

# APUNTE SOBRE DISCAPACIDAD Y ENVEJECIMIENTO



**AUTOR**

**Demetrio Casado**  
Director Técnico del Real Patronato  
sobre Discapacidad

Doctor en Farmacia y Técnico Superior de Administración de la Seguridad Social.

Tras desempeñar varios cometidos en el sector privado de objeto social, se incorpora en 1967 al entonces denominado Programa de Promoción Profesional Obrera. Desempeñó puestos de dirección técnica en dicho organismo y, después, en el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos, en el Servicio de Universidades Laborales y en el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

A partir de 1985 fue Secretario Ejecutivo, y actualmente Director Técnico del Real Patronato sobre Discapacidad.

Con una trayectoria de más de treinta años en el campo de la política social, su trabajo se ha desarrollado tanto en el sector privado voluntario como en el público, con una amplia experiencia, asimismo, en la docencia y en el trabajo práctico.

Cuenta en su haber con una amplísima bibliografía relacionada con temas sobre sociología en general, sociología de los problemas sociales, política social, servicios sociales, discapacidad, pobreza, marginalidad.

**CIERTAS CLASES DE DEFICIENCIAS SE AGRAVAN CON EL AVANCE DE LA EDAD Y/O PUEDEN PROPICIAR EL ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS AFECTADAS. POR OTRA PARTE, SE REGISTRA UNA FRECUENCIA CRECIENTE DE LA DISCAPACIDAD EN LOS ESTRATOS DE POBLACIÓN DE MAYOR EDAD. ESTOS SON LOS DOS ASUNTOS QUE, DE MODO SUMARIO, TRATO SEGUIDAMENTE. ANTES DE ABORDARLOS, CREO NECESARIO RESEÑAR ALGUNAS REFERENCIAS CONCEPTUALES Y TERMINOLÓGICAS BÁSICAS.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud<sup>(1)</sup>. En dicho instrumento se conceptúa la discapacidad como la alteración, por una parte, de la integridad funcional y estructural y, por otra, de las actividades y la participación<sup>(2)</sup>. Me atenderé a esta noción genérica, salvo cuando emplee el término "deficiencia", que en la fuente citada se asigna al nivel bio-psíquico de la discapacidad: "Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida."

### **1. AGRAVAMIENTO Y ENVEJECIMIENTO**

Cuando, hace ya más de un cuarto de siglo, se configuraron en España las nociones de subnormalidad y minusvalía, parecía predominar la idea de que se referían a fenómenos estables, al contrario de la enfermedad. Pero esa pretendida invulnerabilidad de tales menoscabos a la acción del tiempo humano, presenta muchas y graves excepciones, por agravamientos intrínsecos o por la emergencia de alteraciones asociadas. Tales cambios suponen, no pocas veces, procesos de envejecimiento.

Los casos más obvios de agravamiento se dan en las deficiencias derivadas de, o consistentes en, enfermedades degenerativas. La esclerosis lateral amiotrófica tiene una prevalencia modesta: 1 por 10.000, según el Departamento de Asuntos Científicos de ADELA. Pero merece ser recordada por la intensidad de su evolución y por la gravedad de sus manifestaciones anatomofisiológicas, así como por el impacto discapacitante muy fuerte y rápido de las mismas. La enfermedad de Alzheimer es otra enfermedad-deficiencia de carácter degenerativo, cuya relevancia estriba tanto en la gravedad de sus síntomas como en la incidencia que va alcanzando en las sociedades

envejecidas: entre el 5 y el 7% de las personas mayores de 65 años, según la Fundación Alzheimer España, se ven afectadas.

Me parece que deben ser objeto de una consideración diferenciada las deficiencias que, sin derivar de enfermedades típicamente degenerativas, presentan una proporción importante de casos de agravamiento por efecto del tiempo, como por ejemplo el síndrome post-polio. Tras la afección poliomiélica, se consiguieron algunas mejoras por recuperación neurológica y funcional, después de lo cual siguieron bastantes años de estabilidad de las deficiencias o secuelas resultantes, para producirse finalmente en muchos casos un agravamiento<sup>(3)</sup>.

También me parece que constituye un fenómeno diferente la emergencia de enfermedades asociadas por nexos genéticos o funcionales a ciertas alteraciones de la salud y sus discapacidades derivadas. Entre los afectados por el síndrome de Down se registran más casos de envejecimiento prematuro y patológico que en la población general<sup>(4)</sup>.

### **2. RESPUESTAS CENTRADAS EN LA ENFERMEDAD, LA DISCAPACIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO**

La evidencia de que ciertas discapacidades se agravan y/o propician el envejecimiento de los afectados está dando lugar a diversas iniciativas. Sus enfoques suelen combinar, tomados de dos en dos, los puntos de vista de la enfermedad, la discapacidad y el envejecimiento.

La esclerosis lateral amiotrófica, por su propia naturaleza, requiere cuidados médicos continuados y aún eventuales intervenciones quirúrgicas. Pero también necesita esta enfermedad-deficiencia actuaciones rehabilitadoras, de adaptación del entorno y de asistencia personal orientada a salvar o paliar las limitaciones de actividad y las restricciones de participación que aquella origina. ➤

(1) IMSERSO, Madrid, 2001.

(2) Op. cit., p. 11

(3) R. B. Trieschmann, *Envejecer con discapacidad*, Fundación Institut Guttmann, Barcelona, 1995, p. 96.

(4) J. Flórez, "El envejecimiento de las personas con síndrome de Down", *Revista síndrome de Down*, 17, 2000.



➤ El Alzheimer se desarrolla como un proceso de senilidad patológica, en el que enfermedad, discapacidad y envejecimiento aparecen y deben ser afrontados de modo integrado.

El envejecimiento prematuro de las personas con deficiencia mental, especialmente las afectas de síndrome de Down, ha dado lugar en nuestro propio país a la incorporación de criterios y procedimientos geriátricos y gerontológicos en la intervención habitual relativa a estas personas. Debo hacer la salvedad, no obstante, de que dicha iniciativa se debe mucho más a los gestores y técnicos de la discapacidad, que a sus colegas del envejecimiento. A mi parecer, la deficiencia mental ha dado lugar a un sistema de respuestas muy identitario y muy corporativo. En ello radica su seguridad y, también, cierto aislamiento.

El síndrome post-polio, pese a haber sido identificado en los EE.UU. hace más de quince años, sólo recientemente comienza a ser objeto de atención en España. Y no por obra de los órganos veteranos en la causa de la polio, sino por agentes nuevos, como la Asociación de Afectados de Polio y Post-polio y, en el orden médico, la joven profesora Ana Águila. La nueva entidad biológica supone la transformación, al cabo de veinte y más años, de una discapacidad estable en un curso de agravamiento de las secuelas de la enfermedad en algún modo asimilable a los procesos de envejecimiento.

### 3. ASOCIACIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y LA MAYOR EDAD

Una parte de las causas conocidas de defectos congénitos al nacer son de carácter genético. La primera conciencia de la etiología genética de enfermedades y malformaciones se refería principalmente a ciertos defectos que aparecen en el recién nacido: síndrome de Down, defectos de cierre del tubo neu-

ral, fenilcetonuria, etc. Pero se va ampliando progresivamente la evidencia de que muchas enfermedades que emergen en el curso de la vida tienen también origen genético. Entre las que dan lugar a deficiencias importantes, cabe citar como ejemplos la retinosis pigmentaria, la enfermedad de Parkinson, las ataxias hereditarias o ciertas cardiopatías. En rigor, se va asentando la hipótesis de que, dejando aparte las enfermedades infecciosas y los daños por traumatismo, el grueso de la patología humana, incluyendo las enfermedades más relevantes desde un punto de vista epidemiológico (cáncer, enfermedades cardiovasculares), tiene origen o mediación genética. El transcurso del tiempo acumula las posibilidades de que ese bloque nosológico se manifieste, de modo que los estratos de mayor edad tienen más riesgo de

fermedades no genéticas –salvo las crónicas– y los traumatismos, pero sí da lugar a que se sumen las secuelas permanentes de unas y otros, vale decir, las deficiencias derivadas de aquellas causas o, nuevamente, de tratamientos inadecuados. Por lo demás, y como es bien sabido, las edades de la madurez avanzada y de la vejez incrementan la vulnerabilidad del hombre a la enfermedad y, también, a las discapacidades que las mismas generan.

El efecto acumulado de los procesos apuntados queda de manifiesto en la tabla. Salvo para el intervalo de cero a cinco años, en el que resulta problemático apreciar la discapacidad, las cifras porcentuales muestran una tendencia regular de incremento de la frecuencia relativa de la discapacidad en el curso de la edad.

### PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD, POR INTERVALOS DE EDAD. ESPAÑA, 1999

INTERVALOS DE EDAD (años)	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
	NÚMERO	%
0-5	49.576	2,2
6-14	61.337	1,7
15-24	110.285	1,9
25-34	185.906	2,8
35-44	230.251	4,0
45-54	305.909	6,4
55-64	512.304	13,0
65 y más	2.072.652	32,2
<b>TOTAL</b>	<b>3.528.220</b>	<b>9,0</b>

Fuente: Elaboración de Website a partir de Instituto Nacional de Estadística, "Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Avance de Resultados. Datos básicos", Madrid, INE, 2001.



haber adquirido secuelas duraderas, es decir, deficiencias generadas por las enfermedades de origen o condicionamiento genéticos, o por su defectuoso tratamiento.

El curso del tiempo no es ocasión necesaria para que se acumulen las en-

### 4. DE LA SEPARACIÓN A LA CONFLUENCIA

La fuerte asociación de la discapacidad con la edad avanzada contrasta con la pauta tradicional de compartimentación social, sociológica, técnica y buro-

crática de ambos fenómenos. En las iniciativas privadas predomina esa pauta de separación como podemos ver en los sujetos y los objetos de asociaciones, fundaciones, servicios comerciales y muchas actividades circunstanciales. En la esfera pública ocurre lo mismo, según muestra este texto: "El Plan de Acción para las personas con discapacidad se dirige de forma prioritaria, aunque no exclusiva, a las personas con discapacidad y/o minusvalía, menores de 65 años, ya que a los mayores de esta edad se les presta la atención correspondiente a través de los centros y servicios dirigidos a la tercera edad."<sup>(5)</sup>

A mi parecer, la pauta de división de las acciones de o para la discapacidad y la edad avanzada tiene su principal fundamento en el hecho de que esta última circunstancia biológica ha servido de base a la configuración de estatus sociales. Pensemos en la *senectute* romana o en nuestra jubilación. Ahora bien, sin perjuicio de tales referencias estructurales, se va abriendo paso la conciencia de ciertas coincidencias técnicas de la discapacidad y la edad mayor.

En el orden político-social, la edad avanzada ha venido siendo apreciada como circunstancia eximente del deber de trabajar. De ahí derivan desde las autorizaciones medievales y renacentistas para la mendicación en favor de los que entonces eran considerados viejos hasta la contemporánea jubilación pensionada. Pero en la edad avanzada la discapacidad alcanza en muchos casos a cometidos más básicos que el laboral, como son los que han dado en llamarse actividades de la vida diaria. Esta manifestación de la discapacidad en la edad avanzada está siendo asumida en el mundo occidental como parte del fenómeno de la dependencia personal. Tal situación no es privativa de las edades mayores, pero su prevalencia en ellas –como, en general, la discapacidad– es muy alta.

## ESPERANZA DE VIDA SIN DISCAPACIDAD EN ALGUNOS PAÍSES DESARROLLADOS Y POSIBLES FACTORES

PAÍSES	ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA A DISCAPACIDAD EN AÑOS (Estimaciones 1997 y 1999)	ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AÑOS (1999)		RANGO POR GASTO SANITARIO PER CÁPITA (1997)
		Varones	Mujeres	
Japón	74,5	77,6	84,3	13
Australia	73,2	76,8	82,2	17
Francia	73,1	74,9	83,6	4
Suecia	73,0	77,1	81,9	7
España	72,8	75,3	82,1	24
Italia	72,7	75,4	82,1	11
Grecia	72,5	75,5	80,5	30
Suiza	72,5	75,6	83,0	2
Canadá	72,0	76,2	81,9	10
Holanda	72,0	75,0	81,1	9
Reino Unido	71,7	74,7	79,7	26
Noruega	71,7	75,1	82,1	16
Bélgica	71,6	74,5	81,3	15
Austria	71,6	74,4	80,4	6
Luxemburgo	71,1	74,5	81,4	5
Finlandia	70,5	73,4	80,7	18
Alemania	70,4	73,7	80,1	3
USA	70,0	73,8	79,7	1
Irlanda	69,6	73,3	78,3	25
Dinamarca	69,4	72,9	78,1	8
Portugal	69,3	72,0	79,5	28

Fuente: OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2000, 2000, pp. 36 a 42, 17 a 23 y 12 a 15.

Por la circunstancia epidemiológica indicada y por las importantes medidas que se están adoptando<sup>(6)</sup> y se proyectan, resulta evidente que el movimiento pro atención de la dependencia es un ancho puente por el que la discapacidad y la edad avanzada se conectan.

Creo yo que se irán produciendo otros nexos materiales o técnicos, porque ya ha tenido lugar una muy importante conexión en el plano del conocimiento. Me refiero a la formulación del concepto de esperanza de vida libre de discapacidad.

El objetivo más general de la acción sanitaria contemporánea fue y es el incremento de la esperanza de vida. Los avances en tal sentido fueron tan importantes en el siglo pasado que la OMS creyó oportuno marcar una nueva meta, ahora de carácter cualitativo. El

ideal de lograr años para la vida fue complementado con la invitación a procurar "vida a los años". Pues bien, una de las expresiones técnicas de este objetivo es la esperanza de vida sin discapacidad, en la que los dos fenómenos objeto de esta exposición se articulan.

Por cierto, como puede verse en la tabla, las primeras comparaciones internacionales relativas a la variable sanitaria enunciada sitúan a España en una posición muy favorable. Para confirmar este hecho será necesario esperar a disponer de más información y hasta no tenerla es prematuro entrar en interpretaciones y explicaciones. Con esta salvedad, observemos que la información de la última columna de la tabla no parece dar cobertura a la idea simple de que el principal factor de la buena salud estriba en el gasto sanitario. ■

(5) IMSERSO, Plan de acción para las personas con discapacidad. 1997-2002. Madrid, 1996, p. 35.

(6) Ver Gregorio Rodríguez Cabrero (coordinador), La protección social de la dependencia, IMSERSO, Madrid, 1999.