

## TRABAJO ORIGINAL

# El papel de las redes de apoyo social frente al desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación

Paula Daniela Hermida<sup>1</sup>, María Florencia Tartaglini<sup>2</sup>, Carolina Feldberg<sup>3</sup>, Dorina Stefani<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Investigadora Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina. <sup>2</sup> Investigadora Adjunta Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina. <sup>3</sup> Investigadora Asistente Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). CONICET-FLENI, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría (CONICET), Argentina. <sup>4</sup> Investigadora Principal Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET, Argentina.

**Correo electrónico:** paulahermida@conicet.gov.ar

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Recibido el 18 de abril de 2017; aceptado el 2 de mayo de 2017.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la influencia de las redes de apoyo social en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación.

**Materiales y métodos:** *Diseño:* Estudio "ex post facto", de carácter retrospectivo, simple. *Muestra:* 300 adultos mayores autoválidos, de nivel socioeconómico medio, residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano (Argentina), y que poseían un vínculo laboral estable y formal antes de jubilarse. *Instrumentos:* Cuestionario de datos sociodemográficos y jubilatorios, Cuestionario de Estado de Salud e Inventario de Recursos Sociales para Ancianos.

**Resultados:** Quienes consignaron poseer redes de apoyo social con estructuras más completas o encontrarse más satisfechos con el apoyo que éstas les brindan, manifestaron de forma menos frecuente el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Por otra parte, la mayor parte de la muestra manifestó no presentar cambios negativos en su salud, y contar con redes sociales con estructuras completas o encontrarse satisfechos con el apoyo recibido.

**Discusión y conclusión:** Los resultados, aportan evidencia empírica sobre el efecto modulador de las redes de apoyo social frente a situaciones estresantes e indican el surgimiento de un nuevo perfil de jubilado. Así, se señala la necesidad de seguir generando espacios de inclusión para los adultos mayores que favorezcan el desarrollo de sus redes de apoyo social y la construcción de roles alternativos frente a los cambios que conlleva la vejez.

**Palabras claves:** jubilación – salud- redes de apoyo social – adultos mayores

## The role of social support networks in the development of psychophysiological disorders associated with retirement

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the influence of social support networks on the development of psychophysiological disorders associated with retirement.

**Materials and methods:** *Design:* simple retrospective "ex post facto" design was used. *Sample:* 300 non-dependent middle class seniors, living in Buenos Aires City and influence areas (Argentina) and who used to have a stable and formal employment before retiring. *Instruments:* Sociodemographic and retirement questionnaire, Health status questionnaire and Social Resources inventory for the elderly.

**Results:** Those who reported having social support networks with more complete structures or being more satisfied with the support received, manifested less frequently the development of psychophysiological disorders associated with retirement. Also, most of the sample reported no negative changes in their health, and have social networks with complete structures or be satisfied with the support received.

**Discussion and conclusion:** The results provide empirical evidence on the modulating effect of social networks for the coping of stressful situations, and indicate the emergence of a new profile of retirees. It is pointed out the need to continue generating spaces of inclusion for the older adults that favor the development of their social support networks and the construction of alternative roles to address the changes that old age brings.

**Keywords:** retirement – health - social support network- elderly

## Introducción

El trabajo es una actividad que brinda a los sujetos un espacio de pertenencia ubicándolos en un núcleo social y estructurando sus rutinas cotidianas, ayudando así en la construcción subjetiva e identitaria<sup>1</sup>. Por su parte, la jubilación representa un suceso vital que conlleva a la modificación de distintos aspectos de la vida que los adultos habían sostenido a lo largo de la etapa laboral activa. En nuestra sociedad occidental, se considera de forma arbitraria que la jubilación es el acontecimiento que marca el inicio de la vejez<sup>2</sup>. Este nuevo ciclo requiere la modificación de conductas, hábitos y el desarrollo de nuevos roles en los adultos mayores, lo cual dependerá de las características del sujeto y la capacidad de adaptarse a este nuevo contexto<sup>3</sup>. Al respecto, Holmes y Rahe<sup>4</sup> establecieron un listado de eventos vitales que requieren que las personas generen importantes modificaciones a lo largo de su vida. Este listado fue establecido de acuerdo al nivel de cambio que dichos sucesos generaban en las vidas de las personas. La jubilación se encontraba entre los primeros puestos del mismo, así como otros eventos que suelen darse en la vejez, tales como las enfermedades o la pérdida del cónyuge, familiares y amigos. Siguiendo esta línea, tal como destaca Thoits<sup>5</sup>, diversos estudios mostraron que estos eventos vitales, de forma aislada o en conjunto, poseen efectos sobre la salud del sujeto.

El Modelo Transaccional del Estrés desarrollado por Lazarus y Folkman<sup>6</sup>, plantea que el estrés psicológico es un proceso en el que el individuo, al experimentar cambios en su vida, podría evaluarlos como amenazantes para su bienestar, si considerara que exceden a su capacidad para hacer frente a la nueva situación. Así, la concepción actual de salud se basa en un modelo biopsicosocial que, alejado del modelo tradicional biomédico, sostiene que estas situaciones estresantes poseen como correlato una respuesta fisiológica<sup>7,8,9</sup>.

El concepto de trastorno psicofisiológico incluye así aquellas alteraciones físicas que son provocadas, agravadas o perpetuadas por factores psicosociales<sup>10,11</sup>. Se ha demostrado que las situaciones estresantes desencadenan una respuesta fisiológica, resultado de mecanismos complejos que, a través del sistema nervioso, afecta a los órganos, tejidos, secreciones glandulares,

sangre y músculos, alterando el organismo de los individuos<sup>7,8,12,13</sup>. En este sentido, se observó que situaciones sociales percibidas como estresantes pueden generar altos niveles de estrés y el desarrollo o agravamiento de diferentes tipos de alteraciones, tales como las cardiovasculares, respiratorias e inmunológica<sup>14,15</sup>. Asimismo, diversos autores han señalado que la experiencia de estrés genera el desarrollo de emociones negativas, tales como la ansiedad o depresión, las cuales contribuyen en la aparición o agravamiento de numerosos trastornos<sup>11,16,17</sup>.

Por su parte, tal como señalan Rodríguez-Marin y Neipp López<sup>18</sup>, distintos estudios han demostrado que la salud y el apoyo social se encuentran relacionados. Al respecto, Cava y Musitu<sup>19</sup> plantean que los recursos personales y sociales disminuyen los estresores e inciden a favor del bienestar de las personas. En este sentido, el concepto de red social personal fue definido por Sluzki<sup>20</sup> como todas aquellas relaciones que un individuo percibe como significativas. Thoits<sup>21</sup> sostiene que las redes sociales sirven de apoyo a los sujetos, proveyendo ayuda emocional (afectos, comprensión, estima) y/o instrumental (en tareas, en lo económico, brindando información). A su vez, se debe contemplar que las redes de apoyo social se modifican de acuerdo a los ciclos vitales. A partir de la adolescencia, las relaciones sociales tienden a incrementarse, debido a la salida exogámica del núcleo familiar. Con la llegada de la jubilación, la red social sufre una disminución por la pérdida del trabajo, la finalización de la crianza de los hijos y la muerte de parientes y amigos que la conformaban<sup>22,23</sup>.

Thoits<sup>21</sup> destaca que la percepción o satisfacción que el sujeto posee acerca del apoyo social recibido resulta más relevante que la estructura o tamaño de su red. En este sentido, la teoría del Efecto Buffer<sup>24</sup> sostiene que las redes de apoyo social aportarían un efecto amortiguador que disminuye las respuestas fisiológicas frente al estrés. MacLean<sup>25</sup> señala al respecto que en la adaptación a los cambios generados por la jubilación, las redes de apoyo social cumplen un rol central. Asimismo, diversos estudios han evidenciado que los adultos mayores logran una mejor adaptación a la jubilación si están casados y son felices con sus parejas<sup>26,27,28</sup>. Por lo tanto, el presente trabajo se propone como objetivo evaluar

la influencia de las redes de apoyo en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación.

## Hipótesis

La estructura (tamaño) y percepción (satisfacción) de la red de apoyo social influye en el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Aquellos que informan redes sociales más completas o manifiestan una mayor satisfacción con el apoyo recibido, desarrollan menos trastornos psicofisiológicos que quienes poseen redes menos completas o una menor satisfacción con el apoyo.

## Materiales y métodos

Se siguieron los pasos correspondientes al estudio "ex post facto", de carácter retrospectivo, simple<sup>29</sup>.

Los sujetos de la muestra fueron seleccionados de la población objetivo (adultos mayores jubilados de nivel socioeconómico medio) a través de la estrategia de muestreo no probabilístico de tipo accidental. Los sujetos asistían a centros de día y talleres dependientes de los Gobiernos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipios en zonas de influencia (República Argentina). Asimismo, se utilizó el efecto de bola de nieve.

La muestra estuvo conformada por 300 adultos mayores autoválidos, de nivel socioeconómico medio, residentes en un gran centro urbano (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano, República Argentina) y que poseían un vínculo laboral estable y formal antes de jubilarse.

Al describir la muestra con respecto a las variables sociodemográficas, los adultos mayores presentaron una edad promedio de 73.92 años (de = 6.70 años), y los mayores porcentajes se ubicaron en las categorías nacionalidad "argentina" (90%), religión "católica" (70%), estado civil "casado" (47%) o "viudo" (26%), "con hijos" (75%), vivir en "casa propia" (85%) y haber cursado el ciclo de educación "superior" (37%) o "secundaria" (34%). De acuerdo a la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social de Gino Germani<sup>30</sup>, las respuestas consignadas por los adultos mayores sobre educación y ocupación indican que todos los sujetos que conformaron la muestra pertenecen al nivel socioeconómico medio.

En cuanto al perfil jubilatorio de la muestra, se observa una edad promedio de jubilación de 64.86 años (de = 4.66 años), un tiempo promedio de estar jubilados de 9.06 años (de = 5.81), como principal ocupación previa a la jubilación el ser "empleado" (31%) u "oficios varios" (25%) y como tiempo de permanencia en dicha ocupación "más de 15 años" (88%).

## Instrumentos de medición

- **Cuestionario de datos Sociodemográficos y perfil jubilatorio:** Se elaboró un cuestionario "ad hoc" de 12 preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas, que recaba información sobre características sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación previa, vivienda, hijos y religión), jubilatorias (edad de jubilación, antigüedad como jubilado, cantidad de años trabajados en su ocupación previa).
- **Cuestionario de Estado de Salud:** Se elaboró "ad hoc" un cuestionario de 5 preguntas cerradas, con alternativas fijas, que recababa información sobre el estado de salud de los adultos mayores, con el fin principal de indagar acerca de la presencia de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. En relación a esto, se evaluaba si el sujeto percibió alguna modificación en su estado de salud relacionado con su jubilación y, ante las respuestas afirmativas, se clasificaba el tipo de trastorno<sup>31</sup> —cutáneo, urinario, endócrino, osteomuscular, gastrointestinal, cardiovascular, respiratorio, sistema inmune, y del aparato reproductor—, el momento de aparición y la existencia de antecedentes de salud.
- **Inventario de Recursos Sociales para Ancianos**<sup>32</sup>: Este instrumento, que permite evaluar las redes de apoyo social, está integrado por cuatro secciones que hacen referencia a cuatro tipos distintos de relaciones sociales: pareja, hijos, familia y amigos. Para el estudio del fenómeno de la jubilación, se consideró pertinente agregar el cuadrante "ex compañeros de trabajo".

En la administración del Inventario, se interroga al sujeto sobre cada una de estas áreas de interacción (cuadrantes), indagando acerca de la estructura (tamaño) de la red de apoyo social, la frecuencia de contacto, el tipo de apoyo recibido a través de las mismas (emocional

—relaciones afectivas— e instrumental —relaciones de ayuda funcional—) y la percepción (nivel de satisfacción) que posee el individuo acerca de dicho apoyo.

Para la evaluación del Inventario, se considera que la estructura de la red de apoyo social del sujeto es “incompleta” cuando tiene integrantes en un solo cuadrante de su red, “más o menos completa”, en dos o tres cuadrantes, o “completa”, en cuatro o cinco cuadrantes. En cuanto a la percepción con el apoyo recibido, las respuestas del individuo acerca de la satisfacción que posee en cada uno de los cuadrantes son: “insatisfecho”, “poco satisfecho”, “más o menos satisfecho” o “muy satisfecho”.

El instrumento originalmente fue construido por Diaz Veiga<sup>32</sup> y luego adaptado a nuestro medio<sup>33</sup>, arrojando el  $\alpha$  de Cronbach un valor de consistencia interna igual a .89, lo que indica una confiabilidad en cuanto a estabilidad del instrumento que resulta adecuada para este tipo de investigación<sup>34</sup>.

#### Recolección de datos

Se llevaron a cabo las gestiones pertinentes para obtener la autorización para entrevistar a los adultos mayores que asistían a centros de día y talleres dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y zonas de influencia. Con tal fin, se entregó a las autoridades correspondientes el resumen del proyecto de investigación, una copia del protocolo de evaluación y otra del consentimiento informado. En este último, se describe el objetivo del estudio y se informa al entrevistado sobre su participación voluntaria y el carácter anónimo de sus respuestas, en cuanto a que formarán parte de descripciones generales que responden al propósito del estudio.

El protocolo de evaluación, finalmente seleccionado luego del estudio piloto, fue administrado a los adultos mayores a través de una entrevista individual de una duración aproximada de 40 minutos.

#### Análisis estadísticos

Con el fin de realizar la descripción de las variables de estudio, se efectuaron cálculos de porcentajes, media aritmética y desviación estándar, de acuerdo al nivel de medición de las variables y su distribución de frecuencias.

Presencia de trastornos psicofisiológicos	Total (n = 300)	
	n %	
No	228	76
Sí	72	24

**Tabla 1.** Presencia de trastornos psicofisiológicos en la muestra

X	Total (n = 72)	
	n%	
<b>Tipo de trastorno</b>		
Cutáneos	3	4
Endócrinos	11	
Osteomusculares	18	25
Gastrointestinales	12	17
Cardiovasculares	29	40
Respiratorios	23	
Inmunológicos	23	
Del aparato reproductor	57	
<b>Momento de aparición</b>		
Durante el primer año	60	83
Después del primer año	12	17
<b>Antecedentes de salud</b>		
No	51	71
Sí	21	29

**Tabla 2.** Descripción de los trastornos psicofisiológicos.

Para evaluar la probable asociación entre la presencia de trastornos psicofisiológicos y la estructura y percepción de las redes de apoyo social, se realizó la prueba de  $\chi^2$  (Ji Cuadrado) de independencia estadística.

#### Resultados

En las **tablas 1 y 2** se presentan las frecuencias absolutas y porcentajes correspondientes a la presencia de trastornos psicofisiológicos reportados por los adultos mayores que conformaron la muestra total y a la descripción de los trastornos desarrollados. Se puede observar que el 24% de la muestra señala la presencia de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Dentro de estos, los más reportados son los cardiovasculares (45%) y los osteomusculares (25%). Asimismo, en su mayoría dichos trastornos se desarrollaron du-

X	Total (n = 300)	
	n%	
<b>Estructura de las redes de apoyo social</b>		
Incompleta	11	4
Más o menos completa	148	49
Completa	141	47
<b>Percepción del apoyo social recibido</b>		
Insatisfecho	3	1
Poco satisfecho	19	7
Más o menos satisfecho	73	24
Muy satisfecho	205	68

**Tabla 3.** Estructura de las redes de apoyo social y percepción del apoyo recibido para la muestra total

rante el primer año posterior a su jubilación (83%) y no poseían antecedentes de salud (71%).

En la **tabla 3** se presentan las frecuencias absolutas y porcentajes correspondientes a la estructura (tamaño) de las redes de apoyo social y la percepción (satisfacción) del apoyo recibido reportados por los adultos mayores que conformaron la muestra total. Se puede observar que la mayoría de los individuos entrevistados presentan redes de apoyo social más o menos completas (49%) o completas (47%), y que más de la mitad (68%) se encuentra "muy satisfecho" con el apoyo recibido.

A continuación se presentan en las **tablas 4 y 5** las frecuencias absolutas y porcentajes de la estructura de las redes sociales y percepción del apoyo recibido por parte de estas para los grupos de jubilados con au-

Presencia de trastornos psicofisiológicos	Estructura de las redes de apoyo social				Prueba $\chi^2$
	Incompleta / Más o menos completa		Completa		
	n	%	n	%	$\chi^2_{(1)}$
No	104	65	124	88	20.805***
Sí	55	35	17	12	phi=-.263***

\*\*\*  $p \leq .001$

**Tabla 4.** Presencia de trastornos psicofisiológicos según estructura de las redes de apoyo social.<sup>1</sup>

sencia o presencia de trastornos psicofisiológicos, y los resultados de las pruebas de  $\chi^2$  (Ji Cuadrado) de independencia estadística.

En la **tabla 4**, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según la variación en las estructuras de las redes sociales ( $\chi^2 = 20.805$ ; phi = -.263; gl = 1;  $p = .000$ ): la tendencia de los datos indica que aquellos que presentan redes de apoyo "completas", en comparación con los que contestaron "incompletas/ más o menos completas", poseen una menor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos al momento de jubilarse.

En la **tabla 5** se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según la variación en la percepción del apoyo recibido por parte de las redes sociales ( $\chi^2 = 52.999$ ; phi = -.420; gl = 2;  $p = .000$ ): la tendencia de los datos indica que a mayor satisfacción con el apoyo social recibido, menor probabilidad de presentar modificaciones negativas en la salud.

Presencia de trastornos psicofisiológicos	Percepción del apoyo social recibido						Prueba $\chi^2$
	Insatisfecho/ Poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Muy satisfecho		
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2_{(1)}$
No	5	23	46	63	177	86	52.999***
Sí	17	77	27	37	28	14	phi=-.420***

\*\*\*  $p \leq .001$

**Tabla 5.** Presencia de trastornos psicofisiológicos según percepción del apoyo social recibido.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Debido al escaso número de sujetos que manifiestan poseer redes de apoyo social "incompletas", se agrupó dicha categoría de la variable con el valor "más o menos completo".

<sup>2</sup> Debido al escaso número de sujetos que manifiestan el estar "insatisfecho" con sus redes de apoyo social, se agrupó dicha categoría de la variable con el valor "poco satisfecho".

## Discusión

Los datos del presente estudio apoyan la hipótesis planteada, denotando que aquellos sujetos que manifestaron poseer redes de apoyo social con estructuras más completas manifestaron de forma menos frecuente el desarrollo de trastornos psicofisiológicos asociados a la jubilación. Esta misma tendencia se observa en cuanto a la percepción acerca del apoyo recibido: aquellos que consignaron estar más satisfechos, manifestaron de forma menos frecuente haber sufrido modificaciones negativas en su salud.

Desde el Modelo Transaccional del Estrés<sup>6</sup> y la Teoría del Efecto Buffer<sup>24</sup>, los resultados del presente estudio destacan el papel amortiguador de las redes de apoyo social en la evaluación que realiza el sujeto sobre eventos estresantes, tales como la jubilación. Asimismo, coinciden con los de diversas investigaciones que sostienen que las redes de apoyo social y la satisfacción con el apoyo que estas proveen presentan un correlato positivo en la salud de los individuos<sup>35,36,37,38,39</sup>.

Cabe destacar, que la mayor parte de la muestra manifestó no haber desarrollado cambios negativos en su salud asociados al momento de haberse jubilado, y consignaron contar con redes sociales "más o menos completas" o "completas", o encontrarse "más o menos satisfechos" o "satisfechos" con el apoyo recibido por parte de estas. Nuestros resultados, además de aportar evidencia empírica al efecto modulador de las redes sociales de apoyo, señalan el surgimiento de un nuevo perfil de jubilado, de nivel socioeconómico medio, que al dejar de trabajar encuentra nuevas actividades sustitutas que le permiten ampliar el crecimiento de sus redes de apoyo social<sup>40</sup>. Estas nuevas tareas responden a la necesidad de construir "roles" sustitutos de aquellos que se desempeñaban en el trabajo y construir una nueva identidad como jubilado<sup>41,42</sup>.

Por otra parte, se señala que el presente estudio presenta una limitación referida a la generabilidad de los resultados, dado que la estrategia de muestreo estadístico utilizada no garantiza la representatividad de la población objetivo en la muestra seleccionada, a lo que se agregan las dificultades propias de un estudio de este tipo. Además, el estudio se restringe a pacientes de nivel socioeconómico medio, por lo que se propone conti-

nuar con un proyecto mayor en el que se contrasten las variables aquí analizadas y sus relaciones, de acuerdo a las variaciones en el nivel socioeconómico de los adultos mayores, y que posibilite, además, la generabilidad de los resultados.

## Conclusión

El proceso de envejecimiento poblacional genera un fuerte impacto en los sistemas de salud, la sociedad y la familia.<sup>43</sup> Al respecto, la Organización Mundial de la Salud<sup>44</sup> indica la existencia de diversos factores psicológicos, conductuales y sociales que cumplen la función de protectores de la salud en el adulto mayor. En esta línea, los hallazgos de la presente investigación destacan la relevancia de las redes de apoyo social como un indicador de envejecimiento saludable<sup>45</sup>. Tal como señala Hernández Triana<sup>46</sup>, el aumento de la esperanza de vida exige la necesidad de generar un enfoque integral que satisfaga las necesidades materiales, sociales y espirituales de los adultos mayores. Así, resulta relevante seguir generando espacios de inclusión para los adultos mayores que favorezcan el desarrollo de sus redes de apoyo social y la construcción de roles alternativos frente a los cambios que conlleva la vejez<sup>47</sup>.

**Contribución de autoría:** P.D. Hermida y D. Stefani desarrollaron el proyecto, diseñaron el estudio, recolectaron los datos, realizaron los análisis estadísticos y redactaron el manuscrito. M.F. Tartaglino y C. Feldberg contribuyeron en la redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

**Agradecimientos:** La infraestructura, el material y equipamiento necesario para el desarrollo del presente estudio fue provisto por el Instituto de Investigaciones Cardiológicas, ININCA-UBA-CONICET. Asimismo, el presente estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) a través del Proyecto de Investigación Plurianual "Estrés y envejecimiento masculino. Las creencias acerca del sentido de la vida y su relación con el envejecimiento satisfactorio" PIP N° 112/20110100295 (2012-2014), bajo la dirección de la Dra. Dorina Stefani.

## Referencias bibliográficas

- Schvarstein L, Leopold L. Trabajo y subjetividad. Buenos Aires: Paidós; 2005.
- Mishara BL, Riedel RG. El proceso de envejecimiento. Madrid: Ediciones Morata S.A.; 1986.
- Molina Sena C, Meléndez Moral JC. Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42(5): 276-284.
- Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom*. 1967; 11: 213-18.
- Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support processes: Where are we? What next?. *J Health Soc Behav*. 1995; 35, Extra Issue:53-79.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- Casado Morales MI. Psicología y salud. Emociones y enfermedad: una relación compleja e indisoluble. *Boletín de la SEAS*. 1996 [Consultado 14 abr 2010]; 5. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas05.htm>.
- Labrador FJ, Crespo M. Estrés y trastornos psicofisiológicos. En: Palmero F, Fernández-Abascal E, coordinadores. Emociones y adaptación. Barcelona: Ariel; 1998. p. 163-90.
- Rodríguez-Marín J, García del Castillo JA, Sitges E. Introducción a la Psicología de la Salud. En: Méndez DD, Latorre Postigo JM, editores. *Psicología Médica*. Barcelona: El Sevier España S.L.; 2015. p. 337-47.
- Gatchel RJ, Baum A, Krantz DS. An Introduction to Health Psychology. New York: McGraw Hill; 1989.
- Cano Vindel A, Miguel Tobal JJ. Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 2002 [Consultado 30 jul 2010]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm)
- Behncke S. How does retirement affect health?. IZA Discussion Papers Series. 2009 [Consultado 10 jul 2010]; 4253. Disponible en: <http://ftp.iza.org/dp4253.pdf>.
- Tartaglioni MF, Stefani D. Trastornos Psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Bol Psicol*. 2012; 106: 65 – 79.
- Wheaton B. The domains and boundaires of stress concepts. En: Kaplan HB, editor. *Psychosocial stress*. San Diego, CA: Academic Press; 1996. p. 29-70.
- Cockerham WC. Handbook of medical sociology. Nueva York: Prentice-Hall; 2001.
- Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its principles and applications. New York: Norton; 1950.
- Friedman HS, Kern ML, Reynolds CA. Personality and health, subjective well-being and longevity. *J Personal*. 2010; 78(1): 179-216.
- Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de Psicología Social de la salud. Madrid: Editorial Síntesis; 2008.
- Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev multidiscipl gerontol*. 2000; 10: 215-21.
- Sluzki C. La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gidesa; 1998.
- Thoits P. Social support as coping assistance. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 4: 416-23.
- Arias C. Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad [Tesis de Maestría]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina; 2001.
- Meléndez-Moral JC, Tomás-Miguel JM, Navarro-Pardo E. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Publ Mex*. 2007; 49 (6): 408-14.
- Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychol*. 1988; 7(3): 269-97.
- MacLean MJ. Differences between adjustment to and enjoyment of retirement. *Can J Aging*. 1982; 2(1): 3-8.
- Szinovacz ME, Davey A. Honeymoons and joint lunches: Effects of retirement and spouse's employment on depressive symptoms. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2004; 59(5): 233-45.
- Pinquart M, Schindler I. Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach. *Psychol Aging*. 2007; 22: 442-55.
- Wang M. Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *J Appl Psychol*. 2007; 92: 455-74.
- Montero I, León OG. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Rev Int Psicol Clin Salud*. 2005; 2(3): 115-27.
- Grimson WR, De Blanco AC, Estrugamou M, Lastres E, Necchi S, Phillpott E et al. Investigaciones epidemiológicas de entidades psiquiátricas. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1972; 79: 572.
- Ortego MC, López S, Álvarez ML & Aparicio MM. Trastornos psicofisiológicos. En: *Ciencias Psicosociales II Universidad de Cantabria*. 2011 [Consultado 3 may 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-09.pdf>
- Díaz Veiga P. Evaluación del apoyo social y comportamiento afectivo en ancianos [Memoria de Licenciatura]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1985.
- Clemente MA. El estrés psicosocial, redes sociales de apoyo y bienestar psicológico en personas de edad con diferentes contextos habitacionales. [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2007.
- DeVellis RF. Scale development: theory and application. 2da ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc; 2003.
- Hernández Plaza S, Pozo Muñoz C, Alonso Morillejo E, Martos Méndez MJ. Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *An Psicol*. 2005; 21(2): 304-15.
- Herrero J & Gracia E. Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Interven Psicosocial*. 2005; 14(1): 41-50.
- Tartaglioni MF, Clemente MA, Stefani D. Apoyo social y sentimiento de sobrecarga. Un recurso psicosocial diferencial en cuidadoras de cónyuges con Demencia en estadio leve y moderado. *Rev argent clín psicol*. 2007; 16 (3): 231-37.
- Clemente MA, Tartaglioni MF, Stefani, D. Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspect psicol (Mar del Plata)*. 2008; 5(2): 47-53.
- Mendes dos Santos AR, de Oliveira Cartago HG, Pinto Costa da Silva EA, Venceslau de Moura P, Silvestre Monteiro de Freitas CM. Usando o tempo a favor do bem-estar: uma configuração do estilo de vida dos idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2013; 18(1): 27-43.
- Lizaso I, Sánchez de Miguel M, Reizábal L. Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Rev Psicol Trab Organ*. 2008; 24 (3), 303-24.
- Hornstein GA, Wapner S. Modes of experiencing and adapting to retirement. *Int J Aging Hum Dev*. 1985; 21(4): 291-315.
- Rodríguez Feijóo N. Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*. 2007; 24(1): 5-42.
- Louro Bernal I, Bayarre Vea H, Alvarez Lauzarique ME. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2015 [Consultado 28 jul 2016]; 41(Suppl 1): . Disponible en: [http://scielopueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500009&lng=es](http://scielopueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500009&lng=es).
- Organización Mundial de la Salud. Definición y evaluación de los riesgos para la salud. En: Informe sobre la Salud en el Mundo. 2002 [Consultado 15 sept 2010]; p.9-29. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002fliersp.pdf>.
- Friedman HS, Booth-Kewley S. Personality, Type A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *J Pers Soc Psychol*. 1987; 53(4): 783-92.
- Hernández Triana M. Envejecimiento. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2014 [Consultado 10 Jun 2016]; 40(4): 361-78. Disponible en: [http://scielopueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000400011&lng=es](http://scielopueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400011&lng=es).
- Kohanoff R. Repensar el Rol de los jubilados. *Rev Arg de Gerontología y Geriatria*. 2016; 30(2): 59-62.

## TRABAJO ORIGINAL

# Finitud y envejecimiento. Un análisis sobre las representaciones de la propia muerte y los significados del más allá

**Paula Pochintesta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Dra. en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Becaria Posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Nación Argentina (CONICET). Investigadora asistente del Programa Envejecimiento de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina).

**Correo electrónico:** ppochintesta@gmail.com

**Conflictos de interés y/o Financiación:** Los autores no presentan conflictos de interés ni han recibido financiación para la realización del estudio.

Recibido el 26 de abril de 2017; aceptado el 23 de mayo de 2017.

## RESUMEN

Este trabajo propone una reflexión sobre cómo las personas de mediana y cuarta edad construyen su horizonte de finitud en un mundo que concibe a la muerte como una cuestión técnica, efímera, secular y privada. El objetivo de la ponencia es presentar algunos resultados de mi tesis doctoral. Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio que se estructura en torno a dos ejes: a) la construcción de un canon de muerte ideal y; b) las creencias que adultos y ancianos tienen sobre el más allá. El análisis se realizó a partir de 44 entrevistas biográficas realizadas a personas nacidas entre 1957 y 1972 (cohorte joven) y entre 1917 y 1932 (cohorte vieja). El trabajo de campo se efectuó en el Área Metropolitana de Buenos Aires entre los años 2009 y 2012. Los resultados muestran que existe un canon invariante a ambas cohortes que rechazan el sufrimiento como dimensión ontológica. Las diferencias se asocian a posiciones "típicas" del curso vital y están ligadas a una mayor inquietud por las condiciones del morir en los ancianos y, a una preocupación por ver concretado el crecimiento de los hijos en las personas de mediana edad. El más allá fue representado, o bien al modo de una vida extraterrenal, anclada en la reencarnación, el reencuentro con seres queridos, la continuidad espiritual o la resurrección, o bien su existencia fue rechazada con escepticismo. Es importante destacar que, aquellos que no creen en una continuidad, simbolizan su trascendencia a través de hijos, nietos y/o bisnietos.

**Palabras clave:** *ancianidad, finitud, mediana edad, muerte, representaciones*

## Finitude and aging. An analysis about representations of one's own death and the meanings of the afterlife

### ABSTRACT

This work reflects on how people in middle and fourth age envision their horizon of finitude in a world that understands death as a technical, brief, secular, and private matter. The aim of this paper is to present some results of my doctoral thesis. This is a qualitative, exploratory study structured around two core ideas. a) The construction of an ideal death, and b) The beliefs of adults and elderly people regarding the afterlife. The analysis is based on 44 biographic interviews conducted with people born between 1957 and 1972 (young cohort), and between 1917 and 1932 (old cohort). The field work was done in the Metropolitan Area of Buenos Aires between 2009 and 2012. Findings show that there is an ideal, with no variation in both cohorts, which rejects suffering as an ontological dimension of death. Differences are associated to "typical" stances of life course, and they are linked to a greater interest about the conditions under which the elderly die, and a concern, among middle-aged people, over seeing their children become adults. The afterlife was represented as a supernatural life, either linked to reincarnation, meeting loved ones again, spiritual continuity, or resurrection; or, in contrast, the existence of the afterlife was rejected skeptically. It should be noted that those who do not believe in continuity, consider children, grandchildren and/or great-grandchildren as their symbol of transcendence.

**Keywords:** *old age, finitude, middle age, death, representations*

## 1. Introducción

Para poder comprender cómo y en qué contexto las personas construyen significados sobre su finitud, es necesario repasar algunos puntos claves sobre los debates que han atravesado el siglo XX y que llegan hasta hoy condicionando nuestras creencias, ideas y significaciones sobre la muerte. Con este objetivo, presento a continuación una breve periodización que resume en tres momentos los principales cambios culturales, legales, históricos e institucionales que conciernen a la muerte y el morir. Luego, retomo estos aportes desde el modelo propuesto por Clavandier (2009). En lo que sigue desarrollo los aspectos metodológicos para, posteriormente, presentar los resultados que pertenecen a mi investigación doctoral (Pochintesta, 2013). Por último planteo cuales son las conclusiones más relevantes.

### 1.1 De la ritualidad funeraria al temor sobre la muerte

Hasta promediando la primera mitad del siglo XX, si bien se esboza ya un repliegue de la muerte señalado en algunos trabajos, el interés recayó en la ritualidad funeraria como fundante de la cultura. Es en estas investigaciones donde se comienza a interrogar la muerte occidental lo que dará lugar, posteriormente, a la consolidación de la tesis de la negación vigente a partir de 1950.

Los análisis clásicos postulan que los ritos funerarios contribuyen a mantener los lazos sociales restableciendo el equilibrio perdido a causa de la muerte de un miembro del grupo (Durkheim, 1912). Esa relación entre colectividad, individuo y muerte fue estudiada también por Hertz (1905) quien hizo hincapié en la metamorfosis corporal que promueve la celebración de dobles exequias. Así observó una recurrencia del doble entierro como práctica transversal a todas las culturas.

Por su parte, Mauss (1921) subrayó el carácter obligatorio y el origen social del llanto como expresión sentimental en torno a los rituales funerarios. En esta línea se ubica también la propuesta de Van Gennep (1901) sobre el rito funerario estructurado al modo de un pasaje que comprende un tiempo pre-liminar, luego un momento liminar y un tercer tiempo post-liminar. Cada una de estas etapas implica un cambio de estado, tiempo y espacio.

Desde el campo del psicoanálisis, en el contexto de la primera guerra mundial, Freud (1915) propuso que no existe a nivel inconsciente representación de la muerte. Según esta perspectiva, la muerte es siempre una experiencia del otro, es decir, que las ideas o representaciones son sólo aproximaciones limitadas a ese evento fundamental. En esos años se observa también en la filosofía una preocupación por la muerte. En efecto, Heidegger (1927) en su obra fundamental *Ser y Tiempo* sostuvo que la existencia auténtica se encuentra determinada por la posibilidad de la muerte. En todos estos planteos vemos como la muerte comienza a ser objeto de estudio para las ciencias sociales que, tanto desde la ritualidad como desde el temor, perfilan el rechazo social que luego será analizado en la segunda mitad del siglo XX.

### 1.2 De la muerte tabú al "bien morir"

El proceso de urbanización, la creciente individualización junto al avance de la técnica transformaron, luego de la segunda guerra mundial, el morir en Occidente. A su vez, la disminución de los patrones de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida hicieron de la muerte un evento cada vez más lejano. Una de las razones principales de este cambio fue el control de las enfermedades infecciosas y el incremento de las afecciones crónico-degenerativas (Gayol y Kessler, 2011).

Poco a poco, la muerte se fue desplazando hacia los confines de la sociedad. Gorer (1955) planteó la tesis de la muerte como un tabú moderno a partir de sus estudios sobre el duelo en el mundo anglosajón. Ariès (1977a) y Thomas (1975) denunciaron este repliegue de una muerte dominada por la negación. Por su parte Ariès (1977b) retomó el planteo de Gorer como resorte de su tesis sobre la "muerte invertida". Desde una perspectiva historiográfica, propuso cuatro actitudes que estructuraron la conducta del hombre occidental hasta el siglo XX y que culminan con la expulsión de la muerte propia de la sociedad moderna.

Al interior de la antropología, Thomas (1975) coincide con este planteo que se reafirma a partir de la comparación entre la sociedad africana, que acepta y respeta la muerte *versus* la sociedad occidental que la niega y rechaza. En esta línea, el trabajo de Morin (1970) destaca la importancia de la ritualidad funeraria como un

invariante cultural que se erosiona e invisibiliza en la modernidad.

Ziègler (1975) hace lo propio comparando la diáspora africana en Brasil con la sociedad capitalista occidental que no hace más que ocultar la muerte. Los trabajos de Vovelle (1974; 1973) enfatizan el proceso de secularización y “descristianización” de la muerte, a través de una extensa documentación en la escena francesa. Lo que se encuentra como telón de fondo de estos desarrollos es, en definitiva, una crítica a la sociedad moderna.

En Estados Unidos, los trabajos de los sociólogos Glaser y Strauss (1968; 1965) y Sudnow (1971) abordan el estudio del proceso de morir en el espacio hospitalario. Desde una perspectiva interaccionista analizan la negociación de la información entre el equipo médico, la familia y el enfermo frente a la inminencia de la muerte.

Los avances en campo de la biomedicina que hicieron posible sostener artificialmente las funciones cardíaca y respiratoria, impulsaron un cambio fundamental en la definición médico-legal de la muerte. Así, el concepto de muerte cerebral abre la discusión y posibilita la donación de órganos (Méndez Uriarte y Vila Díaz, 2006). El proceso de morir recae, progresivamente, en manos de los profesionales de la salud donde el escenario común es el hospital. La organización del morir presenta, a su vez, nuevos debates éticos y morales. Estas transformaciones promovieron la muerte como un acontecimiento estrictamente higiénico. Sumado a ello la informalidad y la secularización de las rutinas funerarias incrementaron la soledad de los moribundos (Elías, 1989).

### 1.3 La construcción de una “muerte humanizada”

A partir de los años '70 se instituye una nueva manera de gestionar el final de la vida. Surge el derecho a morir con “dignidad” donde la buena muerte es aquella muerte consciente en la cual el sostén psicológico es fundamental. La legitimación de la “cultura paliativa” se sustenta en el cuestionamiento del encarnizamiento terapéutico<sup>1</sup> y el abandono del moribundo. De esta forma, la subjetividad se vuelve el centro de la escena (Déchaux, 2001).

Los trabajos de Kübler-Ross (1970) y de Saunders (1967) no pueden soslayarse respecto a lo que significaron en los avances hacia una muerte más “humanizada”. La primera, psiquiatra e investigadora formuló una serie de estadios por los que atraviesa la persona próxima a morir. La segunda, enfermera, médica y escritora propuso el concepto de “dolor total” y sentó las bases para la consolidación del cuidado integral de los enfermos terminales.

Ya avanzada la década de 1990 surgieron cuestionamientos a la tesis de la muerte tabú, entre ellos se encuentra el trabajo de Walter (1994) quien plantea un *revival* de la muerte en el contexto anglosajón<sup>2</sup>. Para el autor, enfermedades como el SIDA o el cáncer propiciaron una fuerte presencia de la muerte.

### 1.4 Hacia una sociología de la muerte

Con el objetivo de analizar la relación que las sociedades, las familias y los hombres construyen con la finitud, el trabajo de Clavandier (2009) propone tres modelos en su apuesta a una sociología de la muerte. Estos enfoques reflejan la transformación de los modos en que se concibe, afronta y representa la muerte y el morir. Algunos de esos cambios se resumen en procesos tales como: medicalización, tecnificación, normalización, desocialización, renovación, miniaturización, personalización y secularización.

El primer modelo propone una transformación de la ritualidad funeraria (Trompette, 2005; Hanus, 2004). Esta suerte de “neo-ritualidad” se refleja en prácticas mucho más ligadas a la gestión empresarial y menos a lo religioso. En esta línea se encuadran las investigaciones sobre cementerios virtuales que despliegan toda una serie de interrogantes en torno a la construcción de la memoria del difunto (Gamba, 2007a; 2007b).

El segundo modelo retoma la idea de negación planteada ya a mediados de la década de 1950. Esta negación se redefine como una “miniaturización” de la muerte (Urbain, 2005; Higgins, 2005). De modo que, la muerte se reduce a los momentos finales donde, finalmente, se instaura una nueva normalización e institucionalización del morir (Baudry, 1999).

<sup>1</sup> Este proceso lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad y ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética (Gutiérrez-Samperio, 2001).

<sup>2</sup> Este resurgir de la muerte, que el autor plantea, se basa en la proliferación de grupos profesionales dedicados a la gestión del duelo y del morir —en el Reino Unido y en los Estados Unidos— que derivan en una “psicologización” de las relaciones sociales.

El tercer modelo afirma que ya no es la sociedad sino el individuo el que niega la muerte (Seale, 1998). Así la muerte transcurre en el ámbito de lo íntimo (Déchaux, 2001). Esta perspectiva propone una discusión de la muerte tabú como ya se ha mencionado en los trabajos de Walter (1994). A su vez, destaca una presencia mayor de la muerte en el espacio público y en los medios de comunicación (Manzano, 2010; Howarth, 2007). En síntesis, este modelo pondera la presencia del individuo como protagonista de su muerte aunque no desconoce las regulaciones civiles, médicas o religiosas que aún siguen vigentes.

En suma, estos modelos constituyen una herramienta esencial para poder comprender en qué contexto las personas de mediana y cuarta edad construyen significados sobre su finitud y sobre el más allá.

## 2. Metodología

El diseño de la investigación fue cualitativo, exploratorio y descriptivo acorde a los principios de interpretación y comprensión que caracterizan este tipo de estudios. En efecto, el objetivo fue comprender en profundidad el proceso mediante el cual las personas construyen significados sobre la muerte y el morir. Para ello combiné elementos de tres enfoques: 1) componentes del enfoque biográfico (Kaufmann, 2008; Arfuch, 2002; Bertaux, 1980); 2) principios de la perspectiva del curso de vida (trayectorias, transiciones y puntos de inflexión) y; 3) conceptos de la de teoría fundamentada en los datos (Glaser y Strauss, 1967), apelando a la estrategia de estudio de casos múltiples (Flyvbjerg, 2006).

La recolección de los datos abarcó el período de 2009 a 2012 en el cual realicé 44 entrevistas en profundidad que fueron las fuentes primarias en la cuales se sustentó la investigación. La muestra fue seleccionada según los siguientes criterios: a) varones y mujeres nacidos entre los años 1917 y 1932 y entre 1957 y 1972; b) residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina; c) en ausencia de enfermedad terminal y; d) pertenecientes a diferentes niveles socio-económicos.

En cada entrevista busqué poder capturar las experiencias biográficas tal como fueron percibidas por los

entrevistados. A este material empírico se sumaron un conjunto de fuentes secundarias (documentos personales, notas periodísticas, estadísticas y leyes) que enriquecieron el análisis. El lugar donde, comúnmente, realicé las entrevistas fueron las residencias respetando las preferencias de los informantes<sup>3</sup>. La duración promedio de los encuentros fue de dos a tres horas.

A continuación describo brevemente las características sociodemográficas de cada cohorte para contextualizar el marco en el cual acontecieron las entrevistas.

De los 44 casos, 21 correspondieron a varones y mujeres nacidos entre los años 1957 y 1972 y los 23 restantes a varones y mujeres nacidos entre 1917 y 1932. La muestra de mediana edad se compuso de ocho varones y trece mujeres con una edad promedio de 47 años. Todos los entrevistados de esta cohorte completaron el nivel primario y dos tercios de ellos finalizaron el nivel secundario. Un tercio del total completó el nivel universitario y dos personas obtuvieron estudios de posgrado. En cuanto a las ocupaciones diferencié dos grupos asociados al máximo nivel de estudios alcanzado. Un primer grupo incluyó a las personas que completaron el nivel primario y/o secundario. Las ocupaciones en este grupo fueron las siguientes: jardinero, cuidadora de ancianos, albañil, encargado, empleada doméstica, policía, enfermera y algunos casos de cuentapropismo (flota de taxis, juegos infantiles y un natatorio).

El segundo grupo lo conformaron las personas que finalizaron estudios universitarios y/o de posgrado con ocupaciones que se distribuyeron entre empleos administrativos, docentes, técnicos y profesionales. Sólo una mujer se definió como ama de casa. La cantidad promedio de hijos fue dos.

Con respecto a la situación conyugal, la mitad de las personas entrevistadas contrajo matrimonio, un tercio se divorció o separó y el resto era soltera. La composición de los hogares evidenció que sólo tres personas vivían solas mientras que el resto convivía con esposa(o), pareja y/o hijas(os).

Más de la mitad de las personas entrevistadas de mediana edad declararon ser católicas pero, a pesar de ello, en varios casos afirmaron no tener prácticas activas ligadas al catolicismo. Sólo dos personas provenían

<sup>3</sup> La participación fue voluntaria y libre y, en cada caso, se asumió el compromiso de proteger la identidad (CONICET, 2006).

de familias judías pero no eran practicantes activos sino que compartían celebraciones importantes dentro del judaísmo. El resto se definió como “no religiosa”.

Nueve varones y catorce mujeres con una edad promedio de 84 años conformaron la muestra de mayor edad. Todas las personas ancianas cursaron estudios primarios y más del 80% llegaron a completarlos. Más de la mitad finalizó sus estudios secundarios, pero sólo dos personas concluyeron estudios terciarios y sólo una completó el nivel universitario. La cantidad de hijos promedio en esta cohorte fue dos. Las tres cuartas partes de los entrevistados eran viudas(os) y sólo una persona era soltera. Todos los mayores percibían algún beneficio previsional. La mitad estaban jubilados, un cuarto cobraba además de la jubilación una pensión y, el cuarto restante, sólo recibía pensión. Sólo tres personas continuaban trabajando a pesar de recibir asignaciones previsionales. La composición de los hogares revela que más de la mitad de los entrevistados mayores vivían solos.

Cerca de la mitad de las personas mayores declararon ser católicas, en su mayor parte fueron mujeres que describieron prácticas activas. El resto de las personas se dividió entre aquellos provenientes de familias judías y aquellos que se definieron como “no religiosos” o agnósticos.

En las entrevistas indagué todas las etapas vitales, poniendo mayor énfasis en las transiciones y puntos de inflexión experimentados por los entrevistados. Otros ejes considerados fueron las representaciones del envejecimiento, la percepción temporal y los significados construidos a lo largo de la vida sobre la muerte y el morir.

Luego de realizar la transcripción de las entrevistas, reconstruí cada una de las trayectorias biográficas identificando transiciones y puntos de inflexión. Al mismo tiempo, utilizando el método de comparación constante surgieron los temas centrales (Strauss y Corbin, 2002). A partir de la interrogación de los datos construí la co-

dificación. Ello implicó, entender dónde (la espacialidad ligada a la propia muerte), cuándo (el horizonte temporal de la finitud), cómo (bajo qué condiciones se imagina y desea morir) y qué emociones se encontraban ligadas a los significados sobre la muerte y el más allá. A partir del cruce entre estos aspectos surgieron las categorías que se desarrollan a continuación.

### 3. Muerte propia y creencias sobre el más allá en la mediana y cuarta edad

Los significados que las personas de mediana edad atribuyeron a la propia muerte se estructuraron en base a tres categorías. La primera resume las condiciones de una buena muerte. La segunda se rige por una lógica filial que ubica en el crecimiento de los hijos el límite temporal de la propia existencia. La tercera se refiere al temor a la muerte en sí misma.

#### 3.1 *Indolora, fugaz e inconsciente*

Las experiencias de pérdidas de seres queridos, atravesadas por el dolor en el proceso de morir, han impactado en los modos de representar la muerte propia. Ello se evidenció, por ejemplo, en el rechazo unánime a las instituciones socio-sanitarias asociadas al padecimiento físico<sup>5</sup>.

Un conjunto de significantes conformaron y definieron a esas “malas muertes”, a saber: *sufrimiento, dolor, decrepitud, horror, padecimiento y postración*. El temor al sufrimiento fue especialmente mencionado. La muerte en un contexto de padecimiento “crónico” fue rechazada lo que confirma que el dolor continúa siendo una fuente de temor ontológica para el humano (Krivoy et al., 2010)<sup>6</sup>. “No ser una carga” es el deseo que se reitera en estos casos y se vincula también a la representación de la vejez<sup>7</sup>.

La muerte esperada se esgrime como una muerte rápida simbolizada a través del infarto como ideal<sup>8</sup>. En algunas descripciones, esa temporalidad instantánea fue

<sup>5</sup> (...) Mirá, yo siempre digo que me gustaría ¿sabés qué? Dormir y no despertarme, eso sería porque no me gustaría por ejemplo, estar en un hospital, que uno esté sufriendo, que te vean tus hijos, no. (Mariela, mujer, 46 años).

<sup>6</sup> E: ¿Y a qué es lo que vos le tenés miedo? ¿Al momento, a cómo sea, las condiciones? G: No, no, no al momento. Al dolor, yo no quiero sufrir, tengo muy poca tolerancia al dolor (...) Lo que me preocupa del tema de la muerte es el dolor, el resto no. (Gustavo, varón, 45 años).

<sup>7</sup> (...) Tampoco le temo a la muerte, tengo muchas personas amadas que si estoy más allá los vuelvo a encontrar. Así que no me preocupa. Sí el sufrimiento, eso sí me asusta (...) Sí, lo que me asustaría es ser una carga para mi familia, no quisiera eso (Wilma, mujer, 50 años).

<sup>8</sup> (...) Todos deberíamos morirnos de un infarto. Así. De golpe. Que no sientas algo más que un fuerte dolor y te fuiste. Pero... a la muerte no le tengo miedo. (Mónica, mujer, 49 años).

resumida en onomatopeyas "¡Tuc!; ¡Páff!" que indicaban una sensación de rapidez<sup>9</sup>.

Por otra parte se identificó una dimensión onírica que señala un deseo de permanecer por fuera del campo de la conciencia al momento de morir<sup>10</sup>.

La muerte ideal se define por oposición a todos los aspectos que forman parte de su medicalización: dolor, agonía prolongada e institucionalización. De maneras diferentes lo que subyace a estas descripciones es el rechazo al desamparo y la soledad que sufren los moribundos (Elías, 1989).

En cuanto a las condiciones del proceso de muerte, en Argentina, durante los últimos años se abrieron debates legislativos con resultados concretos, por ejemplo, en lo que refiere al encarnizamiento terapéutico. Precisamente se modificó la Ley 26.529 en 2009 (sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud) a través de la Ley 26.742 sancionada en Mayo de 2012 y reglamentada en Julio de 2012. Sus principales modificaciones otorgaron al paciente la facultad de dejar directivas anticipadas y, para aquellos pacientes que no están capacitados para dar su consentimiento, la posibilidad de rechazar por un representante legal o un familiar los tratamientos médicos. Este paso fue importante para cambiar y reflexionar acerca de las condiciones del morir actuales. El artículo 5º de la Ley 26.742 de Derechos del Paciente incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales. No obstante ello, en Argentina, sólo el 10% de los pacientes tiene acceso a los cuidados paliativos (Lipcovich, 2013, Agosto 2).

### 3.2 La lógica filial en la propia muerte

La proyección de la propia muerte medida en función del crecimiento de hijos e hijas, fue mencionada por mujeres en todos los casos. Este aspecto es característico de la posición en el curso de la vida. En efecto, muchas

de las personas de mediana edad se encuentran ejerciendo la parentalidad, en consecuencia, su muerte es imaginada y aceptada a partir del momento en que los hijos logren su propia independencia<sup>11</sup>. En otros casos el deseo de ver a los hijos crecer es ampliado y extendido a los nietos<sup>12</sup>.

### 3.3 El miedo fundamental

Esta categoría reúne los casos en que se menciona el temor a la muerte en sí misma. Algunas personas han podido identificar ese temor con la nada, lo que genera mucho desconcierto. Heidegger (1927) propone que la vida auténtica es aquella que, atravesada por la angustia, sabe y asume la muerte. Muy por el contrario a esta propuesta, lo que domina la escena del hombre moderno es, más bien, una inadaptación antropológica frente a su muerte porque ello supone abandonar su individualidad (Morin, 1970).

En las sociedades contemporáneas el miedo surge frente a cualquier factor que amenaza la integridad y seguridad individual (Olvera y Sabido, 2007). Así, la muerte, el envejecimiento, el desempleo o la enfermedad se convierten en fuentes de temor. En los relatos surge la imposibilidad de poner en palabras aquello a lo cual se teme. La nada, algo inerte o el momento en sí, fueron señalados como causantes de ese temor, sin embargo, existe una dificultad en simbolizar ese miedo<sup>13</sup>.

### 3.4 De buenas y malas muertes

El análisis de los significados sobre la muerte propia en la cuarta edad incluyó los aspectos antes mencionados (espacialidad, temporalidad, condiciones y emociones) a partir de los cuales surgieron tres categorías. La primera indica no sólo malos sino también buenos modos de morir. La segunda categoría se refiere a las dimensiones espaciales y temporales donde el horizonte de finitud es

<sup>9</sup> E: ¿Cómo te gustaría? M: Y al llegar ese momento, que no me de cuenta, que sea rápido, que sea así ¡Tuc! ¿Viste? como que no, no al padecimiento (Marcela, mujer, 51 años).

<sup>10</sup> (...) Mi muerte ideal durmiendo, soñando y algo lindo (Daniela, mujer, 40 años).

<sup>11</sup> (...) La verdad que no lo pensé mucho, sí me empezó a pasar ahora en relación a los nenes, que me gustaría vivir lo suficiente para que ellos fueran adultos, hasta los dieciocho, los veinte años, como para acompañarlos en todo ese tiempo. (...) Que eso era algo que jamás había pensado antes y ahora es como un pensamiento (Adriana, mujer, 43 años).

<sup>12</sup> (...) Lo único que yo quisiera es tener salud, bueno salud para ver a mis nietos crecer, ver a mis hijas encaminadas. Poder disfrutar con Héctor, ir a algún lado o hacer alguna cosa que quisiéramos hacer los dos juntos (Julia, mujer 52 años).

<sup>13</sup> E: ¿Qué es lo que realmente te da miedo? ¿El sufrimiento que no es lo mismo que la muerte? C: No, no, en una expresión, la nada, la nada, la nada me da un poco. El dolor, sí a mí me dicen: 'para salvarte tenés que estar con la panza abierta tres días' yo me banco lo que sea si existe la posibilidad de salvarme. La nada no sé lo que es, me genera temor (Cristian, varón, 44 años).

mucho más concreto que en la cohorte más joven. La tercera categoría retoma la emocionalidad y destaca que el temor ya no se dirige a la muerte en sí misma sino que se traslada a las condiciones del morir.

Los buenos modos de morir son caracterizados por muertes que ocurren "sin darse cuenta". Morir dormido se convierte en el ideal<sup>14</sup>. Este modelo de lo efímero e indoloro es transversal y se reitera tanto en la mediana como en la cuarta edad.

Esas concepciones fueron construidas en base a los sufrimientos vividos por sus familiares. La buena muerte es en definitiva aquella que logra escapar a las lógicas institucionales y profesionales que caracterizan a la muerte en la actualidad. Esa suerte de inconsciencia y celeridad a la que se alude se aleja de la muerte controlada y autogestionada que enarbolan muchos de los discursos sobre la "humanización del morir". De este modo, el pretendido protagonismo otorgado al sujeto se diluye (Castrá, 2003).

El cáncer condensa todos los aspectos negativos y es, sin duda, el prototipo de la "mala muerte". Se trata de un padecimiento experimentado por hermanos, progenitores, nueros, sobrinos o amigos<sup>15</sup>. Conviene recordar que, aún con los avances en tratamientos y posibilidades de curación logrados, el cáncer se encuentra todavía bajo el velo del estigma (Sontag, 2005). Otros dos padecimientos que causaron la muerte de los cónyuges fueron mencionados: la enfermedad de Alzheimer y el infarto. Lo que genera temor, en el primer caso, es la pérdida de memoria y autonomía y, en el segundo, es la incertidumbre sobre la magnitud del dolor.

Las definiciones que surgieron frente a la pregunta

sobre la propia muerte siguieron dos tendencias. La primera encarna una aceptación, no sin un dejo de cierto estoicismo. La muerte es definida, bien como un proceso natural, bien como una etapa inexorable y universal<sup>16</sup>. La segunda en cambio muestra una suerte de indiferencia, un "no querer pensar" en la muerte. En esta última variante se expresa una voluntad férrea por apaciguar la angustia y disfrutar del momento sin mayores preocupaciones<sup>17</sup>.

### 3.5 Entre la incertidumbre y la certeza

Si bien la más flagrante incertidumbre envuelve el momento preciso de la muerte hay una certeza respecto al lugar. Instituciones como el hospital y el geriátrico son resistidas, en contraposición, la propia casa fue evocada como el espacio anhelado para morir<sup>18</sup>. Sin embargo, las investigaciones muestran que la mayoría de las personas mueren en los hospitales (Luxardo, 2010).

Si es sin dolor poco importa cuando adviene la muerte, puede ser mañana o dentro de cinco minutos como fue señalado en varios casos. La figura de Dios aparece mencionada en algunos casos como responsable de ese momento<sup>19</sup>.

La temporalidad de la muerte estuvo directamente relacionada al grado de satisfacción con lo logrado, a los proyectos y a la organización del tiempo en la vida cotidiana. La satisfacción con los logros influye decididamente en la aceptación de la muerte porque le da un sentido a la vida en su totalidad. La abuelidad es clave en este punto porque pone en evidencia la verdadera dimensión de lo que significa componerse propósitos o aspiraciones<sup>20</sup>. Tener proyectos es aquello que de algún

<sup>14</sup> E: ¿Piensa alguna vez cómo le gustaría? D: Ah sí, digo no me gustaría sufrir, me gustaría morir como murió mi padre y mi madre, que no se dieron cuenta. Se descomposieron y mi hermana igual (Dora, mujer, 85 años).

<sup>15</sup> (...) Porque mis hermanos, mi hermano sufrió mucho, mi hermano más chico, tenía cáncer de vejiga y sufrió mucho. Y después la mujer era muy salvaje, muy mala con él (Victoria, mujer, 85 años).

<sup>16</sup> (...) Yo nunca tuve miedo a la muerte, podés creer eso. Y acá Dios me libre [se ríe] y si todos vamos a morir como las plantas hija. (...) me dice mi hija que Dios conmigo está siempre. No habrás sido tan jodida vieja vos. (Amalia, mujer, 81 años).

<sup>17</sup> E: Y acerca de la propia idea de finitud, de la propia muerte, ¿qué siente, tiene miedo o no tiene miedo? R: No, no tengo miedo vivo bien (...) yo personalmente digo que no pienso en morirme, no pienso que me voy a morir, tampoco viste. (...) yo sigo nomás (Roberto, varón, 80 años).

<sup>18</sup> (...) ¿¡Importante?...! Bueno tener siempre a mi hija, mis nietos, mi familia, viste y poder llegar a morirme en mi casa. Yo esta casa la amo viste, acá fui feliz, aquí tuve mi hija, acá fue todo momentos de alegría, de tristeza, todo lo viví acá por eso nunca me quise ir. (...) Pero nunca me quise ir de acá. Eso quisiera, viste, tener una muerte tranquila en mi casa (Carola, mujer, 82 años).

<sup>19</sup> E: ¿Tiene miedo? C: No, porque yo sé que hay un Dios, que hay algo, por lo menos nadie volvió para quejarse así que deber ser fantástica la vida ahí arriba... E: ¿Pero eso es algo que sigue una línea religiosa o no? C: No, no, no. Nada, es un pequeño refugio que tenemos las personas que nos acercamos al fin del camino, eso es algo que está bien. Eso sí, no me gustaría sufrir. No me gustaría sufrir, pero yo lo tomo como una cosa natural, puede ser esta noche, dentro de cinco minutos. (Carlos, varón, 81 años).

<sup>20</sup> (...) pienso que cuando Dios decide acá estoy no es que pienso y digo ¡Uy Dios mío me voy a morir! ¡No! (...) Sí, la muerte no lo temo porque ahora mis nietos ya son grandes, los atendí, los ví que ya crecieron, ya están trabajando, ya se pueden mantener solos digamos. (...) Ya ahora la familia como que están todos grandes, me siento contenta con todo eso ¿qué más puedo pedir? (Alicia, mujer, 80 años).

modo amplía la construcción de ese horizonte de finitud porque permite interponer una distancia entre el ahora, el proyecto y la muerte.

Por otra parte, los cambios corporales y la percepción de una mayor fragilidad son señales que acercan la idea de la propia muerte<sup>21</sup>.

### 3.6 De la muerte al sufrimiento

A lo largo de las categorías precedentes se mostró una marcada recurrencia sobre el temor al sufrimiento en el final de la vida. La significación de este sentimiento se construyó sobre un cúmulo de experiencias referentes al dolor a lo largo de la vida. En los relatos se identificó un deseo de evitar una muerte vinculada al cuerpo enfermo y padeciente.

En este sentido, las emociones que la muerte promueve se hallan en relación directa con la dimensión sensible (Rosaldo, 1984). Se trata de un sufrimiento esencialmente corporal. Ese sufrir fue relacionado a malos modos de morir ligados al cáncer, la dependencia y la falta de autonomía<sup>22</sup>.

Una síntesis de los ejes analizados sobre la propia muerte permite observar que la muerte ideal se encuentra modelada por esas otras muertes súbitas e instantáneas que sucedieron “sin darse cuenta” y que marcaron las trayectorias biográficas.

Las referencias espaciales muestran una posición clara donde las instituciones socio-sanitarias (como el hospital y el geriátrico) son rechazadas como sitios para morir. La temporalidad de la muerte es incierta pero, aún bajo esa incertidumbre, es percibida como algo inminente. Finalmente, un eje transversal que recorre todas las descripciones es el temor al sufrimiento que desplaza el foco de la muerte en sí para trasladarlo al proceso de morir.

## 4. Conclusiones

La comparación de los significados sobre la propia muerte evidencia un canon de muerte ideal común a las personas de mediana y cuarta edad. En oposición a

una muerte medicalizada se prefiere una muerte rápida, indolora e inconsciente. Se observa así cómo opera esta nueva normalización del morir, planteada por la sociología de la muerte. Éste ideal recoge además algunos elementos de los discursos sobre la “humanización” del morir, especialmente, aquellos aspectos referidos a la evitación del dolor. No obstante, el protagonismo y la conciencia subjetiva del “moribundo” se diluyen. Una buena muerte es mejor si ocurre sin darse cuenta.

Tanto el rechazo al sufrimiento como la instantaneidad coinciden, a su vez, con el canon estudiado en por Marí-Klosé y Miguel (2000) en España.

Las narraciones de las personas de mediana edad marcan diferencias, por un lado, referentes al deseo de ver concretado el crecimiento de los hijos como parámetro de la propia finitud y, por otro, relativas el miedo a la muerte en sí misma. Se observa cómo el cambio generacional es coaccionado por el envejecimiento y/o muerte de los progenitores y, al mismo tiempo, por el crecimiento de los hijos.

En cambio, la proximidad de la muerte es percibida y aceptada por las personas mayores quienes además describieron “buenas” formas de morir. Esas “buenas muertes” muestran una perspectiva más optimista que estuvo ausente en la mediana edad.

Algunas personas mayores evitan pensar en la propia finitud y prefieren en cambio proyectarse en el tiempo a través de los deseos pendientes que dan otro sentido a la existencia.

En suma, las personas mayores expresan una concepción diferente de la muerte donde el horizonte de finitud se percibe de modo próximo y concreto. Otros trabajos sobre la representación de la muerte en la vejez destacan también una mayor aceptación en esta última etapa vital (Davis-Berman, 2011; Uribe-Rodríguez, *et al.*, 2008; Blanco Picabia y Antequera Jurado, 1998; Ramos, 1997; Reboul, 1971). No existe tampoco una preocupación marcada por el hecho de morir (Durán, 2004). En la cohorte anciana el foco estuvo puesto en las condiciones del morir antes que en la muerte en sí misma.

<sup>21</sup> (...) Lo del marcapasos hace mucho sí, que veníamos del campo hace como veinte años (...) Me pusieron en terapia intensiva y un marcapasos en el corazón es como si me hubieran puesto un reloj para mi vida (Paulina, mujer, 90 años).

<sup>22</sup> (...) Fue terrible, terrible porque es un enfermedad maldita [cáncer], esa es la realidad es una enfermedad maldita (...) Yo también fui operada, a mí me han sacado un pecho desgraciadamente, por unos nódulos cancerígenos que tenía y cada seis meses tengo que hacerme control, ahora cada seis meses, antes era cada dos, por las posibilidades que hay que esa enfermedad siga su curso. Por eso te digo que yo no se lo deseo a nadie, para mí es una enfermedad maldita, peor que el SIDA, peor que cualquier otra enfermedad que pueda haber, para mí forma de pensar (Marta, mujer, 80 años)

Por el contrario, en la cohorte más joven el temor a un mal envejecer fue más relevante y es a causa de ello, que se comienza a implementar una política de cuidado personal. A su vez, la preocupación por el crecimiento de los hijos y el envejecimiento de los progenitores, pone a mayor distancia la propia finitud.

## Referencias

- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ariès, P. (1977). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Paris: Éditions de Seuil.
- Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris: Éditions de Seuil.
- Arroyo Menéndez, M. (2005). Religiosidad centrífuga: ¿un catolicismo sin Iglesia? Iglesia viva. *Revista de pensamiento cristiano*, 222, 111-119.
- Baudry, P. (1999). *La place des morts. Enjeux et rites*. Paris: Armand Colin.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, LXIX, 197-225.
- Blanco Picabia, A. y Antequera Jurado, R. (1998). La muerte y el morir en el anciano. En L. Salverza (Comp.) *La Vejez: una mirada gerontológica actual* (pp. 379-406). Argentina: Paidós.
- Carozzi, J. (1996). Las disciplinas de la New Age en Buenos Aires. *Boletín de Lecturas sociales y económicas*, 3(9), 24-32.
- Castra, M. (2003). *Bien morir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris: PUF.
- Clavandier, G. (2009). *Sociologie de la mort*. Paris: Armand Colin.
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2006) *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades, Resolución N° 2857*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, disponible en: <http://web.conicet.gov.ar> (consultado el 10 de Mayo de 2013).
- Davis-Berman, J. (2011). Conversations About Death Talking to Residents in Independent, Assisted, and Long-Term Care Settings. *Journal of Applied Gerontology*, 30(3), 353-369.
- Déchaux, J. H. (2001). Un novel âge du mourir: 'la mort en soi'. *Recherches sociologiques*, 32, 79-100.
- Durán, M. A. (2004). La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 106(1), 9-32.
- Durkheim, E. (1992). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Madrid: Akal [1912].
- Elías, N. (1989). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Flyvbjerg, Bent (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Freud, S. (1972). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. *Obras completas*, 6 (pp. 2101-2118). Madrid: Biblioteca Nueva [1915].
- Gamba, F. (2007a). La mort en Réseau: une re-sacralisation post-moderne. *International Review of Sociology*, 17(1), 135-148.
- Gamba, F. (2007b). Rituels postmodernes d'immortalité: les cimetières virtuels comme technologie de la mémoire vivante. *Sociétés*, 3, 109-123.
- Gayol, S. y Kessler, G. (2011). La muerte en las ciencias sociales: una aproximación. *Persona y Sociedad*, 25(1), 51-74.
- GLASER, B. G. y STRAUSS, A. L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1968). *Time for dying*. Chicago: Aldine.
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. Londres: Cresset [1955].
- Gutiérrez-Samperio, C. (2001). La bioética ante la muerte. *Gaceta Médica de México*, 137(3), 269-276.
- Hanus, M. (2004). La mort aujourd'hui. *Études sur la mort*, 1, 39-49.
- Heidegger, M. (2009). *Ser y tiempo*. Traducción de José Gaos. México: Fondo de Cultura Económica [1927].
- Hertz, R. (1905). Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort. *L'Année sociologique*, 10, 48-137.
- Higgins, R. W. (2005). La mort orpheline. La question de 'deuil impossible'. En F. Lenoir y J. P. de Tonnac (Eds.) *La mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances* (pp. 1641-1653). Paris: Bayard Centurion.
- Howarth, G. (2007). *Death and dying: A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Kaufmann, J. C. (2008). *L'enquête et ses méthodes: L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- Krivoy, S., Tabasca, M., Adelaide, W., y Díaz, M. (2010). El dolor en la historia. En: C. Aoún Soulie y L. Briceno-Iragorry (Comp.) *Colección Razetti, Volumen X* (pp.163-224) Caracas: Ateproca.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Debolsillo [1970].
- Ley Nacional 26.529 - Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (20 de Noviembre de 2009) *Boletín Oficial de la República Argentina, CXVII* (31.785), 1-3 disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar> (consultado el 5 de Septiembre de 2013).
- Ley Nacional 26.742 - Ley de muerte digna (24 de Mayo de 2012) *Boletín Oficial de la República Argentina, CXX* (32.404), 1 disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar> (consultado el 5 de Septiembre de 2013).
- Lipovich, P. (2013, Agosto 2). El derecho humano a evitar el sufrimiento. Página 12, Sociedad, disponible en: <http://www.pagina12.com.ar> (consultado el 2 de Agosto de 2013).
- Luxardo, N. (2010). *Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida*. Buenos Aires: Biblos.
- Mallimaci, F., y Giménez Béliveau, V. (2007). Creencias e increencia en el Cono Sur de América: Entre la religiosidad difusa, la pluralización del campo religioso y las relaciones con lo público y lo político. *Revista argentina de sociología*, 5(9), 44-63.
- Manzano, M. (2010). *La muerte como espectáculo*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- MARI-KLOSE, M. y MIGUEL, J. M. (2000). El canon de la muerte. *Política y Sociedad*, 35, 115-143.
- MAUSS, M. (1921). L'EXPRESSION OBLIGATOIRE DES SENTIMENTS. *JOURNAL DE PSYCHOLOGIE*, 18, 81-88.
- Méndez Uriarte, A. y Vila Díaz, J. (2006). Muerte encefálica ¿Vida o muerte? Aspectos éticos. *Medisur, Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 4(3), 59-64.
- Morin, E. (1970). *L'homme et la mort*. Paris: Éditions du Seuil.
- Olvera Serrano, M., y Sabido Ramos, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica*, 2(64), 119-149.
- Pochintesta, P. (2013). *Construcción social de la muerte en el envejecimiento. Un análisis de las representaciones de la muerte y su influencia como punto de inflexión en el curso de la vida* (Tesis Doctoral inédita). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Ramos, F. (1997). Psicología de la muerte y la vejez. En J. Buendía (Comp.) *Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales* (pp. 169-182). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Reboul, H. (1971). Propos sur la relation vieillesse-mort. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 50, 127-132.
- Rosaldo, M. (1984). Toward an Anthropology of self an feeling. In R. Shweder y R. Levine (Eds.) *Culture Theory: Essays on mind, self an emotion* (pp. 137-57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Salverza, L. (1991). Un recorte sobre el envejecimiento. ¿Creatividad o Creación? *Revista Argentina de Psicopatología*, II, 9.
- Saunders, C. (1967). The care of the terminal stages of cancer, *Annals of the Royal College of Surgeons*, 41, 162-169.
- Seale, C. (1998). *Constructing death: the sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sontag, S. (2005). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus [1977].
- Strauss, A. L., y Corbin, J. A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y proce-*

- dimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia [1998].
- Sudnow, D. (1971). *La organización social de la muerte*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Thomas, L. V. (1975). *Anthropologie de la mort*. Paris: Fayot.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer.
- Trompette, P. (2005). Une économie de la captation: les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire. *Revue française de sociologie*, 46(2), 233-264.
- Urbain, J. D. (2005). *L'archipel des morts. Cimetières et mémoire en Occident*. Paris: Payot [1989].
- Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Durán Vallejo, D. M., Galeano-Monroy, C., y Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana Psicología*, 11(1): 119-126.
- Van Gennep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Traducción de Juan Aranzadi. Madrid: Alianza [1901].
- Vovelle, M. (1973). *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIII siècle*. Paris: Éditions Plon.
- Vovelle, M. (1974). *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVII et XVIII siècles*. Paris: Gallimard.
- Walter, T. (1994). *The revival of death*. London: Routledge.
- Ziégler, J. (1975). *Les vivants et la mort. Essai de sociologie*. Paris: Éditions du Seuil.

## REVISIÓN

# Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos.

Dr. Julio Alberto Berreta<sup>1</sup>, Dr. Daniel Kociak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesor Regular Adjunto. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Jefe de Terapia Intensiva. Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo. <sup>2</sup> Médico del Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

**Correo electrónico:** julioberreta@googlemail.com

**Conflictos de interés y/o Financiación:** Los autores no presentan conflictos de interés ni han recibido financiación para la realización del estudio.

Recibido el 26 de abril de 2017; aceptado el 18 de mayo de 2017.

## RESUMEN

La hipertensión arterial en el adulto mayor es, en todas sus formas de presentación (sistólica, diastólica, media, sistólica aislada), un factor de riesgo independiente para insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y, en general, daño de todos los órganos diana. La hipertensión sistólica en este grupo etario es la de mayor prevalencia y fue considerada, hasta hace poco más de tres décadas y por muchos autores, como un mecanismo de adaptación que permitía una correcta presión de perfusión tisular. Antes de 1990, quedó demostrado su efecto deletéreo y los beneficios del tratamiento. En el presente trabajo, se efectúa una extensa revisión del tema, haciendo notar que, especialmente en este grupo etario, el registro tensional debe efectuarse en ambos miembros superiores, buscando siempre la presencia de hipotensión ortostática que puede llevar a serios daños cuando no se conoce su existencia. Se destaca el tratamiento no farmacológico, se desecha la existencia de una droga universal de primera elección y se remarca la necesidad de adaptar la terapéutica farmacológica a las comorbilidades que el paciente presentara, en general usando asociaciones de fármacos para evitar dosis altas de monodrogas. Se ejemplifican en veintiséis situaciones de hipertensión arterial asociada a comorbilidades, la elección y contraindicación de fármacos.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, adulto mayor, hipertensión sistólica aislada, comorbilidades.

## Hypertension in the elderly. Therapy to the patient's comorbidities is prioritized

## ABSTRACT

All forms of hypertension clinical presentation in the elderly (systolic, diastolic, mean, and isolated systolic hypertension), are independent risk factor for heart failure, stroke, ischemic heart disease and failure, renal failure and all target organs damage. The isolated systolic hypertension in this age group is the one with the highest prevalence and it was considered until just over three decades ago by many authors as an adaptation in order to preserve a correct tissue perfusion. Since 1990, its deleterious effect and the benefits of treatment were demonstrated. In the present work, an extensive review of this problem is carried out. The arterial pressure must be recorded in both arms, always looking for the presence of orthostatic hypotension, which can cause serious damage when its existence is unknown.

Non-pharmacological treatment is remarked. The existence of a first-line universal drug is ruled out, and the need to adapt pharmacological therapy to the patient's comorbidities is prioritized, generally using drug associations in order to avoid high doses of the same drug. The choice and contraindication of different drugs is exemplified in twenty-six situations of comorbidities associated with hypertension in elderly population.

**Keywords:** hypertension, elderly, isolated systolic hypertension, comorbidities.

En el presente trabajo se efectúa inicialmente una extensa revisión de la problemática de esta enfermedad en el adulto mayor, a continuación se efectúa un enfoque de la terapéutica que debe estar siempre centrado en las comorbilidades del paciente, no en ningun-

na "droga de primera universal de elección" que ignore lo más importante, que es al paciente en todo su contexto con sus comorbilidades.

Como hecho fisiológico la presión arterial sistólica (PAS) se eleva en forma lineal a lo largo de los años

por aumento en la rigidez de las paredes arteriales. La presión arterial diastólica (**PAD**) se eleva hasta los 50 años aproximadamente. Esto explica que la hipertensión arterial sistólica sea la forma más prevalente en adultos mayores<sup>(1)</sup>.

El 60 a 70% de los pacientes en edad geriátrica padece hipertensión arterial (**HTA**), y más de la mitad de ellos tiene hipertensión sistólica aislada (**HSA**) (elevada presión sistólica con diastólica normal o descendida) como la variante más prevalente<sup>(1)</sup>.

La HTA del adulto mayor suele ser primaria. De las formas secundarias se destaca en este grupo etario la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que por descenso del flujo arterial renal da origen a una elevada síntesis de renina con aumento de la transformación de angiotensinógeno plasmático hacia angiotensina I, y su ulterior transformación en angiotensina II por la enzima convertidora endotelial. Otra causa secundaria menos frecuente en el geronte es el hiperaldosteronismo primario a causa de una hiperplasia o a un adenoma suprarrenal, y muy raramente por un carcinoma. En estos casos la aldosterona en sangre está patológicamente elevada, y la concentración de renina plasmática muy disminuida o no detectable. Las otras causas de hipertensión secundaria en el adulto mayor son de muy rara observación.

La hipertensión renovascular en el gerente puede diagnosticarse por una angiotomografía de la arteria renal, o mediante doppler color de ambas arterias renales que denota mayor velocidad de la sangre en la arteria estenosada. Pero clínicamente puede sospecharse ante un hipertenso adulto mayor que presenta una respuesta hipotensora exagerada a una dosis habitual o baja de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (**IECA**)<sup>(2)</sup>, la que puede acompañarse de elevación de la creatinemia por bajo flujo renal. El hiperaldosteronismo primario se diagnostica por una elevada relación del cociente concentración de aldosterona (en general, > a 15 ng/ml en suero) / actividad de renina plasmática (**ésta última muy baja o indetectable**). La relación supera el valor de 20.

La hipertensión sistólica es fuerte predictor de riesgo en cualquier década de la vida<sup>(3-8)</sup>, y como se mencionó antes, la más forma de mayor prevalencia en adultos mayores.

Se considera que un adulto mayor es hipertenso cuando su valor de presión arterial es mayor o igual que 140/90. Se considera que el paciente tiene una hipertensión sistólica exclusiva cuando la Presión sistólica es  $\geq$  140 con presión diastólica normal o algo descendida. La hipertensión sistólica aislada (**HSA**) en el adulto mayor fue considerada hasta hace más de 3 décadas por muchos autores como un mecanismo fisiológico gracias al cual el adulto mayor mantenía una presión de perfusión tisular adecuada.

Desde la década de 1990 se sabe que esta variante de hipertensión arterial expone a todas las complicaciones cardiovasculares y muerte al adulto en edad geriátrica<sup>(1)</sup><sup>(3-8)</sup>. La hipertensión sistólica que tiene máxima prevalencia en el adulto mayor, aumenta marcadamente el riesgo de ACV e insuficiencia cardiaca.<sup>(1)</sup><sup>(3-8)</sup>

La pseudohipertensión puede presentarse en el anciano y se debe a la rigidez parietal de una arteria humeral calcificada, que no se ocluye a valores de insuflación del manguito que corresponden al valor de Presión Arterial Sistólica (**PAS**), sino a presiones de compresión mayores que esta<sup>(9-10)</sup>. Estos pacientes, tratados como hipertensos, suelen tolerar muy mal el tratamiento<sup>(10)</sup>. Osler había reconocido esta entidad y propuso una maniobra para su detección: insuflado el manguito hasta el valor de **PAS** desaparece el latido expansivo de la arteria radial pero esta arteria se sigue palpando por la gran rigidez y calcificación de sus paredes. Este signo ha sido cuestionado por su baja especificidad. Su valor reside en ser un método incruento de aproximación diagnóstica rápida hacia esa entidad. Cuando se lleva a cabo un tratamiento, el paciente presenta signos clínicos de hipertensión arterial diversos y mala tolerancia al tratamiento<sup>(10)</sup>, dado que en realidad puede no ser hipertenso, o serlo pero con valores menores que los registrados en la arteria braquial calcificada.

El pozo auscultatorio es más frecuente en los adultos mayores, y en caso de no detectarse al momento del examen clínico, puede hacer que la HTA sea subdiagnosticada<sup>(11)</sup>.

La hipertensión sistólica aislada (**HSA**) genera mayor mortalidad cardiovascular y general en este grupo etario. La presión del pulso es la diferencia entre la **PAS** y la **PAD** y es más fuerte predictor de riesgo de complicaciones vasculares que la presión arterial media (**PAM**)<sup>(5)</sup>.

La variabilidad de registros de PA en ancianos es altamente prevalente e incrementa el riesgo de sufrir ACV y muerte aun estando tratados<sup>(12)</sup>, esto exige que deban ser más frecuentemente controlados. Es común en adultos mayores la hipertensión de guardapolvo blanco, lo que obliga a registrar la presión arterial en 2 o más consultas para hacer diagnóstico, tranquilizar al paciente, procurar la mejor relación médico-paciente, no apurar los tiempos de consulta. A pesar de esto ante valores elevados, el criterio médico puede ser iniciar el tratamiento con modificaciones en el estilo de vida y aún con fármacos y estricta vigilancia según cada caso, esto incluye los resultados y su contraste con los objetivos terapéuticos fijados en cuanto al valor de presión arterial deseada, con controles iniciales más frecuentes que los habituales. La elección de los fármacos depende principalmente de las comorbilidades del enfermo. A este fin expresamos al final del presente trabajo diversos estados comórbidos en adultos mayores hipertensos, y de acuerdo a estos, la los agentes farmacológicos que sean considerados de elección y aquellos que deban evitarse.

Comprobar valores de presión arterial altos en el transcurso de la noche y patrón non dipper se asoció a peor pronóstico y a deterioro de las funciones cognitivas<sup>(13)</sup>.

La hipotensión ortostática (descenso de 20 mm Hg en la PAS o de 10 mm Hg en la PAD al pasar de la posición sedente a la posición de pie por 1 a 3 minutos), en el *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP) fue referida en el 15,5% de los pacientes del antes de recibir tratamiento<sup>(14)</sup>.

Es bien conocido que el predominio de valores elevados de presión arterial durante el sueño nocturno (patrón non-dipper) eleva aún más el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares. Sin embargo la hipotensión ortostática es un predictor de eventos cardiovasculares mayores aún **más fuerte que el patrón non dipper**<sup>(15)</sup>. Requiere de máximos controles y tratamiento si el descenso al adoptar la postura de pie produce episodios sincopales. En este caso utilizar hipotensores puede ser inadecuado e imprudente.

La evidencia a favor de tratar la hipertensión arterial en ancianos es abrumadora<sup>(16-45)</sup>, incluida con énfasis la necesidad de tratar la hipertensión sistólica aislada<sup>(16-19)</sup> (24) (26) (30-32) (37-39), que es la forma más prevalente en el adul-

to mayor. Sin embargo la excesiva reducción de la presión arterial en este grupo etario elevó la incidencia de complicaciones tales como el infarto de miocardio. Por ello se remarca el objetivo de tratar la hipertensión en el adulto mayor con estrictos controles y fijando un objetivo a valores muy poco por debajo de 140/85 mm Hg, logrado paulatinamente, con controles aproximadamente cada 3 semanas, y siempre evaluando la tolerancia<sup>(29)</sup>.

Los diuréticos han sido y son frecuentemente utilizados en el tratamiento del de la hipertensión arterial en todo rango etario. Descienden la resistencia periférica, la precarga y el gasto cardíaco, obviamente su uso está muy restringido en pacientes con incontinencia urinaria o micción imperiosa<sup>(41)</sup>.

El efecto hipotensor de la asociación de drogas es casi siempre aditivo en la reducción de la presión arterial, pero no existe semejante incremento en sus efectos colaterales, esta es solo una de las razones que avala asociar drogas en lugar de elevar dosis de monodrogas para lograr el objetivo tensional buscado<sup>(42)</sup>. Esto refuerza las razones para asociar medicamentos en la terapéutica de la hipertensión arterial, asociándolos teniendo especial consideración en las comorbilidades de los enfermos.

Un estudio con 3847 pacientes de 80 años o más con PAS mayor que 160 mm Hg tratados con IECA Y diurético o placebo debió detenerse con un seguimiento de 1.8 años (mediana) por la significativa disminución de incidencia de ACV fatal y no fatal en el grupo tratado respecto al placebo<sup>(44)</sup>.

Un reciente metaanálisis analizó el tratamiento antihipertensivo de acuerdo a la incidencia de complicaciones cardiovasculares en 31 estudios clínicos aleatorizados, (50.6% menores de 65 años y 49.3% con edad de 65 años o mayores), el tratamiento en cuanto al beneficio en disminución de la incidencia de complicaciones cardiovasculares varias, que ocurrió en adultos jóvenes al igual que en adultos mayores<sup>(33)</sup>. Los beneficios alcanzados en los pacientes tratados incluyen múltiples complicaciones cardiovasculares y aún muerte por ellas.

En adultos mayores el tratamiento de la HTA previno complicaciones cardíacas y vasculares, disminuyó muy significativamente la incidencia de ACV, enfermedad coronaria y eventos cardíacos en general, insuficiencia cardíaca y muerte<sup>(16) (22-23) (27) (31-37) (38) (44)</sup>. La reducción de

los eventos que se enumeran en base a estos trabajos y otros fue aproximadamente 40% en la incidencia de ACV, 22% en enfermedad coronaria, y 45% en muertes y otras complicaciones cardiovasculares de diversa índole respectivamente con un seguimiento de entre 2 y 4.5 años.

Los beneficio de tratar la HTA en el adultos mayores de 80 años o más, se basan en numerosos estudios <sup>(27)</sup> <sup>(32)</sup> <sup>(36)</sup> <sup>(44)</sup>.

Existen múltiples recomendaciones de sociedades científicas internacionales para tratar la HTA en pacientes añosos <sup>(46-48)</sup>. El tratamiento con dieta hiposódica es más efectivo que en adultos jóvenes <sup>(49-52)</sup>.

Más allá de cuál es la mejor droga para el tratamiento, el principal problema es que en muchos ancianos la HTA no está bien controlada.

El efecto favorable del tratamiento antihipertensivo ante todo evento cardiovascular y muerte se da a cualquier edad, y no hay diferencias de significación entre los distintos agentes farmacológicos mientras se logre el objetivo de descenso <sup>(40)</sup>. La elección de la/s droga/s debe hacerse según las comorbilidades del paciente y no según su edad, tal lo expresamos al final de este trabajo.

La presencia de insuficiencia cardiaca, de hipertrofia del VI, cardiopatía isquémica, enfermedad carótida severa o antecedente de ACV, aneurisma de aorta enfermedad arterial periférica, diabetes asociada, e insuficiencia renal, deben reforzar la indicación de tratar la HTA del adulto mayor.

Antes de iniciar tratamiento se debe registrar la presión arterial no solo sentado y de pie sino también en ambos brazos.

El objetivo del tratamiento debe ser bajar la Presión Arterial gradualmente a no mucho menos que 140/80 si es posible y si no se produce una elevación de la creatinina que no existiera previamente o cualquier síntoma o signo de bajo flujo de trascendencia en algún órgano. En pacientes de más de 80 años el valor/objetivo puede ser poco menor que 145 de PAS. El tratamiento se inicia con medidas higiénico-dietéticas que incluya la supresión de la sal o uso de sustitutivos gradualmente, sin provocar descenso de la presión de perfusión tisular, insuficiencia renal, hipotensión ortostática, ni elevación de la urea/creatinina en suero. Si esto no fuera posible, obtener la

mayor reducción de PA sin que ocurran estos fenómenos <sup>(46-47)</sup>, en general llegando gradualmente a valores de 140 mm Hg de presión sistólica o poco menores.

El tratamiento farmacológico debe hacerse según las comorbilidades del paciente, sin que exista en general alguna droga de elección. A continuación se propone la elección de drogas según las comorbilidades del paciente, esto debe ser siempre una guía en el tratamiento farmacológico.

La primer conducta a tomar en el tratamiento del adulto mayor hipertenso, es la que contempla la corrección de desviaciones higiénico dietéticas, aunque si los valores tensionales están muy elevados, siempre con especial énfasis en las comorbilidades y compromiso de órganos por la enfermedad hipertensiva, el médico el tratamiento higiénico dietético asociado con fármacos.

### Tratamiento no farmacológico

- 1) Restringir la sal: la ingesta de 6 g Cl Na lleva a un descenso aproximado de 2-8 mm Hg. Evitar alimentos salados y enlatados.
- 2) Limitar la ingesta de alcohol a 15 g de alcohol/día o menos.
- 3) Bajar de peso si el paciente está por sobre un BMI de 25 Kg/m<sup>2</sup> de superficie corporal. Cada 10 Kg de pérdida de peso la PA se reduce 5-20 mm Hg.
- 4) Incrementar la actividad física. Dieta DASH (frutas, vegetales, bajo contenido graso en especial de ácidos grasos saturados).

La sal aumenta más en proporción la Presión Arterial en adultos mayores que en adultos menores. La dieta hiposódica resulta por eso más efectiva en el adulto mayor para el descenso de la PA <sup>(49-52)</sup> y los adultos mayores tienen más adherencia a la dieta hiposódica que los adultos menores <sup>(50-51)</sup>.

La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar con el uso de los diuréticos,  $\beta$  bloqueantes, y los demás antihipertensivos de primera línea siempre que todos alcancen los objetivos en reducción del valor de presión arterial <sup>(40)</sup> <sup>(42)</sup>.

La hipotensión postprandial es más frecuente en adultos mayores. Ocurre entre 20 min y 2 horas luego de la ingesta, se asocia a mareos y es causa de síncope

subdiagnosticado en estadio postprandial, aún así el paciente puede ser un hipertenso un hipertenso a quien se le suma este problema<sup>(53-54)</sup>.

### **Enfoque del tratamiento farmacológico de la HTA del adulto mayor teniendo en consideración las comorbilidades y la lesión de órgano blanco**

**IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina I a Angiotensina II.

**BRA:** Bloqueantes de los receptores A-T1 de Angiotensina II.

**BCCDHP:** Bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridínicos, y no dihidropiridínicos (**BCC no DHP**).

Los diuréticos a bajas dosis (12.5 a 25 mg/día de hidroclorotiazida), los  $\beta$  bloqueantes, los bloqueantes cálcicos, los IECA, los BRA, reducen la incidencia de enfermedad coronaria (IAM fatal y no fatal), ACV fatal y no fatal, insuficiencia cardíaca, y la muerte cardiovascular cuando se los compara con placebo o control<sup>(21) (25) (29) (33) (40) (42) (45)</sup>. La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar para los diuréticos y los beta-bloqueantes, siempre que todos alcancen los objetivos de control tensional.

El Consenso Europeo recomienda que la selección del tratamiento farmacológico se haga no solo por el valor de **PA** sino también por el riesgo global. Se pone en duda el tener una droga como de primera línea. La mayoría de los pacientes requerirá la asociación de 2 o más drogas. Se debe tener en cuenta: 1) el efecto de la droga sobre otros factores de riesgo 2) la presencia de órgano blanco dañado 3) las comorbilidades 4) las interacciones farmacológicas y 5) los costos<sup>(46)</sup>. Hay que focalizar el esfuerzo en detectar al paciente adulto mayor, diagnosticarlo, individualizar las comorbilidades, tratarlo acorde a ellas y lograr los objetivos en la normalización de la presión arterial.

Se señala nuevamente que La HTA sistólica como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares es más fuerte que la HTA diastólica, y que la Presión diferencial es más predictiva de riesgo que la **PAM**<sup>(55-56)</sup>. En un muy reciente trabajo se recomienda un tratamien-

to de la hipertensión arterial tomando como objetivo valores tensionales menores que los que hemos recomendado, hallando con tratamientos más agresivos una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Este trabajo debe mencionarse pero sus resultados deben ser confirmados por otros tendientes a este fin antes de que pueda transformarse en una recomendación general<sup>(57)</sup>. Por el momento mantenemos las recomendaciones aquí vertidas que tienen una muy robusta bibliografía que la avala.

### **Recomendaciones farmacológicas en base a comorbilidades**

- 1) **Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica:** primera línea para IECA, o, BRA si los primeros no son bien tolerados,  $\beta$ -bloqueantes y diuréticos de asa, y agregado de antagonistas de aldosterona.
- 2) **Pacientes con arteriopatía periférica:** primera línea para BCC, IECA o BRA, diuréticos. Limitar los  $\beta$ -bloqueantes, más aún los no  $\beta$ -1 específicos cardioselectivos de última generación.
- 3) **Pacientes con hipotensión ortostática:** considerar las tiazidas. Evitar los  $\alpha$ -bloqueantes y BCC. Si es necesario tratar evitar los episodios sincopales, limitando los objetivos según su presencia o ausencia.
- 4) **Pacientes con Síndrome Metabólico:** considerar IECA, BCC, BRA. Evitar  $\beta$ -bloqueantes y tiazidas.
- 5) **Pacientes con incontinencia urinaria:** Evitar diuréticos.
- 6) **Pacientes con EPOC o asma:** evitar  $\beta$ -bloqueantes, más aún los no  $\beta$ -1-cardioselectivos de última generación. Pero en general evitarlos todos, evaluar siempre riesgo/beneficio.
- 7) **Pacientes con insuficiencia renal:** considerar IECA, BRA, y diuréticos de asa. Evitar los antagonistas de aldosterona.
- 8) **Pacientes con fibrilación auricular permanente:** considerar los  $\beta$ -bloqueantes, **BCC no DHP, IECA, BRA.**
- 9) **Pacientes que deben recibir AINES:** considerar BCCDHP,  $\beta$ -bloqueantes. El uso de IECA, BRA, bloqueantes de aldosterona o renina en combinación con AINES favorece el empeoramiento de la función renal y la hiperkalemia.

- 10) **Pacientes con enfermedad coronaria crónica y estable:**  $\beta$ -bloqueantes, IECA y lo demás necesario para normalizar la PA.
- 11) **Pacientes con hipertrofia prostática:** Considerar los BCCDHP y los IECA. Si deben usarse  $\alpha$ -bloqueantes controlar la presencia de hipotensión ortostática.
- 12) **Pacientes con fibrilación auricular recurrente:** considerar IECA y/o BRA y  $\beta$ -bloqueantes.
- 13) **Pacientes con arritmias ventriculares:** considerar  $\beta$ -bloqueantes, IECA, BRA. Cuidar la hipokalemia que generan los diuréticos.
- 14) **Pacientes diabéticos:** considerar los IECA y/o BRA, BCC no DHP,  $\beta$ -bloqueantes. La clorpropamida es causa de hiponatremia, las tiazidas pueden elevar la insulino resistencia.
- 15) **Pacientes portadores de osteoporosis:** considerar tiazidas y amilorida, fosfato de K en lugar de ClK, evitar la furosemida.
- 16) **Pacientes con retardos de la conducción A-V y bloqueos:** Evitar  $\beta$ -bloqueantes y BCC no DHP.
- 17) **Pacientes constipados:** evitar verapamilo.
- 18) **Pacientes con glaucoma:** considerar  $\beta$ -bloqueantes y demás necesarios para normalizar la PA.
- 19) **Pacientes con antecedentes de hiponatremia:** evitar tiazidas, más aún en los que reciben inhibidores de la recaptación de serotonina y/o clorpropamida.
- 20) **Pacientes con hipertiroidismo asociado con eritismo cardíaco:**  $\beta$ -bloqueantes, demás drogas si se requieren para normalizar la presión arterial.
- 21) **Pacientes con enfermedad carotídea o antecedentes de ACV:** considerar IECA y BCC.
- 22) **Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica:** diuréticos de asa, y demás fármacos según otras comorbilidades.
- 23) **Pacientes con aneurisma aórtico:**  $\beta$ -bloqueantes y asociación necesaria (IECA, BRA, diuréticos) para llevar la PA al menor nivel bien tolerado.
- 24) **Paciente hipertenso y gotoso:** reemplazar tiazidas por indapamida (prolonga Q-T, precaución si el paciente ingiere litio). Usar demás fármacos para normalizar la PA.
- 25) **Hipertensos con temblor senil, migraña:**  $\beta$ -bloqueantes liposolubles (propranolol).
- 26) **Pacientes con IAM en curso:**  $\beta$ -bloqueantes, IECA y/o BRA, según clínica agregar diuréticos.

## Conclusiones

A pesar de los primeros trabajos publicados por el grupo de investigadores del SHEP y todos los que le sucedieron la hipertensión arterial en el adulto mayor continúa siendo infravalorada en cuanto a sus efectos deletéreos por los cardio-geriátras. En este trabajo de revisión se efectúa una puesta al día de este problema que nos preocupa severamente por las consecuencias que de ello se derivan en este grupo etario del mayor cuidado. El envejecimiento conlleva un deterioro armónico en la función de todos los órganos y tejidos que no constituye un estado mórbido, solo el envejecimiento fisiológico que es una parte normal de nuestra vida. La capacidad funcional de todos los órganos y tejidos disminuye armónicamente llevándonos a una progresiva reducción de nuestra capacidad funcional y expectativa de vida con el paso de los años. Cuando una entidad del genio maligno que conlleva la hipertensión arterial en todas sus formas de presentación, en especial la hipertensión sistólica aislada de máxima prevalencia en este grupo etario, el deterioro de células que forman órganos en general, tales como el encéfalo, el corazón, el riñón y todos en general, y de tejidos desde el endotelio hasta todas las capas de la pared arterial con su efecto sistémico al destruirse la armonía del deterioro funcional llevan a estados mórbidos que deterioran aceleradamente nuestra capacidad funcional, calidad de vida, y llevan a enfermedad u reducción final en nuestra expectativa de vida. Si esto no es evitado las consecuencias serán las mencionadas, si el problema es abordado debidamente, controlándose la hipertensión arterial llegaremos a prevenir este problema y mantener la armonía en el deterioro funcional a lo largo de los años. Más que en cualquier grupo etario, el adulto mayor tendrá variadas comorbilidades. Debemos extremar el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial sin escatimar el uso de fármacos para alcanzar los objetivos planteados en cuanto al control de los valores de presión, pero especialmente en este caso seleccionar los fármacos según las comorbilidades presentes, pudiendo mejorarlas y nunca agravarlas. En esta revisión privilegiamos la elección de los fármacos antihipertensivos dando veintiséis ejemplos de hipertensión arterial en adultos

mayores asociada a diversas comorbilidades como la optima manera de seleccionar los fármacos cuando son necesarios, como se da en la mayoría de los casos.

## Referencias

- 1) Fagard R. H. Epidemiology of hypertension in the elderly. *Am J Geriatr Cardiol* 2002.- Jan.-Feb.; 11 (1): 23-8.
- 2) Berreta JA, et al. Fisiología Cardiovascular, Introducción a la fisiopatología. 2013 p 123. Ed: La librería de la ciencia.
- 3) Stokes J III, Kannel WB, Wolf PA, et al. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease: the Framingham Study—30 years of follow-up. *Hypertension*. 1989; 13:113-118.
- 4) Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360:1903-13.
- 5) Blacher J, Staessen JA, Girend X, et al. Pulse pressure not mean pressure determines cardiovascular risk in older hypertensive patients. *Arch Intern Med*. 2000; 160:1085-9.
- 6) Franklin SS, Larson MG, Khan SA, et al. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2001; 103:1245-9.
- 7) Franklin SS, Lopez VA, Wong ND, et al. Single versus combined blood pressure components and risk for cardiovascular disease: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009; 119:243-50.
- 8) Tkacheva ON, Ostapenko VS, Runikhina NK, Kotovskaya YV. Antihypertensive Therapy and its Efficacy in Outpatient Elderly and Very Elderly Subjects. *Kardiologija* 2016; 56:50-54
- 9) Jaffe R, Halon DA, Weisz G, y col. Pseudo hypertension (correction of pseudo hypertension) in a patients with malignant hypertension. *Isr Med Assoc J* 2000;2:484-5.
- 10) Anzal M, Palmer AJ, Starr J, y col. The prevalence of pseudo hypertension in the elderly. *J Hum Hypertension* 1996; 10:409-11.
- 11) Cavallini MC, Roman MJ, Blank, y col: Association of the auscultatory gap with vascular disease in hypertensive patients. *Ann Intern Med* 1996; 1124:877-83.
- 12) Pringle E, Phillips C, et al. Systolic Blood pressure variability as a risk factor for stroke and cardiovascular mortality in the hypertensive population. *J Hypertension* 2003; 21:2251-7.
- 13) Cuo H, Tabara Y, Igase M, y col. Abnormal nocturnal blood pressure profile is associated with mild cognitive impairment in the elderly: the J-SHIP study. *Hypertension Res* 2010; 33:32-6.
- 14) Applegate WB, Davis BR, Black HR, et al. Prevalence of postural hypotension at baseline in Systolic Hypertension in the elderly program (SHEP) cohort. *J Am Geriatric Soc* 1991; 39:1057-1064.
- 15) Fagard RH, De Cort P. Orthostatic hypotension is a more robust predictor of cardiovascular events than night time reverse dipping in elderly. *Hypertension* 2010; 56: 56-61.
- 16) Shep. Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991;265:3255-64. T
- 17) Staessen JA, Fagard R, Thijs L, y col. Randomized double blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997; 350:757-64.
- 18) Liu L, Wang JG, Gong L, Liu G, Staessen JA. Comparison on of active treatment and placebo in older patients with isolated systolic hypertension. *J Hypertension* 1998; 16:1823-9.
- 19) Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, y col. Risk of untreated and treated isolated hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000; 355:865-72.
- 20) Kannel WB et al. Blood pressure as cardiovascular risk factor: prevention and treatment; *JAMA* 1996; 275:1571-1576.
- 21) Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents: Double blind control study of antihypertensive agents: III. Chlorthalidate alone and in combination with other agents; preliminary results. *Arch Intern Med* 1962;110; 230.
- 22) Dahlof B, Lindholm LH, Hansson L, y col: Morbidity and mortality in the Swedish Trial in old patients with Hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991; 338:1281-1285.
- 23) PROGRESS Collaborative Group. Randomized trial of a pirindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet* 2001; 358:1013-41.
- 24) Implications of the Systolic Hypertension in the elderly program. The Systolic Hypertension in the Elderly program Cooperative Research Group. *Hypertension* 1993; 21:335-343.
- 25) Gueyffier F, Bulpitt C Boissel JP, et al: Antihypertensive drugs in very old people. A subgroup meta-analysis of randomized controlled trials. INDIANA Group. *Lancet* 1999; 353:793-796.
- 26) Stassen JA Fagard R, y col. Randomized double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997; 350:757-764.- ) PROGRESS. *Lancet* 2001; 358:1033-41.
- 27) Beckett NS, Peters R, Flecher AE, y col. Hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358:1887-1898.
- 28) Lighart SA, Richard E, van Gool WA, Moll van Charante. Cardiovascular risk management in community-dwelling elderly: opportunities for prevention. *Eur. J Cardiovascular Prev. Rehab.* 2011. Sep.
- 29) Merlo J et al. Incidence of myocardial infarction in elderly men being treated with antihypertensive drugs: population based cohort study. *BMJ* 1996; 313:457-461.
- 30) Kostis JB, Davis BR., Culter J., Grimm RH. Jr., Berge KG., Cohen JD., Lacy CR., Perry HM. Jr., Blautox MD., Wassertheil-Smoller S., Black HR., Schron E., Berkson DM., Curb JD., Smithw Mc Donald R., Applegate WB. Prevention of heart failure by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. SHEP Cooperative Research Group. *JAMA* 1997 Jul. 16; 278 (3): 212-6.
- 31) Perry HM. Jr.; Davis BR, Price TR.: Applegate WB.; Fields WS.; Guralmik JM.; Kuller L.; Pressel S.; Stamler J, et al, Effect of treating isolated systolic hypertension on the risk of developing various types and subtypes of stroke: the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 2.000 Jul. 26; 284 (4): 465- 71.
- 32) Ruth Peters, Nigel Beckett, Robert Beardmore, Rafael Peña-Miller Kenneth Rockwood ,Arnold Mitnitski, Shahrul Mt-Isa and Christopher Bulpitt. Modelling Cognitive Decline in the Hypertension in the Very Elderly Trial [HYVET] and Proposed Risk Tables for Population Use. *PLoS One*. 2010; 5(7): e11775.
- 33) Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, y col. Effect on different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: Meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2008; 336:1121-3.
- 34) Armery A, Birkenhäger W, Bulpitt C et al: Mortality and Morbidity Results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trial. *Lancet* 1985; 1:1349-1354.
- 35) Coope J, Warrender T: Randomized trial of treatment of hypertension in elderly patients in primary health care. *Br Med J* 1988; 293:1145-1151.
- 36) Becket NS, Et al. Treatment of hypertension at patients 80 years or older. *N Engl J med* 2003; 148:-133
- 37) Staessen JA, Bulpitt C, Clement D et al: Relation between mortality and treated blood pressure in elderly patients with hypertension. *BMJ* 2009; 298: 1552-1556
- 38) Azusa Hara, Lutgarde Thijs, Kei Asayama, Lotte Jacobs, Ji-Guang Wang, and Jan A. Staessen. Randomized Double-Blind Comparison of Placebo and Active Drugs for Effects on Risks Associated with Blood Pressure Variability in the Systolic Hypertension in Europe Trial. *PLoS One*. 2014; 9(8): e103169.
- 39) Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older person with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the elderly Program (SHEP). Shep cooperative research group *JAMA* 1991; 265:3255-3264.
- 40) Hansson L., Lindholm L., Ekblom T. et al (STOP- Hypertension -2 Study Group). Randomized trial of old and new antihypertensive drugs in the elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity. The Swedish Trial in Old Patients with hypertension - 2 study. *Lancet* 1.999; 354: 1.751- 6.
- 41) Lloyd-Jones, Evans J, Levy D: Hypertension in the adults across the age spectrum. Current outcome and control in the community. *JAMA* 2005; 294:466.
- 42) Law MR, Wald NJ, Morris K, y col. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis on 352 randomized trials. *BMJ* 2003; 266:1427-1434

- 43) Pickkers P, Hughes AD, Frans G, et al. Thiazide-induced vasodilatation in humans is mediated by potassium channel activation. *Hypertension* 1998; 32:107.
- 44) Beckett NS, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*; 2008:187-98.
- 45) Psaty BM, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. A network meta-analysis. *JAMA* 2003; 289:2534-2544.
- 46) Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2007; 28:1462-1536
- 47) ACA/AHA 2011. Expert Consensus Hypertension in Elderly. *J Am Coll. Cardiology* 2011; 57:2037-114.
- 48) ACCF/AHA Expert Consensus Document on Hypertension in Elderly. *Circulation* 2011; 123:2434-2506.
- 49) Shimamoto H et al. Time course of hemodynamic responses to sodium in elderly hypertensive patients. *Hypertension* 1990; 16:387-97.
- 50) Midgley, J.P., Matthew, A.G., Greenwood, C.M. y cols. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1996; 275(20): 1590-1597.
- 51) Whelton, P.K., Appel, L.J., Espeland, M.A. y cols. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of non pharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998; 279(11): 839-846.
- 52) Alam S, et al. A meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) among healthy normotensive and essential hypertensive elderly patients to determine the effect of high salt (NaCl) diet on Blood Pressure. *J Hum Hypertension* 1999; 13:367-374.
- 53) Masuo K, Mikami H, Ogihara T, Tuck ML. Mechanisms mediating postprandial blood pressure reduction in young and elderly subjects. *Am J Hypertension*. 1996; 9:536-44.
- 54) Luciano GL, Brennan MJ, Rothembeg MB. Postprandial hypotension. *Am J Med* 2010; 123:281-6.
- 55) Rutan G.H., Kuller, L.H., Neaton, J.D. y cols. Mortality associated with diastolic hypertension and isolated systolic hypertension among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation* 1988; 77(3): 504-514.
- 56) Domanski M, Mitchell G, Pfeffer M, et al: for the MRFIT Research Group: Cardiovascular pressure and cardiovascular Disease-related mortality: Follow up study of the Multiple Risk Factor Interventional Trial (MRFIT). *JAMA* 2022; 287:2677-2683.
- 57) Soliman EZ, Ambrosius WT, Cushman WC, Zhang ZM, Bates JT, Neyra JA, Carson TY, Tamariz L, Ghazi L, Cho ME, Shapiro BP, He J, Fine LJ, Lewis CE; SPRINT Research Study Group. Effect of Intensive Blood Pressure Lowering on Left Ventricular Hypertrophy in Patients with Hypertension: The Systolic Blood Pressure Intervention (SPRINT) Trial. *Circulation*. 2017. [Epub ahead of print].

## INFORME DE CASO

# Administración de Ampicilina – Sulbactam por vía subcutánea en un adulto mayor en Cuidados Paliativos

Remondino, Mauro<sup>1</sup>, Raviolo Sanchez, Carlos Gustavo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Municipal Nuestra Señora de Nievas, Malagueño, Provincia de Córdoba. <sup>2</sup> Médico de cabecera, INSSJP.

**Correo electrónico:** mauroremondino@gmail.com

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Recibido el 3 de junio de 2017; aceptado el 18 de julio de 2017.

## RESUMEN

La búsqueda de vías alternativas para la administración de antibióticos surge de la necesidad de mantener la calidad de vida y el confort del paciente. Se analizaron, en un caso, los efectos adversos y la presencia de dolor en el sitio de administración subcutánea de AMS, según el diluyente utilizado. También se evaluaron los cambios en el comienzo y la duración de la analgesia cuando los rescates de morfina coincidían con la administración de AMS. No se registraron efectos adversos locales ni dolor en el sitio de administración, independientemente del diluyente utilizado, y tampoco se objetivaron cambios en el tiempo de inicio y duración de la analgesia cuando los rescates de morfina coincidían con la administración de AMS.

**Palabras Clave:** Ampicilina Sulbactam, vía subcutánea, Cuidados Paliativos

## Subcutaneous administration of Ampicilina - Sulbactam to an elderly under palliative care

## ABSTRACT

The search for alternative procedures for administering antibiotics, rises from the need to keep the patient's quality of life and his comfort. It was analyzed, in one case, the probable adverse effects and the presence of pain in the site of the subcutaneous administration of AMS, depending on the type of diluent used. It was also evaluated the changes at the beginning of analgesia when coinciding the morphine rescues and the AMS administration. There were not reported local adverse effects or pain at the site of administration, regardless of the diluent used, neither changes in onset time and duration of analgesia when morphine rescues and AMS administration coincided.

**Keywords:** Ampicilina Sulbactam, subcutaneous administration, Palliative Care

## Caso clínico

Paciente de 78 años masculino, jubilado, vive en zona rural con su esposa, hijos y nietos. Presenta como antecedentes personales patológicos:

1. Diabetes tipo II en tratamiento con Insulina Detemir y correcciones con insulina lispro
2. Demencia vascular moderada (evaluada con Test de Folstein)
3. Arteriopatía obstructiva crónica severa en miembros inferiores (MMII), según clasificación de Fontaine
4. Náuseas y vómitos de causa multifactorial (visceropatía diabética, gastritis crónica)
5. Dolor isquémico crónico severo en MMII, tratado con parches transdérmicos de Fentanilo 75 umg/hrs. cada 3 días y rescates de morfina subcutánea
6. Adenoma hipofisario sin progresión en los últimos dos años medicado con Carbegolina que fue suspendida en los últimos meses por trastornos deglutorios
7. Anciano frágil, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria
8. Síndrome de declive

9. Desnutrición severa
10. Síndrome Depresivo
11. Deshidratación con hidratación subcutánea intermitente.

El paciente es asistido desde hace 4 años por el mismo médico, presentando durante este tiempo un deterioro progresivo en las funciones cognitivas, la funcionalidad, peso y capacidad deglutoria. La familia del paciente está informada y comprende el estado de fragilidad del paciente y ha decidido mantener una internación domiciliaria con criterio paliativo, con intervenciones que sólo justifiquen la prevención y el tratamiento de síntomas.

Se solicita interconsulta con Cirugía Vascular por úlcera en cara lateral de pie derecho, de 10 días de evolución y rápida progresión. En la valoración, el especialista constata infección leve e indica toilette quirúrgica para evitar la progresión de la infección y el dolor; se requirió antibioticoterapia, previa y posterior a la cirugía.

Para la elección del antibiótico y su vía de administración se identificaron las variables que fueron agrupadas en tres categorías:

#### A. Variables relacionadas con el paciente

1. Paciente con criterios de cuidados paliativos.
2. Voluntad del paciente y su familia: decisión de internación domiciliaria y alta temprana post toilette quirúrgica.
3. Imposibilidad de utilizar la vía oral por los trastornos deglutorios con episodios de náuseas y vómitos.

#### B. Variables relacionadas con la vía de administración

1. Recursos sanitarios disponibles: no hay acceso a personal de enfermería, pero sí control médico tres veces por semana y seguimiento telefónico.
2. Contexto socio-ambiental: paciente que vive en zona rural, en condiciones de higiene óptimas y en un contexto familiar de apoyo y compromiso con el cuidado del paciente.

#### C. Variables relacionadas con el antibiótico

1. Antibióticos propuestos por consenso internacionales vs. antibióticos disponibles para administración subcutánea.
2. Disponibilidad del fármaco en farmacia de la zona

3. Costo
4. Vías de administración

Basados en el Consenso sobre el Tratamiento de las Infecciones en el pie diabético<sup>(1)</sup>, se evaluaron las opciones terapéuticas: se confrontaron los antibióticos propuestos en este Consenso, con aquellos disponibles para administración subcutánea (Ertapenem, Ceftriaxona, Cefepime, Teicoplanina, Ampicilina, Tobramicina, Amikacina)<sup>(2)</sup>.

De las opciones validadas por vía subcutánea, la Ampicilina no cubría el espectro antibacteriano requerido (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* beta hemolíticos [A, B, C y G]).

Por otro lado, Ertapenem y Teicoplanina cubrían, e incluso superaban, el espectro antibacteriano, pero sus costos eran elevados y su disponibilidad escasa.

Teniendo en cuenta que la amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral resulta de primera elección por la similitud con AMS (su espectro antibacteriano, efectividad en nuestro medio, disponibilidad y costo), se investigó la posibilidad de utilizarla por vía subcutánea. Para ello se inició una búsqueda bibliográfica que no arrojó resultados positivos; por este motivo se consultó formalmente al Centro de Información sobre Medicamentos (CIME), dependiente del Departamento de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, acerca de sus propiedades físico-químicas (PH, peso molecular, solubilidad) y vías de administración<sup>(3,4,5,6)</sup>. El CIME informó que no se encontraron datos sobre administración subcutánea de la AMS, pero dadas las propiedades físico-químicas se interpretó que se podría utilizar con seguridad, obteniendo una buena absorción y eficacia. Se decidió iniciar el tratamiento en forma progresiva, con el consentimiento y colaboración de la familia.

Se planificó que las primeras 4 dosis serían suministradas por el médico para un control inicial de las variables, así como para entrenar a la familia en la preparación, administración, identificación y registro de dolor (Escala Visual Análoga/EVA) y/o de efectos adversos locales (eritema, úlceras o celulitis) en cada aplicación. El resto de las aplicaciones y registros serían realizados por la familia con apoyo telefónico continuo para evacuación de dudas y el control médico tres veces

por semana. Se utilizó como herramienta domiciliaria una Planilla de Registro diario de las variables a ser analizadas. En el caso en que los rescates de morfina coincidieran con el horario de administración de AMS, se registraría la puntuación de analgesia en la EVA, el inicio de la analgesia en los rescates y la duración de la misma.

Se colocó una butterfly N° 21 en abdomen como vía de administración de AMS, 1,5 g cada 6 horas; la primera dosis es diluida en 250 cm<sup>3</sup> de solución fisiológica. De la segunda a la cuarta dosis, se utilizó como diluyente 5 cm<sup>3</sup> de Lidocaína 2% en bolo, manteniendo este esquema durante seis días hasta la cirugía, completando así 28 dosis.

Después de la cirugía se retomó la antibioticoterapia en domicilio durante 10 días (completando 40 dosis), más los rescates de morfina de 5 mg S.C. (cuatro veces al día, promedio). No se objetivaron dolor ni efectos adversos locales en ninguna de las dosis administradas.

## Discusión

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define a los Cuidados Paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales<sup>(7)</sup>.

Una de las dificultades en la práctica diaria de la geriatría es poder determinar cuándo un tratamiento es paliativo. Esta dificultad es mayor cuando el paciente no tiene una patología terminal definida, sino una suma de comorbilidades.

Hoy en día existen criterios que nos ayudan a establecer un pronóstico de vida, siempre y cuando tengamos en cuenta que estimarlo no siempre suele ser exacto porque primará el criterio clínico, el conocimiento de la historia del paciente y, fundamentalmente, las decisiones del paciente y/o su familia.

Para una aproximación pronóstica resulta primordial realizar una Valoración Geriátrica Integral y considerar las variables que nos acercan a la misma como

- a) la edad como indicador de comorbilidad y "fragilidad" (el síndrome de Declive es en muchos casos una situación que proviniendo desde la fragilidad acabará conllevando situaciones irreversibles);
- b) el tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad;
- c) el estado nutricional;
- d) el deterioro cognitivo;
- e) la depresión y
- f) la falta de un adecuado soporte socio familiar.

Un número considerable de estos pacientes morirán repentinamente; por lo que no tenemos que caer en el "nihilismo" del pronóstico<sup>(8)</sup>.

La utilización de antibioticoterapia en cuidados paliativos tiene como finalidad el tratamiento de síntomas. La aplicación de los antibióticos al final de la vida es amplia en la práctica diaria pero requiere el desarrollo de estudios científicos bien diseñados para evaluar su indicación y eficacia<sup>(9,10)</sup>.

La elección de la vía de administración de fármacos en cuidados paliativos debe basarse, primordialmente, en el confort del paciente para evitar la utilización de métodos que puedan resultar invasivos y dolorosos, así como también adaptarse a las características edilicias, los factores socio-económicos y las capacidades técnicas de los cuidadores, los cuales no necesariamente deben ser profesionales de la salud (familiares, cuidadores, el mismo paciente). Como último requisito, la vía elegida debe asegurar una eficaz absorción y distribución de los fármacos sin efectos adversos.

La vía de elección ideal para el tratamiento de síntomas de pacientes en cuidados paliativos es la vía oral. Ciertas circunstancias como intolerancia gástrica, trastornos deglutorios, náuseas y vómitos obligan a buscar vías alternativas a la vía oral (subcutánea, intravenosa, rectal, intramuscular, sublingual y transdérmica).

El índice de absorción subcutánea de un fármaco dependerá de su solubilidad, peso molecular y pK como así también del nivel de irrigación sanguínea y drenaje linfático del tejido subcutáneo. La vía subcutánea no presenta barreras de absorción, pues la medicación entra directamente en el torrente circulatorio a través de los capilares si su peso molecular es menor o igual a 16 kDa o por vía linfática si su peso molecular es mayor.

La absorción de fluidos se produce por perfusión, difusión, presión hidrostática y presión osmótica. Se considera comparable la absorción de fluidos por vía subcutánea a la intravenosa, siempre que la velocidad, cantidad y el tipo de fluido sea el apropiado <sup>(11)</sup>.

## Resultados

No se registraron dolor ni signos de efectos adversos en el sitio de administración en ninguna de las dosis administradas (en total, 68 dosis), independientemente del diluyente utilizado. Se registraron tres coincidencias de rescates de morfina con la administración de AMS, sin cambios en la puntuación de analgesia en la EVA, el tiempo de comienzo de analgesia en los rescates y la duración de la misma en comparación con aquellas dosis que no coincidían con la dosis reglada de AMS.

## Conclusión

De lo evaluado en el caso clínico presentado, se deduce que los resultados son suficientes para estimular y ampliar el estudio de la administración de AMS subcutánea, valorando los niveles de absorción según los diluyentes utilizados y la eficacia en el control seguro de los síntomas.

## Bibliografía

- 1) J.I. Blanes, A. Clará, F. Lozano, D. Alcalá, E. Doiz, R. Merino, J. González del Castillo, J. Barberán, R. Zaragoza Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. *Angiología*. 2012; 64(1):31-59
- 2) Azevedo, Eliete Farias; Barbosa, Leandro Augusto and Cassiani, Silvia Helena de Bortoli. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.5, pp.817-822. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500026>.
- 3) Sweetman S.C. (Ed), *The Complete Drug Reference*. Martindale. 36th Edition. London-Chicago Pharmaceutical Press. 2009 U.S. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. PubChem (online) Acceso: 13/04/16 Disponible en: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/101603128#section=Top>
- 4) Trissel L A. *Handbook on Injectable Drugs*. 16 Edition. Bethesda. American Society of Health-System Pharmacists.2011. Gold Standard/Elsevier Clinical Pharmacology [en línea]. EEUU (Acceso restringido). Acceso: 13/04/16 Disponible en <http://www.clinicalpharmacology.com>
- 5) American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) AHFS DI Monographs (on-line) EEUU Acceso: 13/04/16 Disponible en: <http://www.drugs.com/monograph/>
- 6) Ripa S, Ferrante L, Prena M. Pharmacokinetics of sulbactam/ampicillin in humans after intravenous and intramuscular injection. *Chemotherapy*. 1990; 36(3):185-92
- 7) <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 8) Navarro Sanz, Ramón. Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad terminal: Conceptos y Factores pronósticos. En *Guías Médicas SECPAL*. [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
- 9) Manisha Juthani-Mehta, MD, Preeti N. Malani, MD, MSJ, and Susan L. Mitchell, MD, MPH. Antimicrobials at the End of Life: An Opportunity to Improve Palliative Care and Infection Management. *JAMA*. 2015 Nov 17; 314(19): 2017–2018. doi: 10.1001/jama.2015.13080
- 10) Rosenberg JH, Albrecht JS, Fromme EK, Noble BN, McGregor JC, Comer AC, Furuno JP. Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*. 2013 Dec; 16(12):1568-74. doi: 10.1089/jpm.2013.0276. Epub 2013 Oct 23.
- 11) Richter WF, Bhansali SG, Morris ME. Mechanistic Determinants of Biotherapeutics Absorption Following SC Administration. *The AAPS Journal*. 2012; 14(3):559-570. doi:10.1208/s12248-012-9367-0.