

# Envejecimiento activo en personas mayores con Trastorno por Consumo de Alcohol y Sustancias

Active aging in older people Alcohol and Substance Use Disorder

Nieves Schade Yankovic, Mabel Urrutia Martínez, Gabriela Nazar Carter,  
Raúl Ramírez Vielma y Nelson Pérez Terán  
*Universidad de Concepción<sup>1</sup>*

## RESUMEN

En Chile existe una política que promueve el envejecimiento activo en las personas mayores sobre todo en los grupos más vulnerables. Sin embargo, en los centros de atención para personas mayores con trastornos por consumo de alcohol y/o sustancias no se encuentran acciones que promuevan el envejecimiento activo, ni que prevengan un deterioro cognitivo y demencia. Se propone la terapia de reminiscencia positiva como una alternativa complementaria para el trabajo con este grupo de la población.

**PALABRAS CLAVE:** envejecimiento activo; alcohol y sustancias.

## ABSTRACT

In Chile there is a policy that promotes active aging in the elderly, especially in the most vulnerable groups. However, in care centers for the elderly with alcohol and / or substance use disorders, there are no actions that promote active aging, or prevent cognitive decline and dementia. Positive reminiscence therapy is proposed as a complementary alternative for working with this group of the population.

**KEY WORDS:** active aging; alcohol and substance.

Recibido: 26/06/2020  
Evaluado: 17/09/2020  
Aceptado: 30/09/2020

## 0. INTRODUCCIÓN

En Chile, como en el resto de los países, existe un aumento sostenido de la población de personas mayores, esto implica búsqueda de acciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Se calcula que un porcentaje importante de la población chilena son personas mayores, este corresponde al 16,2% y se espera que para el 2050 suba al 20%<sup>2</sup>. Este incremento se considera ya un fenómeno global con incluso un progresivo “envejecimiento de la población mayor”, es decir, no solo habrá más personas mayores, sino que aumentarán sustancialmente el número de personas mayores con una edad más avanzada<sup>3</sup>.

En salud y políticas sanitarias, el aumento de la población mayor es muy relevante ya que hay varios procesos degenerativos relacionados con el envejecimiento y sus efectos para su salud y funcionalidad, lo que demanda estrategias de compensación, adaptación y la promoción de estilos

<sup>1</sup> Todos los autores pertenecen a dicha universidad, salvo el último, médico psiquiatra en el Hospital Clínico Regional de Concepción (Chile).

<sup>2</sup> *Encuesta Casen*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, 2017.

<sup>3</sup> SÁNCHEZ CABACO, Antonio. *Estimulación cognitiva del envejecimiento saludable*. Salamanca: Universidad Pontificia, 2016.

de vidas saludables<sup>4</sup>. El envejecimiento no es igual para todos, sino más bien un proceso muy heterogéneo<sup>5</sup>, por lo tanto, cualquier intervención debe tomar en cuenta diversos aspectos más allá de la dicotomía tradicional de envejecimiento normal *vs.* patológico. Los estudios señalan que alrededor de los 60 años se presenta una declinación de algunas funciones cognitivas como la memoria, fluidez verbal, lógica matemática y velocidad de procesamiento<sup>6</sup>. En términos generales, se considera que en el envejecimiento normal no existe un deterioro generalizado de los procesos cognitivos de entrada de información, ni tampoco en las funciones ejecutivas. Sin embargo, se observa una gran interindividualidad, influenciada tanto por factores extrínsecos (estilo vida) intrínsecos (proceso de envejecimiento) por lo que no es posible sostener un patrón estable de envejecimiento<sup>7</sup>.

En el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) desarrolló en Chile la “Política Integral de Envejecimiento Positivo” 2012-2025, compuesta por una acción intersectorial hacia las necesidades de las personas mayores. Actualmente existen varios programas de promoción del envejecimiento activo, por ejemplo, el programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”, implementados en la Atención Primaria (APS) o Centros de Salud Integral Familiar y Comunitario (CESFAM). Sin embargo, esto no es suficiente ya que es necesario implementar estrategias tanto para el proceso de envejecimiento normal general como particular de la persona mayor, desde una dimensión biopsicosocial, especialmente tomando en cuenta los aspectos cognitivos como afectivos, tanto en la atención primaria como institucionalizada.

## I. ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CHILE

Chile incorpora el concepto de envejecimiento activo y se constituye como parte de la misión del SENAMA, la cual es “promover y contribuir a un envejecimiento positivo, mediante la implementación de políticas, programas, articulación intersectorial y alianzas público-privadas”<sup>8</sup>. Dentro de los programas más relevantes está el de envejecimiento activo, el cual está dirigido a la población de personas mayores más vulnerables y su objetivo es el logro del desarrollo pleno de sus capacidades tanto cognitivas, biológicas, físicas y de participación social, con el fin de mejorar su la calidad de vida y autonomía.

El envejecimiento activo, para la OMS, es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida<sup>9</sup>. Este concepto abarca muchos factores desde lo macro, socioambientales y culturales, y de forma más micro e individuales como el estilo de vida y conducta de cada persona<sup>10</sup>. El envejecimiento activo es una mirada de la persona mayor desde una perspectiva o paradigma positivo. Este se basa en el reconocimiento de los derechos humanos y en los principios de las Naciones Unidas de participación, independencia, dignidad, autocuidado y autorrealización<sup>11</sup>.

<sup>4</sup> PÉREZ-LANCHI, María Cruz, BARAHONA ESTEBAN, María Nieves, FERNÁNDEZ MATEOS Luz María, SÁNCHEZ CABACO ANTONIO, SÁNCHEZ ZABALLOS, URCHAGA LITAGOS José David “Entrenamiento de la memoria en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2”, *Psychology, Society, and Education*, 2017 9/3, 381-391.

<sup>5</sup> RAMOS CAMPOS, Francisco. “Salud y calidad de vida en las personas mayores”. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 2001, 16, 83-104.

<sup>6</sup> BENAVIDES-CARO, Cristina Alexandra. “Deterioro Cognitivo en el adulto Mayor”. *Revista de Anestesiología*, 2017, 40,2, 107-122.

<sup>7</sup> SÁNCHEZ CABACO, Antonio; FERNÁNDEZ MATEOS, Luz María.; VILLASÁN RUEDA Alba; CARRASCO CALZADA, Alba. “Envejecimiento activo y reserva cognitiva”. *Revista Studia*, 2017, 16, p. 195-204.

<sup>8</sup> SENAMA. *Servicio del Adulto Mayor*, 2020, *op. cit.*

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *op. cit.*

<sup>10</sup> FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío; CAPRARA, María Giovanna; IÑIGUEZ, Hugo; GARCÍA, Luis Francisco. “Promoción del Envejecimiento Activo: Efectos del programa “vivir con vitalidad”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2005, p. 92-103.

<sup>11</sup> RAMOS MONTEAGUDO, Ana María; YORDI GARCÍA, Mirtha; MIRANDA RAMOS, María de los Ángeles. “El envejecimiento activo: importancia para sociedades envejecidas”. *Archivo Médico de Camaguey*, 2016/20, p. 330-337.

El Ministerio de Salud como parte del trabajo intersectorial en conjunto con SENAMA, crea el Plan Integral de Atención, dentro de sus objetivos está la promoción del envejecimiento activo y saludable, especialmente en lo que respecta a la APS, considerada la puerta de entrada de las personas al sistema de salud. El programa de envejecimiento activo promueve el desarrollo de las personas en esta etapa del ciclo vital y actividades de estimulación para aquellas personas mayores que presentan deterioro cognitivo leve que asisten a APS y algunos establecimientos dependientes de SENAME. Sin embargo, existe poca información sobre si estos programas responden a las personas mayores con consumo de alcohol y sustancias, con y sin deterioro y demencia, que son derivados a los Centros de Salud Mental (COSAM).

Los COSAM se encuentran a lo largo del país, son de un nivel de complejidad secundario, es decir, entregan atención de especialidad, con un enfoque interdisciplinario y bio-psico-social. Estos centros realizan labores de prevención y promoción e intervención en salud. Su forma de atención está dentro del modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria, cuyo objetivo es la inclusión de las personas a su entorno familiar y comunal. Parte de la población que asisten a estos COSAM son personas mayores con trastornos por consumo de alcohol y/o sustancias (DSM-5), las cuales reciben intervenciones específicas para este trastorno, pero se no se encuentran estudios en Chile sobre tratamientos no farmacológicos que promuevan en este grupo el envejecimiento activo, que prevengan el deterioro cognitivo leve y demencia.

## 2. TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS EN PERSONAS MAYORES

El consumo alcohol y sustancias es un problema de salud pública, este fenómeno es altamente complejo, multicausal y afecta a cualquier persona independientemente de su condición social y edad<sup>12</sup>. El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) y Sustancias (TCS) no solo tiene consecuencias en la salud sino también en el ámbito social, convivencia familiar y laboral, violencia, alteración de la conducta y de las relaciones humanas e incluso en accidentes de tránsito<sup>13</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud (2016-2017), realizada por el Ministerio de Salud, muestra que 1 de cada 10 personas presenta consumo de riesgo de alcohol, y si se analiza la ingesta por edad, el 4,8% de las personas mayores de 65 años presenta una conducta de riesgo al beber, aumentando en relación con la última encuesta. Existe el grupo de la población que ha bebido durante su vida y el otro grupo que comienza a beber en esta etapa. Además, se ha encontrado que las personas que presentan consumo de sustancias muy temprano en sus vidas y luego se abstienen pueden en este periodo recaer, ya sea esta desencadenada por duelo o soledad y por exceso de tiempo libre entre otros. Se ha visto que personas mayores de 70 años que viven solos son los que tienen mayor probabilidad de consumo del alcohol. También, existe un incremento del consumo de sustancias, especialmente de fármacos médicos a partir de los 60 años. Se prevé que en el futuro el porcentaje de personas mayores crezca, considerando que va a aumentar la población de esta edad, que muchas de ellas ya sea por soledad, viudez, problemas de comunicación, retiro del trabajo habitual, depresión recurren alcohol como mecanismo de compensación<sup>14</sup>.

El consumo de alcohol en las personas mayores es muy preocupante ya que en el envejecimiento se ve afectada la forma en que el organismo lo tolera, se ha demostrado que a medida

<sup>12</sup> HERRERA VELASQUEZ, Magdalena; VELASCO MANDRAGÓN, Héctor Eduardo; WAGNER Fernando Antonio; BORGES, Guilherme; LAZCANO PONCE, Eduardo. "Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición hacia otras drogas en estudiantes de Morelos, México". *Revista de Salud Pública de México*, 2004, 46, p. 132-140.

<sup>13</sup> CASTRO TOSHI Rubén "Caracterización de pacientes de 60 años y más que ingresan a la sala de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas. Argentina. Diciembre 2003 y octubre 2005". *Revista Salud Pública*, 2012, p. 48-62.

<sup>14</sup> MALDONADO GUZMÁN, Gabriela; BANDA GONZÁLEZ, Olga; RIVERA VÁZQUEZ Patricia; MEDRANO MARTÍNEZ, María Romana; VILLANUEVA SALINAS, Óscar Francisco; GARCÍA PESINA, Arturo. "Consumo de alcohol y Drogas en un colectivo de Adultos Mayores de CD. Victoria, TAM" *Contribuciones a las ciencias sociales*, 2010; disponible en <https://www.eumed.net/rev/cccss/07/ggvmsp.htm>, consultado el 20 de junio 2020.

que la gente envejece, se vuelve más patente sus efectos, el hígado al ser mucho más sensible por los efectos del envejecimiento no metaboliza adecuadamente el alcohol, lo que termina desencadenando problemas a nivel neurológico y cognitivo<sup>15</sup>. Además, si a esto se le suma deficiencias nutricionales y mezcla de alcohol con medicamentos, representan factores de riesgo que aumentan los efectos perjudiciales del consumo excesivo de alcohol en personas mayores<sup>16</sup>.

Un estudio realizado en Chile demostró que existe una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el consumo de alcohol en personas mayores o iguales a 60 años, resultados que son equivalentes a los encontrados en otros países. Sin embargo, es importante señalar que este consumo debe ser alto, ya que otros estudios señalan que el consumo leve o moderado durante 6 años se asocia con menor riesgo de padecer demencia en personas mayores de 55 años<sup>17</sup>.

### 3. DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIAS EN PERSONAS MAYORES

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) comprende una alteración de la memoria, la cual es mayor a lo esperado para la edad y nivel de conocimiento de la persona mayor, quien no tiene complicaciones para desarrollar sus actividades de la vida diaria, es por esta razón que la mayoría con DCL no se le puede adjudicar el diagnóstico de demencia<sup>18</sup>. El deterioro cognitivo y las demencias afectan progresivamente las capacidades intelectuales de las personas, así como empobrecimiento del juicio, de la conciencia de sí mismo y de la propia situación y capacidad. Afecta también la vida emocional de la persona, produciendo labilidad emocional y/o irritabilidad, apatía y egocentrismo, esto a su vez, determina un deterioro de la capacidad de rendimiento social y laboral<sup>19</sup>. En promedio 1 de cada 10 personas mayores en Chile presenta sospecha de deterioro cognitivo, sin embargo, esta prevalencia aumenta drásticamente con la edad, alcanzando 3% en población entre 60-65 años y 36,3% en personas mayores a 80 años<sup>20</sup>.

La Organización Mundial de la Salud reconoce la demencia como una prioridad de salud pública y llama a la sensibilización frente a la enfermedad, al establecimiento de iniciativas destinadas a promover la reducción del riesgo de demencias y a optimizar los procesos de diagnóstico, tratamiento y atención.

El déficit cognitivo es un síndrome neurológico que se acompaña de enorme inversión económica y social, de ahí la necesidad de generar políticas de salud pública para la prevención, enfocadas en mejorar la calidad de vida de la población en general y del paciente geriátrico en particular<sup>21</sup>. Existe una limitada cantidad de evidencia sobre los factores de riesgos asociados al deterioro cognitivo<sup>22</sup>, lo cual dificulta la creación de nuevas políticas públicas, intervenciones o programas de prevención orientados a disminuir aquellos factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en Chile.

En general, se considera que el consumo leve y moderado de alcohol sería un factor protector en el rendimiento cognitivo y que, por el contrario, el consumo excesivo de alcohol tiene un efecto

<sup>15</sup> GONZÁLEZ, César; HAM-CHANDE, Roberto. "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México". *Salud Pública de México*, 2007, 49/4, p. 448-458.

<sup>16</sup> SAITZ, Richard. "Unhealthy alcohol use". *New England Journal of Medicine*, 2005, 352, p. 596-607.

<sup>17</sup> CELSIS NÚÑEZ, Javiera; GUTIÉRREZ LLANOS, Ivo; SOLÍS BARRIENTOS, Daniela; TAPIA BRIONES, Diego. *Relación entre consumo de alcohol y deterioro Cognitivo en el adulto mayor*. Trabajo de titulación de pre-grado, 2014, disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/1251>; consultado el 20 junio de 2020.

<sup>18</sup> PETERSEN, Ronald, et al. "Neuropathologic features of amnesic mild cognitive impairment". *Archivo Neurológico*, 2006, 63/5, p. 665-672.

<sup>19</sup> CANCINO, Margarita; REHBEIN, Lucio. "Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): una mirada sinóptica". *Terapia Psicológica*, 2016, 34, p. 183-189.

<sup>20</sup> MARTÍNEZ-SANGUINETTI, María Adela, et al. "Factores Asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile". *Revista Médica de Chile*, 2019, 147/8, p. 1013-1023.

<sup>21</sup> BENAVIDES-CARO, Cristina. "Deterioro Cognitivo en Adulto Mayor". *Anestesiología* 2017, 40, p. 107-122.

<sup>22</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Plan nacional de Demencias. 2017*. Santiago, 2017.

destructor a nivel cerebral, produciendo deterioro cognitivo<sup>23</sup>. El TCA puede producir un deterioro cognitivo, puesto que genera problemas en la memoria, dificultad para hablar y entender (afasia), disfunción para realizar una acción (apraxia), incapacidad para reconocer algún objeto o persona (agnosia), alteración de la planificación, organización y atención<sup>24</sup>. Es importante señalar que el TCS también puede generar deterioro cognitivo, los datos actuales relativos a las personas mayores no son tan exactos con relación a la magnitud del problema. Sin embargo, existen claras evidencias sobre el profundo deterioro que produce el consumo de sustancias en el cerebro<sup>25</sup>.

Los estudios en relación con el TCA, consumo de cannabis y una moderada cantidad de cocaína han encontrado mayor afectación de las funciones neuropsicológicas, sobre todo en el sistema de memoria, puntualmente afectando la memoria de trabajo. También se observa que poseen una atención alterada y disminuida ya que necesitan más tiempo para realizar actividades, requieren de pensamiento lógico e información secuencial. Sin embargo, muestran más conservada la fluidez verbal en el ámbito fonológico y semántico. En otros estudios, se observó que la capacidad de memoria general está afectada, mientras que la memoria verbal se mantiene sin alteraciones<sup>26</sup>. También los resultados indican que los sujetos consumidores de cannabis presentan más disminuida la memoria inmediata, mostrando más conservada la memoria demorada o memoria a largo plazo respecto a la primera.

Un aspecto importante es que, en este grupo, el consumo va acompañado de otras patologías como ansiedad o depresión, principalmente al inicio de los tratamientos<sup>27</sup>. Considerando la magnitud del problema y que la población chilena envejece rápidamente, existe la necesidad de evaluar estrategias intervención en relación no solo al consumo, sino también a los efectos de ésta, como es el deterioro cognitivo, con el objetivo de evitar que se transforme en demencia u otra patología mayor. En los centros donde son derivados estos pacientes COSAM, no existe bibliografía que dé cuenta de un programa destinado para personas mayores con TCA y TCS que promueva un envejecimiento activo. Dentro de los actuales desafíos es justamente probar terapias no farmacológicas que favorezcan el envejecimiento activo y que prevengan el deterioro cognitivo y la demencia.

#### 4. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Se denominan a cualquier intervención no química, focalizada, que tiene una estructura y organización en base a una teoría, que es posible replicar y que entrega beneficios al paciente y al cuidador. Algunas de estas terapias han sido estudiadas y validadas<sup>28</sup>. La terapia no farmacológica, al contrario de los que sucede con los fármacos, incluye intervenciones de bajo coste, se centra en gastos de recursos humanos prioritariamente, además de posibilitar propuestas de desarrollo de

<sup>23</sup> ETGEN, Thorleif, *et al.* "Deterioro Leve y demencia, importancia de los factores de riesgos modificables". *Deutsches Arzteblatt International*, 2011, 108, p. 743-750.

<sup>24</sup> VETRENO, Ryan; HALL, Joseph; SAVAGE, Lisa. "Alcohol-related amnesia and dementia: animal models have revealed the contributions of different etiological factors on neuropathology, neurochemical dysfunction and cognitive impairment". *Neurobiol Learn Mem*; 2011, 96/4, p. 596-608.

<sup>25</sup> VERDEJO GARCÍA, Antonio; LÓPEZ-TORRECILLAS, Francisca; OROZCO GIMÉNEZ, Carmen; PÉREZ-GARCÍA, Miguel. "Impacto neurológico asociados al consumo de sustancia sobre la práctica con drogodependientes". *Adicciones*, 2002, 14/3, p. 345-371.

<sup>26</sup> COULLAUT-VALERA, Rafael, *et al.* "Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas". *Actas Españolas de psiquiatría* 2011, 39/3, p. 168-178.

<sup>27</sup> LÓPEZ BERNUÉS, Ricardo; MARCEN ROMÁN, Yolanda; SIESO SEVIL, Ana Isabel. "Valoración cognitiva y funcional del paciente psicogeriátrico en una unidad psiquiátrica de corta estancia". *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 2015, 5/1, p. 13-22.

<sup>28</sup> BECERRA PINO, Margarita, VALDÉS ESCARCEGA, Margarita. "Abordaje no farmacológico de las demencias". *Archivos de Neurociencias*, 2016, 21, p. 95-102.



competencia estable y sensibilización entre generaciones<sup>29</sup>. Con este tipo de programa se pretende dar una respuesta no sólo a las necesidades de prevención y mejora de vida de las personas mayores, sino también a los objetivos de desarrollo y promoción del sector de la dependencia, mediante la implementación de procesos más sostenibles, accesibles y económicos<sup>30</sup>. En una revisión sistemática acerca de las distintas terapias que se usan para pacientes con deterioro leve, demencias y Alzheimer se encuentran las de orientación a la realidad, validación, actividades ocupacionales y significativas de la vida diaria, programas y terapias de estimulación, adaptación y tratamiento sensorial y cognitivo. Las terapias de reminiscencia han demostrado ser las más eficientes.

## 5. TERAPIA DE REMINISCENCIA

Las terapias de reminiscencias consisten en activar o actualizar la memoria episódica a largo plazo (biográfica) del paciente. Frente a cualquier estímulo, se realiza un proceso de reconocimiento e identificación (gnosis, memoria semántica) en conexión con toda una red de recuerdos relacionados (memoria episódica y semántica). El objetivo es reactivar el pasado personal y mantener la propia identidad. Estas terapias resultan más efectivas cuando están adaptadas a la edad, cultura, profesión, estilo de vida, experiencia de paciente y cuando se incluyen los familiares y cuidadores<sup>31</sup>. Una de estas terapias que ha dado buenos resultados es la de “reminiscencia positiva”, que permite a la persona llevar a cabo un recuento intencional de los recuerdos positivos y favorece que las funciones como el lenguaje y la memoria se activen<sup>32</sup>.

## 6. TERAPIA DE REMINISCENCIA POSITIVA

Se entiende por reminiscencia al proceso cognitivo que permite la recuperación o la representación en la memoria sobre algún dato, información o situación apreciada con anterioridad. Consiste en evaluar y analizar distintos eventos vividos, produciendo diferentes sentimientos sobre los mismos. Según diferentes autores<sup>33</sup>, el recuerdo de los sucesos vividos en primera persona son los que hacen referencia a la memoria autobiográfica (MA). La MA es un subsistema mnésico contextualizado en una dimensión personal y cuyo hecho central también se inscribe en la misma dimensión. La memoria autobiográfica hace referencia al recuerdo de sucesos vividos en primera persona, no son conocimientos diferentes a nuestra enciclopedia mental o repertorio de habilidades procedimentales, sino que más bien es un subsistema de la memoria contextualizada en una dimensión personal y cuyo hecho central se inscribe en la misma dimensión.

<sup>29</sup> SÁNCHEZ CABACO, Antonio. *Prismas intergeneracionales sobre la memoria autobiográfica: investigación y propuestas*. Salamanca: Universidad Pontificia, 2014.

<sup>30</sup> WOBBEKING SÁNCHEZ, Marina; SÁNCHEZ CABACO, Antonio; URCHUAGA LITAGO, David; SÁNCHEZ IGLESIAS, Ana Isabel; GARCÍA CAMARÓN, Carmen. “Intervención optimizadora del bienestar cognitivo y emocional en mayores institucionalizados: un estudio piloto”. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2015, 2/1 p. 195-206.

<sup>31</sup> WOODS, Roberts, *et al.* “Grupos de reminiscencia para personas con demencia y sus cuidadores familiares: ensayo pragmático aleatorio de ocho centros de reminiscencia y mantenimiento articular versus tratamiento habitual: un protocolo”. *Ensayos*, 2009, 10/64, p. 1-10.

<sup>32</sup> SALAZAR VILLANUEVA, Mónica. “Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer”. *Actualidades en Psicología*, 2007, 21/4, p. 1-37.

<sup>33</sup> RATHBONE, Clare; CONWAY, Martin; MOULIN, Chris. “Remembering and imagining: The role of the self”. *Consciousness and Cognition*, 2011, 20/4, 1175-1182; SÁNCHEZ CABACO, Antonio. *Memoria, identidad y sentido vital. Lección Inaugural en Solemne Apertura del Curso Académico 2011/2012*. Salamanca: Universidad Pontificia, 2012; RASMUSSEN, Anne, HABERMAS, Tilmann. “Factor structure of overall autobiographical memory usage: The directive, self and social functions revisited”. *Memory*, 2011, 19/6, 597-605.

La MA se relaciona con la cognición general y con la identidad personal. Se considera que juega un rol importante en el mantenimiento y creación de una representación del yo. También sirve para enfrentar los retos cotidianos y como función directiva, ya que es capaz de proyectar al futuro el cúmulo de experiencias pasadas (mensajes simbólicos, eventos originarios, momentos decisivos, etc.). Por último, tiene una función social o comunicativa, puesto que cuando compartimos experiencias con otros solemos centrarnos, en un alto porcentaje, en los recuerdos autobiográficos<sup>34</sup>.

En esta terapia lo que se intenta es lograr que los recuerdos sean positivos: diferentes estudios han encontrado que los sujetos contentos recuerdan más sucesos agradables que desagradables, contrariamente a los sujetos tristes<sup>35</sup>. Un aspecto importante es que el consumo de alcohol y sustancias va acompañado de otras patologías como ansiedad o depresión, principalmente al inicio de los tratamientos.

En Chile, la depresión tiene una prevalencia 6.2%, siendo más común en mujeres (10.1%) que en hombres (2.1%). Al evaluar según grupo etario, no existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia<sup>36</sup>. Existen cifras alarmantes desde el Ministerio de Salud, 1.800 personas se suicidan al año en nuestro país, un grupo importante son personas mayores. En las personas mayores de 80 años y más, existe un aumento del 133%. Entre las personas mayores de entre 60 y 69 años se encontró que los suicidios se han incrementado en un 76%.

Existen estudios sobre recuerdos autobiográficos en población con depresión subclínica. Estos presentan dificultades para conseguir recordar eventos específicos, más bien recuerdan eventos de tipo general, lo cual entra en un perfecto acuerdo con la Teoría Cognitiva de Aaron T. Beck<sup>37</sup>, quien señala que los síntomas principales de la depresión se fortalecen producto de la distorsión o sesgo sistemático e interpretación de forma negativa los acontecimientos vitales, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles<sup>38</sup>.

En este contexto cobran importancia las terapias de reminiscencia positiva en el sentido de ayudar a las personas mayores hacer una revisión de sus vidas seleccionando recuerdos que puedan provocar emociones y sentimientos positivos, lo que puede contribuir a generar una mayor satisfacción con sus vidas, disminuyendo la sintomatología depresiva y evitando el abuso de alcohol y/o sustancias.

## 7. CONCLUSIONES

En Chile existen programas destinados a la promoción del envejecimiento activo sobre todo en la población más vulnerable, sin embargo, no existen programas para personas mayores que presentan TCA y/o TCS. El país tiene la mayor cantidad en promedio de consumo de alcohol en las Américas y una parte importante de este grupo corresponde a personas mayores, lo cual se espera que aumente en los próximos años, con los consiguientes efectos sociales que esto implica: violencia de pareja, muertes por alcohol, disturbios en el vecindario y delitos. Esto es considerado un problema de salud pública y existe una Política Nacional de Alcohol, donde los pacientes reciben intervenciones breves en la Atención Primaria de Salud (APS), muchas de las cuales han resultado efectivas para detener el consumo y mejorar algunos síntomas como depresión y ansiedad.

<sup>34</sup> WILLIAMS, Mark, *et al.* "Autobiographical memory specificity and emotional disorder". *Psychology Bull*, 2007, 133/1, p. 122-148.

<sup>35</sup> BOWER, Gordon. "Mood and memory". *American Psychologist*, 1981, 36(2), p. 129-148.

<sup>36</sup> MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE. *Encuesta Nacional de Salud, 2016-2017*; disponible en [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf); consultado el 22 de junio 2020.

<sup>37</sup> BECK, Aaron. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York International Universities Press; Penguin, 1976.

<sup>38</sup> CABEZA, Beatriz; SÁNCHEZ CABACO, Antonio; URCHUAGA, José. "Memoria Autobiográfica y estado de ánimo: estudio empírico-diferencial en mayores y jóvenes". *Revista de Psicología* 2014, 1, p. 79-82.

Sin embargo, estas intervenciones no abordan el otro aspecto asociado como el daño cerebral y/o alteraciones de la memoria de trabajo, atención y pensamiento lógico.

No se ha encontrado literatura en nuestro país sobre terapias no farmacológicas de reminiscencia positiva, para el tratamiento de estas personas mayores, que no solo contribuyan a la promoción del envejecimiento sino que también combatan el deterioro cognitivo y la posible demencia. A partir de lo anterior, consideramos deseable que existan estos programas y/o terapias con eficacia para el trabajo con este grupo de pacientes en Chile, para que complementen el tratamiento TCA y TCS y contribuyan en forma más integral a mejorar su bienestar y calidad de vida.