

Envejecimiento

J.M. Marín

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

[Getting old]

Resumen

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital, con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales, actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice que se envejece tal y como se vive.

Palabras clave: Envejecimiento. Bienestar. Funcionalidad.

Abstract

Old age must be understood as one more stage in the vital cycle, with its own peculiarities, some more pleasant than others, that will come progressively, connected with intrinsic individual factors, personal attitudes and circumstances that have surrounded our lives. It is, therefore, very certain, the saying that states that you get old as you live.

Key words: Ageing. Getting old. Welfare. Functional character.

Concepto de envejecimiento

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad (viejo igual a persona de 65 años), o cambiar de situación laboral o administrativa (viejo igual a jubilado o pensionista). De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso *universal* (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos), presenta una gran variabilidad *individual* (no todos envejecemos al mismo tiempo, ni de la misma forma).

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice que se envejece tal y como se vive.

El hecho fundamental del proceso de envejecimiento, y el que de alguna forma determina nuestra actitud profesional ante la persona mayor, es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas. Esto supone que, en las condiciones habituales o basales, la persona mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que la rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.) que le exijan un sobreesfuerzo.

Será la funcionalidad física y psíquica de la persona, la capacidad de ser autónoma y de vivir de forma independiente y adaptada a su entorno, la característica fundamental de lo que llamamos envejecimiento *fisiológico* o *satisfactorio*.

Envejecimiento físico

Enumeraremos de forma somera las modificaciones orgánicas que, de forma general, se producen en el envejecimiento. Haremos también referencia a las repercusiones funcionales que, a veces, acompañan a estas modificaciones.

El envejecimiento es un proceso con una gran

variabilidad individual y, por tanto, no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta.

1. Apariencia física, postura y marcha

En cuanto a la composición corporal, el envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Aumenta de forma relativa la grasa, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas). Estos cambios, aparte de modificar la apariencia física, disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación.

La piel sufre un importante proceso de atrofia. Disminuyen el número de melanocitos (células con pigmento) y se atrofian estructuras anejas (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas). Disminuyen los capilares dérmicos encargados de la nutrición cutánea.

Estas modificaciones determinan cambios importantes en la apariencia física (arrugas, laxitud cutánea, palidez, manchas, encanecimiento, pérdida del pelo, pérdidas del vello axilar y pubiano) y predisponen a la aparición de diversos problemas (fragilidad capilar, mayor sensibilidad a lesiones por el sol, escaras por presión, etc.).

La talla disminuye debido, fundamentalmente, a cambios que acontecen en la columna vertebral (disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrósicas, prácticamente constantes a estas edades). La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal (curvatura de la columna dorsal en forma de giba) y una ligera flexión de rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres.

La marcha se modifica debido a cambios en el sistema nervioso y muscular (pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos). La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañante.

Tiene dificultades para girar o modificar, en general, su actitud en la marcha.

Cuando se dan todas estas características podemos hablar de *marcha senil*. La presentan un grupo de ancianos/as con alto riesgo de sufrir caídas.

2. Órganos de los sentidos

Las modificaciones en los órganos de los sentidos favorecen la deprivación sensorial y suponen un riesgo importante de sufrir situaciones de alto poder invalidante (aislamiento social, confusión, caídas, etc.).

2.1. Vista

Es uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y que más puede influir en la autonomía del mayor.

Se producen alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino, que pueden determinar disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento.

Alrededor del iris suele aparecer el llamado arco senil, sin repercusión funcional alguna.

2.2. Oído

Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia). Se ve favorecida la aparición de alteraciones del equilibrio.

2.3. Gusto y olfato

Disminuyen el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Estas modificaciones, junto a una producción de saliva disminuida, condicionan una menor satisfacción con la comida.

2.4. Tacto

Disminuye la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.

3. Sistema nervioso

A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal variable, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el

número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Mecanismos de control como el de la sed, la temperatura o la regulación autonómica, están menoscabados.

Estas modificaciones hacen a la persona mayor susceptible, en determinadas circunstancias, a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, propensión a la aparición de hipotensión postural, aparición de *tics* o temblor senil, etc.

4. Sistema cardio-vascular

A nivel cardíaco se produce una disminución de las células miocárdicas, con fibrosis moderada. Aumenta la resistencia al llenado ventricular. Disminuye la actividad del marcapasos aurículo-ventricular y la velocidad de conducción de los impulsos. Con frecuencia encontramos calcificación de las válvulas.

Estas modificaciones determinan una disminución de la reserva cardíaca y una respuesta escasa a situaciones de estrés. Tendencia a disminución de la frecuencia cardíaca y mayor frecuencia de arritmias. El gasto cardíaco disminuye y, por tanto, la sangre que se distribuye a los distintos órganos.

A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan con frecuencia calcio y grasa. La onda del pulso es más perceptible, debido a la rigidez. Aumenta de forma progresiva la presión arterial, fundamentalmente la sistólica (máxima).

Con frecuencia se producen dilataciones del sistema venoso, por pérdida de tono parietal e incompetencia de las válvulas, facilitando la aparición de varices y edemas en extremidades inferiores sobre todo.

5. Aparato respiratorio

Disminuye la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios. También se produce una disminución de la distensibilidad pulmonar, el número de alveolos y la actividad de los cilios vibrátiles. Tendencia al cierre de pequeños bronquiolos. Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones.

Estas modificaciones determinan una disminución de la capacidad vital que se manifiesta, ante situaciones de estrés, con déficit de oxigenación. Hay una mayor propensión a infecciones y el mecanismo de la tos es menos efectivo.

6. Aparato digestivo

A nivel bucal, se produce disminución de la producción de saliva, lo que junto a la frecuencia de pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente.

En general, hay una disminución del peristaltismo (movimientos de propulsión) a todo lo largo del tubo digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y grueso). Esto condiciona un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento.

En general, disminuye la secreción de sustancias necesarias para los procesos digestivos (ácido clorhídrico, pepsina, etc.), viéndose éstos dificultados.

7. Aparato génito-urinario

Disminuye el peso y volumen de los riñones, reduciéndose, así mismo, el número de unidades funcionales (nefronas). Junto al menor aporte de sangre a los riñones y las propias alteraciones vasculares intrarrenales, estas modificaciones condicionan la pérdida de la capacidad de reserva funcional del riñón, hecho particularmente importante por el papel de este órgano en la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves en el medio interno.

La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida, junto al tono de su musculatura y esfínteres de salida. El aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné (suelo de la pelvis) en las mujeres, contribuye, junto a las modificaciones anteriores, a la aparición de alteraciones tan frecuentes como la incontinencia, la retención urinaria o la aparición de infecciones recidivantes.

La disminución en la producción de hormonas sexuales condiciona modificaciones en los caracteres sexuales. Así, en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuyen el tamaño de la vulva y clítoris. La mucosa vaginal se atrofia. En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal.

8. Sistema endocrino

En general, hay una disminución en la producción de las diferentes hormonas y una menor respuesta a su

acción. Habitualmente, estas modificaciones se detectan o tienen repercusión en circunstancias de sobrecarga.

9. Sistema inmunitario y hematológico

No existen modificaciones significativas en los valores hematológicos. A nivel inmunitario, la respuesta frente a estímulos está enlentecida y disminuida en intensidad.

Aumenta por tanto la susceptibilidad a padecer infecciones.

Envejecimiento psicológico

Perfil psicológico de las personas mayores

Hemos definido el envejecimiento como un proceso natural que forma parte, como una etapa más, del ciclo vital. Las características psicológicas de la persona mayor van a ser congruentes con su historia personal previa y las modificaciones que ahora enumeraremos van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o sociofamiliar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.).

A nivel intelectual global, o cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente.

En cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones.

Envejecimiento social.

Circunstancias socioambientales que rodean a las personas mayores. Papel social.

Asistimos en nuestros días a un fenómeno desconocido hasta el momento, como es el del envejecimiento progresivo de nuestra sociedad. Se está produciendo un aumento del número de personas

mayores, particularmente de las muy mayores (edad superior a 80 años, envejecimiento del envejecimiento), que cada vez tienen más peso relativo dentro del conjunto de la sociedad (más del 16% de los españoles tienen más de 65 años). Para que se dé este fenómeno están influyendo una serie de factores. Por un lado, ha aumentado de forma importante la esperanza de vida, esto es, los años que alcanzan a vivir los españoles (para la mujer 84 años, para el hombre 82, al nacimiento). Este hecho, se ha producido por la mejora de las condiciones sanitarias y socioeconómicas en general, de las que nos beneficiamos. Por otro lado, se ha producido una reducción muy importante de las tasas de natalidad.

Sin embargo, la importancia creciente que las personas mayores tienen en la sociedad no se está traduciendo en un cambio de conductas, o comportamientos sociales, más comprensivos con ellas. De hecho, las circunstancias sociales en las que nos desenvolvemos no les son especialmente ventajosas.

En nuestra sociedad prima el valor de lo joven y productivo. Nuestro *rol*, o papel que se nos asigna, está ineludiblemente ligado a nuestro trabajo, y desaparece con la jubilación. Bruscamente, sin posibilidad de adaptación previa en la mayoría de los casos, la persona se convierte en un desocupado, improductivo. Por otro lado, esta situación se acompaña por lo general de una pérdida de poder económico y de relaciones sociales, la mayoría de las veces ligadas al mundo laboral.

Los cambios en el ámbito familiar son también importantes. Las familias amplias han dado paso a familias nucleares, compuestas por padres e hijos, dónde todos tienden a trabajar, y donde el abuelo cuando se incorpora a ella, lo hace como un *intruso*, en relación de dependencia y no con un papel a cumplir.

Las frecuentes situaciones de pérdida que se dan a estas edades (cónyuge, amigos, familiares, etc.), contribuyen al aislamiento social del mayor.

Todas estas circunstancias tendrán una influencia importante en la forma de envejecer.

Por último, no debemos olvidar que nuestros mayores de hoy han desarrollado las etapas previas de una vida en circunstancias históricas difícilmente comparables a las actuales. Decíamos que se envejece tal como se vive y, por tanto, las peores condiciones económicas, sanitarias, culturales o sociales en general, han podido condicionar un envejecimiento especialmente agravado en las actuales generaciones de mayores.

Edad biológica – Edad cronológica

Desde el punto de vista cronológico, se considera que una persona ha alcanzado la vejez cuando cumple los 65 años. Esta definición está basada en normas legales o administrativas (jubilación, acceso a pensiones, etc.), pero cada vez se corresponde menos con la realidad. Así hay países de nuestro entorno donde se tiende a retrasar la edad de jubilación a los 70 años por razones económicas. Por otro lado, la mejora en las condiciones de vida hace que las personas que alcanzan los 65 años lo hagan en unas condiciones físicas, psíquicas y de independencia, que no se corresponden con el estereotipo de viejo.

Para definir, desde el punto de vista cronológico, el concepto de vejez se tiende cada vez más a considerar no el tiempo de vida transcurrido, sino las expectativas de vida futura, y más concretamente de vida futura independiente.

Mucho más real es definir el envejecimiento en función de las modificaciones físicas, psíquicas y funcionales que el tiempo ocasiona en el organismo (edad biológica) (que acabamos de desarrollar en apartados anteriores). Sin embargo, en muchas ocasiones es difícil separar qué modificaciones responden realmente al paso del tiempo (envejecimiento verdadero), de aquellas otras que vienen determinadas por otros factores (falso envejecimiento).

Así, con frecuencia, muchas de las modificaciones que se achacan al envejecimiento son determinadas por enfermedades previas, o consecuencia de las malas condiciones que les ha tocado vivir a los mayores.

Es por todo esto, por lo que el hecho fundamental a la hora de acercarnos profesionalmente a una persona mayor será su funcionalidad física y psíquica, es decir, su independencia, más que el número de años que tenga, o si tiene o no una determinada característica física o psíquica.

Definíamos el envejecimiento fisiológico o satisfactorio como aquél que permite mantener una vida independiente, adaptada a su entorno. Es éste el objetivo a perseguir y mantener por parte de los profesionales que atienden a una persona mayor.

Para valorar la funcionalidad de una persona mayor existen numerosas escalas que nos ayudan a objetivar sus capacidades o déficits en las actividades de la vida diaria (AVD) y realizar su seguimiento en el tiempo [Índice de Katz de AVD o Índice de Independencia en

AVD; Índice para las actividades Instrumentales de la Vida Diaria; Mini Examen Cognoscitivo; Geronte; Isis; etc.]. También existen índices para valorar el apoyo social, como el OARS o Escala de Recursos Sociales; para valorar las dificultades del medio físico, como el Instrumento para la valoración de las condiciones y accesibilidad de la vivienda y del entorno próximo, del IMSERSO; etc.

Mitos y realidades sobre el envejecimiento

Existen una serie de tópicos sobre la vejez que la mayoría de las veces son erróneos y profundamente injustos, que contribuyen a alimentar los prejuicios que sobre los mayores existen en nuestra sociedad.

Ya hemos comentado que por el mero hecho de jubilarse o cumplir 65 años no se puede considerar a una persona vieja, ni cargarla de pronto con todos los estereotipos al uso. Cada vez más, las personas a esa edad se encuentran en mejores condiciones físicas, psíquicas y funcionales, y mantienen un gran nivel de exigencia propia y con los demás.

Otro hecho a destacar es el identificar vejez con enfermedad, invalidez y dependencia. Aunque es verdad que hay algunas enfermedades claramente ligadas al hecho de envejecer (demencias y enfermedades degenerativas en general), la mayoría de las enfermedades o invalideces que encontramos en nuestros mayores dependen de situaciones socioeconómicas o sanitarias previas, y sus consecuencias podrían mitigarse con un adecuado control. Estamos hablando de enfermedades de consecuencias altamente invalidantes. Por ejemplo: osteoporosis – fractura de cadera, hipertensión – accidente cerebrovascular, diabetes – ceguera – infarto, etc.

Las estadísticas, por otro lado, demuestran que la mayoría de los mayores viven de forma autónoma, con un adecuado grado de salud, tendiendo a agruparse los síndromes invalidantes en los muy mayores (80 años o más).

Otro punto de discusión es el de considerar a los mayores como una carga insostenible para la economía del Estado, por la gran cantidad de gastos que ocasionan (prestaciones sanitarias, pensiones, etc.). Se considera profundamente injusto que personas que, en circunstancias socioambientales bastantes peores a las actuales, han conseguido el desarrollo del que ahora disfrutamos con su trabajo, puedan verse acusadas de ser una carga para el país, por el hecho de percibir una

pensión (en numerosas ocasiones claramente insuficiente), o por tener acceso gratuito al sistema sanitario (en el que carecen, en general, de asistencia geriátrica especializada y de recursos sociosanitarios para las personas dependientes).

Por otro lado, existen factores como la disminución de las tasas de natalidad (factor crucial en el envejecimiento relativo de la población), o el paro, que no son incriminados en la problemática del mantenimiento del Estado del Bienestar y son importantes.

Por último, con frecuencia, tanto en los ámbitos familiares como en los profesionales (sanitarios y sociales), se considera al viejo como un problema insoluble, un *paquete* en el argot.

Actitudes de este tipo, independientemente de consideraciones de otra índole, traducen, la mayoría de las veces, una falta de conocimiento gerontológico acerca de los problemas que afectan a las personas mayores, y de las posibilidades de tratamiento y control sanitario o social.

