

La convivencia entre la edad-salud y su impacto en la enfermedad crónica: Un reto a conciliar

Javier E. García de Alba García.
Jefe de la U.I.S.E.S.S.

La edad constituye uno de los atributos epidemiológicos de la persona que se considera importante por su impacto en el proceso salud-enfermedad.

En Salud Pública es bien conocida la curva en "J" que se grafica cuando estimamos las diferentes tasas de mortalidad por grupos de edad, así como las variaciones directas (inversas o modales) que se presentan al analizar diversas enfermedades, constituyendo relaciones constantes que ayudan a desarrollar estrategias epidemiológicas y tácticas de gestión sanitaria.

Por ejemplo la mortalidad en ciertas enfermedades crónicas y degenerativas se eleva conforme se incrementa la edad de las personas.

Al efecto Mac Mahon y Pugh plantean que existen diversas explicaciones generales, que van desde:

1.-La elaboración de artefactos estadísticos en las gráficas, ocasionados por inexactitudes que alteran los elementos constitutivos de las tasas (sobrestimación de los numeradores o subestimación de los denominadores poblacionales).

Hasta:

2.-Procesos endógenos de orden crono-biológico evolutivo que hacen declinar sistemas y aparatos, incrementando la susceptibilidad tisular a la enfermedad y/o por programación genética que sienta las bases de este declinar.

3.-Reflejo del período de latencia epigenética de la exposición del huésped en ambiente(s) determinado(s).

Obviamente que la relación salud-edad del huésped no puede reducirse a situaciones biológicas, ya que el ser humano es un ser social que interactúa con otros seres humanos y con ambiente que lo rodea, así por ejemplo el rol de género, el ciclo de vida, etc. juegan un papel interviniente en esta relación.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud señala que para las defunciones mundiales:

- 1.- El tabaco provoca el 8.7% del total.
- 2.- La falta de ejercicio físico regular, es causante del 5.5%.
- 3.- El consumo excesivo de alcohol 3.8%.

Situación que refuerzan diversos estudios donde se ha encontrado evidencia de que existe una relación positiva entre calidad de vida y la práctica de ejercicio, no tabaquismo y consumo moderado de alcohol. En otras palabras se ha encontrado que una sustentable capacidad funcional orgánica y mental en personas que realizan prácticas saludables.

Considerar epidemiológicamente a la población de adultos mayores, es relevante, debido a que es un segmento población cuyo crecimiento se mantendrá al menos hasta tres o cuatro décadas más. De ahí la necesidad de prevenir padecimientos crónicos, promover estilos de vida saludables que mejoren su capacidad funcional y su bienestar integral, para que nuestros ancianos mantengan su autonomía e independencia, desarrollando un envejecimiento activo y saludable.

Es que para población adulta mayor, estar activo representa un elemento substancial en su salud subjetiva, no necesariamente para trabajar, sino para realizar actividades cotidianas, por ello, cualquier condición o situación percibida como negativa para la salud, puede provocar trayectorias que favorezcan una falta de motivación para esforzarse a desarrollar estilos de vida saludables (en ejercicio físico, dieta saludables, auto cuidado y afrontamiento). Ejemplo de ello es que las personas con Diabetes mellitus tipo 2 que presentan niveles de autoestima y desesperanza, son más proclives a ser laxos en el seguimiento de su tratamiento integral y por ende a ser frágiles y adquirir complicaciones.

Garantizar un desarrollo poblacional saludable, basado en la resolución de necesidades y la seguridad social universal, aminorara el impacto de la enfermedad como gasto, en nuestra sociedad, facilitando la inversión en salud. Sin embargo, no hay que olvidar que actualmente algunos integrantes de nuestra población de adultos mayores enfermos sobreviven en el extremo de intervenciones biotecnológicas con una calidad de vida precaria. Esto evidencia la fragilidad de las políticas de biotecnología y salud actualmente en vigor, lo cual abre nuevos espacios de discusión, respuesta, problematización ética

Bibliografía

1. Friss RH and Sellers Ta. Epidemiology for Public Health Practice.. Third Edition. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury, Massachusetts. USA. 2004. Pp: 134-135.
2. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Shank B, Nickel KJ et als. Physical activity is related to quality of life in older adults. Health Quality of Life Outcomes. 2006; 4: 37-43
3. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, KarvonenS, Lahelma E. Smoking and SF-36 health functioning. Medicine Preventive. 2006; 42(3):206-9
4. Saito I, Okamura T, Fukuhara S, Tanaka T, Suzukamo Y, Okayama A et als. A cross sectional study of alcohol drinking and health related quality of life among male workers in Japan. Journal of Occupational Health. 2005, 47(6):496-503.
5. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Auto- percepções de saúde da população adulta do Brasil. Revista Saude Pública. 2011; 45(4): 789-793.
6. Samandi N, Safavi M, Mahmoodi M. Impact of Quality of Life Education on Self – Concept among Type 2 Diabetes Patients. J Diabetes & Metabolism. 2011. 2(5):1-5. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6156.1000132>.
7. Romero Marquez RS, Díaz Veja G, Romero Zepeda H. Estilo y calidad de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011; 49(2):125-136.