

Paradigmas para la salud del adulto mayor

Lucía M Allen Hermosillo*

«Envejecer es el único medio conocido de vivir mucho tiempo.»

RESUMEN

El envejecimiento, como definición, es un proceso universal, continuo y progresivo, que lleva al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos. La vejez se asocia a consideraciones éticas, históricas, científicas, psicosociales y políticas que difieren en las distintas culturas y a lo largo de las épocas. En este artículo se revisan los paradigmas convencionales referentes a la salud de los adultos mayores como punto relevante para el cambio del concepto actual sobre el envejecimiento, y el alcance de la rehabilitación como precedente que permita a las personas mayores disfrutar plenamente de sus derechos, envejecer de forma segura y con participación activa en su entorno social.

Palabras clave: Envejecimiento, paradigmas, rehabilitación.

SUMMARY

The aging process is a universal definition, continuous and progressive, leading to deterioration, exhaustion and death of biological organisms. Old age is associated as ethical, historical, scientific, psychosocial and policies that differ across cultures and throughout the ages. This article reviews the conventional paradigms concerning the health of the elderly as a change relevant to the current concept of aging, and the scope of rehabilitation to enable older people to fully enjoy their rights, aging safely and with participation in their social environment.

Key words: Aging, paradigms, rehabilitation.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo y progresivo que lleva al deterioro, el agotamiento y la muerte de los organismos biológicos. En contraste, la vejez como concepto se asocia a consideraciones éticas, históricas, científicas, psicosociales y políticas que difieren en las distintas culturas y a lo largo de las épocas. El envejecimiento, por tanto, es un fenómeno de carácter universal y no debe ser identificado como una enfermedad.

* Directora de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21 del IMSS. Monterrey, N.L.

Dirección para correspondencia:
Dra. Lucía M. Allen Hermosillo
Zapopan No. 4240. Colonia Los Cedros, 64370
Monterrey, N.L.
Correo electrónico: lucyallen77@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

El primer autor en hablar de geriatría como una categoría médica científica fue Ignatius Nascher, médico austríaco nacionalizado estadounidense y quien en 1907 incluye la palabra geriatría desde las raíces latinas «geras», vejez e «iatrikos», para incluir el campo de la tercera edad por la necesidad de considerar la senilidad y sus particularidades que influyen en las manifestaciones de una enfermedad en esta etapa de la vida. Todo ello lo define en un artículo titulado «Geriatría» en el *New York Medical Journal* (1909; 90: 358-9).

Se le divide en tres etapas que difieren entre sí en aspectos funcionales, sociales y psicológicos:

Los viejos jóvenes, entre los 65 y los 75 años.

Los viejos intermedios, entre los 75 y los 85 años.

Los viejos viejos, después de los 85 años.¹

Las poblaciones de los países en desarrollo como México experimentan un acelerado e irreversible proceso de envejecimiento poblacional, derivado de la transición demográfica. Los padecimientos crónicos y discapacidades son cada vez más prevalentes entre los adultos mayores.

Los últimos cinco o seis años de vida consumen casi la cuarta parte de los recursos sanitarios y económicos disponibles, pues es donde se presentan las enfermedades más graves, el uso de terapia intensiva, remedios más numerosos y durante mayor tiempo.

En 2004, el reumatólogo Idermini, en Italia, estudió costos directos e indirectos en pacientes tratados por osteoartritis, reportando que el pago directo en su tratamiento era de 934 euros y de gastos indirectos 1,236 euros de forma anual.²

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 2004 realizó una *Proyección poblacional* y donde informa que los adultos de más de 65 años han aumentado 2.7 veces en los últimos 50 años, y que para el 2050 se espera que sean una cuarta parte de la población total del país.³

Dentro de los grandes síndromes que se presentan en esta etapa de la vida y que conforman los problemas básicos a tratar, se encuentran: inmovilidad, inestabilidad (riesgo de caídas), incontinencia de esfínteres, iatrogenia medicamentosa y el intelecto comprometido.

Todo ello se encuentra relacionado con una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha dado en llamar un estado de homeostenosis. Este último aumenta el riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad ante factores adversos.⁴

El obstáculo principal que se ha presentado para la integración de las personas de la tercera edad en procesos preventivos y correctivos de rehabilitación es la necesidad del cambio de los modelos médicos, los que presentan poca comunicación por falta de conocimiento del alcance de la rehabilitación, la cual permite actuar en áreas que la mayoría de las especialidades no contemplan en el seguimiento de sus pacientes.

Si observamos los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de complicaciones en el anciano (*Cuadro I*), la gran mayoría se puede aminorar con el

Cuadro I. Factores de riesgo que incrementan la posibilidad de complicaciones en el anciano.

- I. Disminución de la visión, percepción de profundidad
- II. Disminución de la audición
- III. Disfunción vestibular
- IV. Disfunción propioceptiva
- V. Alteraciones de la memoria o demencia
- VI. Alteraciones musculoesqueléticas
- VII. Disminución del tono postural
- VIII. Uso de polimedificaciones

manejo de un programa rehabilitatorio individualizado que permita dar un respaldo al tratamiento médico de alguna enfermedad concomitante.

Uno de los paradigmas observados se refiere a que la mayoría (más del 50% de los adultos mayores) se transformarán en seniles discapacitados (con sordera, ceguera, demencia o incontinencia) a medida que crezcan en edad. Sin embargo, se sabe que sólo del 2 al 3% de los adultos mayores en la década de sus 70 años experimentan algún grado de demencia o deterioro cognitivo y que únicamente de 5 a 10% de los adultos mayores lo tendrá en la década de sus 90 años.

Otro de los paradigmas convencionales es el de que la fortaleza física tiende a declinar en los adultos mayores. Sin embargo, se sabe que el ejercicio puede contrarrestar algunos de estos déficits y limitar las pérdidas. Una persona de 65 años que se ejercita regularmente puede estar en mejor forma física y tener mayor fortaleza que otra de 40 años que no se ejercite.

Otro punto a discutir es en cuanto al déficit físico como la principal causa de las limitaciones en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores. Sin embargo, el principal déficit que experimentan los adultos mayores es resultante de los estereotipos y la discriminación por la edad.

En el adulto mayor es habitual que se deterioren algunos de los sentidos como un fenómeno propio del envejecimiento normal. Algunos sentidos declinan en el adulto mayor, como son la visión, la audición, el gusto, el olfato, pero no tanto el tacto, que es uno de los que mejor se preserva con el embate del tiempo; esto nos permite incluir al adulto mayor en los programas de estimulación sensorio-perceptiva múltiple, lo que logrará una mejor adaptación al medio y mantener las respuestas reflejas inmediatas. El objetivo principal del entorno del espacio multisensorial es aprender a «reencontrar» a la persona discapacitada para intentar establecer con ella una relación. Se busca así mejorar la asimilación de la información sensorial que se les ofrece optimizando su relación con el entorno y sus aprendizajes.

Un punto relevante para el cambio del concepto actual sobre el envejecimiento y su aceptación es el que la mayoría de los adultos mayores NO experimentan un deterioro de las habilidades intelectuales, incluso en algunos AUMENTAN con la edad; sólo los ambientes privados socialmente como son la pobreza, la falta de estímulos intelectuales y la falta de uso de sus capacidades limitan el desarrollo intelectual de ellos.

Un síntoma clínico importante a tomar en cuenta es la manifestación dolorosa. Es habitual considerar al dolor como parte natural del proceso de envejecimiento, sin contemplarlo más bien como una señal de lesión o daño. El dolor debe ser considerado y no ignorado. Muchas personas a menudo atribuyen el dolor al proceso de envejecimiento y no como resultado de la acumulación de daños o enfermedades.

Cerca del 80% de los adultos mayores refieren tener un grado importante de salud, lo suficiente como para llevar adelante sus actividades diarias de manera independiente. Las personas mayores presentarán un mejor o peor nivel de salud en relación a la situación funcional, es decir, en relación al mayor o menor grado de discapacidad o dependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda medir la salud en las personas mayores en términos de función, esto es, en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD). Tomemos como ejemplo España, donde se presenta un número de años de vida promedio antes de contraer una discapacidad de 68.5 en hombres y de 72.12 en mujeres. Sin embargo, los varones pasarán, como promedio, 6.8 años de su vida en situación de discapacidad (9% de su vida) y las mujeres vivirán, como término medio, 10.2 años con discapacidad (12.4% de su vida).

Pruebas científicas confirman la posibilidad de disminuir la incidencia, prevalencia y la intensidad de la discapacidad y dependencia a través de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas y el desarrollo de servicios de salud eficientes para los ancianos, donde se incluya la nueva tecnología: rehabilitación asistida por robots, rehabilitación virtual, tele-rehabilitación apoyada en telefonía móvil y redes sociales online, así como la coordinación entre empresas, universidades y clínicos para mejorar la rehabilitación y tecnología asistencial.

Los adultos mayores son uno de los grupos más difíciles de caracterizar por rasgos comunes siendo muy diferentes en cuanto a gustos, inserción social, rasgos culturales o de salud. Que las personas mayores puedan disfrutar plenamente de sus derechos humanos, envejezcan de forma segura con participación en la vida económica, política y social, es el objetivo común de nuestra sociedad. Dentro del equipo interdisciplinario, los procesos de rehabilitación permitirán potenciar el envejecimiento activo y saludable, lo que desarrollará sus labores en plena capacidad.

El envejecimiento es, pues, un proceso universal, normal e irreversible, que visto desde un punto de vista funcional puede ser limitado y permisible en cuanto a la integración de este grupo dentro de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernis C. Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo* 2004; 6: 1-14. Disponible en: <http://www.didac.ehu.es/antropo/6/6-1/Bernis.pdf>
2. Leardini G, Salaffi F, Caporali R, Canesi B, Rovati L, Montanelli R; Italian Group for Study of the Costs of Arthritis. Direct and indirect costs of osteoarthritis of the knee. *Clin Exp Rheumatol* 2004; 22: 699-706.
3. Partida BV. *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. México: Consejo Nacional de Población; 2006. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatales/Proy05-50.pdf
4. Lluís RGE, Llibre RJJ. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_4_04/mgi09404.htm