

Trayectorias de envejecimiento

Aging trajectories

Trajelórias de envelhecimento

Moisés García Rosete¹
<http://orcid.org/0000-0003-2705-0991>

Enid Asvany Guzmán Caballero¹
<http://orcid.org/0000-0003-2061-8679>

Heli Jesset Álvarez Hernández¹
<http://orcid.org/0000-0003-4439-7786>

Juan Jaime Guerrero Díaz Del Castillo¹
<http://orcid.org/0009-0008-9559-3027>

Diana Ivonne Rodríguez Saldívar¹
<http://orcid.org/0009-0002-0352-8196>

¹ Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Estado de México, Toluca. México.

Autor de Correspondencia:

Enid Asvany Guzmán Caballero

Correo electrónico:
eaaguzmanc@uaemex.mx

Recibido: 09 noviembre 2023

Aceptado: 05 diciembre 2023

Publicado: 20 diciembre 2023

ISSN: 2954-4459

Resumen

Introducción: El envejecimiento es heterogéneo por ello es necesario disponer de indicadores de la trayectoria los cuales se apliquen en la gerontoproflaxis.

Objetivo: Valorar las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca.

Metodología: Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, se analizó una muestra de 40 personas adultas mayores por conveniencia de ambos géneros entre 60-90 años a quienes se les aplicó previo consentimiento informado un cuestionario sobre variables sociodemográficas como: sexo, edad, consumo de fármacos, presencia de enfermedades y capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; la valoración de la trayectoria de envejecimiento se realizó con apoyo de la “Escala clínica de fragilidad Dalhousie University”, el índice de Katz y la escala

de Lawton y Brody así como con indicadores referidos por expertos en el tema de envejecimiento como Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrazco. a bien de clasificar a las personas en alguna de las siete trayectorias de envejecimiento posibles: saludable, exitoso, activo, normal, frágil, patológico y dependiente, se descartaron las personas que no aportaran información completa o que presentaran demencia.

Resultados: El 80% de los participantes fueron mujeres, la media de edad fue de 76 años. Los adultos mayores de 71 a 80 años toman desde 3 a 10 fármacos y padecen más de una enfermedad, 46% mostró algún grado de fragilidad lo cual afecta la trayectoria vital. Las trayectorias de envejecimiento que predominaron son: envejecimiento patológico (23%) y envejecimiento normal (23%).

Discusión y Conclusiones: La polifarmacia y las comorbilidades inciden en el desarrollo de trayectorias de envejecimiento negativas como la frágil y la patológica lo que deteriora la calidad de vida y productividad de las personas a medida que envejecen. La trayectoria de envejecimiento es un predictor de la calidad de vida de gastos sanitarios, dependencia y de necesidades de cuidado.

Palabras clave: Trayectoria, envejecimiento, frecuencia, polifarmacia, fragilidad

Abstract

Introduction: Aging is heterogeneous, therefore it is necessary to have indicators of the trajectory which are applied in gerontoprophylaxis.

Objective: To assess the aging trajectories of a group of older adults from the DIF Day Care Center, Toluca, and from the Geriatrics Clinic of the ISSTE General Hospital, Toluca.

Methodology: Quantitative, descriptive, cross-sectional and analytical study, a sample of 40 older adults for convenience of both genders between 60-90 years of age was analyzed to whom a questionnaire on sociodemographic variables such as: sex, age, consumption was applied with prior informed consent. of drugs, presence of diseases and ability to perform basic and instrumental activities of daily life; The assessment of the aging trajectory was carried out with the support of the "Dalhousie University Clinical Frailty Scale", the Katz index and the Lawton and Brody scale, as

well as with indicators referred to by experts in the field of aging such as Rowe and Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado, and Carrazco. In order to classify people into one of the seven possible aging trajectories: healthy, successful, active, normal, frail, pathological, and dependent, people who did not provide complete information were discarded. or who presented dementia.

Results: 80% of the participants were women, the average age was 76 years. Adults older than 71 to 80 years take from 3 to 10 drugs and suffer from more than one disease, 46% showed some degree of frailty which affects the life course. The predominant aging trajectories are pathological aging (23%) and normal aging (23%).

Discussion and Conclusions: Polypharmacy and comorbidities affect the development of negative aging trajectories such as fragile and pathological, which deteriorates the quality of life and productivity of people as they age. The aging trajectory is a predictor of the quality of life of health expenses, dependency and care needs.

Keywords: Trajectory, aging, frequency, polypharmacy, frailty

Resumo

Introdução: O envelhecimento é heterogêneo, portanto é necessário ter indicadores da trajetória que são aplicados na gerontoprofilaxia.

Objetivo: Avaliar as trajetórias de envelhecimento de um grupo de idosos da Creche DIF, Toluca, e da Clínica de Geriatria do Hospital Geral ISSTE, Toluca.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, transversal e analítico, uma amostra de 40 idosos por conveniência de ambos os sexos entre 60-90 anos de idade foi analisado a quem foi aplicado um questionário sobre variáveis sociodemográficas como: sexo, idade, consumo com antecedentes consentimento informado de drogas, presença de doenças e capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária; A avaliação da trajetória do envelhecimento foi realizada com o apoio da "Dalhousie University Clinical Frailty Scale", do índice de Katz e da escala de Lawton e Brody, além de indicadores referidos por especialistas na área do envelhecimento, como Rowe e Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado e Carrazco.

Para classificar as pessoas em uma das sete possíveis trajetórias de envelhecimento: saudável, bem-sucedida, ativa, normal, frágil, patológica e dependente, as pessoas que não forneceram informações completas foram descartados ou que apresentavam demência.

Resultados: 80% dos participantes eram mulheres, a média de idade foi de 76 anos. Adultos com mais de 71 a 80 anos tomam de 3 a 10 medicamentos e sofrem de mais de uma doença, 46% apresentaram algum grau de fragilidade que afeta o curso da vida. As trajetórias de envelhecimento predominantes são: envelhecimento patológico (23%) e envelhecimento normal (23%).

Discussão e Conclusão: A polifarmácia e as comorbidades afetam o desenvolvimento de trajetórias negativas de envelhecimento, como frágil e patológico, que deterioram a qualidade de vida e a produtividade das pessoas à medida que envelhecem. A trajetória de envelhecimento é um preditor da qualidade de vida dos gastos com saúde, dependência e necessidades de cuidados.

Palavras-chave: Trajetória, envelhecimento, frequência, polifarmácia, fragilidade

Introducción

Envejecemos con enfermedad y sin calidad de vida

El envejecimiento es un proceso progresivo y fisiológico al que están expuestos todos los organismos vivos desde el momento de su concepción. Mientras que, la vejez es la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales¹.

Aunque es cierto que se han tenido avances importantes para alargar la vida, seguimos enfrentando las enfermedades crónicas, la mayoría de las personas adultas mayores han logrado cantidad, pero no calidad de vida. La pérdida de salud, capacidad homeostática y autonomía, aunque no es exclusivo de la vejez, es más común en esta etapa de la vida; una visión alternativa es reconocer que la vejez es una fase más del curso vital, no es sinónimo de enfermedad ni deterioro, es la oportunidad de trascender saludablemente.

El curso vital humano hace referencia al proceso de crecimiento y desarrollo que atraviesan las personas desde el nacimiento hasta su muerte. También hace referencia a la estratificación por edad y a la secuencia de roles socialmente atribuidos, que interconectan las etapas vitales.

El enfoque del curso de vida ha sido una perspectiva multidisciplinaria, pues se nutre de la demografía, sociología, historia, psicología, antropología, biología y epidemiología. Este enfoque da cuenta de un complejo proceso de cambios en las trayectorias vitales de la población, derivados de eventos en el contexto social e individual de los sujetos, además de que entrelaza el tiempo histórico y biológico para analizar la manera en la que estos configuran la forma de pensar, sentir, actuar y también la trayectoria al envejecer².

En este sentido la trayectoria de envejecimiento se refiere a la manera en que el estado de reserva funcional y salud, reflejan las condiciones contemporáneas y la manifestación de las circunstancias vitales previas, incluida la etapa intrauterina. La trayectoria es la dirección que ha seguido el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, conformado por el período histórico en que vive y en relación con el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece³.

La perspectiva de trayectoria vital da a los seres humanos estrategias para tomar mejores decisiones y construir sus propias vidas; fortalecer dichas estrategias, desde etapas muy tempranas en la vida, por ejemplo, desde la familia y la escuela, podría lograrse construir una vejez exitosa, terminando con estigmas como: vulnerabilidad de las personas adultas mayores, la vejez como enfermedad y los ancianos como mayores consumidores de los gastos sanitarios, etc³.

Los problemas de salud tienen estrecha relación con las condiciones de vida de la persona, la calidad de las relaciones sociales y familiares que han establecido, el acceso a una buena alimentación, entre muchos otros factores.

Las enfermedades crónico-degenerativas, el síndrome de fragilidad y el resurgimiento de enfermedades infecciosas en los adultos mayores disminuyen la posibilidad de que la vida de los individuos se extienda y de que sus últimos años de vida estén libres de discapacidad.

Cuando la persona que envejece tiene varias enfermedades es común que presente polifarmacia al ingerir tres o más medicamentos lo que se relaciona a su vez con las trayectorias negativas que afectan la funcionalidad y la autonomía.

Por ello los cambios que los individuos realicen a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo, un cambio en cualquier ámbito de su contexto puede cambiar su curso y las trayectorias evolutivas, modificando caminos previamente establecidos³.

Definición de gerociencia, su objetivo, su estudio

La Gerociencia es una disciplina científica que busca describir la relación entre la aparición de enfermedades y las causas biológicas del envejecimiento. Busca comprender todos los mecanismos biológicos (genéticos, moleculares y celulares) que hacen del envejecimiento un factor de riesgo importante de enfermedades crónicas en los adultos mayores⁴.

Propone el objetivo de aumentar nuestra expectativa de vida saludable y activa, reconoce que la calidad de nuestro envejecimiento biológico está bastante relacionada con múltiples dimensiones de nuestras vidas. Al respecto investigadores del tema sugieren que se debe mirar la vejez como una oportunidad, como la posibilidad de reinventarnos, una etapa en que la sabiduría adquirida por la experiencia, que desarrolle un papel central en la sociedad⁵.

El enfoque de Gerociencia del Instituto Nacional de Geriatria (INGER) tiene por objetivo aprovechar los avances de la biología, la cual ofrece oportunidades para prevenir la enfermedad, prolongar la esperanza de vida sana e impedir la dependencia. Comprender los factores personales y culturales que implica el envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas mayores⁶.

Se postula que debido a que el envejecimiento subyace a muchas enfermedades y condiciones de discapacidad, aquellas intervenciones que puedan retrasar el envejecimiento podrían también prevenir o retrasar simultáneamente la aparición de estos trastornos⁷.

La comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades en la

vejez podría ser determinante para curar, limitar, o al menos posponer la aparición y/o severidad de múltiples enfermedades crónicas. Si nos atenemos a esto y llegamos a comprender esos mecanismos, tendremos en nuestras manos la opción de intervenir con antelación suficiente para, en última instancia, poder lograr una mayor esperanza de vida sana, libres de enfermedad y discapacidad⁸.

Por otro lado, podemos describir a la gerontología preventiva, como el estudio y puesta en práctica de los diferentes elementos relacionados tanto con el estilo de vida, como con el control del medio ambiente y el cuidado de la salud, con el fin de maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible.

Hablar de gerontología nos lleva a describir siete trayectorias asociadas al envejecimiento: saludable, exitoso, activo, normal, frágil, patológico y dependiente. Este es un sinónimo de envejecimiento sin discapacidad, este se asocia a los hábitos saludables, es decir, a todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de actividad física correctamente planificada⁹.

Mendoza⁹, expresa que el envejecimiento saludable requiere de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal. Los estilos de vida que han mostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: una alimentación adecuada, ejercicio físico, periódico y seguro; higiene personal adecuada, sueño suficiente y reparador, recreación y alta autoestima.

Por otra parte, el envejecimiento exitoso ha recibido muchas definiciones a lo largo de los años, siendo la más conocida la propuesta de Rowe, un médico; y Kahn, psicólogo, quienes afirman que “el envejecimiento exitoso sería aplicable a aquellas personas con baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, con un alto nivel de funcionamiento físico y cognitivo y una implicación activa con la vida, entendiendo esto como algo de valor social, no necesariamente económico” tras varias críticas sobre el enfoque de Rowe y Kahn, se propusieron una alternativa de modelos teóricos como los de Baltes y Riley, pero según Kahn, en realidad representan una necesaria integración del modelo inicial¹⁰.

Existe un estudio de 2018 realizado en personas mayores donde se concluyó que la fragilidad estaba mayormente presente en mujeres y que quienes eran pensionados / jubilados y casados tenían menor riesgo de presentarla, también se identificó que el envejecimiento exitoso se asocia a un menor grado de fragilidad¹¹.

Petreto¹⁰, describe que el envejecimiento exitoso lo presenta entre un 5 y 15% de la población, y este porcentaje podría incrementarse promoviendo el desarrollo de programas de envejecimiento saludables en el marco del envejecimiento activo.

Asimismo, este autor nos comparte el tipo de envejecimiento usual o normal, donde además de los cambios inherentes a la edad, se padece de alguna enfermedad crónica degenerativa, tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, depresión, osteoporosis, etc.

No obstante, tiene una buena funcionalidad física, mental y social, y por lo tanto, son independientes. Se estima que alrededor del 80% de la población de 60 años y más vive este tipo de envejecimiento.

Por otro lado, Havighurst ha sido reconocido como el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo, que ya en 1961 proporcionó la primera definición de envejecimiento con éxito. En el primer número de la revista *The Gerontologist*, dicho autor describió el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital¹².

Según la OMS, el envejecimiento activo es el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a la mejora del bienestar y la calidad de vida según la gente envejece; permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico y social”. (OMS, 2002). El término “activo” se refiere a que los adultos mayores participen de manera continua, ya sea como individuos o en grupo, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos en los que están inmersos¹².

López¹³, describe algunos tipos de envejecimiento patológicos, estos son: el envejecimiento metabólico, relacionado con la acumulación y descomposición de sustancias en el cuerpo; el envejecimiento inmune que se relaciona con las respuestas inmunológicas disminuidas del organismo frente a las infecciones y otros

ataques; el envejecimiento hepático relacionado por el cual se desarrollan varios trastornos y finalmente describe el envejecimiento nefrológico, relacionado con la afectación de los sistemas de eliminación de desechos.

En el envejecimiento patológico hay una mala autoevaluación del estado de salud, la persona tiene deterioro cognitivo y se le han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo, se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros¹⁴.

El envejecimiento patológico es aplicable a personas con altos niveles de dependencia y deterioro, y existiría una modalidad intermedia cuyo funcionamiento tanto físico como cognitivo estaría situado entre las 2 opciones anteriores denominado envejecimiento normal o usual¹⁵.

El envejecimiento con fragilidad es en el que además de los cambios inherentes de la edad, se muestra una disminución acentuada en la eficiencia a la respuesta funcional de los órganos y sistemas propiciando alteraciones físicas y complicaciones ante enfermedades agudas y crónicas. En general, si ha envejecido en fragilidad, es porque sus enfermedades están descontroladas, son débiles y dependientes en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene, deambulaci3n, etc.) También, manifiestan afectaciones significativas en la funcionalidad social y cognitiva¹⁵.

Se estima que el envejecimiento con fragilidad se presenta en alrededor del 5% de los ancianos de 60 a 84 años y se incrementa en un 20% o más a partir de los 85 años. Lo que en nuestra cultura se traduce como adulto mayor en fragilidad.

Finalmente, la trayectoria de envejecimiento dependiente se asocia con personas adultas mayores imposibilitadas para efectuar las actividades de la vida diaria, que requieren de apoyo constante de cuidadores para desarrollarlas. Los niveles de dependencia pueden ser desde moderados hasta la total dependencia¹⁶.

Por todo lo descrito anteriormente lo único común en el proceso de envejecimiento, es la diversidad en la trayectoria. El envejecimiento es un proceso distinto

para cada persona, incluso, expertos han trabajado por definir tipos de envejecimiento ya que no se presenta el mismo en toda la población, entendiendo que el contexto cultural, social, político y ambiental varía con las regiones, pero también, está dado por el propio concepto del individuo acerca del envejecimiento y principalmente por el estilo de vida.

Lo anterior lleva a concluir que el envejecimiento es único y que cada persona es quien decide como desea vivir dicha etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual es influida directamente por el contexto donde esté inmersa¹⁶.

En la presente investigación se parte de la pregunta: ¿Cuál es la frecuencia de las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca?

El objetivo fundamental fue valorar las trayectorias de envejecimiento de un grupo de adultos mayores de la Casa de Día del DIF, Toluca y de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca. La hipótesis de trabajo fue que las trayectorias: patológica, en fragilidad y normal, son las más comunes en este grupo humano.

La idea fundamental es que la trayectoria de envejecimiento es predictora del estado de salud, y productividad de las personas, asimismo está estrechamente relacionado con los gastos sanitarios.

Metodología

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, se ubica en la línea de investigación salud, sentido de vida e independencia funcional; del cuerpo académico de Gerociencia y curso vital humano. El universo de estudio fueron adultos mayores, la población seleccionada, es de la Casa de Día del DIF, Toluca; y pacientes adultos mayores de la consulta de Geriatria del hospital general ISSTE, Toluca (118 personas en total).

La muestra fue de 40 personas; el muestreo es de tipo no aleatorio, es decir,

por conveniencia respetando la libre elección de los que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores entre 60 - 90 años de edad, de ambos géneros, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron: adultos mayores que no aportaran información completa y quienes padecieran algún tipo de demencia.

El instrumento de investigación constó de un cuestionario de elaboración propia con 20 preguntas relacionadas con los datos generales del sujeto, las enfermedades y el tratamiento farmacológico que recibe, así como de su capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales.

Se hizo uso de indicadores de la trayectoria, para determinar el tipo de envejecimiento (1) Envejecimiento saludable, 2) Envejecimiento exitoso, 3) Envejecimiento activo, 4) Envejecimiento normal, 5) Envejecimiento frágil, 6) Envejecimiento patológico y 7) Envejecimiento dependiente) cada una de las trayectorias contó con cinco criterios de valoración los cuales fueron estructurados en base a las definiciones expuestas por expertos del envejecimiento como Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrasco. También, se usó la “Escala clínica de fragilidad Dalhousie University”, con nueve niveles de fragilidad que resume el nivel general de condición física o fragilidad de un adulto mayor (1. Personas muy activas, robustas y, activas, 2. Personas que no tienen síntomas de enfermedad, 3. Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, 4. Personas con muy leve fragilidad, 5. Personas con necesidad de ayuda con actividades instrumentales, 6. Persona con fragilidad moderada, 7. Persona con fragilidad severa, 8. Persona con fragilidad grave y 9. Persona en estado terminal).

Validada para aplicación en el ámbito clínico. También se aplicó, así como el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. La técnica para obtener datos fue el cuestionario y el análisis documental; también se utilizó la inspección del hábito exterior.

Según el Reglamento de la Ley General de Salud, en el Art. 17, del Capítulo I, del Título II relativo a la Investigación de Seres Humanos, el Estudio se clasifica de Tipo I, es decir se aplican instrumentos de investigación documental que no genera

riesgo para los sujetos de estudio, no obstante, firmaron el documento de consentimiento válido informado. Tramitada la solicitud, las instituciones de la Casa de Día del DIF, Toluca y el Hospital General ISSTE, Toluca dieron su permiso para realizar la investigación.

Resultados

A continuación, se presenta la Tabla No.1 que resume las variables sociodemográficas más importantes del estudio en donde podremos apreciar que el 80% de la muestra pertenece al género femenino. La media de edad fue de 78 años con una desviación estándar de ± 7.5 .

El 23% de la muestra tiene un oficio remunerado económicamente mostrando una mayor productividad en adultos mayores entre 71 a 80 años. Por otro lado, 65% se dedica al hogar principalmente, mujeres; mientras que el 13% no realiza ninguna actividad, existiendo mayor participación de las mujeres.

Respecto a la escolaridad el 53% de la muestra tiene estudios hasta el nivel primaria, 25% secundaria, el 13% corresponde a estudios de preparatoria y sólo 10% con licenciatura.

La morbilidad del sistema cardiovascular es la más elevada (30%), padeciendo, principalmente hipertensión arterial. El deterioro cognitivo leve es la afección más común relacionada al sistema nervioso (23%).

En el sistema endócrino con el 20% destaca la diabetes mellitus. El 7% corresponde al Sistema osteomuscular con la artritis reumatoide. El 6% en aparato respiratorio con padecimientos de asma y EPOC.

Un 5% corresponde a otros padecimientos como la obesidad. Con el 4% corresponde al sistema visual con la afección de glaucoma entre los adultos mayores. El promedio del número de enfermedades es de 2.75. En la muestra se describen porcentajes respecto a la muestra total de enfermedades detectadas.

Tabla No.1

Datos sociodemográficos de las personas adultas mayores

1. Sexo según la edad								
		Masculino		Femenino				
		3%		20%				
60 a 70 años								
71-80 años		10%		43%				
81 años- 90 años		8%		18%				
2. Ocupación de las mujeres por edad								
		Ama de casa		Comerciante		Ninguna		
60 a 70 años		18%		8%		0%		
71-80 años		30%		10%		8%		
81 años- 90 años		18%		5%		5%		
3. Escolaridad de las personas adultas mayores								
Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		
53%		25%		13%		10%		
4. Morbilidad de las personas adultas mayores								
Sistema Cardiovascular	Sistema Nervioso	Sistema Endócrino	Sistema Respiratorio	Sistema Osteomuscular	Sistema Visual	Sistema Digestivo	Sistema Urinario	Otras
30%	23%	20%	6%	7%	4%	3%	2%	5%

N=40

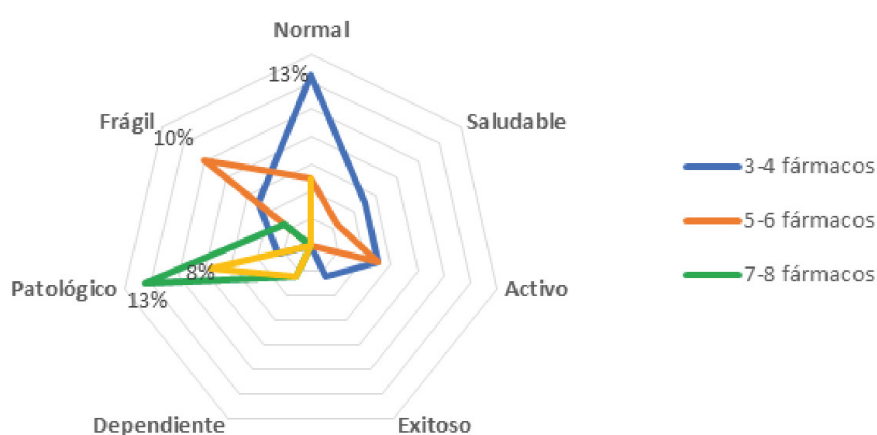
Nota: Cuadro de resumen de datos sociodemográficos, 2023.

Respecto a la gráfica No. 1, el 38% de la muestra toma entre 3 a 4 medicamentos, en ellos es más frecuente el envejecimiento normal (13%). El 25% que consume de 5 a 6 medicamentos muestra un envejecimiento principalmente frágil (10%).

Los que ingieren de 7 a 8 medicamentos (20%) y los que consumen de 9 a 10 medicamentos (18%) destaca en ellos un envejecimiento patológico.

Gráfica No. 1

Trayectoria de envejecimiento y polifarmacia

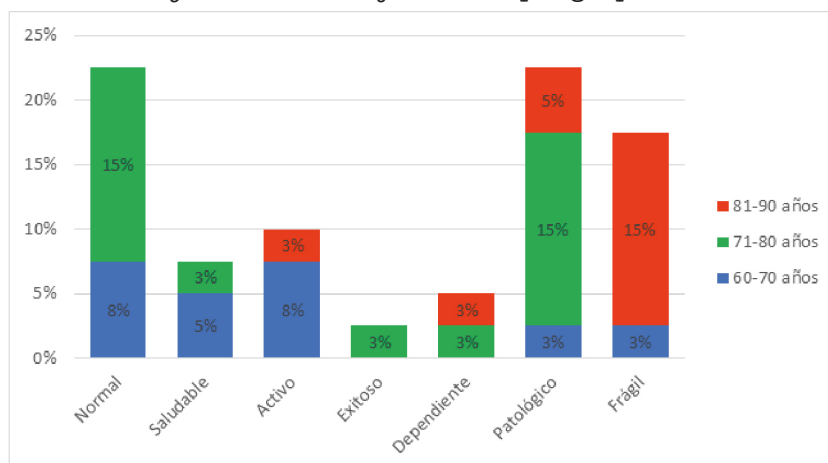


Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Respecto al gráfico No. 2, el grupo etario de 60 a 70 años muestra una trayectoria de envejecimiento activo (8%) y normal (8%). Los adultos mayores entre 71 a 80 años destacan por un envejecimiento patológico y un envejecimiento normal (15% respectivamente). El envejecimiento frágil es la trayectoria que predomina en los adultos mayores de 81 a 90 años.

Gráfica No. 2

Trayectoria de envejecimiento por grupo etario

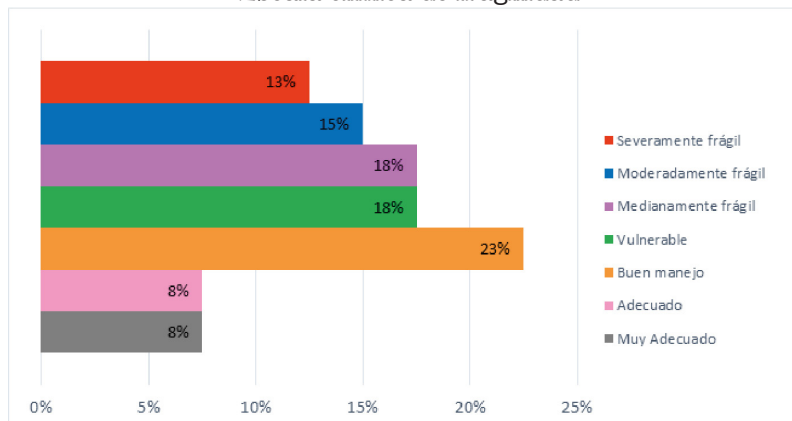


Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Respecto al gráfico No. 3, sumados los porcentajes de fragilidad mediana, moderada y severamente, se identifica que el 46% de la muestra tiene algún grado de fragilidad. El 23 % de buen manejo, se relaciona al control de sus trastornos de salud y la limitación de la dependencia. Sumados los niveles de adecuado y muy adecuado se tiene el 16% de la muestra.

Gráfica No. 3

Escala clínica de fragilidad



Nota: Cuadro de resumen de datos, 2023. n=40

Discusión

Según Mendoza⁹, alrededor del 80% de la población de 60 años y más tiene un envejecimiento normal; sin embargo, la muestra analizada tiene mayor distribución hacia trayectorias de envejecimiento negativas (patológica y frágil). La polifarmacia, relacionada con el envejecimiento patológico afecta de manera adversa la trayectoria de envejecimiento. Como lo expresan Gutiérrez y Kershenovich⁵, los cambios de los individuos a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo; un cambio negativo en cualquier ámbito de su contexto puede cambiar su trayectoria de envejecimiento.

Se identificaron dos combinaciones dentro de la trayectorias de envejecimiento, el 10% los participantes mostraron un envejecimiento activo y normal; y el 3% tienen trayectoria saludable y exitosa. Lo cual es comprensible porque a pesar de la comorbilidad y de un ligero deterioro funcional, son personas que aún buscan el ingreso económico con un trabajo remunerado.

El grado de fragilidad identificado es alto (46%). Aunque predomina el buen manejo, la menor proporción es la que tiene un manejo adecuado y muy adecuado; aunque el porcentaje de fragilidad es más bajo que en el estudio de Carrasco-Peña¹⁶, el cual reporta 61,7% de fragilidad, debe considerarse como factor de riesgo en la trayectoria de envejecimiento.

Conclusiones

Las trayectorias de envejecimiento patológica, frágil y dependiente obligan a utilizar un exceso de fármacos debido a la comorbilidad, se pretende mejorar la funcionalidad del adulto mayor, ya que los fármacos han sido una herramienta útil para el control de diversas enfermedades e incluso para prolongar la vida, pero los fármacos no curan, y es aquí cuando se establece una correlación de dependencia negativa.

En conjunto con la participación de expertos en salud y de los adultos mayores que representan un envejecimiento saludable, se debe trabajar para preservar estas trayectorias positivas, asimismo, motivar a alcanzar todavía una mejor calidad de vida y seguir siendo económicamente activo.

El sistema educativo, el sistema de salud, la familia, en conjunto con el propio individuo deben sembrar desde edades tempranas la reflexión sobre la trayectoria de envejecimiento, cultivar el autocuidado, la responsabilidad y el amor propio, porque de ello se generan hábitos positivos que impactan en nuestra manera de pensar y vivir. La persona, desde etapas tempranas, debe empoderarse, para alcanzar la trayectoria de envejecimiento positivo al que aspira.

Referencias

1. López-Ortíz B. Los cuatro tipos de envejecimiento que existen, La Vanguardia. [Internet] 2020 Available from: <https://www.lavanguardia.com/vivo/longevity/20220507/8249571/cuatro-tipos-envejecimiento-nbs.html>
2. Cenobio-Narciso FJ., Guadarrama-Orozco JH., Medrano-Loera J. Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica; principales conceptos y principios metodológicos. Bol Med Hosp Infant Mex. [Internet] 2019; 76:203-209. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v76n5/1665-1146-bmim-76-05-203.pdf>
3. Gutiérrez-Robledo LM., Kershenovich-Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, [Internet] 2015. UNAM, Coordinación de la Investigación Científica Available from: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/GERIATRIAenvysaludweb.pdf>
4. Meza-Achahue KC. Generación de protocolo para la medición y ejecución de actividades de divulgación de la gerociencia. Santiago, Chile: Universidad de Chile – Facultad de Ciencias. [Internet] 2021. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/183219/GENERACI%c3%93N-DE-PROTOCOLO-PARA-LA%20MEDICI%c3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Hetz-Flores CA. La gerociencia, repensando la vejez. Universidad de Chile. [Internet] 2019. Available from: <https://www.uchile.cl/noticias/153209/la-gerociencia-repensando-la-vejez>
6. Instituto Nacional de Geriatria. Enfoque de la Gerociencia, Boletín marzo, 2018;1(2):8.
7. Castro-Fuentes R. La hipótesis de la Gerociencia, Envejecimiento en Red. [Internet] 2016. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/3106038988>

8. Cobas-Cobiella ME. El derecho ante el envejecimiento. R.E.D.S. [Internet] 2019; (14):1926. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7219558.pdf>
9. Mendoza-Nuñez VM. Envejecimiento y vejez. INGER. [Internet] 2018 Available from: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
10. Petretto DR., Pili R., Gaviano L. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. Revista Española de Geriatria y Gerontología, [Internet] 2016; 51 (4): 229-241. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-exito-o-saludable-S0211139X1500205X>
11. Carrazco-Peña K. B., Farias-Moreno K., Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet] 2018;53(1): 23-25. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.011>
12. INAPAM. El envejecimiento activo favorece la calidad de vida de las personas adultas mayores. Gobierno de México. [Internet] 2019. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-envejecimiento-activo-favorece-la-calidad-de-vida-de-las-personas-adultas-mayores>
13. Tamayo JG. Mecanismos de envejecimiento vascular una perspectiva desde la gerociencia JACC Focus Seminar. [Internet] 2020; 75 (8) Available from: https://scc.org.co/mecanismos-de-envejecimiento-vascular-una-perspectiva-desde-la-gerociencia/http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Envejecimiento%20y%20vejez.pdf
14. González CA., Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública de México. [Internet] 2007; 49(4): 448-458. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003
15. Navarro-González E., Becerra-Reina D., Calero, M. Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet] 2015; 50 (1): 9-15. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X14001371>

16. Alvarado-García AM., Salazar-Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. [Internet] 2014;25(2):57-62. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Anexos

Anexo No.1

Criterios para la clasificación de las Trayectorias de Envejecimiento

Trayectoria de envejecimiento	Criterios
1. Envejecimiento saludable:	1. Se manifiesta a temprana edad (prevención) 2. Alta capacidad en actividades básicas e instrumentales 3. Ninguna enfermedad crónica 4. Estilo de vida positivo (buenos hábitos) 5. Adaptabilidad, autosuficiente con satisfacción personal
2. Envejecimiento exitoso:	1. Ausencia o baja probabilidad para enfermar y de discapacidad relacionada a enfermedad 2. Alta capacidad cognitiva y funcional; independiente (más allá del número de enfermedades y fármacos que ingiere) 3. Activo compromiso con la vida (relaciones interpersonales y actividad productiva – de valor social no necesariamente económico) 4. Se adapta a la jubilación “mejor de lo habitual” 5. Alto nivel de cultura
3. Envejecimiento activo:	1. Una enfermedad crónica 2. Dificultad en alguna actividad instrumental 3. Sin deterioro cognitivo 4. Desempeña un potencial de bienestar físico y social 5. Empoderamiento y participación en lo económico y social
4. Envejecimiento normal:	1. Presenta 1 o 2 enfermedades crónicas 2. Ligera incapacidad funcional sin dependencia 3. Ligero o sin deterioro cognitivo 4. Red de apoyo (familia) 5. Riesgo a presentar síndromes geriátricos
5. Envejecimiento frágil:	1. Afección significativa en la función social y cognitiva 2. Edad avanzada (80 años o más) 3. Dependiente para actividades instrumentales – autonomía afectada 4. Deterioro funcional con alta posibilidad de desarrollar síndromes geriátricos 5. Vive solo, malnutrición, bajo nivel de cultura, nivel socioeconómico bajo.
6. Envejecimiento patológico:	1. Deterioro cognitivo 2. Presenta 2 o más enfermedades crónicas o discapacidad 3. Estado funcional afectado en varias dimensiones 4. Dependencia parcial o total 5. Presenta algún síndrome geriátrico (polifarmacia)
7. Envejecimiento dependiente:	1. Imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria (dependencia total) 2. Limitación en la función cognitiva y física 3. Situación de abandono (red de apoyo deficiente) 4. Comorbilidad 5. Poca o nula participación en la sociedad

Nota: Elaboración propia en base en Rowe y Kahn, Petretto, Havighurst, López, Alvarado y Carrazco.