

Prólogo

A comienzos del siglo XXI, la boleta de calificaciones de la salud de nuestra Región muestra notas buenas y notas malas. Entre las buenas, los países de las Américas han hecho claros progresos en los objetivos de la “salud para todos”. Así, las tasas de mortalidad infantil son más bajas y ello, a su vez, ha contribuido a sumar seis años a la esperanza de vida al nacer en los últimos dos decenios. Sin embargo, los progresos no se distribuyeron de forma homogénea en toda la Región y algunos países, así como ciertas áreas y grupos de población dentro de los países, se ven privados de estos beneficios. El rápido ritmo del envejecimiento y de la urbanización de la población trae consigo un incremento extraordinario de las enfermedades crónicas no transmisibles que se añade al costo continuo de muerte y discapacidad asociadas a las enfermedades trasmisibles, sobre todo en los grupos más pobres.

Las enfermedades no transmisibles son ya la causa principal de discapacidad y mortalidad prematura en la inmensa mayoría de los países de las Américas. Si las proyecciones se mantienen, las enfermedades degenerativas crónicas, los trastornos relacionados con el modo de vida y la violencia seguirán exigiendo un precio cada vez más alto de muerte y sufrimiento, afectando la calidad de vida de los pueblos de la Región. También sobrecargarán los servicios de salud e incrementarán los costos de la atención sanitaria. La buena noticia es que muchas de esas enfermedades y trastornos pueden prevenirse. Como mínimo, su avance puede retrasarse o hacerse más lento y su gravedad puede mitigarse. Puesto que muchos de sus determinantes y factores de riesgo responden a los cambios de comportamiento, la promoción de la salud constituye la clave en esta guerra.

A lo largo de sus 100 años de trabajo en pro de la salud de los países de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha abogado por la prevención de las enfermedades y la mejora de la salud. Tras la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud publicada durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986, los esfuerzos de la OPS por promover la salud se concentraron y ganaron impulso. A partir de entonces, la Organización ha trabajado junto con sus Estados Miembros para cumplir con los principios establecidos en la Carta, con actividades continuadas que incluyen el fomento de las políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables, el fortalecimiento de las acciones comunitarias y el desarrollo de las capacidades individuales. Esta publicación es una aportemos de la OPS a su empeño global en pro de la promoción de la salud.

Este libro combina las prácticas de prevención de las enfermedades de eficacia demostrada con los principios de la ciencia de la conducta para ofrecer así un manual práctico y único. En sus páginas el lector encontrará guías sobre cómo pensar en el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades efectivos y en la forma de llevarlos a cabo para obtener los mejores

resultados posibles. El libro examina las causas de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura en cada etapa del ciclo vital, desde la infancia hasta la ancianidad. En él se consideran también los factores de riesgo y protección de cada una de las principales formas de muerte y discapacidad, y se recomiendan intervenciones preventivas prácticas y fáciles de ejecutar.

Los profesionales de la salud que lucha por “añadir años a la vida y vida a los años” encontrarán en *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para contribuir al cambio del comportamiento* una herramienta valiosísima para su trabajo. Además, las autoridades de salud nacionales, provinciales y locales descubrirán su gran utilidad para la planificación de los programas de salud. Esperamos también que tenga gran aceptación para la enseñanza y la formación de las nuevas generaciones de trabajadores de salud.

Agradecemos al autor, Dr. C. David Jenkins, reconocido profesor de psiquiatría, epidemiología y medicina preventiva y de salud comunitaria, su colaboración con la OPS para la publicación de este trabajo tan importante e útil.

Mirta Roses Periago

Directora

Prefacio

Estimado lector:

Bienvenido a *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para contribuir al cambio del comportamiento.*

Los países del mundo destinan hoy enormes sumas de dinero a la “atención de la salud”. Por desgracia, alrededor de 98% de ese presupuesto se gasta, en realidad, en “atención a la enfermedad” y solo 1% a 2% terminan en una genuina atención a la salud. Por el contrario, este manual se dedica plenamente a la verdadera atención de la salud, definida como la mejoría y mantenimiento de la buena salud que, a su vez, consiste en sentirse bien y funcionar bien en los planos físico, mental e interpersonal, así como en disfrutar de una elevada probabilidad de conservar una vida sana en el futuro.

La autopista hacia la “salud para todos” del siglo XXI se construirá gracias a la puesta en marcha de métodos ya demostrados para promover la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad en el seno de las comunidades. La ciencia se conoce, ahora hay que difundir su aplicación. La mayor parte de los programas presentados son de baja tecnología pero intensivos en cuanto a las personas. Por tanto, serán sostenibles incluso aunque los recursos económicos sean limitados.

Este libro ha sido escrito por muchas personas: las que se han preguntado “¿Y por qué sí.....?” y “¿Por qué no? “, aquellas cuyas palabras y datos he leído y sobre todo, aquellas cuya voz, desde muchas partes del mundo, desde puestos altos y bajos, he escuchado cuidadosamente durante muchos años. De hecho, estas personas reflexivas se parecen mucho a usted, lector, y les doy las gracias más sinceras. Mi tarea fue como la de un cocinero: tomé todos estos ricos ingredientes y los mezclé de forma que surgiera un alimento apetecible, nutritivo y rico en energía.

El manual está dirigido a muchas clases de lectores de diferentes países, profesiones y nichos comunitarios. Usted puede ser un trabajador de salud en le área rural, un médico en un dispensario, una enfermera visitante, un estudiante de ciencias de la salud, alguien que se mantiene al tanto de los problemas de la comunidad, un profesor, un miembro del consejo municipal, un padre dedicado u otra persona más allá de mi imaginación. En cualquier caso, si usted leer este libro es porque es un estudioso y un investigador . En mi caso, soy las dos cosas, de manera que debemos congeniar bien.

El manual cubre muchos temas. No soy experto en casi ninguno de ellos, pero he comparado múltiples recursos e intentado seleccionar el grano mejor validado y más práctico de entre el inmenso tragal. Revisores expertos comprobaron cada capítulo y desde aquí deseo expresar mi aprecio a todos ellos. Soy el único responsable de los posibles errores que puedan quedar. El lector descubrirá que el manual no se leer como cualquier otro texto de medicina o salud pública. He intentado que sea un libro innovador, personal, concreto, motivador y, a veces, incluso punzante. El índice detallado facilitará su utilización.

Por favor... ¡disfrute de este libro! Compare sus ideas con las aquí presentadas, encuentre nuevas avenidas, estudie las medidas que podrían cubrir las necesidades de los que lo rodean. Déjese capturar por la sensación de urgencia y tenga la seguridad de que puede empezar este viaje hacia un mundo más saludable. Haga que otros le acompañen en su camino hacia la prevención de la enfermedad y la construcción de una salud mejor por medio del cambio social y del comportamiento.

La senda del siglo XXI aguarda nuestras huellas.

Respetuosamente,

C. David Jenkins

Contenido

Prólogo.....	xiii
Prefacio.....	xv
Agradecimientos.....	xvii

PARTE I: SENTAR LAS BASES

1. Principios generales de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.....	3
Beneficios humanos y económicos de la prevención.....	3
Prevención de las enfermedades y promoción de la salud	6
Tres niveles de prevención.....	7
Prevención primaria.....	7
Prevención secundaria.....	8
Prevención terciaria.....	8
Las verdaderas causas de muerte.....	9
Recuadro: Las diez primeras causas “verdaderas” de muerte.....	9
El próximo paso necesario para llegar hasta la “salud para todos”.....	10
2. Fundamentos de la intervención de salud en la comunidad.....	11
Recuadro: Problemas a resolver para lograr una mejor salud	11
Estrategias para identificar las causas	11
Agente	11
Huésped	12
Medio ambiente	13
Plano interpersonal	14
Plano social-económico	15
Plano cultural-ideológico	16
Utilización del triángulo epidemiológico en los programas de prevención	16
Causas de contribuciones múltiples	18
Selección de las enfermedades a prevenir	20
Selección de las subpoblaciones que deben recibir ayuda	22
Cómo decidir si se trabaja con toda la comunidad o solo con el grupo de alto riesgo	26
La paradoja de la prevención	30
Especificación de las modificaciones necesarias de los comportamientos y entornos	

para lograr los objetivos de salud	31
------------------------------------------	----

PARTE II. UNA MEJOR SALUD EN TODAS LAS EDADES

3. Lactantes y niños hasta los 14 años de edad	37
Durante el embarazo	37
Factores de riesgo para el bajo peso al nacer, las anomalías fetales y la mortalidad de lactantes	41
Factores de riesgo sociales	41
Factores de riesgo biológicos personales	41
Factores de comportamiento personal	41
Factores de riesgo psicológico	42
Tamizaje en las mujeres embarazadas	42
Recuadro: Lista de verificación para mujeres embarazadas	42
Desde el nacimiento hasta los 4 años de edad	43
Prevención y detección temprana de los problemas del desarrollo	44
Lista de verificación para recién nacidos	47
Prevención de las discapacidades posnatales	48
Lucha contra el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)	48
Factores de riesgo que predisponen y desencadenan el SMSL	50
Prevención del SMSL	51
Aumento de la cobertura de inmunización	52
Reducción de las enfermedades respiratorias	54
Control de las enfermedades diarreicas	56
Prevención primaria	57
Prevención secundaria	58
Rehidratación oral: cómo se hace	59
Reducción de las tasas de lesiones no intencionales	60
Prevención de las lesiones infantiles por impacto en el interior de los vehículos automotores	63
Prevención de las lesiones infantiles por impacto fuera de los vehículos automotores	63
Prevención de las lesiones infantiles por impacto en zonas de juego de trepar	64
Prevención de las lesiones en las escaleras y ventanas del hogar	64
Prevención de las quemaduras	65
Prevención de las intoxicaciones	66
Prevención de los cortes y heridas	68
Prevención de los ahogamientos	68

Prevencción y tratamiento de las picaduras de insectos y mordeduras de animales	69
Prevencción del estrangulamiento y la asfixia	70
Prevencción de la sofocación	70
Prevencción de las lesiones causadas por armas de fuego	71
El maltrato y el descuido infantiles	72
Prevalencia y gravedad del problema	73
Consideraciones transculturales	74
Signos clínicos del maltrato infantil	75
Recuadro: La explicación	75
Recuadro: Lista de verificación para ayudar a los profesionales de la salud a diagnosticar lesiones dudosas	76
Descuido infantil	77
Recuadro: Lista de verificación de posible descuido para los profesionales de salud	77
Prevencción terciaria	78
Prevencción secundaria del maltrato y descuido	78
Prevencción primaria del maltrato y descuido	79
Resumen de las medidas de detección desde el nacimiento hasta los 4 años de edad	82
Recuadro: Lista de verificación desde el nacimiento hasta los 4 años de edad	83
La salud entre los 5 y los 14 años de edad	84
Principales problemas de salud	84
Oportunidades para la promoción de la salud	85
Recuadro: Lista de verificación para los niños entre los 5 y 14 años	87
4. Adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años	89
El cuidado de las semillas que germinarán en un futuro saludable	89
Principales problemas de salud ente los 15 y 24 años	91
Mortalidad	91
Morbilidad y discapacidad	93
Conductas de riesgo	93
Recuadro: Dos dinámicas comunes de los trastornos de la conducta alimentaria con pérdida de peso	101
Fundamentos psicosociales de gran parte de los problemas de salud a estas edades	105

Transmisión de los conocimientos y valores para superar los puntos vulnerables	
de la salud	108
Recuadro: Esquema para desarrollar programas de salud sistemáticos	
destinados a los jóvenes	109
Recuadro: Principios útiles tomados de estudios sobre aprendizaje de jóvenes	
y adultos y que poseen un valor transcultural	110
Factor protector: ¿Una vacuna universal?	110
Recuadro: Lista de verificación para programas de detección dirigidos a jóvenes	
Y adultos entre los 15 y 24 años: entrevista y observación	113
Un cuestionario de tamizaje	119
Temas a investigarse según la encuesta sobre conductas de riesgo	
en la juventud	119
5. El apogeo de la vida: entre los 25 y los 64 años	123
La importancia creciente de la salud de los adultos	123
Principales causas de muerte	126
Enfermedades cardiovasculares	126
Tuberculosis	127
Principales causas de discapacidad	128
Temas especiales para las mujeres	131
Temas especiales para los hombres	132
Enfoques para llegar a los adultos con programas de prevención	134
Detección mediante entrevistas	136
Consumo de tabaco	136
Hábitos alimentarios	136
Ejercicio regular	136
Consumo de alcohol	137
Consumo de otras sustancias que alteran el estado de ánimo	137
Bienestar social y emocional	138
Prácticas sexuales	139
Riesgos de traumatismos o lesiones causados por accidentes de tránsito	140
Riesgos de lesiones en el trabajo	140
Red de apoyo social	141
Problemas de salud de otros miembros de la familia	141
Seguridad del hogar	141
Detección por observación	141
Aspecto y comportamiento	141

Detecciones y profilaxis clínicas y analíticas	142
Medición de la talla y peso	142
Medición de la presión arterial	142
Mamografía	143
Pruebas de Papanicolaou	143
Lesiones cutáneas	143
Tuberculosis	144
Salud bucodental	144
Infecciones de transmisión sexual	144
Cardiopatía isquémica	144
Tétanos y difteria	144
Hepatitis B	145
Cánceres del aparato digestivo	145
6. La tercera edad: de los 65 a los 100 años	147
Metas de salud para los años tardíos	147
Principales problemas de salud a estas edades	149
Mortalidad	149
Enfermedades sistémicas generales y discapacidades	150
Recuadro: Principales causas de discapacidad por enfermedades no no transmisibles en todo el mundo	151
Factores de riesgo de las principales causas de muerte y discapacidad	151
Factores que protegen contra las principales causas de muerte y discapacidad	152
Trastornos musculoesqueléticos	153
Artritis	153
Osteoporosis	154
Preservación del funcionamiento físico y mental	155
Factores de protegen la capacidad mental	156
Tratamiento del dolor y el sufrimiento	157
Recuadro: Lista de verificación de las medidas preventivas generales para las Personas de 65 años y mayores	158
Acción comunitaria para cuidados de la tercera edad	159

PARTE III. UNA MEJOR COMPRESIÓN DE LAS PRINCIPALES GRANDES CAUSAS DE MUERTE Y DISCAPACIDAD

7.	Trastornos mentales y del comportamiento	163
	Discapacidades mentales y del comportamiento	163
	¿Quién es vulnerable?	165
	Un panorama saludable	166
	Las causas de los trastornos mentales y del comportamiento	168
	Recuadro: Fuentes que influyen en el riesgo de trastornos mentales y del comportamiento	169
	Once encrucijadas donde convergen los factores de riesgo y los de protección	171
	Fortalezas y debilidades genéticas	171
	El medio ambiente intrauterino	172
	El período perinatal	173
	Afrontamiento de la enfermedad crónica o la discapacidad por lesión	173
	Recuadro: Cómo afrontar los riesgos de la enfermedad	174
	Temperamento y capacidad de adaptación	174
	Capacidad de aprendizaje	174
	Atención de los padres	175
	Calidad	176
	Cantidad	176
	Uniformidad	177
	Familia y contexto social	178
	Entorno escolar	179
	Recuadro: El “juego de la buena conducta”	180
	Grupos de compañeros	180
	Apego a los padres y mentores	182
	Resumen de las encrucijadas	182
	Reestructuración de los sistemas terapéuticos	182
	Reconocimiento y tratamiento de la depresión	184
	Factores de riesgo	185
	Signos y síntomas	185
	Prevalencia	185
	La otra cara de la moneda: la prevención secundaria mediante el tratamiento temprano	186
	Abuso y dependencia del alcohol	190
	Factores de riesgo	192

Factores e intervenciones protectores	192
Trastornos del comportamiento y delincuencia	194
Manifestación de los signos	195
Factores de riesgo	195
Factores de protección	196
Salud mental y conductual positiva	198
A nivel individual	199
En la propia persona	199
En las relaciones con los demás	199
Una vida productiva	199
A nivel familiar	200
Autoacepción, autoestima, realismo, eficacia	200
Continuidad de una relación satisfactoria, de confianza y de afecto	200
Afrontar la vida con responsabilidad y productividad	201
A nivel comunitaria	201
Autoacepción, autoestima, efectividad	201
Relaciones con otros grupos	201
Productividad responsable	201
8. Enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos	203
Trastornos cardiovasculares	203
Cardiopatías inflamatorias	205
Recuadro: Prevención primaria de la enfermedad de Chagas	206
Cardiopatía reumática	207
Cardiopatía pulmonar	208
Recuadro: Prevención de la cardiopatía reumática	208
Factores de riesgo	209
Factores protectores	210
Enfermedades cardíacas nutricionales	210
Hipertensión y cardiopatía hipertensiva	212
Factores de riesgo	213
Factores protectores	216
Cardiopatía isquémica	217
Factores de riesgo	218
Factores protectores	221
Enfermedades cerebrovasculares (“ictus”)	222
Factores de riesgo	223
Factores protectores	224

	Recuadro: Signos de un ataque isquémico transitorio	225
	Resumen sobre protección	225
9.	El cáncer	227
	Cánceres del aparato digestivo	228
	Cáncer del estómago	229
	Factores de riesgo	230
	Factores protectores	230
	Cánceres de colon y recto	231
	Factores de riesgo	232
	Factores protectores	232
	Cáncer de la cavidad oral, el esófago, la laringe y la faringe	234
	Factores de riesgo	234
	Factores protectores	235
	Cáncer de hígado	235
	Prevención	235
	Cánceres de la tráquea, los bronquios y los pulmones	236
	Factores de riesgo	239
	Factores protectores	239
	Influencias sociales	240
	Cáncer de vejiga	241
	Cánceres de piel	241
	Factores de riesgo	242
	Factores protectores	243
	Prevención secundaria	244
	Cánceres de cuello uterino	245
	Factores de riesgo	246
	Factores protectores	247
	Prevención secundaria	247
	Cáncer de mama	249
	Factores de riesgo	250
	Factores protectores	251
	Prevención secundaria	252
	Cáncer de la próstata	253
	Prevención secundaria	255
10.	Enfermedades respiratorias crónicas	257

Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	258
Contaminación del aire en lugares cerrados	259
Contaminación atmosférica exterior	259
Asma	261
Prevención	262
Pasos iniciales para controlar la contaminación del aire	262
Prevención secundaria de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	263
Tuberculosis	264
11. Lesiones y violencia	267
Accidentes de tránsito	269
Historia cultural de los accidentes de tránsito	269
El reto educativo	271
El desafío de la ingeniería	273
El reto del cumplimiento	275
Infracciones importantes desde la perspectiva de la seguridad	276
Otras iniciativas	278
Monóxido de carbono en los vehículos de motor	280
Mirando al futuro	280
Suicidio y violencia	281
Factores de riesgo	283

PARTE IV. HACIA INTERVENCIONES MÁS EFECTIVAS

12. Principios y métodos del cambio de comportamiento	289
Principios éticos y estratégicos	289
Movilización de la comunidad	291
Las teorías sobre el cambio de comportamiento	296
Orientación general	297
Para que los programas se creen y prosperen	299
Recopilación de información para la planificación y la intervención	301
Atributos del grupo destinatario	301
Atributos de la enfermedad o trastorno	304
Atributos de la acción de salud	305
Cómo hacer un diagnóstico del comportamiento	307
Presentación exitosa de los programas	308
La comunicación de los mensajes de salud	310
Adaptación de los programas a grupos destinatarios	311

	Un muestreo de tácticas autodirigidas para el cambio de comportamiento	314
	Difusión de los nuevos comportamientos saludables en la comunidad	316
	Innovadores	317
	Adoptadores tempranos	318
	Mayoría temprana	319
	Mayoría tardía	320
	Los restantes reacios	320
	Estadios del cambio de un comportamiento de salud	322
13.	Actividades específicas para revertir las fuerzas de riesgo más destructivas	327
	Malnutrición	328
	Diagnóstico y tratamiento de las epidemias de hambre	330
	Insuficiencia de abastecimiento de agua, servicios de saneamiento e higiene	
	personal y del hogar	332
	Suministro de agua salubre	333
	Recuadro: Algunas medidas que la comunidad podría tomar en consideración	
	para obtener agua más salubre	334
	Saneamiento	334
	Higiene personal y del hogar	335
	Lavado de manos	335
	Recuadro: Un mensaje para la actualidad	335
	Manipulación de los alimentos	336
	Limpieza del hogar	336
	Consumo de tabaco	336
	Efectos en los usuarios	337
	Efectos en lo no usuarios	337
	En el útero	338
	En el primer año de vida	338
	En la niñez	338
	En los adultos	339
	Tres estrategias de prevención	340
	Prevención primordial	340
	Prevención primaria	341
	Prevención secundaria	341
	Recuadro: Recomendaciones para potenciar los esfuerzos para dejar de fumar	344
	Prácticas sexuales de riesgo	344
	Carga de morbilidad	344

Poblaciones en riesgo	346
Factores de riesgo	347
El factor protector principal: el cerebro	347
Causas del comportamiento sexual	348
Determinantes psicosociales	349
Determinantes del entorno social	352
Un proceso de decisión pausado	353
Prevención primaria	355
Prevención secundaria	356
Sugerencias para los asesores de ITS	357
Reestructuración de la prevención de las ITS en la comunidad	359
Nuevas estrategias para un tratamiento eficiente	360
Consumo de alcohol	361
Hipertensión	362
Peligros ocupacionales para la salud	362
Inactividad física y vida sedentaria	365
Recuadro: Un programa de ejercicios muy recomendado	366
Carencia de los servicios de atención primaria esenciales	366
Inmunizaciones contra las enfermedades infecciosas	367
Servicios de salud materno-infantil	368
La pobreza	368
¿Son las desigualdades de ingreso un factor de riesgo independiente?	368

PARTE V. EPÍLOGO DEL AUTOR

14. ¿Será posible lograr y mantener una buena salud?	379
Las decisiones básicas	379
¿Es posible mejorar la salud del mundo, de mi comunidad o de mi familia?	379
¿Debemos aguardar nuevos descubrimientos de las ciencias médicas? ¿Nuevas vacunas que funcionen como “bala mágica”?	379
¿Cuáles son los grandes objetivos de la salud sugeridos por este Manual? ¿Cuál podría ser la Declaración de Principios de este Manual?	381
Cuándo hay que decidir entre la prevención y el tratamiento avanzado	382
¿Será posible hacer las dos cosas: prevenir y tratar?	383
Reducción de los costos de cada unidad de servicio	384
Fomento del autocuidado y reducción de la demanda de instituciones y profesionales	384

Cómo establecer prioridades con buena relación costo-efectividad	385
¿Qué nos reserva el futuro?	386
Proyecciones de población e ingreso	387
Proyecciones de salud	388
Fuerzas protectoras para mejorar la salud	391
Responsabilidades de la comunidad y el estado	391
Responsabilidades del grupo y la familia	393
Responsabilidades individuales	394
Sobre la marcha	394
Paso a paso	395
Reclutamiento de nuevas clases de trabajadores de la salud	397
Para salvar vidas no basta con reducir la mortalidad	401
Referencias y recursos adicionales	403
Índice	419

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-

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.

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.

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,

- ejercítense 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.
- Comprobar 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”.