

6. La tercera edad: de los 65 a los 100 años

METAS DE SALUD PARA LOS AÑOS TARDÍOS

A nivel mundial, el segmento de la población que está experimentando un crecimiento más rápido es el más viejo. La proporción de centenarios es la que más rápido crece en la población, seguida del grupo de 80 a 99 años de edad. De hecho, a lo largo de la historia humana, muy pocas personas han llegado a estas edades. Con el tiempo, al eliminar las principales epidemias de enfermedades infecciosas, el número de ancianos comenzó a ascender. Hoy, gracias a los extraordinarios progresos de la ciencia médica, sobre todo en el campo de la farmacología, los ciudadanos de la “tercera edad” se han convertido en un grupo de gran importancia. Se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de personas mayores de 85 años —los “viejos-viejos”—, con su enorme consumo de servicios médicos, crearán importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticas tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

El campo de la gerontología se esfuerza en seguir el ritmo de esta transición demográfica. En los estudios de campo, los gerontólogos y geriatras demuestran que muchas de nuestras creencias de “sentido común” y larga tradición sobre los viejos y el envejecimiento están totalmente equivocadas. Cuanto más anciano es un grupo de personas, mayor variedad muestran sus integrantes. De hecho, las variaciones del funcionamiento físico, mental y social son mayores entre los ancianos que en cualquier otro grupo de edad.

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por tanto, el objetivo de los programas de promoción de la salud dirigidos a las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad, de la atención médica que necesitan. Por otra parte, se reducirá evidentemente el sufrimiento y se combatirá la sensación de deterioro de los ancianos y de los familiares que los cuidan.

La economía de la atención médica intensiva de los ancianos es un tema que se debate cada vez más. Cuando los recursos médicos no alcanzan a cubrir a toda la población ¿quién debe tener prioridad? ¿los ancianos? ¿los adultos jóvenes? ¿los niños con trastornos del desarrollo? ¿las mujeres embarazadas? o, ¿debería prestarse la mejor atención posible solo a aquellos que tengan el dinero suficiente para pagarla, cualquiera que sea su edad o su pronóstico?

Los economistas de la salud informan que en los países postindustrializados, alrededor del 18% del gasto médico promedio total en el transcurso de la vida de una persona corresponde al último año de su vida. ¿Qué parte de estos recursos, gastados cuando la esperanza de vida es quizás de solo un año, debería utilizarse en etapas anteriores, proporcionando servicios preventivos a las personas jóvenes y productivas en una etapa anterior de su vida? Los argumentos econó-

micos sobre la importancia que debe prestarse a la atención geriátrica giran en torno a un debate sobre quién debe ser el principal beneficiario de los recursos de salud, el individuo o la comunidad en su conjunto. ¿Se obtienen los mismos beneficios manteniendo viva a una persona de 70 años que brindando atención intensiva en una unidad de cuidados coronarios a una persona de

50 años con un infarto de miocardio? ¿O prestando atención de hospicios a una persona de 30 años con SIDA? ¿O proporcionando cirugía ortopédica y rehabilitación a un joven de 18 años con fracturas múltiples por un accidente de automóvil? La valoración moral y económica entra rápidamente a formar parte de la discusión.

En cuanto a los beneficios, puede afirmarse que la extensión de la vida hacia decenios más tardíos se ha acompañado de la conservación de la capacidad mental, la fuerza física y la productividad comunitaria de casi todos los ancianos. En los países en los que las pensiones de jubilación se disfrutaban ya a los 65 años, muchas personas dejan de trabajar cuando llegan a esta edad. Sin embargo, un número sorprendente de ellas recibe su pensión pero siguen trabajando, a menudo en tareas que exigen menos fuerza física o menos estrés. En regiones más agrarias, los hombres y mujeres siguen trabajando en la agricultura mientras puedan hacerlo físicamente.

En resumen, las personas mayores tienen muchas oportunidades —a menudo pasadas por alto tanto por la sociedad como por el individuo— para contribuir económica, social o interpersonalmente a las necesidades de sus familias y sus comunidades. Por ejemplo, en las comunidades en las que las madres jóvenes se incorporan a la fuerza laboral, el cuidado de los niños puede decaer. Entonces entran en acción los abuelos: la experiencia y la paciencia de la “generación de los abuelos” son ideales para proporcionar una atención complementaria.

El objetivo de los programas de promoción de la salud de las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a cada persona.

Dados los muchos problemas de los niños y jóvenes de hoy, la tarea de los abuelos —incluso como trabajo no remunerado— podría ser uno de los mayores regalos sociales y económicos que la persona puede dar a su comunidad. Estoy seguro de que todos podemos pensar en ejemplos adicionales. Los beneficios psicológicos, sociales y culturales que pueden proporcionar los residentes más ancianos de la comunidad apenas si han empezado a descubrirse.

¿Qué pueden hacer los trabajadores de la salud para ayudar a los ancianos a reconocer todo su potencial y para reducir sus necesidades de atención médica de alta tecnología?

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD A ESTAS EDADES

MORTALIDAD

La esperanza de vida es la edad hasta la que sobrevive el individuo medio (en términos de edad) de una cohorte de población. Puesto que casi todos los países económicamente desarrollados tienen esperanzas de vida al nacer superiores a 65 años, más de la mitad de todas las muertes se producen a los 65 años o después. Así pues, las causas de muerte en este estrato de edad dominan el total de causas del país. Ello significa que es imprescindible estudiar las causas de muerte y discapacidad de cada etapa de la vida por separado —como se hizo en los capítulos anteriores de este Manual—, a fin de orientar los esfuerzos de prevención en etapas anteriores del ciclo vital.

Por tanto, no sorprende que las tasas brutas de mortalidad de los países, que dependen en gran medida de las muertes de los ancianos, muestren que las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias malignas, las enfermedades obstructivas del pulmón y las neumonías son las principales causas de muerte en casi todas las regiones del mundo, tanto en los países económicamente evolucionados como en los que todavía se encuentran en las primeras etapas de su evolución económica.

La mortalidad se acelera a medida que transcurren los decenios de la vida. A partir de los 25 a 34 años de edad, las tasas de mortalidad por todas las causas se duplican con cada decenio sucesivo, tanto en los hombres como en las mujeres, en casi todos los países. En cada decenio, las tasas de mortalidad de los hombres (por 100 000 habitantes) son siempre superiores a las de las mujeres.

El factor multiplicador por decenio es incluso superior para algunas de estas causas. En casi todos los países, la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares es de dos a tres veces mayor a los 65 años que a los 55 y aumenta de nuevo

de cuatro a cinco veces a partir de los 75 años. Las tasas de accidentes cerebrovasculares muestran una aceleración similar a partir de los 55 años. El número total de cánceres se duplica entre los 55 y los 65 años y de nuevo después de los 65. Todo ello significa que las tasas de mortalidad se aceleran entre 10 y 15 veces durante los tres o cuatro últimos decenios del ciclo vital.

Esta información sobre la aceleración de las tasas de mortalidad que acompaña al envejecimiento, revela tres hechos importantes:

- El rápido incremento de la vulnerabilidad en los ancianos.
- Las ganancias sociales potenciales que producirían programas efectivos de prevención temprana. Estos programas podrían retrasar esta oleada de enfermedad y muerte hasta etapas posteriores en el ciclo vital.
- El enorme incremento de los costos de atención médica y en hogares de ancianos para el gran número de ancianos que permanecen discapacitados y dependientes, a menudo durante años, antes de morir de su enfermedad.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS GENERALES Y DISCAPACIDADES

Muchos ancianos sufren largos años de discapacidad, sintiéndose mal y funcionando mal, antes de morir. Hoy sabemos que pueden tomarse muchas medidas para reducir los riesgos y la gravedad de los procesos discapacitantes, quizá no para todos pero sin duda para muchos de ellos. Las causas principales de sufrimiento y de debilidad abarcan tanto a las causas principales de muerte como también a otros tipos de problemas de salud.

Hasta 1990, la población mundial mayor de 60 años era menor que la de los otros grupos de edad. El número de mujeres sobrepasaba al de los hombres por una razón de 123 a 100 y las diferencias en el peso relativo de las distintas causas de discapacidad en hombres y mujeres eran mucho menores que en las personas de edad madura. En todas las regiones del mundo, entre 80% y 95% de los años de discapacidad pueden atribuirse a enfermedades no transmisibles. En conjunto, el impacto de las enfermedades transmisibles, obstétricas, perinatales y nutricionales desciende desde 46% a la edad de 0–4 años a 6% en las personas de 60 años o más. De igual modo, el impacto de todas las lesiones sobre la discapacidad baja desde 18% a los 0–4 años de edad hasta 2,5% a partir de los 60 años (datos de AVD de todo el mundo procedentes de Murray y López, 1996, Anexo Tabla 8).

PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN TODO EL MUNDO

En hombres mayores

- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (sobre todo cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular) y
- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia).

En mujeres mayores

- cuadros neuropsiquiátricos (sobre todo demencia y también depresión grave),
- trastornos respiratorios (sobre todo enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
- enfermedades cardiovasculares (accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica) y
- pérdida de visión por cataratas y glaucoma.

Las neoplasias malignas son una causa importante de muerte en los hombres y mujeres mayores, pero su contribución al número de años de vida con discapacidad es menor que la de los cuadros citados.

(Los factores que favorecen y que protegen de las enfermedades neuropsiquiátricas, respiratorias y cardiovasculares se estudiarán con detalle en los Capítulos 7, 8 y 10.)

FACTORES DE RIESGO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD

- El consumo de cigarrillos es uno de los principales factores contribuyentes al desarrollo de la cardiopatía isquémica (ataques al corazón), la enfermedad cerebrovascular (accidente cerebrovascular), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquitis y la neumonía o ambas, y muchos cánceres. El consumo de tabaco incrementa la magnitud potencial de enfermedad y sufrimiento y determina el tipo de muerte. Solo hay una solución: dejar de fumar.
- Las dietas ricas en grasa elevan el riesgo de cáncer de colon y próstata y, quizás, de otros cánceres. También influyen de forma determinante en la aparición de la aterosclerosis, que se expresa en forma de ataques al corazón y trombosis cerebrales.
- La hipertensión arterial es la enfermedad que en mayor medida contribuye al accidente cerebrovascular (tanto hemorrágico como trombótico), facilita los infartos de miocardio y, cuando es lo bastante grave, lesiona también a los riñones. La solución consiste en reducir la presión arterial por medio de medicamentos o cambios de los hábitos. **(Véase también la sección sobre “Hipertensión y cardiopatía hipertensiva” del Capítulo 8).**

- La obesidad sobrecarga al corazón y a los pulmones. Eleva la presión arterial y se asocia a un ascenso de las lipoproteínas de baja densidad (“colesterol malo”); favorece el desarrollo de la diabetes mellitus de aparición adulta. También incrementa el riesgo de cáncer de colon, riñón y endometrio. Además, al poner un peso excesivo en las piernas, agrava la artritis de sus articulaciones. La solución: perder peso y mantener un peso saludable; para esto, resulta útil hacer ejercicio y reducir la ingesta calórica.

FACTORES QUE PROTEGEN CONTRA LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD

Es cierto, aun los grupos más viejos pueden incrementar sus factores protectores. Investigaciones recientes han demostrado repetidamente que el ejercicio físico regular proporciona beneficios mucho mayores a edades mucho más tardías de lo que nos diría el mero sentido común. Por ejemplo, en un estudio,

Cuanto más tiempo puedan mantenerse bajos los factores de riesgo y altos los factores protectores, menor será el número de adultos que mueran de forma prematura, mejor será su salud en este periodo de sus vidas, posponiendo así su deterioro terminal, y menor será la cantidad de servicios médicos que consumirán.

personas de 70 a 79 años de edad se distribuyeron en un grupo que hacía ejercicio caminando y un grupo de control. Después de 26 semanas, el grupo que caminaba había aumentado la captación máxima de oxígeno en 22%. Este hallazgo indica un rejuvenecimiento sorprendente, puesto que a partir de los 30 años, la captación máxima de oxígeno de casi todas las personas disminuye en un promedio de 1% anual. De hecho, caminar podría ser una de las mejores formas de ejercicio para las personas mayores.

Se sabe que los ancianos pueden obtener grandes beneficios con los programas de ejercicio, particularmente con los de resistencia y aguante. El mero hecho de mantenerse físicamente activo ayuda a controlar la diabetes y reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares. En una amplia cohorte de mujeres de edad avanzada, las tasas de fractura de cadera en las mujeres que pasaban menos de cuatro horas al día de pie fueron dos veces más altas que las de las que se levantaban y caminaban cuatro horas o más. Estos beneficios no solo retrasan la muerte, sino que también reducen el riesgo de caída, previenen la discapacidad y proporcionan energía. Lo mejor de todo es que un ejercicio moderado es casi tan beneficioso como un ejercicio intenso y su riesgo de lesiones es mucho menor (Carlson et al. 1999).

Se han publicado muchos programas de ejercicio, y casi todos ellos comparten las recomendaciones siguientes:

- haga ejercicio regularmente, de preferencia cuatro o más veces por semana,

- ejércitese con suficiente intensidad como para que aumenten la frecuencia de la respiración y el latido cardíaco,
- mantenga el ejercicio durante 20 a 30 minutos,
- reduzca la intensidad si la respiración se hace demasiado rápida como para poder mantener una conversación, si respira jadeando o si siente algún tipo de presión, sensación de pesadez o dolor en el pecho, los hombros, el cuello o el brazo izquierdo.

Otro factor protector importante es el consumo de una dieta saludable. Una dieta compuesta por distintos alimentos proporciona al individuo toda la gama necesaria de nutrientes. Debe comerse verduras, frutas, ensaladas, cereales integrales y productos lácteos magros todos los días, si es posible. Las carnes magras deberán comerse con moderación, evitando las grasas que se solidifican a la temperatura ambiente. El peso debería mantenerse entre límites saludables. Durante los períodos de carencia alimenticia, el anciano debería intentar consumir las calorías suficientes para mantener un peso corporal normal. Siempre que sea posible, deberán incluirse en la dieta fuentes vegetales de proteínas, junto a los alimentos ya mencionados.

TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Los trastornos musculoesqueléticos (la artritis y la osteoporosis) se asocian con una mayor frecuencia de fracturas de cadera y de columna vertebral. En conjunto, son las principales causas de discapacidad y de limitación de la movilidad, sobre todo en las mujeres mayores de los países muy desarrollados. La artritis, que consiste en la inflamación de las articulaciones y de los tejidos adyacentes, destruye a la larga el cartílago y modifica la forma de los huesos. Puede afectar a las manos y a los brazos, a los pies y a las piernas, a la espalda o al cuello. Tanto la osteoartritis como la artritis reumatoide aumentan su prevalencia y se hacen más graves con el envejecimiento. Ambas son de dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Se sabe que la artritis es la causa principal de limitación del movimiento de los ancianos en algunos países industrializados.

Artritis

La artritis reumatoide verdadera parece provenir como consecuencia de alteraciones en el proceso inmunitario, en el que los anticuerpos, cuyo trabajo consiste en combatir las infecciones procedentes del exterior, identifican por error como invasores a algunas células del cuerpo. La lucha que se produce a continuación produce inflamación y, después de meses o años, lleva a la enfermedad crónica.

Se desconoce la etiología exacta de la artritis reumatoide, y tampoco se han identificado las medidas de prevención primaria. Se sabe que la enfermedad tiene un componente genético y que los anticonceptivos orales parecen reducir los síntomas en algunas mujeres. Una de las medidas útiles para reducir la progresión de la artritis reumatoide (prevención secundaria) consiste en la administración de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos para combatir la inflamación, el dolor y la fiebre, ya que se cree que estas manifestaciones de la enfermedad incrementan la lesión de los tejidos articulares. No obstante, es preciso tener cuidado para evitar una sobredosificación de estos medicamentos porque pueden dañar a otros órganos.

La osteoartritis es el tipo de alteración articular de mayor prevalencia, y a menudo aumenta rápidamente con la edad. Sus síntomas principales son el enrojecimiento de los tejidos adyacentes, la hinchazón de las articulaciones, la rigidez en la mañana y dolor en la noche. Se cree que muchos casos se deben a traumatismos de las articulaciones o a estrés y presión repetitivos de las mismas. La obesidad puede empeorar la situación, a causa de la sobrecarga que produce en las articulaciones. La prevención secundaria consiste en invertir estos dos factores de riesgo. El ejercicio adecuado puede ser un factor de protección para reducir la magnitud de la discapacidad y del dolor. El ejercicio debe ser suave y diario para mejorar la flexibilidad de las articulaciones sin sobrecargarlas. Se ha desarrollado un “curso de autocontrol de la artritis” que reduce significativamente el dolor, las visitas al médico y el número de hospitalizaciones. (Lorig et al. 1999).

Los costos económicos y personales de la artritis y de otros trastornos musculoesqueléticos están aumentando con gran rapidez en todo el mundo. Los especialistas en salud de los trabajadores pueden ayudar a prevenir o retrasar muchos de estos casos (particularmente las lesiones discapacitantes de la espalda) reajustando de forma ergonómica las actividades laborales y disminuyendo así la frecuencia e intensidad de los movimientos que provocan una lesión articular repetida, sobre todos en la columna vertebral.

Osteoporosis

Esta enfermedad afecta sobre todo a las personas mayores de 65 años y su prevalencia es mayor en las mujeres, de forma que casi todas las mujeres mayores de 75 años presentan signos radiológicos de osteoporosis en la parte inferior de la columna vertebral. El trastorno se debe a la pérdida del calcio de los huesos, que los debilita y los hace propensos a las fracturas. La osteoporosis marca la diferencia entre una caída sin consecuencias y una caída que provoca una fractura y una discapacidad permanente. Muchas de estas fracturas se producen en los brazos, las piernas, las caderas y la columna vertebral.

Factores de riesgo de la osteoporosis. 1) Modo de vida sedentario, 2) dietas bajas en calcio, 3) tabaquismo y 4) disminución del estrógeno en las mujeres posmenopáusicas.

Factores que protegen contra la osteoporosis. Todos los factores indicados resultan especialmente efectivos cuando se practican de manera continua desde edades tempranas. 1) Ejercicio regular: los ejercicios con carga de peso, tales como caminar o correr, resultan particularmente beneficiosos. Cuando los huesos sostienen el peso del cuerpo, el calcio penetra en la matriz ósea y el fortalecimiento de los músculos de las piernas ayuda a prevenir las caídas. Incluso mantenerse de pie es más beneficioso que estar sentado. La natación es muy buena para el corazón y los pulmones, pero apenas influye en la osteoporosis. 2) Una ingesta dietética de calcio adecuada. 3) El tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos, si el médico lo recomienda.

Protección medioambiental. Puesto que la frecuencia de las caídas vuelve a aumentar en los últimos años de la vida, las personas mayores (y otros) deben protegerse disponiendo de los siguientes elementos (Haber, 1994):

- iluminación abundante siempre que haya escalones o pendientes,
- barandas en las escaleras que carecen de ellas,
- bandas adhesivas o superficies ásperas en bañeras y duchas resbaladizas,
- barras para sujetarse en la bañera,
- terminados a los suelos que no se vuelvan resbaladizos al mojarse,
- alfombras que no se deslicen,
- ejercicio regular para incrementar la fuerza de las piernas y mejorar el equilibrio.

Cuando se utiliza fuego para calentar o cocinar, hay que tomar precauciones de seguridad y tener siempre a mano materiales tales como el agua, la arena o extinguidores de incendio. Facilite el escape de cualquier habitación hacia afuera. Recuerde que los que corren mayor riesgo de muerte a causa del humo y el fuego son los niños pequeños, los discapacitados y los muy ancianos.

PRESERVACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y MENTAL

Durante siglos, la gente creyó que el calendario es el que marca la pauta de los últimos años de la vida y que esta evoluciona inevitablemente hacia el deterioro funcional. Recientes estudios de comportamiento en los que se siguieron grandes grupos de personas ancianas a lo largo del tiempo han contribuido a modificar esta creencia. Ahora sabemos que somos nosotros, y no el calendario, quienes controlamos el ritmo y modificamos la velocidad del envejecimiento biopsicosocial. En cualquier grupo de personas que celebren sus 80 años se en-

Todos los estudios realizados, tanto sobre el rápido deterioro de la salud como del envejecimiento activo y saludable, pueden resumirse con una sola frase: "Úsalo o lo perderás".

contrará una gama de capacidades y funcionamientos equiparable a la de las personas de 65 a 95 años de edad. Una vez más, cuanto más anciano es el grupo, mayores son sus diferencias (Rowe y Kahn, 1998).

Todos los estudios realizados, tanto sobre el rápido deterioro de la salud como del envejecimiento activo y saludable, pueden resumirse con una sola frase: "Úsalo o lo perderás".

La capacidad física se mantiene gracias al ejercicio físico regular. La destreza y la coordinación manuales se conservarán si se utilizan las manos. La capacidad para caminar largas distancias se mantiene (al igual que la de jugar al tenis) con la práctica. Para no perder la fluidez verbal resulta útil leer, hacer crucigramas o discutir temas nuevos. La capacidad numérica se conserva practicando la aritmética.

Con gran frecuencia, aunque no siempre, los años de la vejez se asocian a una disminución del rendimiento físico y mental. Sin embargo, gracias a la práctica, las personas pueden compensar este proceso trabajando durante más tiempo y con más concentración. La memoria a corto plazo (por ejemplo, de los nombres, de lo que hay que comprar, de lo que se hizo la semana pasada) también decae, aunque con menos rapidez en los cerebros ocupados que en los pasivos.

Rowe y Kahn (1998) elaboraron una lista de condiciones que favorecen y amplían la capacidad mental de los ancianos y que se enumeran a continuación:

FACTORES QUE PROTEGEN LA CAPACIDAD MENTAL

- La educación. La capacidad mental conservada es proporcional a la duración de la educación durante la juventud. Los efectos de la educación prolongada persisten durante más de 50 años en forma de una mayor capacidad de procesamiento mental, pensamiento lógico y un fondo de conocimientos a medida que el sujeto envejece; al mismo tiempo, reduce el ritmo del deterioro del rendimiento mental en los últimos años de la vida.
- Continuar realizando "ejercicios cognitivos", que incluyan tareas complejas que desafían la propia capacidad.
- Mantener el sentido de la propia eficacia: la creencia, la seguridad y la práctica de que "puedo hacer lo que tengo que hacer o lo que se espera de mí" y no rendirse sin hacer un buen intento.
- Llevar a cabo una actividad física regular que dé lugar a un incremento de la respiración y de los latidos del corazón.

- Mantener la función pulmonar a través del ejercicio físico. Una capacidad pulmonar saludable ayuda a enriquecer la hemoglobina de la sangre con oxígeno y mantiene el buen funcionamiento de las células cerebrales.
- Interactuar con los demás con regularidad. El intercambio diario de información ayuda a mantener aguzado el sentido de la realidad, ejercita la capacidad social y del lenguaje, modula las funciones excitadora e inhibidora y probablemente contribuye a mucho más.

TRATAMIENTO DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades pretenden incrementar la salud y la calidad de vida y, al mismo tiempo, evitar el sufrimiento innecesario, sea físico o mental. La medicina terapéutica intenta aliviar el dolor y restablecer la función, es decir, curar. Inevitablemente, sin embargo, llega un momento en que los esfuerzos basados en la ciencia de los profesionales ya no bastan; el dolor y el sufrimiento ganan la batalla. Pero incluso en ese momento, se dispone de muchos medicamentos que permiten aliviar eficazmente casi cualquier tipo de sufrimiento en los estados de lesión o enfermedad críticos o terminales. La atención en hospicios de los pacientes crónicos o incurables dispone hoy de nuevas posologías de medicamentos capaces de aliviar el dolor, las náuseas y otros problemas con más eficacia que muchos hospitales en el pasado. Los médicos deben aprender los nuevos métodos de alivio del dolor y mostrarse más dispuestos a usarlos. Ni siquiera los moribundos tienen que sufrir cuando existen medidas para impedirlo. El alivio del sufrimiento es el último gran regalo que los profesionales de salud pueden hacer a aquellos a quienes cuidan.

Las tareas más importantes de los profesionales de salud que atienden a las personas que se encuentran en los últimos años de la vida consisten en aliviar el dolor físico y emocional, prevenir o mejorar la pérdida de la función y volver a conectar a esas personas con algún tipo de “familia”, para que no tengan que hacer esta parte del viaje de la vida completamente solos.

Algunos profesionales piensan que esta tarea de conectar a los ancianos con otras personas es frívola o un lujo propio de naciones ricas. De hecho, esta medida no solo es humanitaria, sino que es muy económica, cualesquiera que sean las circunstancias. A cualquier edad, las tasas de mortalidad de las personas que viven solas son mayores que las de aquellas que viven y se relacionan con otros. La investigación sobre los efectos del apoyo social sobre la salud demuestra de forma unánime que las interacciones personales positivas reducen el riesgo de muerte de los ancianos y retrasan su progresión a la discapacidad, produciendo así un mayor número de años de vida saludable. Muchos ancianos, sobre todo mujeres, perdieron a sus cónyuges y sus hijos adultos quizás vivan lejos o sean incapaces de ayudarlos por otros motivos. Las comunidades diseñadas para los

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAYORES

- Los profesionales de la salud deben revisar los medicamentos de sus pacientes, tanto los indicados por prescripción médica como los de venta sin receta, para descartar interacciones farmacológicas. Deben considerar la posibilidad de sustituir medicamentos que incrementen el riesgo de caídas. A medida que las personas envejecen, sus botiquines se van llenando de más y más medicinas. ¿Son esenciales todos estos medicamentos? Si se pueden eliminar algunos que ya no son necesarios, se reducirá el riesgo de interacciones adversas y se mejorará el cumplimiento del resto del tratamiento.
- Pregunte por signos de ataques isquémicos transitorios. **(Véase también la sección sobre accidentes cerebrovasculares en el Capítulo 8.)**
- Ausculte para detectar ruidos anormales en las arterias del cuello (soplo carotídeo), un factor de riesgo para el accidente cerebrovascular.
- Observe la cara y los movimientos, haga preguntas o use un breve cuestionario de detección para identificar las reacciones depresivas. La depresión agrava las enfermedades físicas crónicas y es un cuadro psicobiológico que mina la calidad de vida.
- En las mujeres, haga pruebas de Papanicolaou, un examen clínico de la mama y mamografías si están indicadas. La mayor incidencia de cáncer de mama ocurre después de los 65 años, edad en la que también se produce casi la mitad de las muertes por cáncer uterino.
- Compruebe las hemorragias ocultas en heces (signo de un posible cáncer digestivo o de una enfermedad ulcerosa). Las heces de color negro o con aspecto de alquitrán son un signo patológico avanzado. Es mucho mejor la detección más temprana con pruebas analíticas baratas.
- Estimule la práctica de un ejercicio regular. Si estas palabras se llevan a la acción, son el secreto para la buena salud futura.
- Administre la vacuna contra la gripe y la neumonía en los casos en que estén indicadas. Los ancianos son mucho más vulnerables a las complicaciones graves cuando no están protegidos.
- Explore los ojos para detectar glaucoma. Esta enfermedad tratable progresará a la ceguera si pasa inadvertida.
- Examine la piel para detectar neoplasias incipientes. **(Véase también la sección “Cánceres de piel” en el Capítulo 9).**
- Permanezca alerta ante los signos de descuido o maltrato, que aumentan en los viejos dependientes.
- Compruebe si la persona está aislada socialmente; este es un factor de riesgo de discapacidad y muerte. Ayude a que las personas solitarias participen en relaciones sociales, incluidos los sustitutos cuando la persona haya perdido sus apoyos primarios. Hay que estimular a las personas para que se visiten unas a otras, coman juntas y compartan sus sentimientos e historias.

ancianos y las residencias de ancianos que proporcionan ayuda en la vida diaria permiten establecer grupos interactivos de apoyo mutuo.

Muchas culturas todavía conservan la tradición de que las familias de los hijos adultos cuiden de los miembros más ancianos de la familia. Este sistema podría fácilmente ser el mejor para mantener saludables a los ancianos. Puede suponer cierta tensión para las familias más jóvenes, pero los hermanos, cuando

son varios, pueden repartirse la responsabilidad y el tiempo y de este modo aligerar la carga.

El pertenecer a grupos también tiene un efecto saludable. Se ha demostrado que las comunidades religiosas, los grupos de intereses compartidos y las reuniones informales de vecinos aumentan el número de años saludables. Las personas que pertenecen a estos grupos tienden a cuidarse mutuamente. El sentir que otros miembros del grupo le necesitan, puede incentivar a un anciano, cuyos objetivos ya se han cumplido para mantenerse activo, para cuidar de sí mismo y aún para contribuir al bienestar de los demás. De hecho, incluso el cuidado de los lactantes de la familia puede beneficiar la salud de las tres generaciones involucradas.

ACCIÓN COMUNITARIA PARA CIUDADANOS DE LA TERCERA EDAD

Casi todas las medidas preventivas y de detección recomendadas en la sección anterior se describen desde una perspectiva clínica. Por fortuna, muchas de las necesidades de las personas mayores pueden satisfacerse parcialmente con actividades a nivel comunitario. Los organismos de la comunidad, los programas de extensión hospitalarios, las iglesias, los grupos de jubilados, los centros de la tercera edad y los vecindarios pueden organizar programas de educación para la salud, pruebas sencillas de detección y, en caso necesario, remitir a los implicados a los lugares adecuados.

Cuando se trata de cambiar los hábitos, el enfoque de grupo tiene una gran ventaja: cuando personas que comparten necesidades similares trabajan dentro de un grupo, pueden enseñarse y motivarse mutuamente con más eficacia, aguzar mejor sus capacidades mediante la imitación y la repetición y recompensarse unas a otras por mantener un estilo de vida más sano. Un grupo amistoso consigue estos objetivos de una forma mucho más sutil, global y potente que cualquier médico, enfermera, maestro o experto, porque muchos ancianos perciben a estos extraños como diferentes de ellos.

Con frecuencia, los grupos de autoayuda surgen por iniciativa de un profesional de la salud y la responsabilidad de su dirección recae poco a poco en líderes del grupo. La OMS reconoce que el movimiento de autoayuda en todas sus formas es un vehículo importante para conseguir la meta de “salud para todos”. Unos grupos pueden centrarse en el ejercicio regular: por ejemplo, un club de pérdida de peso puede organizar paseos diarios de un kilómetro. Los ancianos que han perdido a un ser querido pueden encontrar a otros que están pasando por los mismos quebrantos para discutir los aspectos prácticos y emocionales de la adaptación a la nueva situación. El grupo ayuda a los ancianos dolientes a modificar su enfoque en el pasado, a empezar a planificar la “vida de ahora en adelante” y a valerse por sí mismos en sus nuevas circunstancias. Compartir estas

experiencias puede aliviar la depresión —ciertamente no la empeora. Hablando, caminando juntos o compartiendo pasatiempos activos, los miembros del grupo ayudan a combatir la depresión con medios fisiológicos.

La frecuencia de las pérdidas sociales y de los episodios de depresión aumenta progresivamente en los últimos años de la vida. El antídoto natural es la participación en grupos que comparten intereses o aficiones, actividades y comidas o meriendas, que proporcionan un “cambio de escenario” a los que viven solos y proveen una red de apoyo social. El apoyo se da y se recibe al mismo tiempo; los que dan y los que reciben cambian de puesto a medida que lo hacen las circunstancias. Con gran frecuencia, dar es mucho más útil que recibir. (Para más detalles y una guía práctica de cómo hacerlo en relación con la creación de grupos de sostén, consulte Haber, 1994.)

Según el informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos (Rowe y Kahn, 1998), las claves de un buen envejecimiento son:

- mantener activo el cuerpo,
- mantener activo el cerebro y
- mantener y ampliar las relaciones sociales.

Para promover la salud de los ancianos, la comunidad también puede:

- proporcionar, o incitar a otros a proporcionar, lugares donde los ancianos puedan reunirse y compartir actividades,
- proporcionar periódicamente medidas sencillas de promoción de la salud y detección de las enfermedades en los lugares donde los ancianos se reúnen,
- facilitar el acceso de los ancianos o discapacitados a los negocios y edificios públicos,
- adoptar y poner en práctica medidas de salud, seguridad y calidad de vida en los centros residenciales y
- conseguir la cooperación de organizaciones, escuelas, medios de comunicación, iglesias y otros transmisores de valores para hacer que la vida de la comunidad sea “más fácil para los viejos”.