

Salud, funcionamiento y discapacidad en adultos mayores

Health, functioning and disabilities in older adults

Paula Andrea Peña Hernández

© <https://orcid.org/0000-0002-9918-2910>

✉ paula.pena00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Andrea Patricia Calvo Soto

© <https://orcid.org/0000-0002-1723-9021>

✉ andrea.calvo00@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Esperanza Gómez Ramírez

© <https://orcid.org/0000-0001-7610-244X>

✉ egomezr@endeporte.edu.co

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Jorge Enrique Daza Arana

© <https://orcid.org/0000-0002-4936-1507>

✉ jorgeenrique@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali

Cita este capítulo:

Peña-Hernández PA., Calvo-Soto AP., Gómez-Ramírez E. y Daza-Arana JE. Salud, funcionamiento y discapacidad en adultos mayores. En: Gómez-Ramírez E. y Calvo-Soto, AP. (Eds. científicas). Salud, Vejez y Discapacidad. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p.51-72.

RESUMEN

El envejecimiento y la longevidad son temáticas ampliamente discutidas y conceptos teóricos generadores de grandes avances científicos en la actualidad. El propósito del presente capítulo es explorar un recorrido histórico científico de la demografía del envejecimiento y los conceptos de salud, funcionamiento y discapacidad en el marco de la vejez y el envejecimiento. Para ello se hizo una búsqueda de la literatura científica en las diferentes bases de datos disciplinares, inter y multidisciplinarias, haciendo uso de los descriptores para la búsqueda: DeCS, MeSH y operadores booleanos con el fin de encontrar la mejor evidencia para dar contexto a los conceptos objetivo. En los resultados se pueden apreciar distintas perspectivas del envejecimiento; entre las más destacables, las teorías del envejecimiento saludable y la relación estrecha que tiene la longevidad con la salud, la belleza y el bienestar. Se concluye que es un gran desafío para la humanidad promover un cambio de paradigma que consecuentemente se refleje en un cambio de comportamiento de las personas en favor de su cuerpo, salud y bienestar; esto solo sucederá cuando exista la conciencia de que el envejecimiento es algo que ocurre más pronto de lo que se cree.

Palabras clave: envejecimiento; envejecimiento saludable; anciano; clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.

ABSTRACT

Aging and longevity are widely discussed topics and theoretical concepts that generate great scientific advances today. The purpose of this chapter is to explore a historical scientific journey of the demographics of aging and the concepts of health, functioning, and disability in the framework of old age and aging. To this end, a search was made of the scientific literature in the different disciplinary, inter and multidisciplinary databases, making use of DeCS, MeSH and Boolean operators in order to find the best evidence to give context to the target concepts. In the results, different perspectives of aging

can be appreciated, among the most notable, the theories of healthy aging and the close relationship that longevity has with health, beauty and well-being. It is concluded that it is a great challenge for humanity to promote a paradigm shift that is consequently reflected in a change in people's behavior in favor of their body, health and well-being; this will only happen when there is an awareness that aging is something that happens sooner than is believed.

Keywords: aging; healthy aging; aged; international classification of functioning, disability and health

Demografía del envejecimiento

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades importantes en su funcionamiento. En los próximos años, la discapacidad se ha proyectado como un motivo de alarma aún mayor, pues su prevalencia está en aumento; en gran parte, gracias a que la población mundial está envejeciendo, fenómeno que, a su vez, está relacionado con el incremento de la tasa de supervivencia hasta una edad avanzada y a la reducción de la fecundidad en muchos países del mundo. Sin embargo, la posibilidad de cursar con una discapacidad es superior entre los adultos mayores. También se debe a la progresión en el mundo de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos de la salud mental y el cáncer. Estas enfermedades son mucho más frecuentes en los países de ingresos medianos y bajos, y representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad (1).

La discapacidad afecta desmesuradamente a las poblaciones vulnerables. Así lo demuestran los resultados obtenidos en la aplicación de la Encuesta Mundial de Salud de 2011, en donde la prevalencia de la discapacidad afecta a los países más pobres o de ingresos más bajos, comparativamente con los países de ingresos altos. Las personas con escasos recursos económicos, los adultos mayores, y específicamente las mujeres, presentan mayores índices de discapacidad (1).

En el año 2000 la proporción de habitantes del planeta mayores de 60 años era del 11%, es decir 605 millones de personas. Las estimaciones en la proporción de adultos mayores para el 2050 es que se duplicará pasando a un 22%, es decir, se espera un total de 2000 millones de personas en el transcurso de medio siglo (2).

En Colombia según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentó pasando de un 3,98% en el año 1985, a un 9,23% en el año 2008. Para el año 2018 en el país se tenían un índice de envejecimiento de 40,4 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. En el año 2005 el índice de envejecimiento era de 28,7. Lo anterior explica que la estructura preliminar de la población en Colombia se esté transformando en un diamante, es decir, que la pirámide con base amplia que se tenía en 1985 compuesta por niños y jóvenes entre 0 y 19 años de edad registra ahora una menor tendencia, similar a las estadísticas de los países desarrollados (Tabla 3) (3).

La misma fuente anterior, afirma que el departamento con mayor índice de envejecimiento en el país es Quindío, con 70.43 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. Le siguen Caldas con 69.34, Valle del Cauca con 60.28, Risaralda con 59.54, Tolima con 52.08, Nariño con 50.82, Bogotá con 50.17, Boyacá con 50.13, Antioquia con 48.73 y Santander con 44.23 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. Por su parte, Vichada cuenta con el menor índice con 10.76 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, seguido de Amazonas con 14.31, la Guajira con 14.41, Guainía con 15.11, Vaupés con 16.84, Chocó con 20.40, Arauca con 20.40, Casanare con 20.55, Guaviare con 20.72 y Cesar con 22.03 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años (2).

Lo anterior sugiere que la esperanza de vida va en aumento en el país. Según un estudio realizado en 2017 por el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington, afirma que la esperanza de vida para Colombia subió hasta llegar a 74,56 años. La esperanza de vida de las mujeres fue de 78,17 años, mayor que la de los hombres que fue de 71,04 años. Si se analiza la evolución de

la esperanza de vida en el país en los últimos años, se evidencia un aumento respecto a 2016 en el que fue de 74,38 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2007, en el que estaba en 72,75 años (4).

Tabla 3. Esperanza de vida en Colombia

Año	Esperanza de vida		Esperanza de Vida
	- Mujeres	- Hombres	
2017	78,17	71,04	74,56
2010	77,03	69,72	73,33
2000	74,82	67,34	71,02
1990	72,38	64,41	68,29
1980	68,31	62,79	65,51
1970	62,82	59,02	60,91
1960	58,47	55,05	56,75

Fuente: Instituto de Métrica y Evaluación de la salud de la Universidad de Washington, 2017.

Los anteriores datos van en paralelo con las estadísticas a nivel mundial y para las Américas. La esperanza de vida en el mundo aumentó en promedio 5,5 años entre 2000 y 2016. En la región de las Américas pasó de 73,6 en 2000, a 76,8 en 2016, a excepción de Estados Unidos que sufrió un descenso, de 79 años a 78,5 atribuido en parte a la obesidad.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, durante los últimos 25 años la esperanza de vida en las Américas aumentó aproximadamente en siete años. Para mediados del Siglo XXI esta región tendrá la misma cantidad de habitantes de 15 y de 60 años. Adicionalmente, algunos países tendrán el doble de adultos mayores de 60 años, y una reducción considerable de niños y jóvenes. De los latinoamericanos que nacen hoy, el 78.6% vivirá más de los 60 años, y cuatro de cada diez sobrepasarán los 80 años. Los adultos mayores tienen alto promedio de supervivencia en la región, en la década de los 50 vivían 9.9 años después de los 60 años, es decir en promedio 70 años. Hoy los datos confirman que viven 20.5 años después de los 60 años, es decir 80 años aproximadamente (5).

Estos datos son resultado de los esfuerzos que hacen los sistemas de salud de los países en la reducción del sufrimiento innecesario y las muertes prematuras a causa de enfermedades que pueden prevenirse y tratarse (6). Sin embargo, estas cifras de esperanza de vida son cada vez más discutibles, ya que los estudios sobre longevidad en el mundo, indican que la máquina humana está diseñada para vivir muchos años más, incluso hay registro en países como Francia, donde se evidencian casos de personas que viven hasta los 122 años; esto responde a investigadores quienes afirman que el cuerpo humano, podría vivir hasta 130 años, siempre que se haya vivido una vida saludable en todas las esferas (7).

Esta vida saludable y/o no saludable con sus consecuencias, es lo que genera con frecuencia la aparición de enfermedades y discapacidades, por lo que es pertinente revisar el comportamiento de estas dos variables a la luz del funcionamiento, como variable antónima relevante de analizar en este grupo poblacional.

Salud y vejez

El concepto de salud fue definido por la OMS desde el año 1948, y a la fecha no ha sido modificado. Para este organismo internacional, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición controvertida y criticada pero que ha sobrevivido hasta la actualidad, al parecer por la integralidad que encierra su definición (8).

Por otra parte, en el año 2001 cuando se publica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se define el concepto de *condición de salud* como un “término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas” (9).

Desde el aspecto epidemial, a través del tiempo se originan cuantiosos cambios desde el aspecto fisiológico que aumentan el riesgo de

padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Se suele pensar que la longevidad es sinónimo de buena salud; sin embargo, no hay bases científicas rigurosas que permitan determinar que las personas mayores en la actualidad gocen de mejor condición de salud que la de sus antecesores a la misma edad. Lo que sí está demostrado, es que después de los 60 años, la discapacidad, dependencia y muerte acontecen por la pérdida de visión, audición, movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia (10).

En la esfera biológica, la etapa de la vejez regularmente se asocia con cambios en los huesos y articulaciones; estos cambios frecuentemente relacionados con la disminución de la densidad ósea, terminan en enfermedades como la osteopenia y osteoporosis, especialmente en las mujeres posmenopáusicas. Esta condición de salud puede generar considerables riesgos de fracturas, lo que tiene graves consecuencias para el funcionamiento de la persona, ocasionando discapacidad, peor calidad de vida y muerte. Las fracturas de cadera son y serán cada vez más frecuentes hasta alcanzar una incidencia mundial anual de 4,5 millones en 2050, y con malos pronósticos, pues generan altas tasas de mortalidad que difieren del sexo y el género, pero que al parecer están relacionadas con la fragilidad y la comorbilidad del adulto mayor. Las tasas de fracturas por osteoporosis según la edad varían geográficamente, siendo más altas en Norte América y Europa, seguidas por Oriente Medio, Asia, Oceanía, África y América Latina (10).

La incontinencia urinaria es una condición de salud subestimada en los adultos mayores y considerada un pronóstico eficaz de la necesidad de cuidados. Es una de las alteraciones más frecuentes en la vejez; su prevalencia aumenta con la edad y es mucho mayor en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad, lo que posiblemente esté relacionado con los partos. En un estudio en zonas rurales de China, se determinó que la prevalencia de incontinencia urinaria era del 33,4% en las personas mayores de 60 años. Otro estudio de población indicó una prevalencia en las personas mayores con demencia del 19,1% en América Latina, del 15,3% en India y del 36,1% en China, y estableció

que la incontinencia urinaria se presenta de forma independiente de la discapacidad. Estas afectaciones se dan en proporciones similares tanto en países de ingresos altos, como en países de ingresos medios y bajos (10).

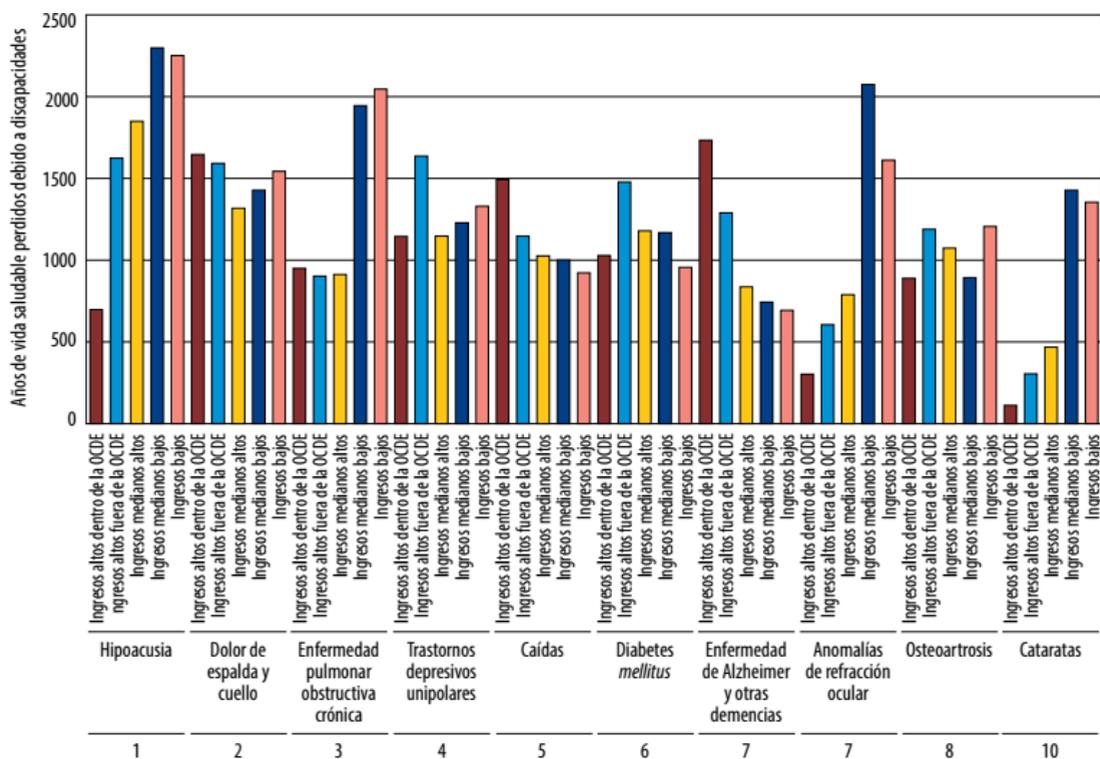


Figura 4. Años de vida perdidos debido a la discapacidad relacionada con las principales afecciones en la salud en mayores de 60 años

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, 2015.

Por la complejidad de la definición anterior, la salud en la vejez podría ser considerada como un caso excepcional. Desde que se nace, se desarrollan los hábitos y el estilo de vida, lo hacen bajo el amparo de la herencia cultura y familiar que no necesariamente ha sido la mejor con relación a la salud física y mental del cuerpo. Recientes investigaciones han demostrado los efectos secundarios para la salud

de ciertos alimentos y comportamientos, que es un desafío modificar en personas que han llevado una nutrición normalizada por largos periodos de tiempo. A pesar de que se conozca que dichos alimentos son perjudiciales para la salud, al ser aceptados socialmente son consumidos dentro de las familias, haciendo que pasen por alto las consecuentes repercusiones. Pareciera que desde que el cuerpo humano no manifieste signos de enfermedad, esos hábitos difícilmente serán cuestionados y mucho menos cambiados. Pero con el pasar del tiempo, el cuerpo da señales de lo bien o mal cuidado que ha estado, y es cuando aparecen las primeras enfermedades, que generalmente en una persona considerada saludable son las enfermedades crónicas no transmisibles como: la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia y la diabetes, entre otras. Algunas de ellas consecuencia de los hábitos alimenticios, y otras, consecuencia de los estilos de vida; es cuando estos empiezan a ser cuestionados y modificados progresivamente.

Es característico de las culturas occidentales el paradigma curativo más que el preventivo, es decir, se espera que el cuerpo se enferme para curarlo, se espera que salgan las arrugas para tratarlas. Pareciera que, dentro de las teorías del comportamiento humano, no existiera la prevención en la mente, pareciera que no existiera la posibilidad de que la enfermedad, la discapacidad o la dependencia llegaran a tocar la propia puerta, o si alguna vez llega es algo muy lejano. Se cuenta con una alta dosis de creerse inmune, tanto que difícilmente en la niñez, juventud y adultez, se hacen procesos reflexivos de los hábitos que se están llevando a la luz de las consecuencias de ellos en la vejez; casi que se piensa que cuando se llegue a esa etapa, entonces habrá tiempo para pensar en ello.

Esa cultura curativa más que preventiva, también está presente en la formación de profesionales de la salud. Los cursos, sus contenidos y los maestros enseñan a curar y/o tratar procesos patológicos. La prevención debería ser lo más importante, pero la población ha contado con tan mala información para cuidar su vejez que generalmente terminan desarrollando enfermedades, y, por ende, mala calidad de vida en esta etapa, con enfermedades que deben ser tratadas por los profesionales con visiones curativas. La OMS al respecto afirma que

“es posible que los trabajadores sanitarios no tengan la formación suficiente para hacer frente a los problemas comunes de la vejez, como la demencia o la fragilidad” (10).

Apenas, se identifican ciertos cambios desde la puesta en marcha de estrategias como la *atención primaria en salud*, los modelos de determinantes sociales de la salud y los movimientos de personas conscientes que pretenden contar con un envejecimiento saludable, donde nacen estrategias y programas como por ejemplo, “envejecimiento y salud”, “envejecimiento activo y saludable”, “envejecimiento saludable y feliz”, “envejecimiento en positivo”, entre muchas otras, que están siendo aplicadas en varios países y desde fundamentos más preventivos que curativos.

En este aspecto, el término de *envejecimiento saludable* es muy utilizado en ambientes académicos y políticos sin llegar a un consenso en la definición. Sin embargo, para la OMS el envejecimiento saludable “es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. Ahora bien, la “capacidad funcional es entendida como la condición relacionada con la salud que le permite ser y hacer a una persona lo que para ella es importante. Se compone de un término conocido como la “capacidad intrínseca” de la persona, que está relacionado con las capacidades físicas y mentales, pero, además, tiene en cuenta las características del entorno que afectan esa capacidad de manera bidireccional y recíproca (10). La definición anterior permite comprender que la salud y el funcionamiento están estrechamente ligados, así como lo están la enfermedad, la discapacidad y la dependencia.

La visión del envejecimiento, como el envejecimiento saludable, debe aparecer desde el mismo día que se nace, y es ahí donde se deben hacer las modificaciones para que la salud sea una situación que permanezca a través del tiempo, a pesar de la herencia, el entorno y demás aspectos modificables y no modificables que determinan el estado de salud propio. Ahora bien, desde la genética, que por muchos años se consideró inmodificable, y gracias a los avances científicos en epigenética hoy en día se sabe que las personas tienen la capacidad de modificar los genes con los hábitos, por ejemplo, si en la genética

de un ser humano está el gen que predispone al cáncer, con buenos hábitos alimenticios y ejercicio físico, entre otros, este gen puede ser modificado para que la enfermedad no aparezca. También puede suceder lo contrario, es decir, que, por nuestros malos hábitos, la enfermedad se desarrolle de manera temprana o más agresiva. Pese a todos los aspectos determinantes de como envejecemos, lo que sí es específicamente necesario, es un equilibrio físico y mental, en donde el ejercicio físico, la nutrición y el aspecto social, juegan papeles determinantes para conseguir un envejecimiento saludable.

Funcionamiento y vejez

El funcionamiento según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) “es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”. En este sentido, es contrario a la discapacidad que indica los aspectos negativos entre un individuo y sus factores contextuales. En esta interacción dinámica entre ellos, se tiene el potencial de modificar uno o más de los otros componentes, que son específicos y no siempre se dan en una reacción predecible, puesto que impacta en más de una dirección (Figura 5). Por lo anterior, se puede presentar la situación en donde la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. En este modelo se entienden el funcionamiento y la discapacidad como un continuo (9).

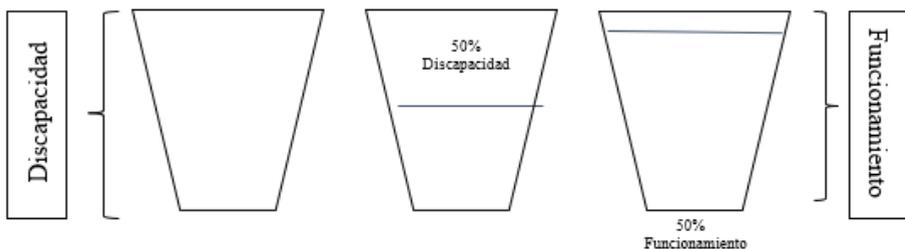


Figura 5. Funcionamiento y Discapacidad como un continuo

Fuente: Centro Chileno de Referencia en Clasificaciones de Salud, 2012

Determinar el funcionamiento en la vejez es complejo, debido a que su integridad en un individuo requiere que muchos componentes se encuentren anatómicamente conservados y fisiológicamente activos, pero, además, las actividades y participación que estos componentes con su integridad le permitan hacer a la persona, contando adicionalmente, que está determinada por la condición de salud, por el ambiente y por las características de la persona. Si el engranaje articulado y perfecto de estos componentes falla, entonces es cuando aparecen las deficiencias, limitaciones, restricciones, discapacidades y dependencias.

El funcionamiento, sin lugar a dudas, es sinónimo de independencia, autonomía, envejecimiento activo, entre otros a los que haya lugar. Sin embargo, la dinámica de la condición de salud en la vejez es compleja debido a múltiples factores, por ejemplo, el envejecimiento se asocia con un mayor riesgo de presentar más de una enfermedad al mismo tiempo; este fenómeno se conoce como multimorbilidad. Por ejemplo, algunas investigaciones en Alemania demuestran que casi una cuarta parte de las personas entre 70 y 85 años de edad presentan cinco enfermedades o más al mismo tiempo. El impacto de esta carga de enfermedades es significativo no solo en el funcionamiento de la persona, sino para el sistema de salud y los gastos en los que deben incurrir las familias, comparado con adultos mayores con una sola enfermedad (10).

En este sentido, el funcionamiento se disminuye fisiológicamente en la adultez mayor y es normal que ocurra, con una relación inversamente proporcional, es decir, entre más años, menos funcionamiento; y la salud del adulto mayor como mejor se mide, es en términos de la autonomía que requiere del mantenimiento de funciones físicas y mentales.

En este aspecto, y de acuerdo con el Informe Mundial sobre Alzheimer (2013), la prevalencia de dependencia funcional para América Latina se incrementará del 4.7% en 2010 al 5.5% en 2030, lo que representa un crecimiento de 28 a 40 millones de personas con dependencia funcional en la región (11). Algunos estudios reportan diferencias del funcionamiento por género, donde coinciden que

las mujeres son más independientes que los hombres, pero sin diferencias significativas (12).

Estos datos pueden llegar a ser alarmantes por lo que representan, ya que simbolizan más cantidad de personas adultas mayores, pero en condiciones de discapacidad y dependencia, lo que no es positivo para la calidad de vida de las personas, sus familias y los sistemas de salud, entre otros. Pese a esto, también se requiere un cambio de paradigma de la sociedad para entender que el envejecimiento es primeramente universal, segundo, que las condiciones en las que se llegue en esta etapa del curso de vida, buenas o malas, van a depender de las buenas o malas decisiones que se tomen en el paso de los años para el mantenimiento de la salud física y mental, y lo más importante, es que puede ser normal la pérdida de funcionamiento en la vejez por ser una etapa donde hay un reflejo del trabajo, esfuerzo, experiencia, desgastes físicos y mentales estimados para los años vividos, pero que es una etapa, además, donde se deben hacer modificaciones o ajustes para continuar realizando las actividades cotidianas. Esto quiere decir, que es importante centrarse más en lo que la persona sí puede hacer y potenciarlo, a lo que en la teoría se le denomina estimación de perfiles de funcionamiento, es decir, identificar las funciones de la persona que le permitan tener la mayor autonomía e independencia posible; ya que infortunadamente, los seres humanos están programados para enfocarse en lo que se ha perdido, en esas pérdidas de capacidad funcional, que pueden ser recuperables o reemplazables en muchas ocasiones por dispositivos de asistencia o realizando ajustes razonables. En estas edades los adultos mayores suelen concentrarse en menos metas y actividades, pero más significativas, además de optimizar sus capacidades existentes a través de la práctica y las nuevas tecnologías, y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (10).

Todo lo anterior permite replantearse entonces ciertos significados y paradigmas, como por ejemplo, ¿qué es el envejecimiento?, ¿qué es la salud y el funcionamiento en la vejez?, ¿cómo se concibe el envejecimiento de manera individual y de manera social?, ¿qué tan conscientes somos de la responsabilidad de nosotros mismos con relación a las condiciones en las que envejecemos?, ¿qué tan

conscientes somos de lo rápido que pasa la vida y de la universalidad de la vejez?, y una de las más cuestionables es ¿cómo nos gustaría llegar a la vejez y con qué características? Si se intentara responder todas estas preguntas de manera individual, pero además, escuchar las voces de quienes ya están en esa etapa, se lograría generar nuevos conceptos, significados y modelos en pro de un envejecimiento saludable y feliz, que definitivamente no tiene por qué ser necesariamente sinónimo de dolor, disfunción, agendas ocupadas de controles médicos, pastilleros camuflados como mesas de noche, etc., sino una etapa, en la que desde niños se trabaje para llegar lo más saludables posible, conservando la mayor cantidad de estructuras y funciones del cuerpo, conscientes de las repercusiones de los comportamientos y hábitos, y donde se disfrute plenamente de haber logrado los propósitos de vida trazados y vivir esta etapa como ninguna de las generaciones anteriores lo hubieran imaginado.

Discapacidad y vejez

En el marco de la OMS, se recuerda que la discapacidad se entiende como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (9). En este aspecto, el riesgo de padecer la discapacidad es directamente proporcional a la edad, es decir, el riesgo de contar con una discapacidad o con una dependencia, es mucho más alto en edades más avanzadas. Infortunadamente, las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes lo que ejerce una influencia muy importante en las tendencias de la discapacidad en todo el mundo.

En todos los países, los niveles más altos de prevalencia de la discapacidad se registraron en los grupos vulnerables, como las mujeres, las personas en situación de pobreza y los adultos mayores, y, para todos estos grupos, la tasa de discapacidad fue más elevada en los países de bajos y medianos ingresos. En los países de ingreso bajo, la prevalencia de la discapacidad en las personas de 60 años o más

ascendió al 43,4%, mientras que en los países de ingreso alto ascendió al 29,5% (10) (Figura 6).

Condición de salud ^(b, c)	Países de ingreso alto ^(a) (población total: 977 millones de personas)		Países de ingreso bajo y mediano (población total: 5460 millones de personas)		Mundo (población: 6437 millones de personas)
	Entre 0 y 59 años	60 años o más	Entre 0 y 59 años	60 años o más	Todas las edades
1 Pérdida de la audición ^(d)	7,4	18,5	54,3	43,9	124,2
2 Errores de refracción ^(e)	7,7	6,4	68,1	39,8	121,9
3 Depresión	15,8	0,5	77,6	4,8	98,7
4 Cataratas	0,5	1,1	20,8	31,4	53,8
5 Lesiones no intencionales	2,8	1,1	35,4	5,7	45,0
6 Osteoartritis	1,9	8,1	14,1	19,4	43,4
7 Dependencia y consumo problemático de alcohol	7,3	0,4	31,0	1,8	40,5
8 Infertilidad causada por aborto practicado en condiciones inadecuadas y sepsis puerperal	0,8	0,0	32,5	0,0	33,4
9 Degeneración macular ^(f)	1,8	6,0	9,0	15,1	31,9
10 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,2	4,5	10,9	8,0	26,6
11 Cardiopatía isquémica	1,0	2,2	8,1	11,9	23,2
12 Trastorno bipolar	3,3	0,4	17,6	0,8	22,2
13 Asma	2,9	0,5	15,1	0,9	19,4
14 Esquizofrenia	2,2	0,4	13,1	1,0	16,7
15 Glaucoma	0,4	1,5	5,7	7,9	15,5
16 Enfermedad de Alzheimer y otras clases de demencia	0,4	6,2	1,3	7,0	14,9
17 Trastorno de pánico	1,9	0,1	11,4	0,3	13,8
18 Enfermedad cerebrovascular	1,4	2,2	4,0	4,9	12,6
19 Artritis reumatoide	1,3	1,7	5,9	3,0	11,9
20 Drogodependencia y consumo problemático de drogas	3,7	0,1	8,0	0,1	11,8

Figura 6. Prevalencia de discapacidad asociada a condición de salud en millones de personas por edad y nivel de ingreso de los países

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011

Según un estudio realizado en Estados Unidos en el año 2001 sobre las principales condiciones asociadas a la discapacidad en los adultos mayores, se estableció que entre las personas que reportaron mayores limitaciones en sus actividades cotidianas, era a causa del

reumatismo, pues afectaba al 30% de los adultos de 65 años o más. El segundo lugar lo ocupaban las cardiopatías con el 23%. Entre las demás condiciones asociadas a la discapacidad se incluyeron la hipertensión, diabetes, accidentes cerebrovasculares, fracturas, trastornos auditivos, trastornos visuales, dolencias de columna o cuello, problemas pulmonares y respiratorios (13).

La prevalencia de discapacidad es más alta en los países de ingreso más bajo y en las personas de 45 años o más. A su vez, estas tasas son mucho más elevadas en los adultos de entre 80 y 89 años; la cohorte de edad que crece con más rapidez a nivel mundial, con un aumento del 3,9% al año, y que se prevé representará el 20% de la población mundial de 60 años o más en 2050. Por otra parte, la discapacidad es más elevada en las mujeres que en los hombres, tanto así que algunos estudios reportan que, al llegar a una edad avanzada, es también posible que los hombres tengan que ocuparse de sus cónyuges (10). Al respecto, la Encuesta Mundial de Salud indicó que la prevalencia de enfermedad en las mujeres es casi 60% más alta que en los hombres. En este sentido, estas tasas de discapacidad reflejan una acumulación de riesgos de salud a lo largo de la vida, por la predisposición a las enfermedades crónicas y a las lesiones. Además, la discapacidad en ocasiones se acrecienta por la incapacidad de los adultos mayores de identificar la severidad de los síntomas, considerándolos normales del proceso de envejecimiento (10).

El envejecimiento es una etapa del curso de vida por el que pasan muchas personas independientemente de su estado de salud. Sin embargo, las personas que nacen o adquieren en edades tempranas una enfermedad o discapacidad, tienen condiciones diferentes para enfrentar la vejez. En este sentido, el proceso de envejecimiento empieza antes de lo esperado en algunos grupos de personas con discapacidad. En algunas de ellas se pueden observar señales de envejecimiento prematuro entre los 40 y los 50 años, y se pueden presentar condiciones de salud relacionadas con la edad con más frecuencia. Por ejemplo, las personas con síndrome de Down presentan una incidencia más elevada de enfermedad de Alzheimer que la población en general, mientras que aquellas con deficiencias intelectuales no relacionadas con el síndrome de Down tienen

tasas más elevadas de demencia (14). Las personas con deficiencias motoras pueden perder cada vez más su funcionamiento con la edad debido a los cambios asociados al envejecimiento como el desacondicionamiento físico, pérdida progresiva de la capacidad para oír, pérdida de fuerza y equilibrio, osteoporosis, pasando rápidamente de la discapacidad a la dependencia (15).

Estas situaciones han generado unas estimaciones de tipo estadístico para intentar determinar el impacto de la salud-enfermedad, funcionamiento-discapacidad en las personas, a nivel mundial, generando conceptos como el de años de vida saludable perdidos (AVISA) (Figura 4), años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y años de vida perdidos por discapacidad (APD), entre otros. Por ejemplo, los APD se calculan a partir de las estimaciones regionales y se computan sumando los APD correspondientes a todas las condiciones y lesiones, para todas las edades y los dos sexos, dividiendo el resultado por el número total de habitantes. En el año 2004 se estimaron los APD para Colombia, resultando en 10,2 años perdidos por discapacidad por cada 100 personas (16).

A este respecto, un estudio de las desigualdades en salud desde el año 2010 en el Reino Unido, reveló que las personas podían aspirar alcanzar hasta los 77 años de vida, pero 15 de esos años los vivían con algún tipo de discapacidad. De igual forma, tanto la esperanza de vida en general como la esperanza de vida sin discapacidad son variables de acuerdo a sus determinantes sociales, entre ellos el lugar en el que se vivió. En promedio, las personas que viven en los barrios más ricos de Inglaterra mueren aproximadamente seis años más tarde que las que viven en los barrios más pobres. La diferencia en la esperanza de vida sin discapacidad es aún mayor, en promedio, es de trece años. Así, las personas que viven en las zonas más pobres no solo mueren antes, sino que también pasan más tiempo de sus vidas con limitaciones de capacidad (10).

Ahora bien, ¿qué se puede hacer para prevenir y mitigar el impacto de la discapacidad en la vejez? Aquí es importante mencionar la rehabilitación, no vista solamente desde la recuperación, sino desde la prevención, como una estrategia eficiente para mejorar la calidad

de vida de los adultos mayores. Por ejemplo, la fisioterapia como un coadyuvante en la promoción de la salud, del funcionamiento y a la vez en la prevención de discapacidades y dependencias. Hay pruebas convincentes de que algunas medidas terapéuticas mejoran los resultados de la rehabilitación. Por ejemplo, en la fibrosis quística, la fragilidad de los adultos mayores, el mal de Parkinson, los accidentes cerebrovasculares, la osteoartritis de la rodilla y la cadera, las cardiopatías y el lumbago, la terapia del ejercicio ha contribuido a aumentar la fuerza, resistencia y flexibilidad de las articulaciones. Puede mejorar el equilibrio, la postura y el rango de movimiento o la movilidad funcional, y reducir el riesgo de caídas (10).

Se ha comprobado también que las intervenciones terapéuticas son adecuadas para la atención a largo plazo de los adultos mayores, con el fin de reducir la discapacidad, así como también, que las intervenciones multidisciplinarias consiguen mejorar la capacidad de los pacientes de participar en las actividades de la vida diaria y disminuyen la pérdida de funcionamiento. Entre estas estrategias se encuentra una clave para el proceso de envejecimiento, *la rehabilitación basada en la comunidad*, pues se ha comprobado que esas intervenciones reducen el número de caídas y de internaciones en hospitales, y mejoran el funcionamiento físico (10).

Sin embargo, en cualquier estrategia que se aplique se deben tener en cuenta los determinantes sociales para la vejez, la heterogeneidad de las experiencias y la pertinencia de las estrategias para todas las personas mayores independientemente de su estado de salud. En este sentido, el papel del profesional está dirigido a ocuparse de las inequidades que subyacen a esta diversidad, evitar los estereotipos y preconceptos discriminatorios relacionados con la edad, empoderar a las personas mayores para que se adapten a los desafíos que enfrentan y al cambio social que acompaña el envejecimiento de la población; tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores, así como la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o la comorbilidad que presenta en un momento determinado de su vida (10).

Conclusiones

Como conclusión final de la escritura de este capítulo, se pueden extraer varios elementos.

- a. Debe perdurar no solo en la vejez sino a lo largo de la vida, el autocuidado y el cuidado de los sistemas sanitarios, de la salud y del funcionamiento en toda la magnitud que ello representa, es decir, cuidado físico, mental, nutricional, personal, ambiental, social, etc.
- b. Basados en el modelo actual de la CIF, se debe buscar la armonía de la esfera biológica, psicológica y social, no solo en la vejez, sino a lo largo de la vida. Esto incluye las intervenciones que se hagan desde los sistemas de salud que vayan en consonancia con la definición de salud de la OMS de 1948 que, se recuerda, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- c. Si se desarrollan los dos puntos anteriores de manera temprana, se evitarán más esfuerzos en curar las enfermedades y rehabilitar las discapacidades y dependencias, no solo en la vejez, sino a lo largo de la vida.
- d. Este tercer punto parece muy sencillo, pero es el gran desafío que tienen las naciones y sus sistemas de salud, porque todo lo se podría resumir en un cambio de paradigma que lleve como consecuencia a un cambio de comportamientos de las personas, que solo sucederá cuando exista la conciencia de que el envejecimiento es algo que sucede más pronto de lo que se piensa (Figura 7).



Figura 7. Modelo de atención hacia el envejecimiento

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. “Informe mundial sobre la discapacidad.” OMS 2011. Disponible en: < <http://www.who.int/disabilities/world-report/2011/es/index.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. 5 de febrero de 2018, Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>.

4. Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington. Colombia – Esperanza de vida al nacer. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/colombia>.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y Vejez: La transición demográfica (octubre de 2012). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_8.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Mayo de 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>.
7. Guinness Word Records. Guinness World Records reconoció hoy a la persona viva más longeva del mundo. Miami 2019. Disponible en: <https://www.guinnessworldrecords.es/news/press-release/2019/3/guinness-world-records-reconocio-hoy-a-la-persona-viva-mas-longeva-del-mundo/>
8. Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
10. Organización Mundial de la Salud. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.” J Chem Inf Model. 53.9 (2015): 1689-1699.
11. Alzheimer’s Disease Internacional. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. El Impacto Global de la Demencia: Un Análisis de la Prevalencia, Incidencia, Costos y Tendencias. 2015. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/>

BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf.

13. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications [OECD Health Working Papers No. 26]. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2007 (<http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>, accessed 9 December 2009).
14. Australian Institute of Health and Welfare. Disability and ageing: Australian population patterns and implications. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2000.
15. Field MJ, Jette AM, eds. The future of disability in America. Washington, The National Academies Press, 2007.
16. División Estadística Organización de Naciones Unidas. Bahrain: 1991census. New York, United Nations Disability Statistics Database Disponible en:<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp>.