

ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DEL ENVEJECIMIENTO

Juan del Rey Calero

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública

Universidad Autónoma de Madrid

EL ENVEJECIMIENTO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

En la actualidad existen unos 540 millones de personas mayores de 60 años. Para el año 2020 habrá unos 1.000 millones de personas. De ellos 700 millones corresponderán a los países desarrollados, mientras que el resto pertenece al Tercer Mundo. La mayor parte de la población anciana correspondería a Europa con el 23% de la misma. La esperanza de vida alcanzará los 77 años lo que ahora se consigue en 20 países.

La longevidad viene determinada aparte de la herencia, por el medio ambiente y sobre todo por factores de orden cultural, como los estilos de vida, en que intervienen los hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc. Existen 12 variables de Riesgo que pueden modificarse para mejorar la Salud.

El 20% de la población mundial tendrá más de 65 años, lo que puede ocurrir en los países desarrollados entre 2005 a 2025. Esto lleva consigo un aumento de las enfermedades degenerativas como enfermedades cardiovasculares, cáncer, osteoporosis, diabetes tipo II; este proceso puede incrementar el deterioro de las demencias. En el año 2020 puede haber cientos de millones de dementes seniles. Estas enfermedades acaecen en una sociedad con gran longevidad pero sujeta a importantes discapacidades.

En España se calcula que la Enfermedad de Alzheimer la padecen unas 400.000 personas, unos 5 millones en Europa y unos 23 millones en el mundo. De ellos 70% mujeres, 30% hombres, una de cada 3 mujeres mayores pueden presentar Alzheimer. Pues bien, de éstos el 90% están sin diagnóstico, el 85% no reciben ayuda y el 10% no reciben tratamiento. El 55% depende totalmente del cuidador. La media de los pacientes diagnosticados es de 78 años. Los ingresos al mes familiares no superan las 150.000 ptas. El coste por enfermo y año es entre 1 a 4 millones de ptas.

La mujer vive unos siete años más de vida que el hombre. Pero aunque tiene una menor mortalidad tiene una mayor morbilidad, y tiene una mayor limitación de actividades principales, además de que realiza un mayor consumo de fármacos. Los hombres tienen un riesgo 2,3 veces mayor de mortalidad que las mujeres.

Por otro lado, al disminuir la población activa por la falta de empleo en la población joven, castigada por las cifras de paro, los recursos económicos que se disponen son menores frente a la gran carga de la población envejecida.

Así pues, se pretende, mediante la epidemiología prospectiva, conocer los principales problemas de Salud con que se enfrentará la población, para establecer las medidas adecuadas en cuanto a las políticas sanitarias.

DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

Hipócrates, consideraba la edad de los 50 años, como «el invierno de la vida». En el primer diccionario francés publicado en 1679 la «edad decrepita» comenzaba a los 40 años. Montaigne, con 47 años escribió: «He llegado a la edad que pocos llegan». De modo análogo se expresa Cervantes cuando a los 68 años termina «Persiles y Segismunda». Entonces la esperanza de vida era mucho mas baja a la que hoy consideramos. El fenómeno sociológico más importante de los últimos 20 años es la prolongación de la vida, según dice Bernard Baruch.

En este contexto, podríamos definir el envejecimiento *como el proceso fisiológico que disminuye la capacidad de adaptación del individuo a su medio.*

Envejecer era una desgracia para el mundo greco-romano: «aquel a quien los dioses aman muere joven», «hacerse viejo es como vivir en una isla que constantemente se reduce su tamaño», lo que se contrapone por Ciceron en De Senectute «Los Estados siempre han sido arruinados por los jóvenes y salvados y reconstruidos por los viejos... Si no hubiera ancianos no existirían los estados civilizados».

Los pueblos orientales han reverenciado la ancianidad, Laot-sé significa «viejo maestro». Confucio escribió «a los 70 años podía seguir los dictados de mi corazón, porque lo que yo deseaba no trasgredía ya los límites de la justicia»

«Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, y una de las partes mas difíciles del arte de vivir» decía H.F. Amiel. Pero el envejecimiento es un proceso biológico molecular irreversible que repercute en todo el organismo, y hay que prepararse para afrontarlo.

CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las causas de envejecimiento en la población pueden ser extrínsecas, como la emigración, o intrínsecas, como la disminución de la natalidad y disminución de la mortalidad, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida. En nuestro país, la esperanza de vida ha subido a 77 años, (74,3 en el hombre y 81,3 en la mujer), cuando a principios de siglo era de 36. Los japoneses 76 y 82 respectivamente. Suecia y Suiza con 77,4 de media Países Bajos 77,2, Noruega 77,1, Francia 76,4, Italia 76, USA 75,9, Finlandia 75,5, Alemania y Bélgica 75,2 (Fig. 1).

Figura 1
EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA (1900-1990)

Año	Al nacer		A los 65 años		Supervivencia (1)	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1900	33,9	35,7	9,0	9,2	41,7	47,0
1930	48,4	51,6	10,4	11,5	53,0	62,0
1950	59,8	64,3	11,8	13,5	63,6	74,8
1970	69,6	75,1	13,3	15,9	74,8	85,6
1990	73,4	80,5	15,5	19,2	79,0	91,0

Fuente: INE: Tablas de Mortalidad

(1) Personas que, habiendo cumplido 15 años, alcanzan los 65 (en %)

En la Unión Europea un 20% de la población tiene más de 60 años (1993) y la denominada cuarta edad o más de 80 años constituye el 3,7% de la población. En España el 19,6% tiene más de 60 años y más de 80 años el 3% (Eurostat, 1991). Realmente un hombre podría vivir en condiciones óptimas unos 120 años. Hay tres regiones geográficas en las que viven personas muy ancianas:

Vilcabamba en Ecuador, Pakistán y Abkasia en el Cáucaso. Viven curiosamente en aldeas y consumen poca carne, azúcar y sal.

Según el informe elaborado por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1992, un millón de personas cada mes pasan el umbral de los 70 años, y el 80% viven en los países desarrollados. En 1950 había 200 millones mayores de 60 años, el año 1982 400 millones, en el 2000 serán 600 millones, y en el 2025 habrá 1.200 millones de esta edad.

En Europa, a principios de siglo, una persona de cada 20 tenía 65 años, ahora una de cada 7, y el 20% de la población es mayor de 60 años, (es decir unos sesenta millones de personas, más de la mitad mujeres), y para el año 2020 la Tercera edad superará el 25% de la población total. Por eso se ha establecido el Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones.

Si el porcentaje de población que en la pirámide de edades supera a los 65 años, es menor de un 5%, se considera que la población es joven; de tipo medio de 5 al 10%; y envejecida si es más del 10%. El índice de Roset establece que si los mayores de 60 años son menos de un 8%, se considera que la población es joven.

En España la población mayor de 65 años es del 15%, en Italia 15%, en Francia 16,1%, en Noruega y Suecia 16%, en Austria 20%.

<i>Año</i>	<i>Mayores de 65 años en España</i>
1990	5%
1950	7%
1970	9%
1980	12%
1990	13%
2000	15,4%

En la actualidad hay más de seis millones de españoles mayores de 65 años. Según el censo de 1991 las comunidades de Castilla La Mancha, Castilla/León y Aragón tienen un 14%, la Extremadura 13%, Galicia 9%, Madrid 8,2%.

Un crucial problema de nuestro tiempo es la recesión económica, y la gran carga que suponen las jubilaciones anticipadas, que elevan el total a siete millones de pensionistas, con toda la envergadura económica consiguiente (Fig. 2).

Figura 2
EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y SU PROGRESIÓN HASTA EL AÑO 2020. GRUPO DE EDAD (%)

	<i>0-19</i>	<i>20-64</i>	<i>≥ 65</i>	<i>Población total</i>
1960	35,4	56,4	8,2	30.583.466
1970	35,7	54,5	9,8	33.956.376
1981	34,4	54,4	11,2	37.750.930
1991	28,0	58,2	13,8	39.024.898
1995	24,0	60,7	15,3	39.239.863
2000	20,8	62,4	16,9	39.386.510
2005	19,1	63,5	17,4	
2010	18,1	63,8	18,1	
2015	17,0	63,7	19,3	
2020	15,9	63,5	20,6	

Fuente: INE

ASPECTOS SOCIOLOGICOS DE LA DINAMICA DE LA POBLACION

En los estudios sociológicos realizados en nuestro país el 28% de las personas de edad son sanos, el 40% enfermos válidos, el 20% con dependencia personal y el 10% con dependencia total. El 25% viven solos con un nivel de incomunicación, soledad y aislamiento.

Respecto a la edad, entre los 65 a 70 años suponen el 40%, de los 70 a 75 años el 28% de 75 a 80 años el 17%, de los 80 a 85 el 10%, y los mayores de 85 el 5%. Se incrementan pues los de mas de 80 años, en lo que se ha denominado «el envejecimiento del envejecimiento»

Los grupos expuestos son: 1) los mayores de 80 años; 2) los que viven solos; 3) los ancianos residentes en instituciones; 4) los que viven aislados; 5) los que no tienen hijos o estos están ausentes; 6) los inválidos o con cónyuge enfermo; 7) los que tienen dificultad para ir a cobrar sus retiros, que en parte coincide con lo que llama Salgado «anciano frágil» (Fig. 3).

Figura 3

Lo que sucede:

- Personas de edad incapacitada. Las familias tienen dificultades para asistirlos.

Qué se requiere:

- Asistencia integral (además de la Sanitaria-Pluripatología).

Compañías aseguradoras:

- Atención integral (multiespecialidad en el mismo Centro)
- Cirugía ambulatoria.
- Hospitalización domiciliaria.
- Prestaciones sociales.

Requerimientos:

- Geriatras y especialidades afines (médicos asesores).
- Médicos atención Primaria.
- ATS y Auxiliares de Clínica.
- Formación gerontológica.
- Formación Preventiva.
- Educación Sanitaria.

La vulnerabilidad es física al aumentar los riesgos, patológica al incrementar la morbilidad, y psicosocial al tener menor adaptación al medio.

El anciano sufre tres crisis:

1. La de *identidad de su propia imagen*, alberga su vida en una fachada exterior que se le derrumba, vive su penosa decadencia, su creciente soledad.
2. La *crisis de autonomía*, por el aumento de la dependencia, y

3. La *crisis de pertenencia*, de retirada de la participación social, de la «muerte social» al retirársele de la vida activa.

Al anciano de ayer se le respetaba por su experiencia profesional, útil a cuantos le rodeaban, y por su experiencia vital. Pero hoy la familia es de tipo nuclear, el anciano estorba en los pocos metros de la vivienda. La experiencia profesional, no sirve en la generación del ordenador. Su experiencia vital pertenece a otro mundo. «Queremos tener la racionalidad del siglo XXI pero con el corazón de la edad de piedra» (E. Fromm).

Se margina incluso al hombre en plena madurez, en lo social, con jubilaciones anticipadas mas dispuestas a cortar cabezas que a crear situaciones de júbilo. Se margina en lo familiar, abandonados por la familia y creando la denominada «intimidad a distancia».

ESTUDIOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se caracteriza por una disminución del rendimiento e incremento de las cifras de mortalidad. Cuando se han cumplido los 30 años el índice de mortalidad anual se duplica cada 7 años.

Se ha pasado del incremento de la Esperanza de vida, a la Esperanza en la Calidad de la vida, a los que se ha denominado plenitud adulta, y que las personas de edad tengan un sistema de vida activa «OPALS». Catón a los 80 años aprende el griego. Sofocles a esta edad escribe El Edipo. Miguel Ángel, a los 88 años, confesaba que aún «estaba aprendiendo». Paul Casals vive su plenitud artística hasta los 96, lo mismo que Picaso, desbordan las fronteras de la edad con su exuberante creatividad: «je ne cherche pas, je trouve».

La Organización Mundial de la Salud, en 1988, estableció un programa especial de Investigación sobre envejecimiento, respecto a los determinantes del envejecimiento: La Demencia, La Osteoporosis, y la función Inmune. El estudio se realiza en once países: Bélgica, Alemania (Berlín Oeste), Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Polonia, Rumania, URSS, Yugoslavia y Kuwait. En España, en 1947 se crea la Sociedad española de Geriatria y Gerontología con Beltrán Baguena como Presidente. En 1978 se habla de un Plan Gerontológico Nacional. Se realizan diversas encuestas de Salud sobre envejecimiento como las realizadas entre otras en Barcelona, País Vasco, Madrid etc., con aspectos interesantes que se recogen en las mismas.

El Plan Gerontológico de 1993, abarca 5 áreas: Pensiones, Salud y Asistencia, Servicios Sociales, Cultura y Ocio, Participación Social. Considerando 3 ratios: a) Plazas de Residencias subirlas de 2,8 % a 3,5% lo que supondría incrementar el número de camas en unas 100.000 (la media en Europa es cama para ancianos por cada 5%), b) Ampliar la ayuda domiciliaria a un 8 % y c) Viviendas tuteladas a un 1 %.

Cabe señalar, en todo caso, que las familias que conviven con personas demenciadas requieren una ayuda especial sociosanitaria, como ha referido Collins (Figura 4).

RESIDENCIAS

Los países europeos tienen de 4 a 5 camas por cien habitantes. En España hay 2,5 camas, por lo que se necesita incrementar esta cifra hasta el menos cuatro camas. El total de plazas de residencia en España es de 141.704, de las cuales son públicas el 40% (del INSERSO el 20%), y privadas el 60%.

A nivel económico, el precio medio de una residencia privada es de unas 150.000 ptas., en Italia 300.000, cuando la pensión media de jubilación es de unas 65.000 ptas. Para que una Residencia

sea económicamente rentable se necesitan unos 30 clientes, lo que exige unos 700 m². El espacio por dormitorio es de 5,5 m² y si requiere asistencia 7,5. El ambiente que debe rodear al anciano sólo es posible con la existencia de servicios de Enfermería, Geriatria, Terapia ocupacional, Fisioterapia etc. y asistencia social.

Figura 4 **CONVIVIR CON ENFERMOS DE ALZHEIMER (EA)**

1. Aunque la Alzeheimer es irreversible, pero sus efectos pueden paliarse con una adecuada atención. Para retrasar la progresión se ha utilizado antioxidantes: vit. E (2.000 UI/día), IMAO, Selegilina.
2. No trasladarlos de sitio, ni de habitación, con mobiliario conocido para evitar se desorienten.
3. Atención con las ventanas, puertas, que hay que vigilar y evitar estorbos o alfombras para prevenir caídas.
4. Rodear de un ambiente de afecto, de álbum de fotos para que se reconozca, y para que puedan hacer ejercicios mentales.
5. Si se equivoca no reprocharle, pues se crea más ansiedad.
6. El enfermo vive en un mundo reducido, a veces revive con ansiedad episodios muy marcados de épocas anteriores con imágenes que mezclan con lo actual.
7. Hablarles despacio, de manera sencilla, con actitud comprensiva.
8. El enfermo mantiene su afectividad, pues conserva la memoria afectiva, comprende y agradece las caricias como manifestaciones de cariño.
9. No discutirle, no llevarle la contraria de forma violenta, pues provocaría agresividad.
10. En el caso de que se necesite sedar al paciente, hay que hacer un tratamiento personalizado. En la agitación, utilizar haloperidol/Lorazepan. Inhibidores de la acetilcolinesterasa/Tacrina, donepezilo, ENA-713. Ansiolíticos: benzodiazepinas, bupiro-na. (La falta de tono muscular de algunos medicamentos provocan caídas y fracturas).
11. Cuando la convivencia produce tensión en el seno familiar, se puede hacer un internamiento "de respiro" en instituciones especializadas.
12. La familia tiene que aprender a convivir con el enfermo de Alzeheimer, y saber evadirse de los problemas y no reiterarse en sus tensiones, incluso requieren una ayuda psicológica y social.

PROBLEMÁTICA DE LA HOSPITALIZACIÓN Y GASTO SANITARIO

El porcentaje de Hospitalización viene a ser del 5% para los niños y adolescentes, del 5,8% para los adultos y a partir de los 65 años del 18,6%. El 35,5 de las estancias hospitalarias se producen en los de más de 65 años, teniendo en cuenta que siendo la estancia media para otras edades de 10 días, para los de 65-75 años es de 21 días, y para los mayores de 75 años es de 23 días, según datos de 1989. El 34,5% de los Ancianos se han Hospitalizado en los últimos 5 años. El 53,3% en Centros de la S.S., el 30,2% en Hospitales generales, y el 10,2% en Clínicas privadas.

El Coste del Hospital multiplica en 5,4 el de la Hospitalización a domicilio, por lo que hay que tener en cuenta que en los procesos crónicos que padece el anciano que elevan considerablemente las estancias, supone además un desarraigo del ambiente familiar y los consiguientes problemas.

Son preferibles los Cuidados a domicilio, en conexión con la Unidad de Continuados en el Área de Salud. Son importantes los Centros de Día.

La población mayor de 65 años por estar afectada de una pluripatología, genera una mayor carga asistencial. Se han creado equipos de valoración geriátrica en Hospitales de mediana y larga estancia, por lo que utilizar Hospitales de agudos mucho más costosos para procesos geriátricos, no sería lo más adecuado, por lo que se deben crear centros de media y larga estancia. Las tasas de ingresos hospitalarios son el doble mayor de 65 años y el triple mayor de 75 años.

Los datos que se refieren a la asistencia en el Territorio Insalud es la siguiente:

Mayores de 65 años hospitalizados	38,4% (309,069)	Estancia media 11,38
Menores de de 65 años hospitalizados	61,4% (496,300)	Estancia media 9,18
Coste hospitalario mayores de 65 años	48% del total	
Coste hospitalario menores de 65 años	51% del total	Operación cristalino
Patologías más prevalentes mayores de 65 años		Enfermedades cardiovasculares

Las estancias evitables de mayores de 75 años son casi del 40% y las pruebas innecesarias del 30%. Debido al incremento de la población senil la ratio de geriatras debería ser de 1/250.000 personas.

En cuanto a la Atención Primaria, ésta consume 89% de las consultas, y el 25% de las visitas (Servicio Vasco de Salud) y genera el 75,7% del gasto farmacéutico total. En los Hospitales causa el 43% de las estancias, el 77% de los ingresos y el 73% de las estancias consumen el 80% de los recursos.

ATENCIÓN PERSONALIZADA Y GERIATRIZACIÓN DE LA MEDICINA

Hay que intentar cubrir las necesidades del anciano cifradas en cuidados de vivienda y personales, tantas veces con pensiones indignas y sobre todo en la comprensión, pues necesitan amistad ante la soledad, y a ser posible que vivan en los sitios donde siempre han vivido.

Se ha dicho que más que añadir años a la vida, habría que añadir vida a los años, según el decir de Piersol-Bortz. En la expresión anglosajona OPALS (Old People with Active Life Style). De la Esperanza de vida más elevada hay que pasar a la calidad de la vida o «plenitud adulta» para mejorar el envejecimiento.

En cuanto a la valoración geriátrica, cabe señalar que la misma constituye un proceso diagnóstico multidisciplinar y multidimensional, diseñado para la atención del anciano, por el que se trata de:

- Identificar y cuantificar los problemas médicos, evaluando la capacidad funcional y psicológica.
- Alcanzar un tratamiento global.
- Optimizar los recursos asistenciales.
- Garantizar el tratamiento

En este sentido cabe señalar, finalmente, que hoy, más que nunca, se requiere una especial preparación de los profesionales de la Salud para este reto del envejecimiento de la población, debiéndose cultivar estos aspectos en la formación especial de todos los profesionales, sanitarios y también una cultura educativa de la familia para la convivencia con estas personas ancianas.

BIBLIOGRAFÍA

- BENEDET-SEISDEDOS (1996): Evaluación clínica de la quejas de la Memoria en la Vida cotidiana. Panamericana, Madrid.
- COMUNIDAD DE MADRID (1992): 65 años cumplidos. Los ancianos de la Comunidad de Madrid CAM.
- COMUNIDAD DE MADRID (1992): Nuestros mayores. Monografía 2. CAM.
- Epidemiología del Envejecimiento en España. FIS. Ministerio de Sanidad. Madrid 1990.
- LOBO, A.; EZQUERRA, J.; GÓMEZ, F.B. et al: "El minimental cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos)". Actas Luso-Esp. Neurol. Ps4. Cienc. Af, 7,189-202.
- MADDOX, GEORGE L. y colaboradores (1987): The Encyclopedia of Aging. Edil. Springer Publishing Company, New York.
- MICHELI-PARDAL (1996): Neurología en el anciano. Panamericana, Madrid.
- REY CALERO, J. (1995): «Epidemiología y sociología de la vejez». Anales de Academia Nazionale dei Lincei, Roma.
- REY CALERO, J.; CALVO FERNÁNDEZ, J.R. (1997): Cómo cuidar la salud. Ed. Harcourt Brace.
- SALGADO ALARCÓN, M.T. (1993): Valoración del Paciente anciano. Masson.
- SALGADO ALBA, A.; GONZÁLEZ MONTALVO, J.J.; ALARCÓN, M.T. (1996): Fundamentos prácticos de la Asistencia al Anciano. Masson, Barcelona.
- SALGADO, A. y GUILLÉN (1994): Manual de Geriatría, 2ª edic. Masson, Barcelona.
- THEVENON, A.; POLLEZ, B. (1994): Rehabilitación en Geriatría. Masson, Barcelona.
- TIMIRAS, R.S. (1997): Bases fisiológicas del envejecimiento y Geriatría. Masson, Barcelona.