

Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor

Bio-psycho social aspects shattering elderly health

Lic. Aida Chong Daniel

Policlínico "Jorge Ruiz Ramírez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo trata acerca de algunos factores biosicosociales que inciden en la salud del adulto mayor, se parte del concepto de que el envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental. Teniendo en cuenta estos elementos el objetivo de este trabajo es exponer algunos aspectos que inciden en la salud del adulto mayor, para que los profesionales de la atención primaria de salud, comprendan la importancia de abordar el proceso de salud-enfermedad en el anciano, con una concepción holística.

Palabras clave: anciano, factores biopsicosociales, depresión, estrés, envejecimiento.

ABSTRACT

This paper is a bibliographical revision of bio-psycho social factors, which have incidence on the elderly health, from the notion that aging is not a process of only one cause, but the result of a complex combination of interactions and structural and functional modifications, including biological, psychological and socio-environmental aspects. Given these elements, the objective of this paper is that practitioners of primary health care, address the health-disease process in the elderly, with a comprehensive and holistic conception.

Key words: elderly, bio-psycho social factors, depression, stress, aging.

INTRODUCCIÓN

La salud se manifiesta como una interacción múltiple, y debe definirse como la calidad de la existencia del hombre, determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde; lógicamente la enajenación en la sociedad es inversamente proporcional a la calidad de dicha existencia. Según el modelo propuesto por *Pérez Lowello*, existen tres niveles en la determinación social de la salud que son: el nivel macrosocial, el nivel grupal y el individual.¹

El primer nivel denominado macrosocial es donde se establece relación entre la formación económico- social como un todo, y el estado de salud de la población en general, ya sea del mundo, una región, o un país determinado.

La relación de la sociedad con la naturaleza en su etapa actual, es una muestra evidente de cuán enajenada se halla la primera en los marcos de un orden económico- mundial que impone el capitalismo transnacionalizado. La influencia de la ecología en la salud es diversa, y el hombre no puede pretender elevar la calidad de su existencia, si no tiene en cuenta su relación con la naturaleza.

Las diferencias que existen entre los distintos países en cuanto al acceso a los servicios de salud y educación, provocan grandes desbalances en los niveles de desarrollo de la cultura de la salud, y la manipulación de las necesidades de salud de la población, se da con abundancia marcada cuando se persiguen fines económicos con los servicios, a partir de los seguros médicos o con los medicamentos.¹

El nivel grupal se da entre el modo y las condiciones de vida de determinado grupo, y el estado de salud de ese grupo ya sea clase, grupo profesional, familiar, etc.¹

El tercer nivel de determinación de la salud, el individual; se trata de la relación entre el estilo de vida individual, las condiciones individuales de vida, y el estado de salud.¹

El grado de apropiación y asimilación del sujeto, de sus condiciones existenciales, depende del grado de desarrollo individual, de su personalidad, conocimientos, valores y actitudes. Cada individuo imprime un estilo con el que realiza esa apropiación de las condiciones económicas, políticas y morales, en el cual objetiva su existencia, y una peculiar forma de actuar. El estilo de vida escogido por el individuo, tiene como ingrediente cómo es percibida la vida por él y por tanto, cómo percibe y siente la salud, y cómo actúa con respecto a esta.¹

Un aspecto que debe considerarse en la persona sana, es la presencia o no de ideales en la vida. Un ideal es un propósito, algo por lo cual vivir, algo por lo cual luchar. La ausencia de ideales hace que en la vida demos menos de nosotros mismos, que seamos más susceptibles a ser abatidos por los contratiempos, menos estables y menos saludables. La presencia de un sentido en la vida, es sinónimo de salud mental y física, y su ausencia nos hace susceptibles a problemas físicos, mentales y espirituales, e impide que utilicemos nuestro potencial creador.

El desarrollo de las motivaciones no solo depende de las necesidades innatas del individuo, sino también de la actividad que realiza en su vida, de la comunicación con otras personas, y sobre todo del proceso educativo y socializador que le permite al individuo el contacto con nuevas realidades y necesidades. De esta forma, la manera optimista de pensar ante la vida, reafirma el sentido de esta y fortalece la creencia de que las condiciones reales para vivir plenamente, pueden ser transformadas.¹

Con respecto al nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad que hoy se requiere, señala el doctor *Aldereguia* "la medicina debe sintetizar las bondades del enfoque higiénico social y el epidemiológico, desde las posiciones de la esencia social del hombre", su naturaleza sociobiológica y la estructura biosicosocial del individuo.¹

Para el logro de una concepción holística de la salud, existe la adopción de un enfoque ecológico de sus problemas, donde el paradigma bioético responde a una necesidad objetiva del desarrollo social y de la propia ciencia, que resume la bioética como un nuevo paradigma cultural en proceso de conformación de carácter humanista y proyección global, orientada hacia el redimensionamiento ético de la actividad y las correspondientes relaciones sociales, que afectan la vida en el planeta, y consecuentemente la vida y el bienestar del hombre.¹

El concepto de salud en el anciano, se describe como la capacidad de este de atenderse a sí mismo y de desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, de forma dinámica con el desempeño de sus actividades en la vida diaria.²

El envejecimiento poblacional, constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo de la población cubana, ya que el 14,7 % de la población tiene 60 o más años. La pirámide poblacional se ha invertido, porque los índices de natalidad han ido bajando progresivamente, y las personas mayores cada día viven más años.

A partir de la década de los 60, se conforma el Sistema Nacional de Salud; se garantiza atención gratuita para toda la población, y se dirigen esfuerzos y recursos para erradicar las enfermedades infecciosas y para brindar una adecuada atención materno-infantil.

En los años 70 comienzan a producirse cambios en el cuadro epidemiológico del país, con predominio acelerado de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que conllevan al surgimiento del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

En 1984 surge la Medicina General Integral, y se introduce el programa de atención a la familia. Se mejora la atención al anciano, tanto en asistencia médica como en lo referido a los Programas de Seguridad y Asistencia Social. Dada la creciente demanda de atención debido al proceso salud-enfermedad en el adulto mayor, en 1996 se elabora un nuevo programa de atención a los gerontes en APS llamado Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), el cual a partir de sus funciones de evaluación, atención progresiva y coordinada de respuestas, brinda servicios al adulto mayor frágil o en estado de necesidad. Este equipo se encuentra integrado por un médico, un psicólogo, una enfermera y un trabajador social.²

El objetivo de este trabajo es exponer algunos aspectos que inciden en la salud del adulto mayor, para que los profesionales de la atención primaria de salud, comprendan la importancia de abordar el proceso de salud-enfermedad en el anciano, con una concepción holística.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco:

- Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de los ancianos.³

Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social.

En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo. Aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología; alteraciones en la locomoción por la aparición de las osteartrosis; enfermedades descompensadas por los mismos estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales.³

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.

El proceso perceptivo en el anciano se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera.

En el orden intelectual comienzan a deteriorarse la atención y la concentración, se inician fallos en la memoria, y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción. La

memoria constituye un proceso psíquico y funciona como "índice tradicional" del envejecimiento, tanto normal como patológico. Se divide para su estudio en memoria sensorial, memoria primaria, memoria secundaria y memoria terciaria.³

La edad aporta diferencias mínimas en la memoria sensorial, primaria y terciaria, no así en la secundaria, en la que se observa declinación significativa tanto en el recuerdo espontáneo (evocación) como en el reconocimiento. En las personas mayores ocurren quejas frecuentes en la práctica diaria como: olvidos de acciones cotidianas, al realizar algo, dificultades para recordar nueva información, pérdida del hilo de la conversación; estas quejas están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje. La idea popular de la pérdida de memoria como factor de la vejez, muchas veces está asociada a estados depresivos más o menos enmascarados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognoscitivo.⁴

Los procesos centrales de pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo-motor y los cambios de criterios; la declinación de algunas características tales como la flexibilidad, fluidez y la originalidad. Con la edad disminuye la agilidad mental, la capacidad de resolución en situaciones nuevas a muy corto plazo, mientras que mejora la inteligencia basada en los conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad de juicio.⁴

Los ancianos presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones, en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de esta; la capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad psicomotora. Mientras que el aprendizaje en el anciano necesita más tiempo, no debe tener presión temporal y no debe aprender en contra de sus expectativas.⁴

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia; sin embargo, la importancia de las demencias de origen vascular no debe ser subestimada. Estas afecciones tienen un gran impacto sobre la vida de los pacientes, y también en sus familias. La presencia de disturbios no cognoscitivos, como las alteraciones del comportamiento, la agresividad, las alteraciones del sueño, entre otras, aumentan la necesidad de cuidados permanentes, y las solicitudes de ingreso en instituciones o residencias geriátricas.⁵

Los procesos afectivos se manifiestan a partir de estados de ánimo, emociones y sentimientos, que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Los estados de ánimo se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza, y se mantienen relativamente durante un periodo, mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañadas casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viscerales. Por su parte, los sentimientos son modalidades más estables de aparición lenta y duradera, y no se acompañan de cambios somáticos.³

En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez. En estas edades se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud, tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, conllevan la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa, se manifiesta tensión motora, hiperactividad, expectación aprensiva, actitud hipervigilante, insomnio de conciliación y sueños angustiosos; esta sintomatología se relaciona fundamentalmente con las respuestas adaptativas a las pérdidas afectivas (cónyuge, amigos, familiares) de roles, de estatus, de

apoyo, de autoestima y de objetos, así como a temores (a las enfermedades, a la invalidez, a la muerte), al afrontamiento, a la frustración, al sentimiento de ser marginado. La ansiedad del geronte crea problemas a la familia y a quienes lo pretendan atender.³

En la depresión intervienen factores biológicos, genéticos, endocrinos y bioquímicos; los problemas de salud más citados en pacientes deprimidos son las artropatías, la diabetes, hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, del músculo esquelético y las respiratorias.³

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. El Comité de Expertos de Gerontología de la OMS, refirió que la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad, más frecuente en las mujeres que en los hombres, y es difícil identificarla porque pasa inadvertida, enmascarada. En el anciano la depresión da lugar a errores, porque puede presentar formas atípicas con manifestaciones somáticas, hipocondricas, pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de la conducta y abuso de drogas. Se observa impactos a nivel psíquico como tristeza, inhibición psicomotriz, delirios, ideas o intentos de suicidio, a nivel corporal; anorexia, insomnio, angustias (palpitaciones, llantos, dolores, contracturas) y a nivel social; aislamiento, ausencia de proyectos vitales y reacciones psicósomáticas.³

Se observa también pérdida de intereses, trastornos del sueño, alteraciones de la atención y la memoria, actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, autovaloración negativa, autoestima pobre, sentimiento de culpa, autorreproche e irritabilidad, así como conducta de aislamiento y disminución de la validez.⁴

La depresión está determinada en buena medida por las fuentes de estrés, el cual se define como un proceso transaccional entre el estímulo o situación estresante y la persona que responde, por lo tanto no puede buscarse de manera aislada en el ambiente o el individuo, sino que concierne a la relación entre ambos.⁶

La respuesta de estrés es la que ofrece el organismo ante cualquier cambio externo o interno, mediante esta el individuo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencias de una situación, y que concierne a la situación entre el individuo y el ambiente, para lo cual el hombre hace una valoración cognitiva y pone en juego sus recursos de afrontamiento.⁶

El estrés y su afrontamiento adquieren gran relevancia, no solo ante los problemas de salud en las enfermedades crónicas no transmisibles, sino también en el proceso de envejecimiento, ya que está asociado a un gran número de cambios que se producen en un breve tiempo. Este tiene tres dimensiones: la dimensión psicológica que está determinada por las características de la personalidad de cada anciano; la dimensión biológica, expresada en diferentes sistemas y enfermedades y la dimensión social, relacionada con su entorno macro y microsocioal.⁴

Las fuentes principales de estrés en el anciano están relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, con aspectos socioculturales, estilos de vida, con el apoyo emocional que reciba de sus familiares y de otras redes de apoyo social, ya que se plantea que cuando la familia es disfuncional, constituye la mayor fuente de estrés para ellos.

El proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas que lo transitan; surgen diferencias según el sector social al que pertenecen, su nivel educativo, su grado de autonomía, su género, las cargas de trabajo que hayan soportado en el transcurso de su vida, o el estilo cultural intrínseco al contexto ecológico y social donde vivieron. Por lo que el ajuste social puede definirse como la adecuada interacción entre el individuo y su ambiente. Las interacciones del individuo con los demás, ocurren dentro de la familia, las asociaciones de amigos y la comunidad. La

falta de contacto social, contribuye a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

Desde el punto de vista macrosocial deben tenerse en cuenta factores como: pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo cual es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, lo cual conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación (sin una debida preparación psicológica y social, supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede llevar a que el individuo no encuentre bienestar ni estimulación en las actividades diarias), puede verse afectada la situación económica, el estado emocional y la participación social; la insatisfacción con actividades cotidianas; aparece el síndrome de la vida rutinaria en el anciano; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban limitando su radio de acción; institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios se convierten en generadores de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc.; condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida; además la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud.³

Desde el punto de vista microsocial, la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades del anciano y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los ancianos, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.

La familia cubana promedio ha sufrido cambios que son negativos para los ancianos tales como: la disminución de personas jóvenes para cuidarlas, el aumento de la longevidad (los hijos envejecen a la par de los padres), la industrialización que trae como consecuencia disminución de la comunicación familiar, los problemas de la vivienda que conllevan a que sea desplazado de sus medios tradicionales, la emigración interna y externa que genera que los ancianos se queden solos.

Otro aspecto importante es el maltrato al anciano donde los grupos de alto riesgo son: ancianos solos con dependencia funcional, los que conviven con alcohólicos, los que presentan deterioro mental, los que conviven con cuidadores estresados y los que conviven con familiares que tienen historia de violencia.³

En la senectud se recrudecen los síntomas psicósomáticos y se expresan con transparencia en relación con las edades más jóvenes; se tratan de procesos complejos, donde intervienen aspectos biopsicosociales. Las causas de estos trastornos están dadas por conflictos psíquicos (con participación corporal) no elaborados, ni superados, recientes o de larga duración. Estos quedan registrados en el inconsciente del sujeto debido a hechos empíricos del entorno, vivencias intergeneracionales familiares, laborales, pérdidas, separaciones y otras. En todas estas se despliegan a partir de experiencias somáticas sentimientos de angustia, miedos, vergüenza, rencores, culpa, etc.

Los síntomas psicósomáticos pueden ser por ejemplo: hipertensión arterial, neuralgia localizada en alguna parte del cuerpo, dolores lacerantes, parestias, parálisis, gastritis, constipación, diarreas, insomnios, anorexias, dispepsias, úlcera duodenal, palpitaciones, mareos, excitación psicomotriz, dermatitis, malestares articulares, reumatismo psicógeno artritis y otros.

Para arribar al diagnóstico probable y diferencial se propone el trabajo en equipo, con entrevistas al anciano y a los familiares responsables, que junto con la anamnesis individual del trauma psíquico desencadenante de la afección, muchas

veces disfrazado, provoca reacciones catárticas afectivas y recrudecimiento del síntoma.³

CONSIDERACIONES FINALES

Los factores biopsicosociales inciden negativamente en la salud de los adultos mayores, causando diversos trastornos psicoemocionales. Las alteraciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos, dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: la depresión, la ansiedad y el estrés, y al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predominaban la ansiedad y la depresión. Esta última es más frecuente en las mujeres que en los hombres y está determinada en buena medida por las fuentes de estrés. La falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido y contribuye a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Lectura de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. INFOMED. Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor. [Consultado: enero de 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/sp_comun_glob.htm
3. Rocabruno Mederos JC. Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1999.
4. Iglesias Durán O. Lo psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 145-55.
5. GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriatría. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la atención primaria de las personas mayores. [Consultado: enero de 2011]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>
6. Zaldívar Pérez D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1996. p. 22-8.

Recibido: abril de 2011.

Aprobado: enero de 2012.

Aida Chong Daniel. Policlínico "Jorge Ruiz Ramírez". Calle 25 entre 54 y 56, municipio Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: achongdan@infomed.sld.cu
