

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## **Los adultos mayores ante el proceso quirúrgico. 1995-2009.**

Mucci, María, Fermanelli, Adrian, Lado, María Cristina, Solari Cardozo, María Del Rosario, Diamante, Leticia y Besada, Mabel.

Cita:

Mucci, María, Fermanelli, Adrian, Lado, María Cristina, Solari Cardozo, María Del Rosario, Diamante, Leticia y Besada, Mabel (2011). *Los adultos mayores ante el proceso quirúrgico. 1995-2009. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/305>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/W2D>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LOS ADULTOS MAYORES ANTE EL PROCESO QUIRÚRGICO. 1995-2009

Mucci, María; Fermanelli, Adrian; Lado, María Cristina; Solari Cardozo, María Del Rosario; Diamante, Leticia; Besada, Mabel

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires - Hospital Gral. de Agudos José María Penna

## RESUMEN

Las problemáticas referidas al envejecimiento cobran actualidad día a día ante el incremento mundial de la población adulta mayor. En el contexto del Servicio de Cirugía General del Hospital J. M. Penna, se consideran dos poblaciones etáreas: adultos y adultos mayores. El objetivo es comparar, en un estudio descriptivo correlacional, las respuestas de ambos grupos ante la información médica recibida. Dado un protocolo de evaluación psicológica de nueve apartados, sobre una población total de 910 sujetos, distribuidos en 455 sujetos para cada grupo, se identifican tres variables: a) mecanismo de negación; b) estado de ansiedad alto; c) preocupaciones individuales, familiares y laborales. El trabajo se desarrolla desde los marcos teóricos de la Psicología clínica de la salud. Los resultados obtenidos sobre la negación y un estado de ansiedad elevado no muestran diferencias significativas, y se encuentra que los adultos tienen mayores preocupaciones individuales, familiares y laborales que los adultos mayores. Se discute sobre cómo los resultados obtenidos relativizan imaginarios sociales y estereotipos negativos sobre la vejez dentro del terreno médico. Se concluye que no se justifica un tratamiento diferencial en cuanto a la comunicación diagnóstica, basado en la edad del paciente.

## Palabras clave

Cirugía Vejez Información Negación

## ABSTRACT

THE ELDERLY ADULTS BEFORE THE SURGICAL PROCESS. 1995 - 2009

Each day, the issues related to aging become more important due to the worldwide increase of the elderly population. In the context of Hospital Penna's Surgical Division, two populations were considered as adults and elderly adults. The aim of this paper is compare, through a descriptive-correlational study, the answers of both groups to the medical information received. Through the application of a nine-section psychological assessment protocol, on a total population of 910 patients (455 for each group), three variables were identified: a) denial mechanism; b) anxiety high state; and c) personal, family and work-related preoccupations. This study is based on the theoretical frameworks of Clinical Health Psychology. The results obtained regarding denial and anxiety high state, showed no significant differences, and it was found that adults have more personal, family and work-related preoccupations than elderly adults. It's dis-

cussed how the obtained results relativize certain negative stereotypes on the medical field, concerning the elderly. It is concluded that a differential treatment regarding diagnostic communication, based on patient's age, is unjustified.

## Key words

Surgery Elderly Information Denial

## 1 - INTRODUCCIÓN

Uno de los logros del siglo XX, a nivel mundial, fue el aumento de la expectativa de vida al nacer, por ende, la población mundial envejece, y en la actualidad, los organismos internacionales plantean que la vejez comienza a los 65 años en los países desarrollados, y a los 60 en los países en desarrollo.

En tal sentido, Alexander Kalache (2009), director del Programa de Envejecimiento de la OMS, afirma: "La población de 60 años o más pasará de 600 millones a 2000 millones en 2050. Eso significa un aumento de 350%; en los países más desarrollados pasarán de 200 a 300 millones, pero en países como los nuestros (al referirse a países en vías de desarrollo) el crecimiento será fenomenal, de 400 a 1700 millones, un incremento de 450%"

En la Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, las personas mayores de 60 años ascendían a más de 5.600.000, y en el año 2010 los mayores de 80 años, más de 1.000.000. (2) Se estima que, para el 2025, más del 20% de la población argentina habrá superado los 60 años.

Las problemáticas referidas al envejecimiento cobran actualidad día a día, y aún no se han investigado en todas sus implicaciones.

Como la mayoría de los vocablos, la designación "adulto mayor" tiene carácter polisémico y suelen usarse como sinónimos, términos tales como: viejo, anciano, geronte, que connotan aspectos sesgados de dimensiones ligadas a diferentes fases del ciclo vital.

La definición clásica de "adulto mayor", los describe como: "aquellas personas que comienzan a mostrar algunos signos de envejecimiento en lo corporal, y que en lo social se hayan atravesando etapas de pérdida de roles debido a cambios en sus ámbitos familiar y de trabajo" (Elbert y Antonuccio, 1985). A su vez, el término "viejo", se emplea en la bibliografía gerontológica, para referirse a los sujetos que transitan la vejez, entendida como eta-

pa vital - evolutiva, según la Teoría psicosocial de Erik Ericsson (1985), primer psicoanalista que se ocupa del tema del envejecimiento. Por otra parte, la palabra "anciano" se reserva para las personas que superan los 80 años, y cuyo estado de salud "transita por un período de declinación biológica acelerado" (Salvarezza, 2005).

El número de pacientes adultos mayores se incrementa conforme aumenta la esperanza de vida. En conjunto, presentan padecimientos que se corrigen quirúrgicamente, cursan con más condiciones de comorbilidad y presentan un riesgo quirúrgico mayor que los jóvenes.

Ante el proceso salud-enfermedad, la comunicación diagnóstica y la indicación terapéutica son actos complejos. Cuando el diagnóstico conlleva "malas noticias", e implica una indicación quirúrgica, pueden presentarse obstáculos tales como: las condiciones generales del proceso de informar; el consentimiento; el proceso de toma de decisiones; el paradigma médico dominante; la relación médico-paciente, el estilo comunicacional del profesional, los obstáculos y/o facilitadores emergentes en dicha relación; las situaciones dilemáticas ante la necesidad de "dar malas noticias".

Si se trata de un paciente adulto mayor, surgen obstáculos más específicos: el médico puede dudar sobre la competencia del viejo para comprender la información y tomar decisiones, o bien sustentar la creencia que "el paciente adulto mayor...mantiene actitudes pesimistas y fatalistas con respecto a la cirugía..." (Quintana Proenza, 2001). Por su parte la familia del paciente -aún con buenas intenciones-, a menudo puede entorpecer la relación médico-paciente, interferir en la confidencialidad o presionar al profesional para que omita o suavice determinados contenidos.

Una actitud sobre protectora de la familia y paternalista del equipo de salud podría conducir a limitar el derecho de autonomía del paciente. "Con demasiada frecuencia las personas de edad son personas a las que no se pide su consentimiento. Las decisiones que afectan a los ciudadanos de edad se adoptan con frecuencia sin su participación" (Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.1982, párr.61).

Por ende, es relevante caracterizar la población de adultos mayores, con el propósito de contar con información que posibilite una visión amplia de este grupo etéreo.

## 2- OBJETIVOS

Comparar la respuesta que, ante una enfermedad física de resolución quirúrgica, presentan dos grupos etéreos: adultos y adultos mayores.

## 3- MÉTODO

Tipo de Estudio: Descriptivo Correlacional.

Población: 910 sujetos, entrevistados y asistidos entre 1995 y 2009, desagregados en dos grupos: adultos y adultos mayores, de 455 sujetos cada uno.

Con respecto a las patologías, en cada grupo 284 sujetos (62,4%), presentaban enfermedades oncológicas; 52 (11,4%) enfermedades benignas del aparato digesti-

vo, y 119 (26,2%) otras patologías benignas.

## Cuadro 1

### Composición De La Población Por Patologías Y Sexo.

	Enf. Oncológ.	%	Enf. Ap. Digest.	%	Otras Etiologías	%	Total x Grupo
Mujeres	146	32,1	34	7,5	65	14,3	245
Varones	138	30,3	18	4	54	11,9	210
Total	284	62,4	52	11,5	119	26,2	455

## Ambos Grupos

Material y Procedimiento: Los instrumentos para recolectar y evaluar datos fueron: entrevistas libres y semiestructuradas; registros durante las recorridas de sala y lectura de las historias clínicas. Los datos se organizaron en un protocolo de evaluación psicológica de nueve apartados: en el primero se consignan variables sociodemográficas, antecedentes quirúrgicos y diagnóstico; los siguientes incluyen variables de subcategorías cualitativas, y por último se registran otros síntomas, observaciones y evaluación del proceso en su conjunto. Los datos se codificaron y asentaron en una base Excel.

De las entrevistas se identificaron las variables para cada sujeto: a) mecanismo de negación; b) estado de ansiedad preoperatoria; c) preocupaciones individuales, familiares y laborales.

Para el análisis estadístico se empleó la prueba de Chi cuadrado.

El trabajo se desarrolla desde los marcos teóricos de la Psicología clínica y la Psicología de la salud, a la que Marks et al. (2008), definen como: "El campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud" (p. 8)

## 4- RESULTADOS

La población se compone de 910 sujetos, 420 varones (46,15%) y 490 mujeres (53,85%), distribuidos en dos grupos de idéntica composición por sexo y patologías, 455 adultos mayores de 60 años, y 455 adultos.

La edad promedio para los adultos mayores fue de 67 años, 66,3 para los varones, y 67,7 para las mujeres. Entre los adultos, la edad promedio fue de 43,8 años, 44,3 en los varones, y 43,2 en las mujeres.

## NEGACIÓN

	Con Negación	Sin Negación	Total
Adultos Mayores	189 (41,5%)	266 (58,5%)	455 (100%)
Adultos	169 (37,1%)	286 (62,9%)	455 (100%)
Total	358 (38,6%)	552 (61,4%)	910 (100%)

El mecanismo se infiere en 189 adultos mayores (41,5% de su grupo) y en 169 adultos (37,1% de su grupo). La diferencia entre ambos grupos no es significativa. (p<0,15)

## ESTADO DE ANSIEDAD ALTO

	Presencia	Ausencia	Totales
Adultos Mayores	126 (27,70%)	329 (72,30%)	455 (100%)
Adultos	124 (27,25%)	331 (72,75%)	455 (100%)
Totales	250 (27,47%)	660 (72,53%)	910 (100%)

Población total: en el 27,47% de los casos (250) se infiere un estado de ansiedad prequirúrgico elevado. 27,70% (126) en el grupo de adultos mayores y 27,47% (124) en el de adultos. Se concluye que ambas variables son independientes. ( $p < 0,5$ )

## PREOCUPACIONES INDIVIDUALES

	Presencia	Ausencia	Totales
Adultos Mayores	311 (68,35%)	144 (31,65%)	455 (100%)
Adultos	367 (80,66%)	88 (19,34%)	455 (100%)
Totales	678 (74,51%)	232 (25,49%)	910 (100%)

311 pacientes adultos mayores (68,35%), refirieron preocupaciones individuales. Entre los adultos lo hicieron 367 pacientes, (80,66%).

Existe una relación de dependencia entre ambas variables. ( $p < 0,001$ ). Ante idéntica patología, los adultos manifiestan más a menudo preocupaciones centradas en lo individual que los adultos mayores.

## PREOCUPACIONES FAMILIARES

	Presencia	Ausencia	Totales
Adultos Mayores	277 (60,88%)	178 (39,12%)	455 (100%)
Adultos	328 (72,09%)	127 (27,91%)	455 (100%)
Totales	605 (66,48%)	305 (33,52%)	910 (100%)

605 pacientes, (66,48%) manifestaron preocupaciones de tipo familiar, de ellos 277 fueron adultos mayores y 328 adultos.

La diferencia entre ambos grupos resulta significativa ( $p < 0,001$ ). Los adultos se manifiestan más preocupados en torno a sus familias que los adultos mayores.

## PREOCUPACIONES LABORALES

	Presencia	Ausencia	Totales
Adultos Mayores	157 (34,51%)	298 (65,49%)	455 (100%)
Adultos	212 (46,59%)	243 (53,41%)	455 (100%)
Totales	369 (40,55%)	541 (59,45%)	910 (100%)

Entre los adultos mayores, 157 (34,51%), refirieron preocupaciones con relación a la dimensión laboral. Mencionaron similar preocupación 212 adultos (46,59%). Se concluye que los adultos se preocupan más por su situación laboral. ( $p < 0,001$ ).

## 5 - DISCUSIÓN

La creciente proporción de la población que supera la sexta década de la vida, plantea a los profesionales de

la salud que asisten a adultos mayores, la necesidad de dar respuesta a los desafíos que esta realidad implica.

En el siglo XX, los procedimientos quirúrgicos a esta población se proporcionaban con renuencia por considerar que no eran recuperables o se les sometía a un riesgo elevado con alta incidencia de complicaciones, teniendo en cuenta la edad como contraindicación, que cursan con enfermedades intercurrentes (diabetes, hipertensión arterial), que predisponen a infecciones o inestabilidad cardiovascular.

En nuestros días el tratamiento quirúrgico considera más la "edad biológica" que la edad cronológica del paciente, pues de ello depende su respuesta ante una cirugía. El aumento en la esperanza de vida, procedimientos anestésicos más seguros y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas posibilitan que un gran número de pacientes sean considerados para una cirugía de resultados exitosos. Aun así, en adultos mayores, los factores que inciden sobre el riesgo quirúrgico son, si se trata de una cirugía electiva o por urgencia; el tipo de enfermedad y operación en relación con intervenciones más superficiales (oftalmológicas, urológicas) o invasivas (abdominales, traumatológicas, cardiovasculares).

En general el supuesto es que comunicar el diagnóstico, los procedimientos y las prescripciones, con sus fundamentos, disminuyen la ansiedad y favorece la adaptación. (Buckman, 2002; Feldman-Stewart, 2007). Según Barnett (2006) una mayoría de pacientes, busca conocer y entender su diagnóstico. Las evidencias sostienen que las estrategias de afrontamiento se modifican y mejoran cuando los enfermos están informados, aún si se trata de malas noticias o mal pronóstico. La autora sugiere que es más duro para ellos la incertidumbre y el miedo.

Ahora bien, cuando el paciente es un adulto mayor, es posible que operen, tanto en el médico como en la familia del enfermo, estereotipos sobre la vejez, ideas preconcebidas que representan una valoración negativa del adulto mayor como física y mentalmente disminuido, vulnerable, a quien debería protegerse, evitándole disgustos y "malas noticias"

Holland (2000) refiere que, en el Memorial Hospital, observó "un patrón general de respuestas al escuchar malas noticias". La inicial era "negación e incredulidad. Considera que dicha respuesta "es un mecanismo protector de la psique para proporcionarnos un lapso de tiempo y de espacio que permita 'asimilar' la información e impedir que nos sintamos agobiados al instante." (Holland & Lewis, 2000: 80)

Para Lazarus y Folkman (1986) la negación se presenta inmediatamente después del diagnóstico y cumple una función de protección al reducir el estrés.

Si bien es posible que la impresión de los integrantes del equipo asistencial se oriente a considerar que los adultos mayores apelan al mecanismo de negación con frecuencia, esto podría relacionarse con el tipo de patologías que enfrentan.

"Lamentablemente, el envejecimiento de la población trae aparejado un hecho fundamental, como es que la

edad es el principal factor de riesgo para la aparición de un cáncer." Borquez Morales, P; Morales, C. (2007).

En esta investigación, los resultados indican que, ante diagnósticos similares, ambos grupos etáreos, recurren a este mecanismo protector en igual medida.

Por otra parte, cuando prevalecen representaciones sociales sobre la vejez, en las que imperan imágenes de deterioro e incapacidad, corresponde distinguir negación de "desinformación". El paciente puede creer que su enfermedad no es maligna ante una información insuficiente, ambigua o vaga. Tanto el desconocimiento como la desinformación no constituyen negación en sentido estricto, aunque tributen a su aparición y mantenimiento. (Gómez Sancho, 2005: 115)

La creencia en una visión fatalista del adulto mayor ante la cirugía quedaría refutada ante el hallazgo que estos sujetos responden con un estado elevado de ansiedad tanto como aquellos que se encuentran en la edad media de la vida.

Por otra parte, al relevar las principales preocupaciones de los pacientes, se halló que son los adultos quienes refieren preocuparse más por su propio estado.

## 6 - CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que, en términos generales el colectivo de adultos mayores responde ante una enfermedad de resolución quirúrgica en iguales o aún mejores condiciones que el colectivo de adultos. No se justifica, por lo tanto, un tratamiento diferencial en cuanto a la comunicación diagnóstica. Sin embargo, en la actualidad se entiende que dentro del grupo de adultos mayores se presenta gran heterogeneidad, por eso mismo se prefiere hablar de "vejez", para indicar que pueden hallarse tantas formas de envejecer, como envejecientes.

No puede dejar de considerarse la singularidad, "caso por caso", ya que "...las decisiones terapéuticas se basan en la calidad de vida del paciente. Pero el argumento puede resultar arbitrario, injusto o al menos corre el riesgo de ser erróneo, por la simple razón de desconocer la perspectiva individual" (Iacub, R. y Rubín, R. 2007)

## BIBLIOGRAFÍA

Barnett, M.M. (2006). Does it hurt to know the worst? - Psychological morbidity information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. *Psycho-oncology*, 15, 44-55.

Bórquez Morales, P. y Romero, C. (2007). El paciente oncológico geriátrico. *Revista chilena de cirugía*, 59 (6): 467-471.

Buckman, R. (2002). Communications and emotions. Skills and effort are key. *British Medical Journal*, 325, 672.

Elbert, E. y Antonuccio, O. (1985) Terapia familiar para pacientes ancianos con problemas .psiquiátricos, en consultorios externos de una institución hospitalaria. Trabajo presentado al 2º Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental, Buenos Aires.

Erikson, E. (1985). El ciclo vital completado. Buenos Aires. Paidós.

Feldman-Stewart, D., Brennenstuhl, S. Brundage, M.D. (2007). A purpose-based evaluation of information for patients: An approach to measuring effectiveness. *Patient Education and Counseling*, 65, 311-319.

Gómez Sancho, M. (2005). Diagnóstico cáncer... ¿Cómo decirlo? España: Arán.

Holland, J., Lewis, S. (2000). La cara humana del cáncer. España: Herder.

Iacub, R y Rubín, R. (2007) Preservar la autonomía de los adultos mayores. *Diario Clarín*. Jueves 13 de setiembre de 2007.

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Recuperado el 15 de mayo de 2011 de:

[http://www.indec.mecon.ar/censo2001s2/ampliada\\_index.asp?mode=01](http://www.indec.mecon.ar/censo2001s2/ampliada_index.asp?mode=01)

INDEC. Censo 2010. Resultados provisionales - Censo 2010 Argentina. Recuperado el 15 de mayo de 2011 de:

[http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro\\_resto.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_resto.asp)

Kalache, A. (2009). Hay que poner al envejecimiento en la agenda del desarrollo. *Isalud*, 4 (17), 12 - 15.

Lazarus, R., Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Wilig, C., Woodall, C., Sykes, C.M. (2008). Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica. México: El Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (1982) Un mundo que envejece. *El Correo de la UNESCO* 20, 4

Quintana Proenza, A., Sánchez Rojas, T., Quintana Marrero, J., Reyes Balseiro, E., de la Guardia Gispert, E., de la Guardia Milla, E., (2001) El adulto mayor en cirugía general. *Revista Cubana de Cirugía*, 40 (4): 305-311.

Salvarezza, L (2005). Psicogeriatría: teoría y clínica. (2ª ed.) Buenos Aires: Paidós.