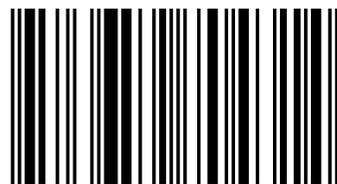


Compendio de gerontogeriatría

Compendio de gerontogeriatría es un conjunto de ensayos breves sobre temas candentes vinculados al envejecimiento de las personas donde se abordan temas fundamentales y precisos. Se expresan conocimientos gerontológicos y geriátricos diversos y se señalan propuestas de actuación para abordar la solución de los complejos problemas que afectan a los adultos mayores. La elección del temario y su desarrollo están basados en la necesidad de mirar la problemática del envejecimiento en forma integral y desde diferentes ángulos. Los adultos mayores tienen un pasado y un presente intransferibles y únicos en tanto personas individuales pero además transcurren sus vidas en contextos muy diferentes en lo cultural, en lo social, en la accesibilidad a servicios sociales y sanitarios que les son imprescindibles, en ayudas y soportes sociosanitarios, económicos y afectivos, en la consideración y estima pública y familiar; en la inclusión en los espacios sociales, educativos, culturales y de esparcimiento.



Leonardo Strejilevich. Médico. Máster en gerontología por la Universidad Autónoma de Madrid. Dedicado a la neurogeriatría y gerontología. Ensayista. Periodista científico. Ex Docente Facultad de Medicina y Facultad de Farmacia y Bioquímica UBA y Facultad de Ciencias de la Salud Unsa. Premios académicos varios. Publicó 27 libros 430 trabajos varios.



978-3-659-70431-4

editorial académica **española**

Compendio de gerontogeriatría

Strejilevich

adae
editorial académica española



Leonardo Strejilevich

Compendio de gerontogeriatría

Ensayos breves acerca de temas candentes del envejecimiento

Leonardo Strejilevich

Compendio de gerontogeriatría

Leonardo Strejilevich

Compendio de gerontogeriatría

**Ensayos breves acerca de temas candentes del
envejecimiento**

Editorial Académica Española

Impressum / Aviso legal

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Información bibliográfica de la Deutsche Nationalbibliothek: La Deutsche Nationalbibliothek clasifica esta publicación en la Deutsche Nationalbibliografie; los datos bibliográficos detallados están disponibles en internet en <http://dnb.d-nb.de>.

Todos los nombres de marcas y nombres de productos mencionados en este libro están sujetos a la protección de marca comercial, marca registrada o patentes y son marcas comerciales o marcas comerciales registradas de sus respectivos propietarios. La reproducción en esta obra de nombres de marcas, nombres de productos, nombres comunes, nombres comerciales, descripciones de productos, etc., incluso sin una indicación particular, de ninguna manera debe interpretarse como que estos nombres pueden ser considerados sin limitaciones en materia de marcas y legislación de protección de marcas y, por lo tanto, ser utilizados por cualquier persona.

Coverbild / Imagen de portada: www.ingimage.com

Verlag / Editorial:

Editorial Académica Española

ist ein Imprint der / es una marca de

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Bahnhofstraße 28, 66111 Saarbrücken, Deutschland / Alemania

Email / Correo Electrónico: info@eae-publishing.com

Herstellung: siehe letzte Seite /

Publicado en: consulte la última página

ISBN: 978-3-659-70431-4

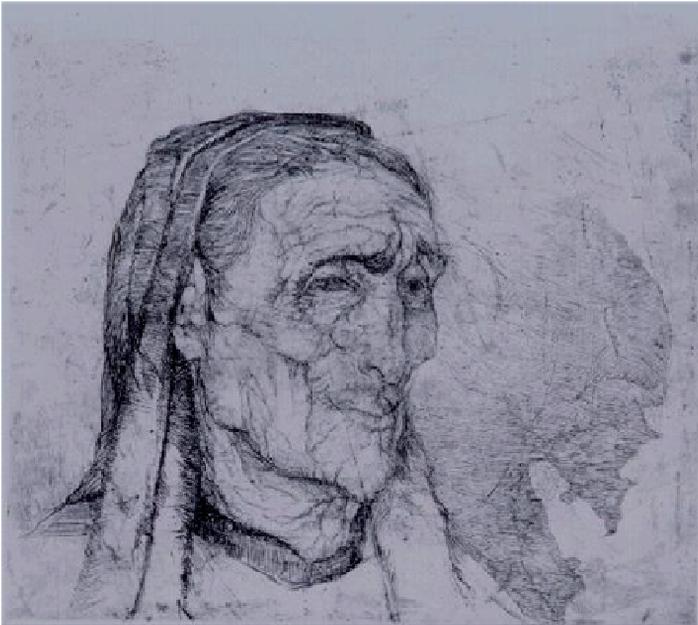
Copyright / Propiedad literaria © 2016 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Todos los derechos reservados. Saarbrücken 2016

LEONARDO STREJILEVICH

**COMPENDIO
DE
GERONTOGERIATRÍA**

ARGENTINA; 2016



“La vieja y su sombra”

Lino Enea Spilimbergo

Aguafuerte; 1922

INDICE

Prólogo	6
¿Qué es la gerontología?	7
Datos gerontológicos para un encuadre gerontológico social	15
Deuda social y vejez	27
Globalización y agotamiento	38
Educación y cultura en adultos mayores	45
Envejecimiento, mundo y economía	51
De lo fascinante a lo perturbador	57
Expresión sociosanitaria y demográfica de la vejez	61
Geriatría	67
Desnutrición en adultos mayores	75
A la hora de la vejez	91
Maltrato a los adultos mayores	93

Aislamiento de las personas mayores	105
Calidad de vida en adultos mayores	108
Deuda sociosanitaria con los adultos mayores	112
El retrato de Dorian Gray. La furia y la impotencia de envejecer.	117
Envejecimiento y viabilidad del sistema sanitario	123
Gerontología en frases	126
Juventud, divino tesoro	134
La medicina y la muerte del hombre en la postmodernidad	137
La salud mental de las personas mayores	144
La sobremodernidad y la vejez en Marc Augé	155
Las crisis de la vejez	160
Las piezas desgastadas	162
Los “gomer” del doctor Shem	164
Medicamentos. Mito y realidad	171

Muerte digna y derechos de los pacientes adultos mayores	187
Nadie enseña a envejecer	197
Necesidades y demandas de cuidados de las personas mayores	201
Odio envejecer	204
El viejo Oliver Wolf Sacks	208
Sanedrín o consejo de ancianos	214
Sindicatos de personas mayores	218
Sunamitismo	223
Vejez, actividad creadora y trabajo	230
Viejismo y otras cosas	239
Residencias para adultos mayores	246
Atención domiciliaria	253
Deseos de una vieja o viejo	256
A la hora de la vejez	258
Bibliografía	261

PRÓLOGO

Compendio de gerontogeriatría es un conjunto de ensayos breves sobre temas candentes vinculados al envejecimiento de las personas.

En otras oportunidades hemos publicado obras más extensas acerca de las materias gerontología y geriatría pero, en este caso, queremos abordar temas fundamentales y precisos.

Un discurso muy extenso, con muchas palabras, no siempre ayuda a aclarar los conocimientos y suele desdibujar las propuestas de actuación para abordar la solución de los problemas.

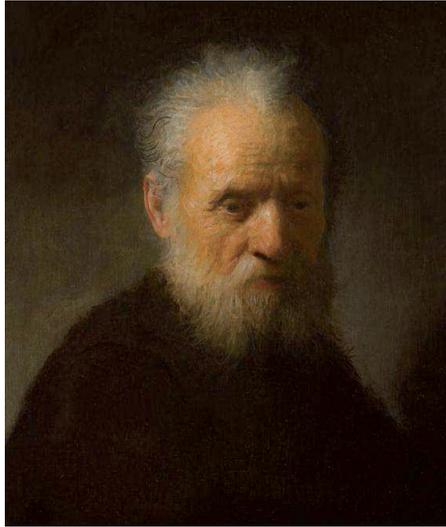
La elección del temario y su desarrollo están basados en la necesidad de mirar la problemática del envejecimiento de las personas en forma integral y desde diferentes ángulos. No escapa a un ciudadano alerta e interesado en la realidad social en la que está inmerso el hecho de que está rodeado y vinculado cada vez más con personas mayores.

Los adultos mayores tienen un pasado y un presente intransferibles y únicos y además transcurren sus vidas en contextos muy diferentes en lo cultural, en lo socioeconómico, en la accesibilidad a servicios sociales y sanitarios que les son imprescindibles, en ayudas y soportes sociosanitarios, económicos y afectivos, en la consideración y estima pública y familiar; en la inclusión en los espacios sociales, educativos, culturales y de esparcimiento.

Dr. Leonardo Strojilevich
Médico
Master en Gerontología
Universidad Autónoma de Madrid

¿QUÉ ES LA GERONTOLOGÍA?

Todos los seres humanos somos portadores de un nombre, de una historia singular o biográfica, estamos ubicados en la historia de un país, de una región, de una civilización y una cultura; somos depositarios y transmisores de todo ello.



Retrato de anciano con barba

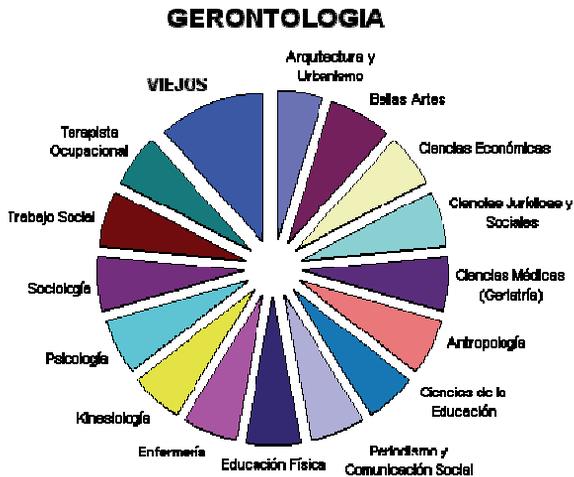
Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669)

1630

Gerontología es el estudio del envejecimiento y la vejez. Es una ciencia multi e interdisciplinaria en permanente renovación.

En la gerontología los aspectos biológicos, psicológicos, médicos, sociales, culturales, ambientales, bioéticos, jurídicos, económicos, expresivos y comunicacionales se entrelazan.

Abordar el estudio del envejecimiento y la vejez implica abarcar su dinámica y complejidad y mirar al adulto mayor en su contexto bio-psico-socio-cultural así como mirar y comprender los modos particulares de la vinculación e integración a la sociedad en la que vive.



La mayoría de los adultos mayores de hoy nacieron entre 1946 y 1955. Sus espíritus agitaron el Mayo Francés y vibraron en Woodstock en el mundo desarrollado. En la Argentina son, en su mayoría, descendientes de inmigrantes. Los adultos mayores de hoy lejos de sentirse cerca de la vejez planifican una vida que, para ellos, recién empieza y comienzan a guardar dinero porque la expectativa de vida es cada vez más larga, y a este ritmo....

Los viejos de hoy, que están sanos en su mayoría, para aquellos que tienen la suerte de poseer condiciones socioeconómicas adecuadas a su status social y buen nivel educativo y cultural nadan en piletas climatizadas o en el mar, caminan tres kilómetros cuatro veces a la semana, van al gimnasio otras tantas y cada vez que pueden se calzan las zapatillas y salen a correr. Estos son los baby boomers: la generación de los nacidos en pleno estallido de la natalidad, tras la Segunda Guerra Mundial una de las franjas etarias más enérgicas y numerosas sobre esta tierra. Lo cierto es que nunca antes hubo tanta gente sobre el planeta soplando 60 velitas y más: cada siete segundos, alguien celebra su ingreso en esta década. Quienes la recorren fueron jóvenes rebeldes, adultos transformadores, padres de mente abierta. Conocieron la represión y embanderan la libertad por encima de casi todo. Ahora una gran proporción de adultos mayores son dinámicos, activos; muy diferentes de sus progenitores y empiezan a planificar su envejecimiento como nunca antes lo hizo otra generación. Desde su adolescencia respiraron un clima que pocas veces se vivió con tal intensidad: sintieron que el mundo se podía cambiar. Se opusieron a la guerra. Colgaron por primera vez los pósters que empapan los cuartos de los jóvenes del nuevo milenio: Jimi Hendrix, Jim Morrison, Los Beatles, el Che. Construyeron familias con roles no tradicionales, y suelen cargar con divorcios e hijos de más de un matrimonio a cuestas. El envejecimiento los encuentra rompiendo masivamente con el estereotipo de haber cumplido muchos años. Se sienten jóvenes y llenos de energía, y no se trata de una fantasía.

El envejecimiento debería redimensionar algunas cosas: abrir momentos de elecciones nuevas; preguntarse qué se quiere hacer y cómo se quiere vivir a partir de ahora, encarar lo que se quiere.

Otro fenómeno también es típico de esta edad: algunos se hacen cargo de sus padres, que viven más años que en otras épocas, y de sus retoños, que prolongan llamativa y cómodamente la adolescencia. Los que tienen más sensibilidad sufren porque los hijos dejan el hogar paterno para armar su nido.

Esta generación de adultos mayores es rupturista; los baby boomers crearon la sociedad de consumo, la de los medios de comunicación, y liberalizaron a las minorías.

En la medida en que se es más flexible, se está mejor posicionado para asumir el paso de los años; aparecen nuevos roles, aceptarlos es aceptar el paso del tiempo.

Ser adulto mayor puede ser un momento de liberación, de preguntarse acerca del manejo del tiempo y cómo hacer para disfrutar más. Atravesar los 60 en estos tiempos es tener por delante toda una perspectiva posible, que crea una situación de enorme proyección a futuro. Se empieza a revertir la idea de que a partir de cierta edad la vida parece una montaña cuesta abajo. Es el momento de preguntarse: ¿cómo me posiciono frente a mi propio envejecimiento y qué modelo estoy dispuesto a armar? Hay que abrir el camino de la longevidad saludable tomando conciencia de que uno puede hacer más con el envejecimiento de lo que el envejecimiento con uno. El envejecimiento es un proceso natural, ligado a la armonía y a la autonomía; a diferencia de la vejez, un estado ligado a la enfermedad y a la dependencia; hay que estirar el envejecimiento y comprimir la vejez.

En la vejez aparecen achaques y hay que arrancar con la medicación para tener una mejor vejez y pensar y transferir al médico de confianza la herencia genética y tomar medidas preventivas.

Para la medicina, los 60 años son el punto de inflexión gerontológica. A partir de los 40 el metabolismo comienza a caer a un ritmo del 1 por ciento anual; ya en los cincuentones la caída ya es del 10 por ciento y tenemos tendencia a incrementar, en la misma proporción, nuestro peso corporal. Son esos 6 o 7 kilos que se meten en el cuerpo, difíciles de perder. A partir de los cincuenta y pico, fijamos el estilo de viejo que vamos a ser. Estamos en la edad en que podemos anticiparnos a la vejez. Existen nuevas conformaciones familiares y elecciones de los objetos de amor. La liberación femenina, el acceso masivo de la mujer al trabajo, el achicamiento de la familia primaria, la soledad de las mujeres adultas mayores que viven más que los hombres toman difícil la contención integral de los viejos.

Por otra parte, hay enormes contrasentidos: muchas personas llegan a ser adultos mayores y llegan a esa edad con una experiencia de vida y profesional importante y útil y la más de las veces es difícil encontrar dónde volcar eso o insertarse laboralmente, especialmente si se es mujer. Hay sólo una profesión que tiene menos problemas de inserción a esta edad y es la política.

En los Estados Unidos y Europa, el marketing investiga con fruición a los adultos mayores, conforman uno de los targets de consumidores más poderosos: con hijos que ya dejaron el hogar, la carrera asentada y más tiempo libre, pueden gastar sus ingresos en sí mismos y darse gustos. En la Argentina, el asunto aún está verde. A pesar de que las personas mayores de 60 años y más de clase media o media alta son las que llenan las salas de cine y de teatro, visitan más los shoppings y tienen una nutrida vida social, la publicidad no siempre las tiene en cuenta. En general, cuando se piensa en una pieza de comunicación, el target llega hasta 45 años. Es raro que se incluya gente de más edad, salvo en productos específicos.

Ingresar a la adultez supone tomar medidas para disfrutar de una mejor calidad de vida con miras al futuro:

*La persistencia del estrés es uno de los principales factores de envejecimiento. Cuanto más temprano se aprenda a controlar las emociones negativas (por ejemplo, resistencias, rabias, rencores) más temprano se preservará la salud, y más y mejores serán los años que resten por vivir.

*Realizar un chequeo médico anual, tomarse periódicamente la presión arterial, controlar y cuidar el peso, revertir los hábitos de sedentarismo, desestructurar pensamientos y liberar las emociones, mejorar y estimular las actitudes sociales.

*Mantener una dieta adecuada es conveniente y significa consumir todo tipo de frutas y verduras, y agregar cereales, nueces y germen de trigo para aumentar las vitaminas A, E y C, el zinc, el cobre y el selenio o tomar suplementos dietarios que contengan estos elementos.

*El chequeo periódico para detectar anomalías biológicas o estimar si los valores obtenidos son acordes con la edad es recomendable.

*Poner el acento en la potencia viril en los hombres es importante pero no esencial, más vale atender el desempeño intelectual. Para las mujeres, el esforzado trabajo y el gasto para mantener la imagen suele no dar buenos resultados. La identidad pasa por varios aspectos. Los que más sufren suelen ser los más omnipotentes, los que tienen un narcisismo avasallante o centraron su vida sólo en un aspecto, ya sea el sexo, el trabajo o la imagen. Por eso es importante aprender a diversificar vínculos, actividades y proyectos, a construir redes que actúen como factores protectores en los que seguir apoyándose.

Nora Bär dice en ciencia@lanacion.com.ar bajo el título Elogio de la madurez:

Aunque no fue siempre así -en el mundo medieval se admiraba la vejez y se retrataba a los mancebos que lo gobernaban con largas barbas y cabellos blancos-, es innegable que hoy día los jóvenes concentran todo tipo de imágenes vigorosas y encarnan el deseado simbolismo de la potencia física, creativa e intelectual.

Todo -desde los biólogos, que aseguran que la declinación comienza a los 25- nos convence de que la juventud es ni más ni menos que la culminación de nuestros valores corporales y mentales. Es más, una creencia muy difundida entre los científicos (y particularmente entre los matemáticos) asegura que no se pueden desperdiciar esos años productivos porque constituyen el instante dorado -y fugaz- en el que se logran los resultados más trascendentes y revolucionarios.

Einstein tenía 26 años cuando formuló la teoría de la relatividad especial, Bohr revolucionó la física subatómica a los 28, Kelvin publicó su primer trabajo a los 16 y a los 22 se convertía en el titular de la cátedra de Física de la Universidad de Glasgow... Sin embargo, según planteó recientemente K. Brad Wray en la revista *The Scientist*, la idea de que los jóvenes son más productivos e innovadores es un mito que surge de intuiciones erróneas.

Wray afirma que si se considera "jóvenes" a los menores de 35 y "maduros" a los que tienen entre 36 y 46, los datos estadísticos revelan una imagen muy diferente: los más fecundos son estos últimos. "A pesar de que varía mucho la producción de cada investigador a lo largo de su carrera, típicamente ésta asciende desde el principio, alcanza un pico en el medio y luego comienza a declinar", escribe el especialista de la

Universidad Estatal de Nueva York. Y más adelante agrega: "A pesar de que uno puede recordar fácilmente nombres de varios científicos que hicieron grandes aportes en la juventud, hubo muchos otros que lograron sus más importantes contribuciones más tarde en la vida. Por ejemplo, Galileo tenía 52 cuando descubrió que el peso y la velocidad de caída son independientes. Roentgen descubrió los rayos X a los 50. Pasteur hizo trabajos significativos en bacteriología entre los 55 y 58". Una de las razones por las que prevalece la idea de la mayor creatividad juvenil, según el científico, es que entre 1700 y 1960 la mayoría de los científicos en actividad se encontraban precisamente dentro de esos límites de edad. Según su estimación, los menores de 36 constituían aproximadamente el 45% de los investigadores activos, y el número de científicos se duplicaba cada 15 años.

De todas maneras, los más jóvenes siempre serán imprescindibles. Como afirma Wray, ellos tienen un papel importantísimo en la ciencia: a menos que tengamos un número suficiente de investigadores jóvenes ahora, nos faltarán científicos de mediana edad mañana.

DATOS GERONTOLÓGICOS PARA UN ENCUADRE GERONTOLÓGICO SOCIAL



Los estudios en torno a la vejez están adquiriendo cada vez más importancia significativa debido al incremento poblacional que se verifica a nivel local, nacional y mundial.

Las estadísticas son útiles para reconocer la compleja situación de los adultos mayores.

Se puede afirmar que los adultos mayores están muy lejos aún de lograr una mejor calidad de vida y bienestar.

Naciones Unidas expresó en la Asamblea Mundial del Envejecimiento – Viena 1.982 – que un “país envejecido” es aquel, cuya población mayor de 65 años supera el 7 % de la población total; este techo está superado ampliamente en la actualidad.

Estos cambios sociales y demográficos de las últimas décadas, tienen influencia en la prestación de servicios para la población de gerontes, ya que se están haciendo numerosos intentos políticos y técnicos para responder a los requerimientos físicos, afectivos, psicológicos y socioculturales de esta franja etaria.

En el conjunto de la población mundial, el número de personas mayores de 60 años creció de manera significativa a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Los avances tecnológicos permiten estimar un promedio de vida cada vez mayor para los hombres y más para las mujeres. Argentina tiene una expectativa de vida de 76 años y de 77,5 para el año 2.025, lo que plantea un complejo panorama.

Los sistemas jubilatorios y de pensiones a la vejez asisten a la mayoría de nuestros adultos mayores pero de manera limitada, ya que los montos que perciben no les alcanza para satisfacer sus necesidades vitales.

La pobreza por ingresos es sólo una de las dimensiones de la privación social; la mayoría de los ancianos están sometidos a carencias de todo tipo y la falta de solución trae como consecuencia marginación, aislamiento, pérdida de la autonomía, desmejoramiento de la calidad de vida, riesgo y exclusión social.

El sistema de salud, presenta serias deficiencias. Los Hogares para Ancianos, distribuidos en todo el país, realizan serios esfuerzos por mejorar su calidad de atención, no abarcando aún, la totalidad de las necesidades de los adultos mayores.

Existen también hogares de día, en los que los ancianos realizan diferentes actividades, pero los mismos siguen siendo insuficientes para satisfacer las necesidades poblacionales.

En cuanto a la atención geriátrica, hay en el país pocos establecimientos para tal fin, a pesar de que la mayoría de las provincias señalan la urgente

necesidad de contar con este tipo de recursos. Casi el 50 % de las personas mayores carece de cobertura sanitaria y social.

Surge así, la necesidad de gestar acciones directas para la atención de adultos mayores ya sea en instituciones de gestión pública o privada o en los domicilios particulares.

La política de Acción Social debe considerar al Adulto Mayor como un actor social o sea un sujeto social relevante, y más aún teniendo como precedente la Declaración de los Derechos Humanos (1948), los Derechos de la Ancianidad de la Constitución Nacional Argentina de 1949 y los Derechos de la Ancianidad (Viena, 1982), que se basan en criterios de “Universalidad, equidad y participación, solidaridad, integridad, eficiencia y calidad para los mayores de 60 años”.

Se debería transformar el rol de actor social pasivo, en actor social activo, revalorizando su identidad cultural en creencias, tradiciones e ideologías y sobre todo respetándolo como persona humana.

Lo cierto es que estamos ante un hecho nuevo. Antes las personas no envejecían, sencillamente morían. Como el promedio de vida era muy corto no era necesario pensar en la vejez, ello significa que el fenómeno de envejecimiento de la población es de importancia regional, nacional e internacional, por sus consecuencias en el campo social y económico.

La fragilidad de la contención familiar, la falta de redes sociales de soporte y apoyo, la devaluación de la solidaridad, la crisis de las instituciones del Estado responsables de la provisión de servicios sociales; los costosos y muchas veces ineficientes servicios de salud destinados fundamentalmente a la reparación de enfermedades, tornan aguda, crítica y difícilmente manejable la realidad sociosanitaria de los mayores.

Las realidades demográficas muestran en los países industrializados un incremento muy grande de la proporción de personas ancianas. Sin embargo, al mismo tiempo, la posición social de los mismos en las

sociedades actuales es bastante más insegura de lo que era en muchas culturas anteriores, en las que la edad avanzada comportaba a menudo, prestigio y poder. Las personas ancianas no sólo tenían normalmente una posición segura en la comunidad; retenían importantes deberes en la familia. Esto ha desaparecido en gran parte en las sociedades modernas actuales, en la cual lo que se observa en este grupo de edad son situaciones de segregación, inhabilitación y exclusión social con severas situaciones individuales de vulnerabilidad y maltrato graves y muchas veces irreversibles.

El hacerse viejos solía estar asociado con cambios en la apariencia y en las habilidades físicas más que con una edad cronológica. La vejez hoy en día tiene una definición legal, en el sentido en que hace referencia a la edad en la que la mayoría de las personas se retiran del trabajo y pueden reclamar ciertos tipos de beneficios sociales, como las jubilaciones o las pensiones. Estas, generalmente, no suelen paliar la situación de vida de los adultos mayores.

La falta de contención familiar, de redes sociales de soporte y apoyo, la devaluación de la solidaridad, la reciprocidad, la protección y el respeto; las crisis de las instituciones del estado responsables de la provisión de servicios sociales hacen más crítica y difícil la realidad socioeconómica y cultural de los gerontes.

La postura actual es la de producir cambios en las actitudes hacia la vejez. Es poco probable que los ancianos recuperen la autoridad plena y el prestigio que se les otorgaba en las sociedades antiguas, pero conforme representen una proporción más y más grande de la población, adquirirán mayor influencia política. Ellos mismos han empezado a presionar para un mayor reconocimiento de sus intereses y necesidades distintivas. La lucha contra la “discriminación por edad” es un aspecto importante a tener en cuenta.

La mirada gerontológica social actual trata de no hacer “invisibles” los problemas de exclusión, marginación y discriminación de los adultos mayores de 60 años y trata de explicitarlos buscando estrategias para superarlos.

Para lograrlo, es necesario formar profesionales conocedores de la problemática, reflexivos, críticos, creativos y con vocación para trabajos en este ámbito tan particular.

Las personas mayores tienen derecho, en el marco de la igualdad de oportunidades, al mejoramiento de su calidad de vida y al fortalecimiento de su autoestima. En este sentido, el diseño de acciones propiciado desde niveles educativos e institucionales se sostiene desde “políticas sociales”, que paulatinamente deberán redefinir sus roles en función del contexto complejo y cambiante.

La estructura, la organización y los requerimientos sociales, han producido cambios significativos en la institución familiar.

Las obligaciones, las exigencias y ciertos valores que sustentan la convivencia de los integrantes de la familia de hoy, hace que se encuentren con ciertas imposibilidades de ofrecer las condiciones mínimas para contener al anciano.

La idealización de la “eterna juventud” como modelo valorizado de éxito en la sociedad actual, hace que el adulto mayor no encuentre un lugar de reconocimiento con contención afectiva.

Estos imaginarios sociales, generan la necesidad de crear espacios y formar personal especializado para contener y sostener los efectos indeseables sobre la vejez de las personas en la sociedad actual.

La “persona mayor es un ciudadano útil”. En estos tiempos, el concepto de “persona mayor”, “viejo”, “anciano” o “geronte” requiere una modificación de orden cultural, donde se lo revalorice como persona útil. Esto implica, poder seguir realizando cosas para sí y para los demás, con lo cual su

autoestima se fortalece. Hay que modificar la concepción de que jubilarse, es decir adiós a la vida.

Dicho de otro modo, no sólo es necesario que el niño crezca y evolucione saludablemente, que el joven y el adulto desarrollen una actividad productiva para sí mismo y para la sociedad en la que viven, sino que estos afanes deben abarcar también al adulto de edad avanzada.

Envejecer consiste precisamente en aprender nuevos roles y hacer frente a situaciones tales como adaptarse a la jubilación, a la pérdida del status económico, a la disminución de la fuerza física y a veces a la pérdida de la pareja.

Es verdad que el envejecimiento lleva consigo una decadencia vital, pero al mismo tiempo, surge la posibilidad de realizar otras acciones, que en muchos de los casos son “sueños” postergados.

Se debe tomar conciencia social, de que la vejez no es sinónimo de enfermedad – no es una situación patológica – sino que está representada por modificaciones anatómicas que tienen lugar en el organismo, por el transcurso del tiempo y el exclusivo desgaste de órganos y tejidos.

Si bien se expresa que muchos ancianos se encuentran en condiciones saludables, es importante el número de ellos que necesitan tratamientos especializados, ya sean curativos o de rehabilitación, requiriendo de personas que los atiendan.

Los avances de la mundialización cuyo escenario es el siglo que transitamos, generan una serie de reflexiones al interior de las instituciones educativas, en especial de nivel superior no universitario, para ajustar sus propuestas curriculares a estos nuevos desafíos.

En ellas la coordinación entre el mundo de la productividad y el mundo de la formación de los recursos humanos, es absolutamente imprescindible. La competitividad que el medio social requiere necesita del desarrollo de

competencias de los actores sociales los cuales tienen al conocimiento como eje fundamental de la acción social.

PERFIL DE LA REALIDAD GERONTOLÓGICA



EL PERFIL DE LA REALIDAD GERONTOLÓGICA ES MULTIDIMENSIONAL

CALIDAD DE VIDA:

- VIDA LIBRE SIN DISCRIMINACIÓN NI AISLAMIENTO,
- SALUD FÍSICA Y MENTAL,
- INDEPENDENCIA SOCIAL Y ECONÓMICA,
- AUSENCIA DE LIMITACIONES FUNCIONALES Y DISCAPACIDADES.

La “calidad de vida” presenta una estrecha relación con la privacidad, la posibilidad de elección y la libertad de acción. Es el grado de satisfacción o disgusto sentido por los individuos acerca de distintos aspectos de sus vidas. Intervienen factores tales como: la autoestima, la visión de la vida subjetiva, la naturaleza y extensión de los comportamientos, los contactos sociales, los antecedentes culturales y socioeconómicos, la salud percibida como buena (tanto o más importante como la situación médica obtenida de forma objetiva), la adecuada funcionalidad de las actividades instrumentales y de la vida diaria.

PERFIL PSICOSOCIAL

SOCIEDAD “VIEJISTA”

LOS VIEJOS SON:

ENFERMOS – SENILES – DEPRIMIDOS – ASEXUADOS – PASADOS
DE MODA – DIFERENTES – DISCAPACITADOS – SIN DERECHOS –
NO PERTENECEN – SON LOS OTROS – NO IMPORTAN SUS
NECESIDADES ECONÓMICAS Y SOCIALES – NO CONTRIBUYEN
A LA SOCIEDAD – NO PRODUCEN – GASTAN DEMASIADO – NO
INTERESAN

**PERFIL
SOCIODEMOGRAFICO**

**AÑO
2050**

Los adultos mayores serán más de 2000 millones.

La población mundial alcanzará los 9300 millones.

LA ESPERANZA DE VIDA SERÁ DE 85 AÑOS.

**LOS PAÍSES EN DESARROLLO COMO ARGENTINA SUFRIRÁN
MÁS FUERTEMENTE EL AUMENTO DEL ENVEJECIMIENTO
POBLACIONAL.**

**ENVEJECEMOS MUY RÁPIDO ANTES DE HABER ALCANZADO
UN DESARROLLO SUSTENTABLE.**

ARGENTINA en el 2025 el 18% de su población tendrá 60 años y más.

PERFIL ECONOMICO

- * Todavía hay muchos adultos mayores que no perciben haberes previsionales ni tienen cobertura sanitaria y social.
- * Los beneficios previsionales para la mayoría de los adultos mayores que los tienen son insuficientes.
- * En muchos de los hogares familiares de adultos mayores éstos mantienen en promedio 4 o más personas dada la alta tasa de desocupación y subempleo en edad activa.
- * Muchos adultos mayores trabajan o buscan trabajo.
- * Más del 50% de los adultos mayores viven solos o son jefes de hogar y además sostienen a menores de 60 años.
- * Muchos adultos mayores habitan viviendas deficitarias con hacinamiento y falta de salubridad.
- * Un porcentaje importante de adultos mayores aún hoy no sabe leer ni escribir.
- * Un porcentaje importante de adultos mayores está en riesgo elevado.

PERFIL SANITARIO

LA VEJEZ NO ES UNA ENFERMEDAD

**NO TODOS LOS ADULTOS MAYORES ENFERMOS SON
PACIENTES GERIÁTRICOS**

**UN MAYOR DE 65 AÑOS CONSUME EL 80 % DEL GASTO
MÉDICO DE TODA SU VIDA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES
ANTES DE MORIR**

ENFERMEDADES PROPIAS DE LOS ADULTOS MAYORES:

osteoporosis, artrosis, adenocarcinoma de próstata, artritis, polialgia reumática, presbicia, presbiacusia, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA EDAD AVANZADA:

incontinencia urinaria, inmovilidad y escaras, inestabilidad y caídas, síndrome confusional agudo, desnutrición, iatrogenia medicamentosa.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES DE LA EDAD

AVANZADA: enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), demencia, infecciones respiratorias, carditis, diabetes, tuberculosis, traumatismos, cataratas, cáncer digestivo y pulmonar, cirrosis.

ENFERMEDADES QUE SE ACENTÚAN CON LA EDAD

AVANZADA: septicemia, neumonía, cirrosis, nefritis, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio.

ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN CON CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS Y DIFERENTES EN LA

ADULTEZ MAYOR: procesos infecciosos, gripe, enfermedades respiratorias, neoplasias, enfisema, hipertensión arterial.

DEUDA SOCIAL Y VEJEZ



Sabemos que cuando una empresa o un negocio quiebra éste es clausurado, sus bienes son vendidos, se pagan las deudas a quienes obtuvieron la verificación de sus créditos; es poco y tarde lo que se cobra; en realidad, todos pierden. Esta imagen es harto simple ya que los intereses comprometidos por el derrumbe son múltiples y diversos y atañen a empresarios, acreedores, sociedades o grupos societarios, recursos humanos profesionales, técnicos y trabajadores en general que estaban ocupados, cantidad y calidad de los insumos utilizados, proveedores de insumos, empresas satélites, distribuidores, los bancos, el fisco, los accionistas, etc., etc.

Analizando diversas empresas y también países en crisis, se llegó a la conclusión de que a ello se arribaba por: falta de control financiero, gestión

inadecuada, competencia en la relación precio - producto o servicio, elevada estructura de costos, cambios en la demanda del mercado, movimientos adversos en el mercado de productos básicos, falta de esfuerzo en el marketing, debilidades en la propia política financiera, grandes proyectos que fracasan, adquisiciones erróneas, sobregiros, corrupción, falta de legitimación de las políticas.

El régimen falencial o de la quiebra (los países o los Estados no quiebran) nació aproximadamente hace 700 años en tiempos de las Cruzadas. Los frutos comerciales de esta época se produjeron merced a la apertura de nuevas rutas comerciales, nuevos productos para el intercambio, nuevos mercados, aumento de la flota mercantil, aumento de la actividad industrial y comercial, aumento de la circulación dineraria y, desde el punto de vista social, el surgimiento de una nueva clase social la burguesía formada por comerciantes e industriales enriquecidos en poco tiempo, incultos, analfabetos y marginales que intercambiaron por medio de su dinero con la nobleza decadente y empobrecida condiciones de aristocracia y status social inexistente para ellos hasta ese momento; se formaron los “nuevos ricos” en organizaciones sociales denominadas comunas especialmente en Florencia, Milán, Venecia, Génova. Poco a poco y atravesando numerosas crisis locales y mundiales llegamos al presente en que las 62 personas más ricas del mundo poseen tanto como los 3500 millones de personas que constituyen la mitad de la población, porque su fortuna ha crecido cada vez más y los pobres se han vuelto más pobres. La riqueza de los 62 mayores millonarios ha crecido un 44 por ciento desde 2010, mientras que la de los 3500 millones más pobres ha caído un 41 por ciento. Casi la mitad de los súper ricos son estadounidenses, otros 17 son europeos y el resto proviene de países como China, Brasil, México, Japón y Arabia Saudita. La preocupación de los líderes mundiales sobre la creciente desigualdad todavía no se ha materializado en medidas concretas para contrarrestarla. El

mundo es mucho más desigual, y la tendencia ascendente de la desigualdad se está acelerando, se dijo en la Reunión Anual del Foro Económico Mundial en Davos, en Suiza este año de 2016. No se puede seguir permitiendo que cientos de millones de personas padezcan hambre mientras que las elites económicas absorben los recursos que podrían ayudar a estas personas a salir de esa situación. Unos 7,6 billones de dólares de patrimonios de personas están en paraísos fiscales fuera de los países de origen y si pagaran impuestos a la renta se generarían 190.000 millones de dólares más para los gobiernos cada año. Hasta un 30 por ciento de todo el patrimonio financiero de África está en el extranjero, lo que cuesta unos 14.000 millones de dólares en pérdidas de ingresos tributarios cada año. Tenemos una economía al servicio del 1%. Las empresas multinacionales y las elites económicas juegan con unas normas distintas al resto, y rehúsan pagar los impuestos necesarios para que la sociedad funcione adecuadamente. El hecho de que 188 de las 201 mayores empresas estén presentes en al menos un paraíso fiscal es un indicador de que es hora de actuar. (Diario La Nación; domingo 17 de enero de 2016).

En los viejos tiempos el régimen de la quiebra era de extrema severidad: prisión inmediata incluso en manos de los acreedores antes que un juez interviniera; aplicación de torturas para confesar bienes, libros o cómplices; la muerte misma...cuanto más severa era la aplicación de los estatutos más prestigio obtenían las corporaciones y tanto más se facilitaba el crédito y sus condiciones. Famosos escritores, pensadores y artistas fueron a dar a la cárcel por deudas impagas tales como Charles Dickens (1812–1870), novelista inglés y uno de los escritores más conocidos de la literatura universal fue encarcelado por deudas en 1824; Oliver Goldsmith (1730–1774), dramaturgo, novelista, poeta y ensayista anglo-irlandés encarcelado en 1766; Niccoló Paganini (1782–1840), compositor italiano y virtuoso del violín varias veces fue encarcelado por deudas. El encarcelamiento de los

deudores que antaño era habitual, se considera actualmente como demasiado drástico excepto en los casos de fraude, mala fe, encubrimiento de propiedades cuando el acreedor interpone un pleito o un impago voluntario de salarios. Actualmente hay millones de acreedores involuntarios incluyendo a la Argentina que no pueden cobrar las deudas que se tienen con ellos, esto es la deuda social; el Estado que es el principal deudor declara con desparpajo el estado de insolvencia. El estado de insolvencia (= estado de cesación de pagos) es la imposibilidad de cumplir, por parte de un deudor, de manera regular con las obligaciones que ha asumido con terceros. Doctrinariamente, es la impotencia patrimonial generalizada y permanente. Obviamente, el estado de insolvencia pone de manifiesto o en evidencia una mala situación en nuestro caso de un país. El estado de insolvencia o estado de cesación de pagos es una situación que no sólo genera un efecto nocivo para el deudor y sus acreedores, sino que además repercute macro-económicamente cortando la cadena de pagos ya que el acreedor generalmente también es deudor de otros acreedores y éstos a su vez les deben a otros y así sucesivamente y ante la imposibilidad de cobrar sus créditos, tampoco pueden pagar sus deudas.

Las situaciones de cambio que se viven pueden producir marcadas asincronías y retrasos en lo social. Si no se cubren las carencias de las personas en la medida de las posibilidades surgen inconvenientes, anomalías costosas de superar en distintos terrenos, grupos sociales y generaciones enteras; queda amenazada la estabilidad social y el medio social queda anclado en la pobreza, la desesperanza y la violencia. Cuando el mundo y la organización social se deterioran aparece el disconformismo social, la inadaptación y la violencia. Si la juventud se siente herida, reacciona y provoca atropellos; si es la ancianidad la excluida, ella muere en la resignación y el anonimato.

La expresión numérica de la cantidad de gente que padece hambre, que es pobre, que está marginada y excluida socialmente no da idea de los extremos de las necesidades, los paréntesis vacíos de la realidad social individualizada, la disfuncionalidad frente a la vida que es heterogénea y personal; la realidad pasa inadvertida. Los estereotipos, las idealizaciones, los slogans, la información de lo social superficial y sin contenido no ayuda a la gente, tiene una función narcotizante y encubre la inoperancia de quien propone las soluciones que, muchas veces, nunca llegan.

Cuando al sistema se le oye crujir por la deuda social impaga los dirigentes hábiles comienzan a conceder para que el sistema pueda sobrevivir; así surgieron los primeros programas de asistencia social con Bismarck en Alemania, Napoleón III en Francia y Disraeli en Inglaterra coincidiendo con la inclusión de la clase trabajadora en la sociedad y la organización de los sindicatos. El reclamo por la equidad y la justicia social es un mandato bíblico; cada vez que estos principios dejan de ser observados por el poder; la sociedad se subvierte, se rebela y utiliza todos los medios a su alcance para reinstalar esos valores.

En el mundo actual hay un cóctel explosivo formado por la fragilidad informática de todos los sistemas de seguridad, la crisis económica que condiciona la disponibilidad de fondos, gran descontento interno en muchos países, tensión comercial entre Estados, proliferación nuclear, conflictos políticos y bélicos, enemistad manifiesta entre potencias, escasez de recursos naturales como el agua, crisis económica, hambre mundial de la mitad de la población del globo, el envejecimiento poblacional y otras cuestiones que transforma a los tiempos actuales en muy peligrosos. Algunos sostienen la tesis de que un mundo con 7.000 millones de habitantes y altamente envejecido no es sustentable, por último, cabe recordar que grandes crisis económicas y políticas precedieron a las dos grandes guerras del siglo XX.

De acuerdo con las tendencias demográficas publicadas, en 2050 la población mundial alcanzará los 9.200 millones de personas; la mayor parte de esta población estará compuesta por ancianos. Hay un incremento en la esperanza de vida (en muchos países del mundo existen actualmente más personas en condiciones de jubilarse que niños menores de 16 años) debido probablemente a los avances de la medicina, el cuidado preventivo de la salud y la alimentación y también una fuerte disminución en la tasa de fecundidad especialmente en los países desarrollados. Estas desproporciones llevarán a que una cantidad cada vez más reducida de personas jóvenes deberá sostener económicamente a una población cada vez mayor de viejos. Si no se toman las medidas convenientes a tiempo las consecuencias pueden llegar a ser catastróficas en el orden financiero, social y político.

Los pobres, que son la mayoría, siempre están necesitados de ayuda y no siempre se les alcanza oportunamente lo necesario y carecen de voz política enérgica; las clases medias evidencian mayor aumento del descontento ante la inseguridad económica. La velocidad y el monto del crecimiento económico global están detenidos porque la mayoría de las economías avanzadas empezaron a sucumbir desde el año 2007 como respuesta a una grave crisis bancaria y a una recesión económica sostenida de largo plazo. La incidencia de estos problemas se agudiza en las sociedades senescentes. Parece ser que se ha aquietado la euforia del capitalismo triunfalista y se empieza a creer que el capitalismo de libre mercado no satisface las necesidades de la clase media y menos las de los pobres y las sociedades envejecidas. Habrá que pensar rápidamente en nuevas formas de capitalismo y de seguridad social.

Las sociedades envejecidas tendrán que hallar la forma de que el Estado otorgue más prestaciones a los adultos mayores y el cómo pagarlas. Al momento y por largo tiempo las sociedades experimentarán indeseables

cambios que afectarán los precios de los activos, los salarios, las utilidades; los trabajadores sufrirán cada vez más presión para ahorrar a causa de la elevación de los impuestos y de las cargas sociales; se requerirán esfuerzos adicionales para invertir en educación y capacitación para mantener la competitividad, la calidad y la productividad; muchas de las premisas que soportan los programas de seguridad social pronto deberán cambiar. La pobreza de los jubilados y pensionados se está volviendo un problema creciente; la mayor esperanza de vida significa en muchos casos más achaques y discapacidad; la jubilación es para la mayoría de las personas un amplio período de ocio sustentado por el Estado que nunca se previó y que tampoco estamos pensando cómo se va a pagar todo esto cuando la cantidad de jóvenes activos laboralmente (que no son la totalidad) contribuyen cada vez menos en cantidad y montos adecuados al sostenimiento de las jubilaciones y pensiones estatales y los programas de atención médica. Se espera que el número de personas de 60 años y más llegue a 1.000 millones para 2020 y a 2.000 millones en 2050, alrededor del 22 % de la población mundial; las personas de más de 80 años representarán un 4 % de la población mundial. El número de personas de 65 años y más superará al de niños menores de cinco años; esto significa que no va a haber niños en cantidad suficiente para que crezcan y se conviertan en trabajadores y empleados que puedan sostener a la población envejecida que crece con rapidez.

Deberíamos debatir ya mismo las características y los efectos económicos y sociales de las sociedades envejecidas como la nuestra; la viabilidad de las jubilaciones y pensiones; la atención médica; la inmigración; el trabajo y la posible escasez de mano de obra calificada; las políticas fiscal, social, laboral y educativa; las enfermedades no transmisibles, crónicas, degenerativas e invalidantes; las estructuras familiares; la forma, la edad y el momento del retiro laboral; la necesidad del ahorro propio para

complementar los haberes previsionales; los sistemas y programas sociosanitarios de atención y ayuda; las funciones de los gobiernos y de las instituciones destinadas a los adultos mayores y la política gubernamental hacia ellos. No nos hallamos en mejor posición que nuestros padres o abuelos para predecir qué sucederá con nuestra vejez.

En general no pensamos o no nos gusta pensar en la vejez; nuestra cultura está dominada por imágenes de juventud, energía, dinamismo y sexo pero será inevitable que varíe la cultura absolutamente juvenil.

Habría que plantearse aumentar la participación en la fuerza laboral de personas mayores que podrán trabajar más o durante más tiempo; aumentar la productividad para que quienes trabajen aporten más a la economía y la seguridad social; incrementar la inmigración según las necesidades demográficas y laborales; fomentar el ahorro que al presente es insuficiente.

La población envejecida o muy envejecida tiene alta demanda de atención sanitaria y social; los costos financieros de la atención de la vejez son mucho más altos que los de la atención de la juventud; los jubilados y pensionados reciben salarios previsionales insuficientes; los adultos mayores necesitan mayor atención médica y consumen más medicamentos cuyos costos aumentan progresivamente a ritmo más acelerado que los bienes y servicios; los costos sociales para cuidar y auxiliar a las personas mayores son muy altos y no se los puede quitar porque son imprescindibles.

Los adultos jóvenes han empezado a quedarse solteros y muchos de los que se han casado se divorcian y viven o han regresado en una proporción muy alta a la casa de los padres son los “kippers” (acrónimo de “kids in parents pockets eroding retirement savings = muchachos en los bolsillos de los padres reduciendo los ahorros de la jubilación) y además, estos adultos jóvenes tienen cada vez más problemas para conseguir un buen y estable

trabajo o empleo ya que en este mundo globalizado y competitivo dominado por la tecnología informática hay que demostrar niveles cada vez más altos de educación, capacitación, capacidades específicas, conocimientos y saberes; muchos de los jóvenes actuales son incompetentes para trabajar y nadie quiere emplearlos. La situación se presenta tan crítica que muchos empleados actuales llegarán como generación a la edad del retiro sin recursos suficientes para jubilarse.

El crecimiento económico es esencial para mantener el nivel de vida y para la creación de los recursos necesarios para financiar las metas económicas y sociales y al mismo tiempo habrá que aceptar el cambio en la estructura del trabajo que está dejando la estabilidad para transformarse en empleo intermitente, comprometerse con una capacitación y educación continua y un retiro gradual. La edad de jubilación tiende a aumentar en el mundo y muchos adultos mayores desean trabajar más tiempo después de jubilarse; en este sentido habrá que seguir luchando contra el estereotipo negativo y la discriminación por edad (viejismo, edadismo).

El gasto gubernamental en jubilados y adultos mayores en general subirá como la espuma los próximos años, mucho más rápido de lo que la tasa subyacente de crecimiento económico puede financiar; por ello habrá que tomar decisiones con respecto a la prioridad del gasto y adecuar el nivel de las tasas impositivas necesarias para mantener las finanzas públicas en orden. Ya se está advirtiendo una reducción del monto de jubilaciones y pensiones en muchos países y en muchos casos en los límites más bajos de lo que es políticamente aceptable quedando muy poco margen para recortarla aún más. Casi todos los 30 países miembros de la OCDE han hecho cambios a la baja de jubilaciones y pensiones desde 1990 aumentando la edad para percibir el monto previsional completo y estableciendo cambios en la estimación de los ingresos reduciendo la oferta a futuro cayendo en picada el ingreso por prestaciones del sistema de

jubilaciones que se irá reduciendo a no más del 62 % en 2040.; la pobreza en la vejez acecha como un grave riesgo. Entre el 40 y 60 % del gasto público se relaciona con la estructura de edades de la población; las jubilaciones y pensiones son el componente más importante del gasto relacionado con la vejez.

Los índices de crecimiento del gasto en atención médica han superado el crecimiento del PIB en todos los países pero esto no se debe en realidad al creciente envejecimiento de la población sino a la ampliación y aumento de las prestaciones con la introducción de métodos de diagnóstico y tratamiento de alto costo.

Tarde o temprano, si se vive lo suficiente, todos los seres humanos envejecerán y todos pasarán a formar parte de una creciente razón de dependencia biopsicosocial, económica y cultural y todos tendrán que recibir como derecho toda clase de prestaciones.

No hay que ir demasiado lejos ni argumentar más para constatar que el envejecimiento poblacional ha empezado a cambiar a nuestras sociedades; ya hay legiones de personas de mediana edad que tienen sentimientos de angustia e inseguridad cuando más se acercan a la jubilación; el envejecimiento exacerbará muchos de los problemas económicos y sociales.

La mayor longevidad no sólo significa un promedio superior de esperanza de vida; aumentos continuos en la edad máxima que se puede vivir harán aflorar problemas sociales y económicos sin precedentes, tal vez conflictos generacionales por la distribución de la riqueza, el ingreso y las cargas fiscales y pleitos entre familias por el acceso al ingreso y la riqueza.

Los propios adultos mayores tienen preocupaciones financieras en el sentido de cómo cubrir aún parcialmente los costos de su atención médica, las residencias para mayores, auxiliar económicamente a sus hijos y familiares adultos jóvenes desocupados, permitirse cierto tipo de

gratificaciones sencillas y merecidas. Todo esto no afecta a los adultos mayores más ricos que están mejor dotados para costear los gastos de la vejez; los más pobres, que son la mayoría, deben enfrentar la mayor edad con menos recursos, más sobresaltos y en general mueren más jóvenes que sus compatriotas ricos.

Seguramente, la autoridad gubernamental y administrativa tenga que ampliar su responsabilidad para instar al cambio y a su regulación.

Se espera que los problemas sociales y económicos más graves de las sociedades envejecidas no provengan de vivir más, sino de la fecundidad baja y el estancamiento del número de personas jóvenes en condiciones de trabajar; por otra parte, hay factores que guardan relación con los problemas de las sociedades envejecidas que aún hoy no se conocen o se comprenden bien.

Se calcula que para mantener los programas sociosanitarios nacionales vigentes para la atención de adultos mayores en cantidad y calidad en muchas partes del mundo, los niveles de prestaciones tendrían que reducirse en un 30 % en cada edad y los impuestos tendrían que aumentar un 38 %; a futuro cuando las sociedades envejezcan aún más los ajustes tendrán que ser mayores.

GLOBALIZACIÓN Y AGOTAMIENTO

Hace tiempo (Diario La Nación; 30 de agosto de 2010) Carlos Fuentes publicó un artículo titulado “Un sistema agotado y sin utopías”. Allí afirma que el sistema o modelo en el que vivimos parece agotado, no tiene ideas ni utopías.

La globalización no es un fenómeno nuevo. Desde mucho antes del siglo X, en el mundo conocido en aquellos tiempos, en la cuenca del Mediterráneo, se practicaban empresas y emprendimientos humanos que vinculaban a los pueblos entre sí sin contar con las reiteradas invasiones y guerras por la posesión de nuevas tierras, bienes y estructuras de poder que dieron origen a los imperialismos y más tarde al colonialismo.

“El mundo actual globalizado, dice Fuentes, ha exterminado los refugios de antaño. Parejas, finanzas, sociedad: todo parece atrapado en un movimiento carente de sentido y sin fin. Lo que más fatiga, es tratar de cambiar este sistema actual”.

“Vivimos en un sistema en crisis perpetua, porque ésa es su razón de ser, su impronta, su eje, su justificación. Sólo cambian las mentiras. La confianza en este mundo es pura des-confianza; no se confía en la economía, ni en el dinero, ni en el poder, ni, al cabo, en la persona misma: la que somos o la que queremos ser”.

“Tenemos un sistema castrante, fatigado, indeseable, pero no tenemos con qué sustituirlo. El fin de la Guerra Fría acabó con la rivalidad ideológica Este-Oeste. En su lugar, aparecieron las pugnas religiosas y raciales ocultas por la Guerra Fría. Pero el sistema lo absorbe todo: la riqueza de Occidente,

el trabajo migratorio desprotegido, la pobreza del Sur; incluso, al cabo, el fanatismo religioso. Fatiga: más y más trabajo, para no perecer. Más y más trabajo, para no pensar”.

Se acabaron las utopías. Todo es virtual, el dinero como el amor. La nueva solidaridad significa el abandono de la cólera, no tener cólera hacia los demás, y no saber dirigir la cólera más allá de nuestro propio aislamiento. Chocamos con otros. Caemos. Nos levantamos. Volvemos a caer. La libertad es una ilusión: somos libres sólo para escoger uno entre varios productos. Somos libres para votar a fin de no perder lo que ya poseemos. Somos libres para publicitarnos a nosotros mismos vía facebook y adquirir ahí amigos, no reales, sino virtuales.

El egoísmo, el individualismo y el narcisismo gobiernan nuestras vidas, nuestros amores y amistades, nuestro trabajo. Nuestro mundo globalizado tiene aún variados conflictos irresueltos, prejuicios o diferencias por cuestiones de raza, cultura, religión, nacionalidad, bandería política, condición social, etc.

Surge la imperiosa necesidad de seguir promoviendo alternativas para lograr el acercamiento de los sectores, de los pueblos y las culturas.

Nuestro planeta está al borde del colapso por las ambiciones egocéntricas y las confrontaciones todavía vigentes por distintos intereses, pero persiste en nuestro interior el anhelo de paz global.

Casi todas las culturas y tradiciones espirituales, dan cuenta de una hermandad universal; un mundo de paz sigue siendo hoy un imperativo irrenunciable, una meta posible, una tarea a realizar y un deber moral ineludible.

El esfuerzo y el sacrificio de grandes hombres y mujeres de todas las épocas, hasta la entrega de su propia vida por esta causa, no puede quedar en vano, caer en el vacío. Sobre su legado y la base de los valores comunes, tal vez, convenga construir un mundo más adecuado para todos nosotros.

CARACTERÍSTICAS DE LA POSTMODERNIDAD

- Falta de ideologías,
- Crisis de sentido,
- Crisis de lo real,
- Discursos deshabitados,
- Abismo entre lo que se dice y lo que se hace,
- Pérdida de legitimidad del poder,
- Ética anacrónica,
- Desgaste y falta de valores inmutables,
- Falta de auténtica convicción,
- Derrumbe de los sistemas filosóficos y morales,
- Hombre vacío, sin trascendencia, sin fundamentos, inmerso en la nada, sin referencias históricas,
- Identificaciones colectivas con arranques de violencia,
- Fragmentación y desamparo,
- Caída de los ideales comunes,
- Pérdida de la autoridad,
- Ausencia de construcciones ideológicas capaces de orientar a los sujetos,
- Producción de un estado de alarma permanente,
- Matriz de pánico en las ciudades, con estado de miedo y angustia,
- Falta de enemigo claro y contundente,
- Resentimiento.

FUENTE: Slavoj Zizek y Silvia Ons; 2009 (modificado)

Sigmund Freud en 1929 publica “El malestar en la cultura”, en esa obra reflexiona y afirma acerca de que el hombre suele aplicar cánones falsos en sus apreciaciones, pues mientras anhela para sí y admira en los demás el poderío, el éxito y la riqueza menosprecia, en cambio, los valores genuinos que la vida le ofrece.

Hay verdaderas discrepancias entre las ideas y las acciones de los hombres; estas discrepancias son tan amplias y sus deseos tan dispares que las reacciones que generan seguramente no son tan simples.

“Estaríamos por afirmar que el plan de la «Creación» no incluye el propósito de que el hombre sea «feliz». Lo que en el sentido más estricto se llama felicidad, surge de la satisfacción, casi siempre instantánea, de necesidades acumuladas que han alcanzado elevada tensión, y de acuerdo con esta índole sólo puede darse como fenómeno episódico.

El sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos”.

La globalización repercute en la salud biopsicosocial de todos nosotros a través de varios factores como son los avances tecnológicos, la degradación de los ecosistemas, el desempleo, el aumento del flujo comercial, la adopción de cultura y hábitos entre los países, el tipo de alimentación, la fuga de cerebros, o el uso indiscriminado de productos de la industria farmacéutica.

La globalización, hasta ahora, aumenta la marginación, la exclusión y la desigualdad. Hay una tendencia a las enfermedades crónico-degenerativas,

permanencia de las enfermedades infecciosas y el crecimiento exponencial de los trastornos mentales.

La globalización ha permitido un vasto desarrollo en el campo de las tecnologías, sin embargo, el uso incorrecto de éstas origina riesgos para la salud.

La globalización ha provocado un intenso flujo de dinero, de mercancías y de información; en el terreno profesional y cultural se observa la fuga de cerebros. Profesionales y técnicos de otros países afectados por la globalización y las crisis se desplazan hacia donde hay una ganancia mayor de ingresos para con ello mejorar su vida.

Para no caer, para no entrar en crisis o en desasosiego hay básicamente tres especies de instrumentos: distracciones fuertes que nos hagan parecer pequeñas nuestras dolencias; satisfacciones sustitutivas y estupefacientes o medicamentos que nos tornan insensibles a ella y que, así creen muchos adictos, permiten escapar al peso de la realidad y viajar a un refugio seguro en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para el propio bienestar.

En ninguno de estos casos podremos responder acerca de la cuestión del objeto de la vida humana; no obtendremos respuesta satisfactoria, y quizá ni admita alguna respuesta. La vida humana sin objeto, sin proyecto, pierde valor absolutamente. Se aspira y ambiciona la felicidad y si se cree poseerla, se lucha para no perder este estado.

Se desea vivir intensamente satisfaciendo todas nuestras pulsiones instintivas y no reprimirlas, limitarlas o sujetarlas por ninguna norma, contrato con la sociedad o al menos con una dosis adecuada de conciencia moral. Los impulsos no dominados, incluyendo los perversos, seducen y tienen un carácter irresistible; su puesta en acción produce una honda satisfacción.

Decía Freud, con razón no desmentida, que nuestra llamada cultura tiene gran parte de la culpa por las miserias que sufrimos. El ser humano cae en la neurosis porque no logra soportar el grado de frustración que le impone la sociedad en aras de sus ideales de cultura, estereotipos y normas de convivencia.

Los progresos científicos y técnicos, en la actualidad, no parecen haber beneficiado demasiado, desde el punto existencial, a las personas.

Mucha gente excluida, marginada y pobre se plantea de qué sirve una larga vida si es tan miserable, tan escasa en alegrías y rica en sufrimientos; sólo podemos saludar a la muerte como feliz liberación.

Somos realmente pocos los que nos sentimos muy cómodos en nuestra actual cultura.

El orden social, jurídico, económico con el cual colaboramos y participamos muchas veces nos beneficia innegablemente y nos permite el máximo aprovechamiento de “nuestro” espacio y tiempo, economizando simultáneamente energías de toda índole con el afán de lograr fines convergentes -el provecho y el placer- en el propio beneficio; muchas veces, también, no toleramos que las necesidades de la comunidad nos acoten y limiten nuestras posibilidades de satisfacción

El primer requisito cultural es el de la justicia como lo afirmaba Aristóteles en su Política, o sea, la seguridad de que el orden jurídico, una vez establecido, será aplicado no sólo a favor de un individuo, sin que esto implique un derecho y un valor ético aplicable a toda la sociedad.

Eros y Ananké (amor y necesidad) se convirtieron en los padres de la cultura humana, cuyo primer resultado fue el de facilitar la vida en común al mayor número de seres humanos posible.

El Tánatos, el instinto de muerte, actúa silenciosamente en lo íntimo del ser humano persiguiendo su desintegración; una parte de este instinto se orienta contra el mundo exterior, manifestándose entonces como impulso

de agresión y destrucción. Por el contrario, al cesar esta agresión contra el exterior aumenta la fuerza de la autodestrucción.

En el curso de la historia humana, las tendencias, los sistemas, los modelos considerados como insuperables fueron, en algún momento, descartados y sustituidos por otros.

En cuanto a la aplicación terapéutica de nuestros conocimientos para mitigar o hacer zozobrar nuestras penurias y dolores nadie posee la autoridad necesaria para imponer al individuo o a la sociedad la terapia correspondiente.

La toma de conciencia, el sentimiento de culpabilidad, los remordimientos que nos pueden ocasionar nuestras acciones negativas, producen angustia individual y social originadas en el miedo a la autoridad exterior de nuestra propia cultura o al temor de nuestro super-yo, nuestra autoridad interior, engendrado también por nuestra cultura.

Hay ciertos tipos de personas y de grupos humanos que no perciben su sentimiento de culpabilidad, o que sólo alcanzan a sentirlo como torturante malestar, como una especie de angustia, cuando se les impide la ejecución de determinados actos; al impedirles la satisfacción de deseos, pulsiones, actos todo esto desencadena agresividad, rebeldía, actitudes disconformes, cuestionamiento que a su vez tiene que ser reprimido y contenido por el sistema y la autoridad que se justifican en el juego de dominancia y dominados en su deber irrenunciable de mantener el equilibrio. Este modelo de comportamiento individual y social no se compadece con el espíritu y la realidad de la globalización actual en el que no hay todavía un poder planetario, un superpoder, que regule, negocie, acuerde y sea un verdadero seminario conciliar aceptado por todos.

EDUCACIÓN Y CULTURA EN ADULTOS MAYORES

La problemática del envejecimiento poblacional y su proyección obliga a dar respuestas a los adultos mayores para evitar que sean excluidos en lo social y cultural dentro del contexto geográfico, socioeconómico y cultural que les toca vivir. No todo son necesidades sociosanitarias en los adultos mayores. Hay una problemática soslayada de los mayores con referencia a la cultura y a la educación y formación permanente que, necesariamente, deberían tener para obtener mayor calidad de vida.

Una de las realidades graves y vergonzantes en la Argentina es la alta tasa de analfabetismo en los adultos mayores y su predominio entre las mujeres. Qué hacer entonces? Incluimos en una propuesta educativa, alfabetizadora y cultural en el marco de la sociedad real en la que viven.

Felizmente, la tercera y en algunos casos la cuarta edad sorprende sanas a las personas mayores; están vivos, son autónomos y autoválidos; sus expectativas están centradas en las próximas generaciones - sus hijos y sus nietos para los que no están en soledad - y soportan, dramáticamente en esta época, una serie de carencias y necesidades derivadas del marco de la pobreza, la marginación, la exclusión social, la falta de educación y el acceso a la cultura.

Las oportunidades, en la sociedad actual, se basan fundamentalmente en las capacidades adquiridas a través de la educación y del conocimiento en general. Conseguir esto significa, nada más y nada menos, que ser libres, independientes, protagonistas de la historia y salir de la pobreza.

La pobreza cultural derivada de la falta de educación es uno de los factores decisivos que tornan imposible estar saludable y tener calidad de vida.

La misión de los actores sociales de esta generación es contribuir personal y grupalmente a través de grupos y organizaciones a brindar servicios docentes a la generación de adultos mayores que no tuvieron oportunidades a su debido tiempo y momento y propender a la educación permanente de nuestros viejos en forma tal vez asistemática, informal y antinormativa para todos aquellos que merecen dignidad, autoestima, respeto e inclusión social. Se trata, entonces, de generar un voluntariado docente en beneficio del desarrollo humano de las personas mayores y de nuestra comunidad, aprovechando sus propios espacios sociales y las organizaciones que les son propias con las que se identifican y en las que participan activamente (centros de jubilados y pensionados de la red sociosanitaria).

LOS MAYORES Y LA CULTURA

El siglo veinte descubrió y reconoció la existencia y la presencia de los adultos mayores en las sociedades humanas; el siglo veintiuno deberá ser el de la reinserción de estos mismos mayores y los que vendrán en el sentido más integral de la palabra.

Actualmente y cada vez más, los mayores son una fuerza en crecimiento que miran con interés los políticos, los economistas y los agentes sociales. Se trata, entre otras cosas, de mirar a los mayores no como “mayores- viejos” sino como “mayores-jóvenes” con derecho a brindarse una vida digna y buscar oportunidades de actuación en la sociedad que les toca vivir. Los mayores no deberían compartir nostalgias entre los miembros de su propia generación, sino ejercitar actividades espiritualmente connotadas en la sociedad plural e intergeneracional. Para ello, debemos abrir puertas, abrir caminos nuevos sin ensanchar el único camino transitado, evitar dirigismos, sostener a los mayores para que sigan entre los suyos y en lo suyo no sólo entreteniéndose, sino enriqueciéndose. Es un estereotipo más,

creer que no se puede transformar verdaderamente a una persona mayor sin preparación y sin altas excelencias intelectuales.

En una sociedad como la actual, fragmentada, de cambios acelerados, de puntos de referencia desdibujados, con coordenadas de sentido específico y acotado en términos de especialización en el campo científico, tecnológico y cultural que erosionan y confunden la cosmovisión de la globalización; la presencia de los mayores es un antídoto.

Los eméritos de la vida, del trabajo, de la inteligencia, de la sabiduría de la vida, suelen hablar desde una visión del mundo que, por lo general, conserva una estructura que puede servir, en un momento dado, para no perder el rumbo.

No se trata de que los mayores, por el sólo hecho de serlo, posean el monopolio de la sabiduría de la vida; es cierto que su situación, los libera del engranaje tecno-económico que aprisiona más y más al mundo más joven; el tráfigo de la vida actual, el enervante activismo, no ayuda a percibir; la realidad reposada y profunda de los mayores y su protagonismo en la “intrahistoria” permiten una visión de conjunto de las cosas y el hallazgo de su sentido.

La presencia de estos eméritos de la vida en los espacios socioculturales contribuye a su expansión y crecimiento y permite rescatar a los adultos mayores de nuestra tierra para que puedan continuar con su actividad cultural y científica o incursionar en ellas, más allá de los límites que imponen inconsultas decisiones administrativas; favorecerá la aproximación de la inteligencia y la experiencia de los mayores a la gente joven y estimulará en los mayores su participación, la actividad, el protagonismo y la sensación que hasta ahora tienen de ser extraños al mundo de hoy, de no ser necesarios y útiles, de ser marginados y excluidos.

EDUCACIÓN, CANTO Y TEATRO COMO TERAPEUTICA Y ACCION DINAMIZADORA SOCIOCULTURAL EN LA VEJEZ

En una sociedad “viejista”, intensamente gerontofóbica, en la que se discrimina, excluye, aísla y hasta se victimiza a las personas mayores, con un modelo de atención sanitaria esencialmente biomédico, con excesiva medicalización, que “patologiza” la vejez considerándola una enfermedad y no un proceso normal y característico de las personas que logran alcanzar la mayor edad. En el contexto actual del envejecimiento poblacional de nuestras comunidades, especialmente las pobres y marginadas, hay que mirar, criticar y autoimponerse un cambio ideológico, estratégico y operativo de un nuevo modelo biopsicosocial,

En las actuales circunstancias de crisis globalizada y multidimensional que, entre otras cosas, involucra a una enorme población altamente envejecida parte importante de la cual es miembro de nuestra comunidad, una alta proporción de adultos mayores, por varias razones, carecen de un instrumento básico para la vida que es la alfabetización.

Así las cosas, hay que tomar la sabia decisión de apostar por la calidad de vida de nuestros viejos y no sólo intentar “reparar” enfermedades.

Los servicios sociosanitarios acotados que se brindan a las personas mayores y en que, la hegemonía biomédica ha descuidado y que sigue soslayando las propuestas de actuación psicosociales, culturales, educativas y del tiempo de ocio en sus aplicaciones y efectos terapéuticos y dinamizadores.

En la realidad de los viejos, distintos y especiales, pertenecientes e identificados con una historia sociocultural multiétnica, diferente en cada región del país, sanos o enfermos, viven aislados, inmersos en su vejez llena de necesidades complejas no resueltas por ellos mismos por que no

pueden, por sus familiares, por las obras sociales, el Estado y la sociedad misma.

Nuestros viejos se han quedado “sin lenguaje” expresivo y receptivo, no se comunican, no comparten, no se asocian, no participan, no se dinamizan, no son activos, sufren el ostracismo generacional que nadie escucha y mitiga; esto se torna peor y más grave cuando hay enfermedades y pobreza, falta de educación y carencia de un instrumento básico de comunicación y pertenencia social como es una adecuada alfabetización.

La expresión corporal, el lenguaje gestual, el movimiento, el ritmo, el canto, la simulación de la lucha por la vida a través de la actividad teatral (escenificación de la propia vida y la de los actores sociales) son, efectivamente, propuestas terapéuticas basadas en la refuncionalización de las aptitudes adormecidas de los viejos.

El canto coral y el teatro es un vehículo inapreciable de cultura y expresión comunitaria; integra, asocia, identifica, activa y aglutina el esfuerzo común. Estas actividades, sobre todo en mayores, proporcionan aprendizajes que intervienen en la regulación de la relajación, vocalización, respiración, dicción, cognición. También, son un “producto cultural” que se exhibe y que dinamiza socialmente “hacia fuera”, que recrea y señala posibilidades hacia los viejos de las diversas comunidades.

La actividad músico-coral y el teatro crean y recrean espacios sociales de participación, recreación, integración, contención psicosocial y es manifestación expresiva; es disfrute y logro.

Está demostrado que las personas mayores pueden aprender siempre y cuando no medien procesos de enfermedad neurológica degenerativa que afecten la memoria, la ideación, la representación simbólica, el esquema corporal, es decir, la cognición en general.

**ALFABETIZAR, EDUCAR Y DINAMIZAR CULTURALMENTE A
LAS PERSONAS MAYORES SIGNIFICA:**

- Dotarlas de un instrumento de comunicación social,
- Brindarles la posibilidad del autovalimiento a más largo plazo,
- Estimular su autoestima y su inserción social y comunitaria,
- Dejar atrás y para siempre la vergüenza “de no ser” que lleva a la soledad y la exclusión familiar y social,
- Cultivarse, disfrutar, discriminar y elegir,
- Utilizar un instrumento operacional para la vida cotidiana aboliendo la “ceguera intelectual”,
- Abrir el panorama al disfrute, el gozo, la pertenencia, la opinión y recuperar la individualidad sin dependencia,
- Es proporcionar calidad de vida.

ENVEJECIMIENTO, MUNDO Y ECONOMÍA

En el mundo actual hay un cóctel explosivo formado por la fragilidad informática de todos los sistemas de seguridad, la crisis económica que condiciona la disponibilidad de fondos, gran descontento interno en los Estados Unidos y la Unión Europea, tensión comercial entre China y los Estados Unidos, proliferación nuclear provocada por la disgregación de la Unión Soviética, conflictos entre las dos Coreas, enemistad manifiesta entre dos probables potencias nucleares inestables como Irán e Israel, escasez de recursos naturales como el agua, crisis económica de Europa, hambre mundial de la mitad de la población del globo (hace 40 años los ingresos del 5 % más rico de la población mundial eran 30 veces más altos de los del 5 % más pobre; hace 15 años ya eran el 60 % más altos y hacia 2002 habían alcanzado un factor del 114 %; Zygmunt Bauman), inestabilidad política de los países que poseen las mayores cuencas petrolíferas y gasíferas del mundo, el envejecimiento poblacional y otras cuestiones que transforma a los tiempos actuales en peligrosos.

Algunos sostienen la tesis de que, un mundo con 7.000 millones de habitantes y altamente envejecido no es sustentable, por último, cabe recordar que grandes crisis económicas y políticas precedieron a las dos grandes guerras del siglo XX.

En la época en que nació Jesucristo y durante el imperio romano, la población mundial no superaba los 200 millones de personas; en el año 1000 la población mundial era de 270 millones de personas; en el 1700 había aumentado alrededor de 600 millones y es posible que en el año 1820 haya sobrepasado los 1000 millones. Se necesitaron dos siglos para que la población mundial se duplicara y sólo un poco más de un siglo para que

volviera a duplicarse y llegara a 2.300 millones en 1940. En 1960, éramos 3.000 millones; hoy en día, medio siglo después, creció de nuevo a más del doble hasta 7.000 millones; se espera que la población mundial alcance 8.200 millones en 2030 y más de 9.000 millones en 2050.

Como se ve, antiguamente el crecimiento de la población era lento y se autorregulaba por la muerte a causa de las hambrunas y las enfermedades (la peste negra en el siglo XIV en Europa mató entre una y dos terceras partes de la población); la aceleración del crecimiento demográfico comenzó después de 1700 en Inglaterra y después de 1800 en Europa.

Las proyecciones indican que para 2.050 la esperanza de vida de hombres y mujeres de los países desarrollados llegará a 79 y 85 años respectivamente; en los países en vía de desarrollo 72 y 76 años y en las economías más pobres 65 y 69 años. Hay 62 países donde vive el 45 % de la población mundial que tienen tasas de fecundidad iguales o inferiores a la tasa de sustitución de 2.1.

Ya se acabaron las épocas en que “una generación trabaja; la segunda acumula fortuna, la tercera lleva esa fortuna al máximo y la cuarta la dilapida. Y así todo vuelve a cero” (Thomas Mann).

Los índices de mortalidad infantil han descendido en muchos países en los últimos años; paralelamente con el descenso de la mortalidad en los niños de menos de 5 años se ha registrado una disminución en el índice total de fertilidad de 5.0 en 1950 a 2.5 en 2009, con lo cual el promedio y la mediana de edad se incrementaron en la mayoría de las poblaciones.

La muerte en las personas de 15 a 59 años se considera actualmente prematura y tiene consecuencias muy desfavorables en términos económicos y productivos para la sociedad. El aumento de las enfermedades no comunicables obligatoriamente reciben mucha menos atención. La información actualizada es fundamental para adoptar las intervenciones necesarias en salud y para determinar el progreso de los

países. Hay que mejorar la metodología, los sistemas de registro y la vigilancia demográfica para posibilitar una valoración sistemática de las tendencias. Siempre existe una brecha entre el momento de la recolección de los datos y la publicación de la información; aunque esta brecha es mayor en unos países que en otros.

El riesgo de mortalidad por lo general es mayor para los hombres que para las mujeres.

Los datos en conjunto indican que la variación en la mortalidad en los adultos por país y a lo largo del tiempo es significativamente mayor que la correspondiente para la población de menos de 5 años.

Los factores que influyen en la mortalidad en adultos y en niños son sustancialmente distintos, por lo tanto, no es válida la extrapolación de la información de una población a otra ni la consideración de la expectativa de vida en el momento del nacimiento.

Los movimientos migratorios, el crecimiento socioeconómico, los avances tecnológicos en salud, la disfunción social, las epidemias (especialmente por el VIH; afecta a más de 33 millones de personas en todo el mundo incluidos 2.5 millones de niños; todos los días 6.800 personas se infectan y 5.700 mueren a consecuencia de la enfermedad) son algunos de los factores que indudablemente contribuyeron a los cambios en los patrones de mortalidad en los últimos 40 años. Aunque el crecimiento económico explicaría la reducción de los índices de mortalidad en algunos países, otras regiones con el mismo crecimiento no presentaron una modificación similar en el riesgo de mortalidad. De hecho, los cambios esperables en relación con la mejor alimentación, con el control de las enfermedades infecciosas y con el mayor acceso a la atención médica se reflejan en forma diferente según la región, y una proporción considerable de las modificaciones registradas, sin duda no puede explicarse mediante alguno de los factores conocidos o por la combinación de diferentes factores.

La mortalidad en los adultos suele variar en forma mucho más lenta que la mortalidad en los niños; esta última se considera un parámetro más sensible del estado de salud en una determinada región. Los cambios en las causas de mortalidad en los adultos se correlacionan muy poco con las de los niños.

No es aceptable pensar que la reducción de la mortalidad en los niños inevitablemente se reflejará en un menor índice de mortalidad en la población adulta. Cada año en el mundo, más de 7.7 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años; sin embargo, un número casi tres veces más alto de adultos muere antes de cumplir los 60 años. En términos de salud pública, la prevención de la mortalidad prematura es un objetivo tan importante como la reducción de la mortalidad infantil. Habría que garantizar y esforzarse para que los habitantes no sólo lleguen a adultos sino también para que no se produzca su fallecimiento antes de los 60 años. Este objetivo sólo podrá cumplirse si se realiza un esfuerzo conjunto con sistemas comunes de vigilancia y de registro con la finalidad de establecer pautas y programas específicos de prevención.

De acuerdo con las tendencias demográficas publicadas, en 2050 la población mundial alcanzará los 9.200 millones de personas; la mayor parte de esta población estará compuesta por ancianos. Dijimos que hay un incremento en la esperanza de vida (en muchos países del mundo existen actualmente más personas en condiciones de jubilarse que niños menores de 16 años) debido probablemente a los avances de la medicina, el cuidado preventivo de la salud y la alimentación y también una fuerte disminución en la tasa de fecundidad especialmente en los países desarrollados. Estas desproporciones llevarán a que una cantidad cada vez más reducida de personas jóvenes deberá sostener económicamente a una población cada vez mayor de viejos. Si no se toman las medidas convenientes a tiempo las

consecuencias pueden llegar a ser catastróficas en el orden financiero, social y político.

La demografía es “la rama del conocimiento que trata de las poblaciones humanas, en especial del análisis estadístico de los nacimientos, defunciones, migraciones, enfermedades, etcétera, que ilustran la condición de la vida en las comunidades”.

Hasta hace poco tiempo, antes de la crisis económica global, hubo un crecimiento económico pujante, una rápida aceleración del ritmo de la globalización y el cambio tecnológico pero, al mismo tiempo, se han generado y acumulado temores crecientes acerca de la desigualdad del ingreso, las amenazas al empleo y la creciente desocupación en edad activa, la inmigración y crisis xenofóbicas, la viabilidad financiera de las jubilaciones y pensiones, los marcados e inestables desequilibrios financieros en la economía global, la degradación del medio ambiente.

El empobrecimiento y la pobreza de los jubilados y pensionados se está volviendo un problema creciente. La situación se presenta tan crítica que muchos empleados y trabajadores actuales llegarán como generación a la edad del retiro sin recursos suficientes para jubilarse. No nos hallamos en mejor posición que nuestros padres o abuelos para predecir qué sucederá con nuestra vejez. Deberíamos debatir ya mismo las características y los efectos económicos y sociales de las sociedades envejecidas como la nuestra; la viabilidad de las jubilaciones y pensiones; la atención médica; la inmigración; el trabajo y la posible escasez de mano de obra calificada; las políticas fiscal, social, laboral y educativa; las enfermedades no transmisibles, crónicas, degenerativas e invalidantes; las estructuras familiares; la forma, la edad y el momento del retiro laboral; la necesidad del ahorro propio para complementar los haberes previsionales; los sistemas y programas sociosanitarios de atención y ayuda; las funciones de

los gobiernos y de las instituciones destinadas a los adultos mayores y la política gubernamental hacia ellos.

La población envejecida o muy envejecida tiene alta demanda de atención sanitaria y social; los costos financieros de la atención de la vejez son mucho más altos que los de la atención de la juventud; los jubilados y pensionados reciben salarios previsionales insuficientes; los adultos mayores necesitan mayor atención médica y consumen más medicamentos cuyos costos aumentan progresivamente a ritmo más acelerado que los bienes y servicios; los costos sociales para cuidar y auxiliar a las personas mayores son muy altos y no se los puede quitar porque son imprescindibles.

No hay que sobreabundar en argumentos para constatar que el envejecimiento poblacional ha empezado a cambiar a nuestras sociedades; ya hay legiones de personas de mediana edad que tienen sentimientos de angustia e inseguridad cuando más se acercan a la jubilación; el envejecimiento exacerbará muchos de los problemas económicos y sociales. El aumento continuo en la edad máxima que se puede vivir hará aflorar problemas sociales y económicos sin precedentes, tal vez conflictos generacionales por la distribución de la riqueza, el ingreso y las cargas fiscales y pleitos entre familias por el acceso al ingreso y la riqueza.

DE LO FASCINANTE A LO PERTURBADOR

Este tiempo nos encuentra ante la presencia de un fenómeno fascinante pero al mismo tiempo perturbador que es el envejecimiento poblacional que invita a un enorme desafío en varios niveles. Va en aumento considerable el que cada vez más numeroso grupo de hombres y mujeres mayores va demandando y exigiendo servicios sanitarios y sociales, formas de re-inserción en la sociedad de la que quedan excluidos a partir de la jubilación para aquellos que la obtuvieron.

Los vertiginosos avances de la tecnología, la subestimación del valor de los adultos mayores dado por el grado de productividad y el consumo, los propios prejuicios de nuestra sociedad viejista, en este contexto los adultos mayores parecieran tener cada vez menos cabida.

Al perder el status laboral, núcleo de su posición de sujetos productores, sumando a los otros tantos cambios que los sorprenden, los adultos mayores se ven enfrentados al trabajo de duelo, como trabajo de simbolización. El sistema los obliga a un retiro que los margina y los deteriora social y económicamente, tienen por fin el tiempo libre tan ansiado pero carecen de actividades suficientes y medios adecuados para hacer de él un tiempo para vivir con dignidad y calidad de vida.

Los adultos mayores tienen plena salud y lucidez en la gran mayoría de los casos, quedan inactivos, ingresando en lo que casi irónicamente se llama clase pasiva. No se reconoce su enorme caudal de energías, motivaciones y deseos de participar y vivir plenamente. Todavía en estos tiempos no contamos con una masa crítica de viejos que busquen soluciones amplias y se organicen para hacer frente a sus problemas comunes cambiando el

paradigma del abuelo bonachón y retirado a un jubilado activo, luchador y contestatario cuando sea necesario.

La educación no ha desarrollado en nuestro país verdaderos avances y transformaciones en servicios docentes para adultos mayores. La educación sigue estando al servicio del trabajo, la producción, lo que se ha llamado vida útil o activa. Las estructuras de las instituciones educativas contemplan escuelas, colegios secundarios, terciarios, universidades, todos encaminados a la formación e información de niños, jóvenes y adultos jóvenes, preparándose para incorporarse al campo laboral.

El adulto mayor necesita oferta de servicios de educación para la actividad, para crecer, crear y recrear, comunicarse, transmitir sus experiencias, continuar con la formación personal, aprendiendo y enseñando. Estos espacios educativos y recreativos irán mejorando la calidad de vida a la par que reforzando su estructura psíquica sacudida por las transformaciones propias del proceso de envejecimiento.

Nadie enseña a envejecer que es el eje central de cualquier educación para adultos mayores que no es otra cosa que enseñar a vivir, apreciar el horizonte de las potencialidades existentes, reconociendo la dirección del propio pensamiento y de sus deseos.

No hay impedimentos en la vejez, salvo excepciones, para intensificar o completar la formación personal sin imponer condiciones de ingreso, límites o plazos: en libertad. La educación, la actividad y el buen uso del tiempo libre son tres dimensiones de la vida, donde la combinación armoniosa, a todo lo largo de la existencia, es la condición necesaria para el bienestar de los hombres y el equilibrio de las sociedades.

Hay un prejuicio inveterado y un estereotipo negativo entre los muchos, que atribuyen al adulto mayor el deterioro inevitable de su capacidad intelectual en desmedro de su posibilidad de aprender. Cada etapa de la vida tiene su especificidad y la educación de los adultos mayores también la tiene: se inscribe en la educación para la diferencia, para la diversidad. Cada individuo aprende desde su singularidad pero aprende. El conocimiento del proceso de envejecimiento personal hace que se pueda disponer más eficazmente de las posibilidades puestas en acto. Conocer esas posibilidades conduce a la acción y a la creatividad y estimula la estructura psíquica. La actividad y el intercambio grupal enriquece el aparato cognitivo y emocional. El autoreconocimiento del propio pasado permite valorar la vida vivida, dar continuidad e historicidad al propio pasado, asimilar las pérdidas del papel laboral, la migración de los hijos (= síndrome del nido vacío), la muerte de familiares y amigos con la difícil elaboración del duelo.

El adulto mayor debe ser un miembro activo de una sociedad en cambio; reconocer esos cambios y convivir participando en ellos ahuyentando la soledad y esperando sin resistencia el final con su propia muerte poniendo en acción sus motivaciones, inquietudes y posibilidades creativas.

El adulto mayor debe usar y no matar su tiempo, organizarse y ser receptivo a gratificaciones, enriquecimiento personal a través de la actividad

El perfil gerontológico esbozado más arriba promoverá sin dudas cambios necesarios en el imaginario social actual con respecto a los viejos transformando las actitudes de descalificación, menosprecio, paternalismo, maltrato y exclusión de modo tal que haya una convivencia intergeneracional deseable pese al modelo actual de juventud, belleza

física y consumismo desterrando el insensato paradigma de que el envejecimiento es una enfermedad y una carga pública insoportable.

Los adultos mayores son depositarios de la memoria colectiva no reemplazables por los aparatos y las técnicas informáticas, son los encargados de preservar los valores que hacen a nuestra historia posibilitando así la comprensión del presente y contribuyendo a la proyección del futuro.

En síntesis, hay que promover en los adultos mayores el acceso al conocimiento, la cultura y el esparcimiento en diversos campos; ofrecer y apoyar la formación integral permanente; incentivar y desarrollar nuevos intereses; propiciar la formulación de renovados proyectos de vida y estimular la participación activa en la vida comunitaria. Maitena, la excepcional humorista gráfica argentina dice:



EXPRESION SOCIOSANITARIA Y DEMOGRAFICA DE LA VEJEZ



Muchos de los adultos mayores en la Argentina carecen de cobertura sanitaria y social pese a los esfuerzos institucionalizados de las “empresas sociales” vinculadas a la seguridad social que tienen y administran algunos programas para mayores. Todavía son vacilantes los intentos de las organizaciones de los propios mayores que siguen siendo dependientes y que todavía tienen baja capacidad de autogestión y de iniciativa para resolver por sí las necesidades sociosanitarias que los aquejan.

Un número excesivo de mayores de sesenta años viven en la pobreza. Pese a ello, en Argentina, la esperanza de vida es de 72 años para los hombres y de 74 para las mujeres; alrededor del 13 % de la población tiene 60 años y más. La Argentina gasta mucho en la reparación de enfermedades e invierte poco en salud. Cuando se estudia la aplicación o asignación del gasto se observa que se han desarrollado pocos programas sociosanitarios de bajo costo y alta

eficiencia especialmente para la tercera edad. La mayoría de los ancianos carece de accesibilidad universalizada a los servicios; la atención suele ser cara y de baja calidad y manifiestamente biomedicalizada. La financiación pública y colectiva de la atención médica ha estimulado una expansión dramática en la cantidad, alcance y complejidad de los servicios usados. La atención médica representa en promedio sólo el 11 % del peso total de las muertes en todo occidente pero consume el 90 % de los recursos de salud (la genética es responsable del 27 % de las muertes; los factores ambientales el 19 % de la posibilidad de enfermar y los malos hábitos de vida determinados por la falta de responsabilidad individual ocasionan el 43 % de nuestros padecimientos biológicos).

La historia y la epidemiología demuestran que las condiciones sociales, económicas y culturales tienen más incidencia en la producción de salud individual y colectiva y no los hospitales, médicos y medicamentos. La producción de salud es social; la medicina es política social en gran escala (Rudolf Virchow).

Las personas mayores constituyen “un sector estratégico para la política social” y fuente de preocupación creciente de los estados, gobiernos, familias y de la sociedad en general que deberá, sin dilación, programar soportes, ayudas, auxilios, asistencia y cuidados - teniendo en cuenta las variables biológica, psicológica, cultural y social - de una creciente población envejecida que debe ser respetada en su dignidad, en su apreciación de la realidad como generación y en el contexto de su historia, su cultura, su hábitat geográfico y su cosmovisión.

Los temas candentes de hoy a resolver en el campo de la vejez son la atención primaria de la salud integral de los mayores; la inserción, participación y atención comunitaria (red sociosanitaria con oferta de servicios sociosanitarios integrales a nivel local); las políticas sociales; el contralor de la victimización; las viviendas con apoyo de servicios en el seno

de la comunidad; el desarrollo y afianzamiento de las organizaciones de mayores con especial énfasis en el voluntariado social; el apoyo económico salarial (jubilaciones y pensiones) dentro de un régimen previsional acorde con las necesidades reales de las mayorías.

La vejez no es una enfermedad y menos aún un conjunto aislado de desórdenes biológicos. El 85 % de los mayores están sanos para su edad a través de una mirada médica de base epidemiológica y estadística. Son otros los problemas irresueltos y desatendidos que hay que investigar y solucionar: las deprivaciones sociales, las deficiencias nutricionales, la enfermedad psicológica. La enfermedad física y el deterioro orgánico, por suerte, no pesan excesivamente en la vejez temprana.

Queda lo suficientemente claro que la Argentina tiene cifras de ancianidad muy altas que nos ha convertido en un país de viejos. Esta realidad no va a cambiar; el promedio continuará creciendo por varias razones: descenso de la tasa de natalidad, mayor cualificación de la oferta de servicios sociosanitarios a través de estrategias de acreditación y de asignación acotada y eficiente de recursos con participación de usuarios. Al mismo tiempo habrá más jubilados, se presentarán problemas con el número de camas de hospitalización, aumentará el consumo de medicamentos.

El envejecimiento poblacional no es un indicador de involución social sino, por el contrario, implica un dato a considerar de análisis de progreso social; este progreso deberá ser sustentable.

NECESIDAD DE RELEVAMIENTO SOCIOSANITARIO CON ENFOQUE DE RIESGO

Se hace necesario contar con datos confiables de riesgo en la población de adultos mayores a los fines de poder accionar racionalmente en términos de prevención primaria y secundaria lo que, obviamente, redundará en beneficio

directo en la salud positiva de nuestra gente y en la disminución de acciones diagnósticas y terapéuticas que suelen ser tardías, inoportunas y con una relación costo-beneficio negativa para las personas y para la inversión en salud del Estado.

Todavía, la mirada sigue puesta en el paradigma médico que, por otra parte, no está explicitado y excluye lo social y lo psicológico; por ejemplo, la desnutrición crónica -a cualquier edad- es una enfermedad grave y terreno abonado para no poder defenderse de cualquier tipo de injuria; el tener un simple cosquilleo en una mano y una ceguera transitoria de un ojo del lado opuesto es una advertencia temible ante la posibilidad cierta de tener un accidente cerebrovascular y secuelas neurológicas graves; etc.

La detección de complicaciones severas implica, previamente, el aspecto inicial del proceso de atención de la salud que tiene que ver con la calidad nosológica y semiológica con que se logre tipificar la enfermedad y el análisis de numerosas variables intervinientes que pueden generar aún más complicaciones y deterioros.

Las prestaciones médicas se dispensan a demanda espontánea, caso por caso, por llegada individual al efector y nunca se racionalizaron a través del conocimiento epidemiológico, con enfoque de riesgo, con base de datos de incidencias y prevalencias, por programas, con vigilancia, seguimiento, monitoreo y valoración de resultados objetivos y mensurables y mucho menos con análisis de costos.

LOS PROGRAMAS SOCIALES

Nos parece que es imprescindible que los programas sociales que no pueden universalizar el beneficio debido a la extensa demanda creciente o a razones de índole presupuestaria, aun así, se manejen con los aspectos principistas de la equidad social.

Por otra parte, los beneficiarios de los programas sociales deben comprometerse con esta realidad y desarrollar, simultáneamente, estrategias de autogestión y de cooperación mutua con enfoque de red social.

Las personas con necesidades insatisfechas, en su inmensa mayoría, no han podido internalizar que el soporte social es un apoyo circunstancial y temporario y que en todo caso, deben cumplirse los objetivos, metas y contralor de gestión y de los aspectos administrativos contables, asegurando la llegada individualizada del beneficio y la lectura del impacto que se pretende producir con una mirada racional costo-beneficio de la acción social.

La biomedicalización de las enfermedades prevalentes en adultos mayores no siempre solucionan los problemas, cuestan más, induce a la introyección de un modelo fármacodependiente de la vejez, aumenta la dependencia psicológica, agreden las pautas culturales de la gente y no satisfacen nunca del todo.

PREVENCION E INVERSION BIOPSIICOSOCIAL EN ADULTOS MAYORES

La “inversión biopsicosocial” implica no sólo un repertorio de prestaciones médicas, programas de ayuda, asistencia, auxilio, cuidados y soportes sino que, previamente y a partir de mucha experiencia acumulada, debemos reformular los programas y las propuestas de acción con nuevos diseños - aún los no convencionales - con enfoque de la realidad sociosanitaria local.

La realidad sanitaria muestra que el 85 % de los adultos mayores están sanos para su edad desde el punto de vista biológico ó biomédico y que son las carencias sociales y los problemas de adaptación los que prevalecen especialmente en las geografías marginales de nuestro país a lo que se suman problemas nutricionales, medioambientales y de hábitat.

La promoción de la “salud biopsicosocial” es el eje de la cuestión y también el tratamiento de los trastornos inherentes al proceso del envejecimiento (trastornos biológicos prevalentes que deben ser contenidos y controlados para evitar enfermar).

El Primer Nivel de Atención de la Salud (vector e instrumento principal para la atención de la salud) al igual que los otros niveles de atención deberán estar subsumidos en los aspectos de la gestión y gerenciamiento social y extenderse por sistemas de redes a familiares, extrafamiliares, organizaciones comunitarias de todo tipo sumando asociativamente esfuerzos y responsabilidades compartidas con efectores sociosanitarios locales presentes, reconocidos y legitimados por la comunidad asignando recursos para su sostén y crecimiento.

El requerimiento de un adulto mayor, explícito o implícito es integral pero, muchas veces, la respuesta está desintegrada, es disarmónica y de baja capacidad resolutive, con bajo impacto y de alto costo relativo.

Hay que establecer una política de racionalización en materia de asignación de recursos a través de un aumento de la excelencia en el diagnóstico y el tratamiento social, el concepto de riesgo sociosanitario, el impacto esperable, la relación costo-beneficio sobre la base principista de la accesibilidad, la universalización y la equidad social.

A esta altura, no se puede ni se debe continuar atados a procedimientos y asignaciones estancos; hay que lograr el cumplimiento de los objetivos y las metas en un proceso y gestión transparente, funcionalmente dinámica, veloz y concreta y utilizar estrategias, tácticas y propuestas de actuación aún no convencionales. Por suerte, una de las formas de no envejecer es tener la vida no resuelta, cerrada, acabada; las organizaciones también envejecen y es preciso darse cuenta de ello.

GERIATRÍA



Ignatz Leo Nascher

(1863-1944)

El término geriatría se incorpora a la terminología médica hacia el año 1909, fecha en la que I.L. Nascher publica en el *New York Medical Journal* un artículo titulado: «Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments», solicitando una medicina específica y distinta de la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos.

La medicina geriátrica moderna surge en Gran Bretaña alrededor de 1935 de la mano de la doctora Marjory Warren, cuando fue destinada al West Midd-Lessex Hospital encargándose de la asistencia del adyacente hospital-asilo de los pobres a los que diagnosticó, evaluó y rehabilitó como

pudo, logrando metas no sospechadas que no pasaron inadvertidas por sus colegas.

La doctora Warren en una de sus publicaciones, en 1946, sobre ancianos y pacientes crónicos incapacitados decía: «No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión con su edad y condición. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud del cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos».

Hoy sabemos que la vejez no es una enfermedad, que es esencial hacer diagnósticos concretos y con certeza en los ancianos, y que el reposo y la inactividad prolongados pueden ser peligrosos.

Hoy en día son inaceptables en adultos mayores el diagnóstico médico incompleto, la sobreprescripción de medicamentos, el uso inadecuado de la asistencia sociosanitaria, la falta de cuidados permanentes, continuos y progresivos, auxilios, soportes, ayudas, contralor y seguimiento, acompañamiento, ayudas técnicas y la infrautilización de la rehabilitación.

En nuestra realidad hay pobre coordinación entre servicios e instituciones sociosanitarias destinadas a los adultos mayores que imposibilitan la continuidad de la atención, seguimiento y cuidados y en casi todos los casos institucionalización inadecuada.

Hay que asegurar a los adultos mayores de nuestro país: el diagnóstico médico completo con valoración geriátrica integral, tratamiento integral médico, funcional, psicológico y social, coordinación mediante niveles asistenciales que garanticen la continuidad de cuidados, así como la supervisión de los ancianos institucionalizados. Esta metodología de trabajo debe ofrecer un tratamiento al paciente anciano que sea

individualizado, que se ajuste a sus necesidades en función de la fase del proceso patológico que presenta.

Si no tenemos en cuenta estas premisas básicas en la manera en que se proporciona atención médica al anciano, prolongaremos su vida a costa de su discapacidad y su dependencia.

La geriatrización de la medicina ya es un hecho quedando reflejado en las tasas de consumo de recursos sanitarios por parte de este grupo poblacional, obligando, por un lado, a las instituciones a adaptarse a las nuevas necesidades de este gran consumidor y, por otra, los profesionales que asisten a adultos mayores tendrán que tener mayor capacitación, cualificación y excelencia prestando más calidad en la atención con la mira orientada a dar y facilitar la mayor calidad de vida posible.

La asistencia sociosanitaria de pacientes adultos mayores debe tener en cuenta la heterogeneidad de la población mayor de 65 años: anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y paciente geriátrico y atender a:

- las peculiaridades de las enfermedades en los mismos con presentaciones atípicas de las enfermedades,
- la fragilidad como marcador o indicador de vulnerabilidad en las personas mayores,
- la pluripatología: varias enfermedades pueden afectar a distintos órganos o sistemas relacionados o no entre sí. Se ven favorecidas por algunos factores: alteración de la capacidad de mantener constante el medio interno, interacción de unos sistemas con otros, largos períodos de latencia de muchas enfermedades hasta hacerse sintomáticas, alteraciones inmunitarias e iatrogenia,
- la polifarmacia: el aumento del consumo de fármacos suele ser consecuencia de lo anterior y, en ocasiones, por sobreprescripción, uso inadecuado, efectos adversos y más iatrogenia,

- tendencia a la cronicidad y frecuente incapacidad: alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que originan dependencia con sobrecarga de los cuidadores y alto porcentaje de institucionalizaciones,
- pronóstico menos favorable de las enfermedades: éstas asientan en un organismo con menor reserva funcional y capacidad de respuesta a estresores externos, no justificando la abstención diagnóstica y el tratamiento oportuno, ya que se comprueba a diario que un enfermo bien diagnosticado y tratado responde mejor de lo que esperaríamos,
- dificultades diagnósticas y terapéuticas: tanto las actitudes diagnósticas como terapéuticas en geriatría deben guiarse por el binomio riesgo/beneficio siempre buscando este último, teniendo en cuenta la opinión del anciano y siempre tras una correcta valoración geriátrica integral que justificará el realizar o no determinadas medidas diagnósticas o terapéuticas,
- mayor utilización de recursos sanitarios: los ancianos tienen una tasa de ingresos hospitalarios doble al de la población general, siendo el triple el de los mayores de 80 años, prolongación de la estancia hospitalaria en muchos casos ligados a la mayor dependencia, abandono familiar e iatrogenia, gran número de reingresos,
- mayor necesidad de rehabilitación: en este grupo poblacional con más frecuencia inciden enfermedades discapacitantes,
- no perder de vista el horizonte de que uno de los objetivos de la geriatría será el mantenimiento de la autonomía y la función a través del uso de la rehabilitación temprana, permanente y progresiva que formará parte del plan global de tratamiento integral del anciano,
- necesidad frecuente de utilización de recursos sociales: en el anciano con frecuencia la aparición de enfermedad visibiliza o agrava problemas sociofamiliares,

- frecuentes problemas éticos: en toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en los estadios finales de la vida, alargamiento de la vida de forma artificial en ausencia de un testamento vital del individuo, incapacitaciones legales en personas con demencia.

La salud del adulto mayor se mide siempre en términos de función. En los pacientes geriátricos se deberán adoptar actitudes terapéuticas diferenciadas, con utilización de medidas adaptadas a las características del paciente, evitando los encarnizamientos diagnósticos y terapéuticos, así como las actitudes nihilistas que conduzcan a la infrautilización de medidas terapéuticas de probada eficacia.

En geriatría es útil pensar en términos de problemas más que en enfermedades concretas aisladas. Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* definió los principales problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:

- **Immobility*: inmovilidad
- **Instability*: inestabilidad y caídas
- **Incontinence*: incontinencia urinaria y fecal
- **Intellectual impairment*: demencia y síndrome confusional agudo
- **Infection*: infecciones
- **Inanition*: desnutrición
- **Impairment of vision and hearing*: alteraciones en vista y oído
- **Irritable colon*: estreñimiento, impactación fecal
- **Isolation (depression)/insomnio*: depresión/insomnio
- **Iatrogenesis*: yatrogenia
- **Inmune deficiency*: inmunodeficiencias

**Impotence*: impotencia o alteraciones sexuales

En muchas ocasiones, en forma rápida y desaprensiva, las enfermedades de los adultos mayores son achacadas al propio envejecimiento. En los pacientes de edad avanzada no es frecuente asociar un síntoma a una única causa, sino que las razones pueden ser varias.

Debemos desterrar de la mente la idea de que los procesos patológicos en la vejez siguen el modelo clásico de enfermedad; esto sólo ocurre en la mitad de los pacientes geriátricos, es frecuente que en los ancianos diferentes factores de morbilidad actúen en forma sumatoria.

Es necesario un rápido reconocimiento y tratamiento de estos cuadros para conseguir la recuperación del paciente y no desarrollar una enorme cascada de efectos adversos que generan mayor morbi-mortalidad en este grupo poblacional, especialmente predispuesto a ser víctima de la iatrogenia.

En la Medicina corriente y clásica, un acto médico se reduce a un diagnóstico y un tratamiento, siendo el principal objetivo el hallazgo de una enfermedad que explique todos los síntomas a los que el médico se enfrenta en un determinado paciente.

Las personas mayores presentan varias enfermedades diferentes, agudas o crónicas, relacionadas o no, y en ocasiones las interacciones entre ellas hace que el manejo clínico del anciano no sólo sea difícil, sino que llega a constituir un reto su abordaje; para afrontar este reto todo el personal sanitario debe tener una formación geriátrica adecuada a las necesidades del paciente.

El adulto mayor, como dijimos, es un gran consumidor de recursos sanitarios. Utilizan al médico de Atención Primaria tres veces más que la media de la población, con un consumo de 1,5-2 veces más medicamentos, y en cuanto a la hospitalización la tasa de ingresos en los mayores de 65 años es el doble que en la población general, triplicándose esta tasa en los

mayores de 80 años, asimismo sus estancias en los servicios asistenciales son más prolongadas.

Las Facultades de Medicina de las Universidades de la Argentina carecen de formación en el pregrado en geriatría y gerontología. La importancia de la formación pregrado sigue siendo subestimada. El envejecimiento poblacional ha condicionado que gran parte de la actividad profesional en la práctica y en la totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas se realicen sobre pacientes ancianos. Ello debe exigir a todos los profesionales tener un mínimo de conocimientos en geriatría que permitan obtener en cada momento los mejores resultados posibles. Los futuros médicos deben adquirir conocimientos teóricos y habilidades mínimas que le permitan abordar y conocer las peculiaridades del anciano, sea cual sea su especialidad, y es en las facultades de Medicina donde se deben impartir y adquirir estos conocimientos. Los programas deben desarrollar contenidos sobre: cambios demográficos, procesos biológicos del envejecimiento, presentación de cuadros clínicos y síndromes geriátricos y tratamiento de las enfermedades en el anciano, el trabajo en equipo y la organización de los cuidados mediante niveles asistenciales.

Se deben acreditar y controlar, especialmente en su calidad, los servicios sanitarios y sociales públicos o privados destinados a la atención integral de los adultos mayores incluidos los servicios de atención domiciliaria.

Aproximadamente el 97% de los adultos mayores viven en el medio comunitario y deberían estar, en cuanto a salud se refiere, cubiertos bajo la responsabilidad de la Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria de la Salud (APS), siendo la población anciana una alta consumidora de su labor asistencial.

Los adultos mayores son los que proporcionalmente frecuentan más la urgencia y la proporción de ingresos es también mayor, lo que indica mayor severidad de sus patologías que precisan controles y tratamientos

más complejos. Por estas razones, sería conveniente la familiarización de los facultativos integrados en los servicios de urgencias, con las peculiaridades de los pacientes geriátricos y entre ellas el conocimiento de los síndromes geriátricos.

Se considera que un 15-20% de los mayores de 65 años son ancianos frágiles y precisan de una atención específica para los múltiples problemas que presentan con el alto riesgo de incapacidad y dependencia, que la hospitalización aguda puede agravar.

La mayoría de nuestros hospitales no han implantado servicios de rehabilitación funcional y cuidados de calidad integrando profesionales y técnicos formados en geriatría que constituyan una cadena o red asistencial que tenga como prioridad el mantenimiento de la función del adulto mayor. Como sabemos, la tendencia es favorecer la permanencia del anciano en su medio, recurriéndose a la institucionalización ante problemas de discapacidad física o mental, así las residencias para mayores atenderán a ancianos con una alta prevalencia de patologías y de síndromes geriátricos que de no ser manejados correctamente generarán iatrogenia.

Los profesionales médicos y de enfermería de estos centros deberían tener una cualificación especial en el abordaje multidisciplinar de los problemas de los ancianos institucionalizados para optimizar la utilización de recursos y mejorar la calidad asistencial.

Debemos reconocer y denunciar que las estructuras sanitarias actuales no tienen una óptima solución integral de los problemas de los adultos mayores.

Es preciso iniciar un proceso de renovaciones institucionales que contemplen en sus esquemas, tanto en formación como en asistencia, las peculiaridades de este colectivo en crecimiento en todo el mundo.

DESNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES

Algunos aspectos poco visibles de la salud de las personas de 60 años y más es no advertir que en razón de su edad poseen características fisiológicas vinculadas a su aparato digestivo con atrofia de la mucosa gástrica con disminución de factor intrínseco lo que trae aparejado estados de anemia crónica subclínica; desinterés por los aspectos culinarios; falta de incentivos y sensorialidad para la selección y elección de los alimentos.

Las personas mayores de nuestro extenso y diverso país, en su gran mayoría, están acostumbrados por educación y pauta cultural a alimentarse con preparaciones culinarias que no contemplan la más de las veces los aspectos nutricionales para una dieta armónica, completa y adecuada a su edad y necesidades biológicas.

Está demostrado sobradamente que las carencias de ciertos nutrientes provocan severos deterioros orgánicos especialmente en el área neuropsíquica (confusión mental y deterioro cognitivo por anemia, deshidratación subclínica, hipotiroidismo subclínico, hipotrofia del tejido muscular, osteoporosis, etc.).

La Atención Primaria de la Salud (APS) en el campo de la gerontología y la geriatría no contempla aún hoy la detección, la vigilancia y el seguimiento de esta problemática.

Las prestaciones médicas no son, hasta ahora, un recurso eficiente y eficaz para la solución de los problemas de salud derivados de las carencias nutricionales.

Hay una excesiva medicalización de los pocos casos detectados y, por otra parte, cuando los diagnósticos se realizan son tardíos y las lesiones estructurales son profundas e inmodificables y la refuncionalización se hace imposible.

Hay que dispensar leche enriquecida con hierro; cada adulto mayor debería tomar por los menos 3 (tres) vasos por día además de vitaminas y minerales.

Suministrar sal yodada con la recomendación de utilizarla en poca cantidad en las preparaciones culinarias y el sazonamiento de las comidas.

Consumir no menos de 50 gr. de queso fresco por día.

Realizar en forma programada y asistida actividad física.

Caminar por lo menos 20-30 calles por día en una o dos sesiones.

En adultos mayores, la patología instalada con daño neurológico es muy alta y en una mirada retrospectiva, la patología “atendida” presenta una indefinición diagnóstica y etiológica porcentualmente muy elevada.

Estas apreciaciones tienen numerosas y trascendentes lecturas que abarcan lo médico, lo social y lo financiero.

El recurso inteligente, rápido y económico para contener esta realidad sanitaria es a través de una forzada y adecuada pedagogía médica en el primer nivel de atención, la detección temprana de los pacientes presintomáticos y a los sintomáticos transitorios antes, mucho antes, que se produzca la injuria y el daño invalidante.

Las estrategias de prevención para estos casos, no pasan sólo por el relevamiento de los factores de riesgo, sino por una indicación insoslayable por parte de las organizaciones financiadoras de la presencia activa de los médicos en la práctica de exámenes clínicos exhaustivos y su respectivo contralor. El interrogatorio y la escucha inteligente y paciente suele ser, en el caso de los adultos mayores, el mejor método de investigación clínica seguido de un artesanal examen físico.

La eficacia médica es insoslayable y no es intercambiable, por otra parte, cuando se tiene la responsabilidad de gerenciar fondos públicos o sociales que deben ser, en todo caso, oportuna y seriamente asignados no podemos permitirnos que aumenten los guarismos de discapacitados evitables que

deterioran al ser individual, a su familia y al espacio social en el que le toca vivir.

El Día Mundial de la Alimentación fue instaurado hace más de 30 años por Naciones Unidas con el fin de concientizar a las poblaciones sobre el problema alimentario mundial y fortalecer la solidaridad en la lucha contra el hambre, la desnutrición y la pobreza.

Sin embargo parece que poco se ha hecho en esta como en otras materias. La muerte por hambre es una desmesurada injusticia y absolutamente una inmoralidad. Los corazones humanos sensibles, ante tamaño genocidio, están desolados e impotentes.

Sólo de la desnutrición aguda en niños (existen otras como la desnutrición crónica a toda edad: niños, viejos, mujeres embarazadas...) alcanza a 55 millones en estos momentos en el mundo y mueren nueve niños cada minuto.

Existen alimentos preparados o fórmulas nutricionales terapéuticas pero sólo alcanzan y llegan a cubrir al 9 % de los 19 millones de niños amenazados por la desnutrición aguda en el mundo.

El contexto socioeconómico de esta realidad es la falta de actividad laboral de millones de personas en edad y con capacidad de trabajar con la resultante de la falta de ingresos; falta de acceso a la educación en general y especialmente a la educación sanitaria; elevada incidencia de enfermedades endémicas que se montan sobre la desnutrición y matan; concentración de la riqueza y poca y desapareja distribución de las rentas nacionales estatales y privadas; elevado costo de los alimentos (hasta los alimentos primarios e indispensables pagan IVA en la Argentina).

La Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés), una rama de las Naciones Unidas nacida en 1945 que hoy agrupa a un centenar de naciones y que dedica sus esfuerzos al incremento de la

producción agrícola y su sustentabilidad, ha denunciado reiteradamente esta situación.

Durante los últimos años, se ha procurado reducir el hambre y la desnutrición con programas dirigidos a la agricultura, ayudas alimentarias y crecimiento económico del mundo emergente, algo que sin duda ha venido ocurriendo. Sin embargo, en la actualidad, con una población de 6600 millones y 963 millones afectados por la desnutrición, el problema apenas se ha reducido al 14,5 por ciento.

El crecimiento demográfico de la segunda mitad del siglo XX fue muy importante y desfavoreció la accesibilidad a los alimentos además de las causas más recientes que hemos comentado más arriba. Durante 130 años, entre 1800 y 1930, la población creció de 1000 a 2000 millones, mientras que entre 1930 y 2000, en sólo 70 años, creció en 4000 millones de personas. El incremento del precio de los alimentos de los últimos años ha venido a alterar negativamente las tendencias, aumentando así el número de desnutridos.

Todavía no se puede apreciar el aporte de la expansión agrícola, que logra impulso con la genética, mediante las especies genéticamente modificadas y los híbridos, por la siembra directa, los modernos plaguicidas, los fertilizantes sintéticos, la agricultura de precisión y otras tecnologías.

La Argentina ha exagerado sus estimaciones y anuncios en el sentido de que su producción de alimentos primarios puede alimentar a 300 millones de personas; el aporte nacional puede alimentar, entre consumidores nacionales y exportaciones, a unos 100 millones, es decir, poco más del doble de nuestra población.

El mundo observa perplejo las decisiones argentinas en materia de cultivos, de expansión agrícola y en política agroexportadora y se muestra sorprendido ante la claudicación de una gran nación exportadora en un contexto global tan preocupante.

Nadie entiende como en la Argentina ocurren ocho muertes diarias en niños por desnutrición; ello ocurre particularmente en cordones de indigencia en la periferia de los centros urbanos y en áreas rurales donde reinan el minifundio, el analfabetismo, las enfermedades sociales y en general escasos conocimientos aplicables al trabajo.

Es deber irrenunciable desatar las energías productivas y expandir la producción y por otro lado, asistir con ayuda alimentaria y educación a los núcleos y bolsones de pobres e indigentes, incluyéndolos en programas alimentarios concretos e incentivar el desarrollo precisamente en los lugares de mayor incidencia de la desnutrición.

La pobreza, como todos afirmamos saber, es la situación que dificulta satisfacer necesidades elementales de las personas: la alimentación, el derecho a la vivienda digna, la salud. Si mil millones de personas viven en el mundo con sólo un dólar, se comprenderá que el déficit alcanza proporciones abrumadoras y somete a casi la sexta parte de la humanidad a la inanición.

La presencia de la pobreza y el hambre horroriza a cualquier conciencia normal pero pocos se ocupan activamente de aportar soluciones concretas para la superación de los cuadros aberrantes de desigualdad social a que da lugar.

Ser pobre en un país rico: en Alemania, no todos gozan del boom de la economía (Pablo Sanguinetti; Diario La Nación; 28 de febrero; 2016).

Un alquiler precario en Munich, los remedios imprescindibles y una dieta de papas, arroz y pan viejo. Los ingresos de miles de adultos mayores no alcanzan para más. Después de una vida de trabajo muchos jubilados

alemanes de 75 años deben asumir un drama poco visible: el de ser pobre en uno de los países más ricos del mundo.

El boom de la mayor economía europea sigue sin llegar a muchos. Según el informe de pobreza 2016 presentado esta semana en Berlín, un 15,4% de la población (12,5 millones de personas) vive en esa condición. El dato requiere una aclaración. Alemania no mide la pobreza "absoluta" -la que amenaza la subsistencia de millones de personas en países en vías de desarrollo-, sino la "relativa": se cuenta como pobre a quien sufre privaciones y desventajas importantes con respecto al promedio de la población.

Muchísimas personas duermen bajo un puente, no tienen qué comer o recolectan envases en la calle; es gente segregada que no tiene recursos para una vida normal en Alemania, aunque no viva en la calle.

¿Quiénes son y cómo viven los pobres alemanes? La Unión Europea (UE) considera a una persona en riesgo de pobreza cuando su ingreso mensual es inferior al 60% del ingreso medio nacional. En Alemania, la barrera se sitúa en 930 euros netos para un soltero o 1651 euros para un matrimonio con un hijo.

El perfil de quienes están en esa situación es variado: madres solteras que no pueden pagar actividades escolares de sus hijos, desempleados de larga duración que no llegan a cubrir necesidades básicas como ropa de invierno, familias sin calefacción o computadora, y chicos que ven determinado su futuro sólo por crecer en un barrio pobre.

La tasa de pobreza en Alemania es inferior a la del conjunto de la UE, que ronda el 17%. Pero el informe incluye datos que cuestionan la imagen de una sociedad rica e igualitaria. Por ejemplo, la pobreza amenaza a un 19%

de los chicos alemanes, y a una de cada siete personas en la vibrante capital, Berlín.

Es preocupante la situación de los jubilados. El riesgo de pobreza en el sector se disparó a 15,6% y superó así, por primera vez, el promedio nacional. Muchos dependen de ayudas públicas. En 2007, un 12% de las personas que se atendían en la seguridad social estaban en edad de jubilación. Ahora se duplicó hasta 24%.

La amplia red de ayudas del Estado de bienestar alemán y las iniciativas privadas ayudan a combatir la pobreza absoluta. Sin embargo, en Alemania hay cerca de 40.000 personas que viven en la calle y unas 335.000 no tienen hogar.

Muchos de ellos vagan por las ciudades revisando la basura en busca de comida o botellas que luego cambian por dinero. En invierno se refugian en albergues y estaciones de subte, pero cada año se registran muertes por el frío extremo.

No es sólo que las ayudas no lleguen a todos, sino que la mitad de los que tienen derecho a prestaciones sociales no las solicita. Algunos ni siquiera saben que existen, otros se avergüenzan y no quieren reconocer que son pobres. La pobreza ascendió en diez años de 14 a 15,4% en un país con niveles de consumo récord, un desempleo de 6,8% y un crecimiento sostenido que llegó al 1,7% en 2015.

La causa profunda es que la capa social más alta acumula un patrimonio inmenso y no quiere distribuirlo.

El gobierno declaró tabú cualquier tipo de aumento impositivo a los más ricos y por eso no se está en condiciones de hacer una política de pobreza que la reduzca.

Otra razón invita al pesimismo. El informe se basa en estadísticas de 2014 y no recoge el efecto de la ola de refugiados que llegó en 2015. El índice llegó a 15,4%, pero es relativo: mide las privaciones respecto al ingreso promedio.

No puede ser que en la Argentina haya 6 millones de personas que no pueden comer decentemente. Ser pobre es ser percibido como si se perteneciera a una categoría inferior, que no importa y que, en todo caso, inspira compasión. La desacreditación del pobre como persona puede crear el terreno para demonizarlo, y para incitar a la intolerancia y a la violencia. La pobreza no es neutra, mata y enferma; hay más de 20.000 madres en América latina que murieron el año pasado durante el embarazo o el parto, que debieran estar vivas. Percieron por falta de cobertura médica adecuada, desnutrición, condiciones misérrimas. Treinta de cada 1000 niños no llegaron a los 5 años de edad, por enfermedades de la pobreza, entre ellas el hambre. Hay nueve millones de niños desnutridos, y otros nueve en riesgo de desnutrición.

Hasta cuando vamos a seguir utilizando mecanismos fáciles para deshacernos de las culpas que puede generar la pobreza y usar la coartada de razonarla como un tema individual de cada pobre y como una consecuencia de su desidia, indolencia, falta de ganas, poca iniciativa.

No fueron sus elecciones, los pobres no eligieron ser pobres; las cifras indican terminantemente que no han tenido acceso real a la salud ni han completado estudios ni trabajo. Uno de cada cuatro jóvenes en nuestro país, los más estigmatizados, está fuera del sistema educativo y del mercado de

trabajo. Entre ellos están los 500.000 jóvenes en esa condición que se mencionan continuamente en el Gran Buenos Aires.

Dice con razón Carlos Fuentes: "Algo se ha agotado en América latina, los pretextos para justificar la pobreza".

Miles de adultos mayores están desnutridos; numerosos estudios dieron la misma señal de alerta: la mortalidad asociada a ciertas patologías en los adultos mayores internados suele deberse a una mala alimentación.

Un alto índice de adultos mayores llega a la internación con problemas de desnutrición, que no tienen nada que ver con la falta de recursos ni con la pobreza, la mayoría de los casos se debe a los malos hábitos alimentarios y a la ingesta de comidas inadecuadas; hay achaques que están relacionados con el tipo de alimentación.

Con los años el metabolismo se vuelve más lento, se necesitan menos calorías para ejecutar las tareas cotidianas. De ahí que la dieta ideal para los mayores de 75 años debe tener gran variedad de frutas, hortalizas, verduras, cereales, carne roja molida, pollo y lácteos. Hay que reducir la ingesta de hidratos de carbono, de grasas, sobre todo de dulces y de frituras, y beber abundante agua y jugos para evitar la deshidratación que es tan común en las personas mayores.

Mientras aumenta de manera exponencial la esperanza de vida de la población, parecen existir aún espacios vacíos en la salud de los mayores. La desnutrición de los ancianos se presenta como un factor clave en la prevención de enfermedades y complicaciones de una franja de la población en constante crecimiento. La desnutrición es una complicación frecuente entre los pacientes ancianos, causa frecuente de recrudescimiento de trastornos preexistentes y del aumento de la mortalidad, expresa Anne

C. Milne, principal autora de un estudio que fue publicado en la revista científica internacional *Annals of Internal Medicine*, con el objetivo de determinar si el uso de suplementos dietéticos de rutina en ancianos podría ser una medida preventiva conveniente.

Se comprobó que los mayores de 75 años internados en hospitales por episodios agudos o complicaciones de diversos trastornos, presentaban en su mayoría estados de nutrición deficiente como característica frecuente en personas de mayor edad.

El uso de suplementos dietéticos reduce la mortalidad y las complicaciones. Las enfermedades oncológicas, uno de los trastornos de la salud más comunes en los mayores de 80 años, también parecen tener un mejor curso cuando el paciente se encuentra en un buen estado nutricional. Un alto porcentaje de fallecimientos por cáncer se produce cuando el enfermo padece desnutrición, la desnutrición es generalmente la causa de muerte del paciente oncológico octogenario, más que el tumor. En la salud de las personas ancianas, y en la prevención en todas las edades, los alimentos ricos en antioxidantes ocupan un papel protagónico.

Hace varias décadas ya que las vitaminas C y E, los betacarotenos -precursores de la vitamina A- y los minerales zinc y selenio, son los nutrientes con mayor efecto antioxidante, el cual se traduce en un retraso del natural envejecimiento del organismo y en una acción protectora contra males vinculados con el proceso de oxidación, como el cáncer, el deterioro cardiovascular y los trastornos vinculados a procesos tóxicos (el cigarrillo, la polución ambiental y otros químicos). Aumentar la ingesta de alimentos ricos en vitamina A -zanahoria, tomate, naranjas-, en vitamina C -kiwi, frutillas, tomate, ajíes crudos, frutas cítricas, también naranjas -, y en vitamina E -aceite de germen de trigo-, o suplementos dietarios con estos nutrientes, fortalece la salud y la prevención de trastornos ligados al paso

del tiempo, como la oxidación por la acción de los llamados radicales libres.

En tierras mediterráneas, alejadas del mar, la concentración de yodo en la atmósfera, el agua, los alimentos es escasa o nula y la falta de este elemento químico esencial se traduce muchas veces en manifestaciones clínicas o subclínicas de disfunción de la glándula tiroidea que son mal interpretadas y atribuidas al envejecimiento normal o patológico. Las enfermedades tiroideas no son infrecuentes (especialmente en el noroeste argentino en que eran endémicas) en los ancianos pero no siempre son diagnosticadas sobre todo si hay comorbilidades y efectos adversos de medicamentos.

Ambas disfunciones tiroideas (hipertiroidismo/hipotiroidismo) pueden presentarse con los mismos síntomas, como debilidad, confusión, depresión (el 18 % de los cuadros depresivos en el noroeste de Argentina son de causa tiroidea), caídas, trastornos en la marcha, incontinencia por inmovilidad, insuficiencia cardíaca y modificaciones del ritmo intestinal, lo que dificulta el diagnóstico. El aporte de yodo parece tener un papel determinante en el desarrollo del hipotiroidismo autoinmune.

El hipotiroidismo no es infrecuente en sujetos mayores de 60 años, particularmente mujeres; su prevalencia aumenta progresivamente con la edad. Afecta al 5-20% de las mujeres y al 3-8% de los hombres. En los hogares geriátricos, 1 de cada 4 residentes sufre hipotiroidismo no diagnosticado. A través de diferentes mecanismos, puede estar inducido por diversos medicamentos, entre ellos: amiodarona, andrógenos, aspirina, colestiramina, estrógenos, furosemida, glucocorticoides, levodopa, litio, neurolepticos, fenitoína, propranolol.

Los síntomas del hipotiroidismo son inespecíficos, especialmente en ancianos y pacientes debilitados: pérdida de memoria, pérdida de peso,

constipación, letargo, aunque su ausencia no lo excluye, lo que obliga a tener un elevado índice de sospecha para iniciar las pruebas diagnósticas. El diagnóstico se confirma por la TSH elevada y se complementa con el dosaje de tiroxina (T4) y, finalmente, con anticuerpos antitiroideos. A pesar de su rareza, en los ancianos es importante considerar la asociación de hipotiroidismo con encefalopatía. La decisión de tratar un paciente con hipotiroidismo manifiesto suele ser sencilla, a diferencia de la decisión de tratar el hipotiroidismo subclínico, lo que depende de la presentación individual y de evaluar correctamente el beneficio posible obtenido con el tratamiento. La presencia de insuficiencia o arritmias cardíacas puede motivar el tratamiento con levotiroxina sódica. Es necesario estar alerta ante la aparición de angina, disnea, confusión e insomnio. La dosis inicial es 25 a 50 mcg/día, aumentando la dosis cada 4 a 6 semanas hasta que se normalicen las cifras de TSH y T4. El mayor riesgo de este tratamiento son los efectos adversos siguientes: osteoporosis, ansiedad, disminución de la masa muscular y fibrilación auricular.

Los ancianos con hipertiroidismo suelen tener pocos síntomas, frecuentemente atípicos. A menudo, los pacientes no presentan síntomas hiperdinámicos típicos; en cambio, se encuentran sedados y apáticos. Predominan la pérdida de peso y los síntomas cardíacos. El bocio no es frecuente, lo que hace más difícil el diagnóstico que en los pacientes jóvenes. La causa más común de hipertiroidismo en los jóvenes es la enfermedad de Graves, mientras que si bien en los ancianos ésta puede estar presente, es más común la enfermedad de Plumier y el bocio nodular tóxico (agrandamiento glandular con 1 o más nódulos hiperactivos). Un paciente típico en una residencia geriátrica es una mujer anciana con fibrilación auricular de reciente comienzo que no responde al tratamiento y que puede estar severamente comprometida en un corto lapso debido a la

arritmia incontrolada, la insuficiencia cardíaca y el adelgazamiento, lo cual puede afectar mucho sus funciones. A esto se agrega el deterioro cognitivo, el cual puede ocultar su tirotoxicosis.

El tratamiento de los ancianos con hipertiroidismo incluye los fármacos antitiroideos (el metimazol o el propiltiouracilo) y el yodo radioactivo. La cirugía raramente está indicada por el riesgo quirúrgico elevado en esta población con comorbilidades. Los efectos del tratamiento deben ser monitoreados muy de cerca por la mayor posibilidad de efectos colaterales cardíacos y del sistema nervioso central. Los antitiroideos están indicados aún cuando se planee el tratamiento radioactivo. Para controlar la frecuencia cardíaca, los bloqueantes beta adrenérgicos deben utilizarse con precaución con la menor dosis posible. En los ancianos, el tratamiento definitivo con yodo radioactivo está indicado para mantener la función tiroidea normal o baja, ya que en estos pacientes es más simple tratar una glándula tiroides hiporreactiva.

La posibilidad de detectar alteraciones subclínicas, muy frecuentes en los ancianos, es mucho mayor. Es muy importante recordar que los trastornos subclínicos son, por definición, diagnósticos de laboratorio, y que si los hallazgos se tienen en cuenta en forma aislada, no relacionada con cierta sintomatología, pueden no ser la expresión de una alteración fisiopatológica.

La progresión del hipotiroidismo subclínico a la forma manifiesta se produce solo en el 5% de los casos. Se aconseja hacer el seguimiento de los pacientes con hipotiroidismo subclínico porque pueden requerir tratamiento; hay que evaluar el perfil lipídico. Todavía no hay acuerdo sobre los beneficios potenciales y los riesgos del tratamiento del hipotiroidismo subclínico, sobre todo en lo referente a problemas

cardiovasculares mediante el mejoramiento del metabolismo lipídico, la coagulación y un menor grado de inflamación crónica. Sin embargo, a pesar de que la levotiroxina es segura con un adecuado monitoreo de los niveles séricos de TSH, en los mayores de 85 años el retorno al eutiroidismo desde un hipotiroidismo subclínico puede ser peligroso. La relación de las alteraciones subclínicas del tiroides y la función cognitiva, desempeño y supervivencia en los ancianos todavía no se ha establecido pero hay una relación directa entre la disfunción tiroidea leve y la cognición, la depresión y la ansiedad luego de hacer el ajuste por comorbilidades y uso de medicamentos.

El hipertiroidismo subclínico suele asociarse con taquicardia y mayor riesgo de arritmias supraventriculares, en especial la fibrilación auricular, y deterioro de la función diastólica por hipertrofia ventricular izquierda. También puede causar osteoporosis y mayor incidencia de cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, muerte cardiovascular o muerte en general.

El hipertiroidismo subclínico y sus manifestaciones clínicas son reversibles y puede prevenirse con un tratamiento en el momento adecuado.

Las enfermedades sistémicas tienen múltiples efectos sobre el metabolismo de la hormona tiroidea y sus concentraciones séricas, aún en ausencia de enfermedades específicas del hipotálamo, hipófisis o tiroides. Los cambios relacionados con la cronicidad pueden ser secundarios a la malnutrición, con o sin aumento del catabolismo. La edad, por sí misma, ha sido responsabilizada de la disminución de los niveles de T3 y TSH, como así algunas enfermedades no tiroideas. El tratamiento de estos pacientes no es de mucho beneficio y aún puede ser peligroso.

Los nódulos tiroideos suelen ser comunes en la vejez (3 al 7%), pero la mayoría son benignos. Su prevalencia aumenta con el diagnóstico

ecográfico o necrópsico (50%). Es muy útil la punción aspirativa con aguja fina para estudiar la citología (como se realiza desde hace mucho tiempo en el Hospital de Endocrinología y Metabolismo Arturo Oñativia de Salta en la Argentina). En los ancianos predominan los cánceres bien diferenciados pero su evolución es menos predecible que en los jóvenes. El linfoma tiroideo y los cánceres indiferenciados se observan cada vez con mayor frecuencia en esta población. Es frecuente el bocio multinodular de larga data; en estos pacientes no está indicado el tratamiento supresor con hormona tiroidea pues puede favorecer un hipertiroidismo exógeno. En ocasiones, los nódulos pueden estar calcificados y pueden comprimir las estructuras cercanas, provocando disnea, disfagia o disfonía.

En los ancianos, los problemas tiroideos tienen una importancia especial y es necesario comprender porqué ocurren con una frecuencia más que elevada y su modo de presentación es frecuentemente diferente del observado en los pacientes más jóvenes. En realidad, el diagnóstico suele ser tardío y difícil de hacer porque los síntomas son atenuados y atribuidos al envejecimiento normal, y porque las presentaciones atípicas no son poco comunes. Se debe tener un elevado índice de sospecha para iniciar las pruebas de función tiroidea. La interpretación de esas pruebas es difícil en los individuos mayores debido a los cambios de la función tiroidea asociados a la edad y también al efecto de enfermedades no tiroideas o efectos adversos de los medicamentos. Las anomalías subclínicas de la función tiroidea prevalecen sobre los cuadros manifiestos. Los beneficios del tratamiento de la enfermedad subclínica no están por completo establecidos. Por lo tanto, en los ancianos, la decisión de tratar las enfermedades subclínicas debe estar personalizada y limitada a los pacientes de alto riesgo para evitar los efectos colaterales de la hormonoterapia de reemplazo y los fármacos antitiroideos innecesarios. El

tratamiento de la enfermedad tiroidea requiere una atención especial en los ancianos debido al mayor riesgo de complicaciones.

A LA HORA DE LA VEJEZ



“A medida que pasa el tiempo empezamos a ver la infancia como un paraíso perdido y la juventud como un tiempo en que no supimos hacer lo que soñábamos; después es demasiado tarde y a cualquier tontería le llamamos experiencia” decía Osvaldo Soriano en su libro “*La hora sin sombra*” (Editorial Norma S. A. ; Buenos Aires; 1995).

El pasado tiene un significado alegórico, es un relato moldeado por el deseo. El ayer de una persona es escurridizo y dudoso. La vejez nos iguala en su humillación. Llega un momento inexorable en el que todo se cae, se achica, se apaga.

“Lo verdadero puede a veces no ser verosímil” afirmaba Nicolas Boileau Despréaux (1636 – 1711) en su teoría literaria *Art poétique* (1674).

Se puede ser persona mayor y no haber crecido. Es mejor vivir en un intenso presente y sobreponerse una y otra vez a las adversidades e infortunios sin la hipoteca del propio pasado.

La memoria selecciona retaguardias del presente y claves de deseos no concretados cuyo significado podemos descifrar espantando, si es posible, la ferocidad de los recuerdos. A una vida mal vivida no hay manera de remediarla.

Juan Gelman escribió: “conocerse es difícil, pero pensarse es horrible”; hacer un balance final puede llegar a ser un terrible desastre íntimo y doloroso.

La mayor depredación es la vida misma. La soledad, el dolor y la incertidumbre son moneda corriente en la mayoría de los viejos; si no se los escucha y acompaña se degradan, involucionan, se cosifican y pierden dignidad y autoestima.

La juventud es efímera; ya viejos estamos sin padres, sin infancia y con nuestro pasado a cuestas; sólo nos queda afrontar y aceptar lo que somos.

MALTRATO A LOS ADULTOS MAYORES

El maltrato a los adultos mayores, es el trato indebido o negligente a una persona mayor por otra persona que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. La violencia constituye una de las afectaciones más severas que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas formas de expresión individual y colectiva de la violencia, los factores que la originan y las consecuencias sociales que generan hacen de ella un fenómeno complejo. Se estima que la violencia tiene un carácter cambiante en función de la dinámica del poder y de la distribución de los roles y recursos, es por ello que pueden establecerse diferentes tipos de violencia.

Si bien los ancianos han sido venerados y respetados como personas por su vasta experiencia y sabiduría, el abuso contra los mismos se remonta al siglo XI antes de nuestra era, en la Mesopotamia y en algunas tribus del África del Sur y del Centro, eran sacrificados cuando arribaban a ese período de la vida.

La población adulta mayor seguirá aumentando su peso sociodemográfico hasta alcanzar las cifras de 25% a 30% de la población general en el 2050. Esto es verdaderamente alarmante si tenemos en cuenta que muchos países, como la Argentina, no están preparados para enfrentar una realidad de esta magnitud, que afectará en lo económico, político y social a las sociedades. Se trata de una transformación con consecuencias de todo tipo, entre ellas, el replanteamiento de nuestra actual forma de organización social, construida en torno a una población joven.

En el mundo actual hay una tendencia creciente a la violencia. En América Latina los países con mayor índice de violencia son en orden descendente: Colombia, Brasil y Panamá, donde se reportan anualmente más de 102 mil

casos de extrema violencia, de los cuales un 38,00 % de los maltratados son adultos mayores. En Argentina y Chile este fenómeno se ha venido incrementando desde hace más de tres décadas; se estima que más de 33.600 adultos mayores sufren algún tipo de violencia dentro del seno familiar.

Alrededor de un 8% de la población mayor de 65 años es maltratada en los Estados Unidos, sin embargo lo más escalofriante constituye el hecho de que más del 20% de los ancianos no sólo son maltratados en sus hogares, sino también en diversas instituciones destinadas a su cuidado y en centros de asistencia sociosanitaria.

Las primeras publicaciones acerca del maltrato, abuso y victimización de adultos mayores en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano” o Granny Battering, demostrándose además que era un problema substancial e invisibilizado. Más del 10 por ciento de la población actual del mundo supera los 60 años; se estima que aproximadamente un 10% de personas mayores de 65 años sufre algún tipo de maltrato.

Los paradigmas y los estereotipos negativos relacionados con la vejez como el viejismo constituyen actitudes aceptadas en nuestra sociedad que hacen del adulto mayor un ser tremendamente vulnerable al maltrato y al abuso. El adulto mayor se ve afectado por este problema social, el que se caracteriza por su invisibilidad y deficiente registro; la existencia de instituciones que no cuentan con sistemas de detección precoz o apropiada; así como también, la escasa comprensión de la dinámica de las relaciones violentas y de las experiencias de las personas mayores afectadas.

El temor de los adultos mayores frente a la violencia no es infundado. Los ancianos se encuentran en muchas ocasiones en situaciones de aislamiento e indefensión y, a menudo, la persona maltratante es un familiar cercano.

Los principales victimarios de los adultos mayores son sus propios hijos adultos con el 44.4%, los cónyuges 14.6%, pareja actual (afectivo y/o sexual) 9.7%, u otros familiares (nuera, yerno, etc.) 17%. Es necesario destacar que las edades de los hijos/as agresores fluctúan entre 26 y 45 años y son en un 68% varones. En el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra los adultos mayores es el maltrato psicológico hasta en un 95%. Siendo la agresión más frecuente los insultos (85%), humillación y desvalorización (66.3%), amenazas de muerte (40%), y rechazo no están exentos de la violencia física. Las bofetadas, empujones, puntapiés y puñetazos son las formas de agresión más frecuentes. La violencia familiar y sexual tiene como principal víctima a la mujer.

Los factores que hacen del adulto mayor una persona vulnerable frente al maltrato son la pérdida del rol social, la baja autoestima, los niveles de dependencia derivados de algunas patologías, los bajos niveles de ingresos económicos que los obliga a vivir con otros o a depender económicamente.

Hay factores que contribuyen al maltrato de las personas adultas mayores como la presencia de ciertas dinámicas familiares (violencia familiar, falta de comunicación, inversión de roles); la naturaleza y la calidad de la relación que se establece entre la persona mayor y quien le cuida en el entorno familiar; la descalificación, falta de reconocimiento a la sabiduría y la experiencia de las personas mayores de 60 años (la sociedad tiene un culto muy elevado por la juventud y tiende a excluir y marginar a las personas mayores); la dependencia económica, emocional y física hace que muchas víctimas de maltrato no delaten a su victimario/a; esto los convierte en blancos perfectos para toda forma de abuso. Por otra parte, muchas personas mayores sienten temor a sufrir daños mayores si acusan a su agresor.

El abusador es por lo general la persona que "lo cuida" o vive a su lado, y puede ser un miembro de la familia, un vecino, amigo o el responsable de una institución. Para el adulto mayor lo más doloroso es que las agresiones provengan de sus hijos o nietos, a quienes ha contribuido a formar y en quienes ha depositado toda su esperanza de tener una vejez grata y equilibrada.

El ritmo de vida actual fomenta una forma violenta de interrelacionarse en la sociedad, y las familias como cualquier otro grupo social, no está exenta de alterarse, tornarse disfuncional y entrar en variantes relacionales victimizadoras.

A todo esto agreguemos la falta de políticas públicas, recursos sociales y de salud adecuados, pensiones y jubilaciones no acordes a las necesidades de la tercera edad, dificultades en el acceso a servicios, mal ejercicio e incumplimiento de leyes, todos los cuales se traducen en pobreza económica y en todos los aspectos negativos que no permiten el desarrollo personal de las personas mayores.

La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos y el respeto debe de estar en cada uno de nosotros.

El maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica en la actualidad se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal.

El Dr. Robert Neil Butler (1927 - 2010) falleció a los 83 años el 4 de julio de 2010 en los Estados Unidos de Norteamérica. Fue médico, gerontólogo, psiquiatra y escritor. Inventó y acuñó una palabra ampliamente utilizada para describir la discriminación contra las personas mayores: "discriminación por edad " (viejismo, edadismo). Fue uno de los

fundadores de la gerontopsiquiatría y la gerontología social. Trabajó y ayudó infatigablemente para cambiar las actitudes y los estereotipos negativos a fin de que el envejecimiento pueda ser percibido como un proceso positivo. Promovió los derechos y necesidades de la ciudadanía de la nación al envejecimiento y estableció pautas programáticas para mejorar la calidad de vida de los estadounidenses de edad avanzada. Fue un visionario profético y entre tantas otras cosas fue director fundador de la National Institute on Aging. A lo largo de su extensa vida dedicada al envejecimiento al que llamaba " la hijastra abandonada del ciclo de la vida humana" trabajó para que tomemos conciencia de que "los seres humanos necesitan la libertad de vivir con el cambio, inventar y reinventarse a sí mismos un número de veces a través de sus vidas ". El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia o de la sociedad se remonta a la antigüedad. Sin embargo, el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica aparece en los últimos 25 años del siglo XX. Este tema, hasta hace poco, se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público.

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez, como dijimos, en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término "granny battering", que podría traducirse como "abuelita golpeada". Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. El maltrato de los adultos mayores se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal. El maltrato de los ancianos, afortunadamente, se está tomando mucho más en serio y es un

reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y la igualdad en materia de género, y también por la violencia doméstica y el envejecimiento de la población. Se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden. La preocupación por el maltrato de las personas debe aumentar dado el enorme incremento demográfico de los grupos de población de edades avanzadas. El contexto actual muestra la debilidad progresiva y la falta de redes familiares y comunitarias que en otros tiempos habían servido de apoyo y protección a la generación mayor porque los cambios sociales, económicos y culturales han sido muy rápidos y esto no permitió establecer las políticas, la planificación estratégica, los recursos humanos y financieros y los cambios culturales necesarios para afrontar esta problemática. Los ancianos de antes habían contado con el apoyo de sus hijos durante la vejez, ahora se encuentran con que son ellos mismos los principales proveedores de cuidados y que no contarán con una familia que los ayude en el futuro. Sólo el 30% de las personas mayores del mundo están cubiertas por regímenes jubilatorios. Las economías de mercado han dejado a muchas personas de edad avanzada desprovistas de ingresos jubilatorios y de los servicios de salud y bienestar social y además se han visto afectados por las desigualdades estructurales de la sociedad como son los bajos salarios, la elevada tasa de desempleo, la elevada tasa de empleo informal o en negro, las deficiencias de los servicios de salud, la falta de oportunidades educativas, la discriminación y por ello los adultos mayores son más pobres y vulnerables. A medida que aumenta la esperanza de vida, el anciano será víctima de enfermedades prolongadas asociadas con la vejez, en gran medida incurables y a menudo discapacitantes, que actualmente son las de mayor prevalencia y que ocasionan un enorme gasto de aplicación sociosanitaria para su atención. Se conviene en que el

maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y, sobre todo, del contexto cultural. Los cambios sociales, económicos y culturales que se están produciendo en el mundo en desarrollo harán que las familias no tengan las mismas posibilidades de cuidar a sus miembros más vulnerables y, por tanto, presagian mayor demanda de asistencia institucional. En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel importante en esta problemática. Se dice, muchas veces, que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, y por ello menos merecedoras que otros grupos de los fondos del Estado, e incluso de la atención familiar, y se las ha considerado como blancos fáciles para la explotación. Para los adultos mayores, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Una lesión relativamente leve en un adulto mayor puede causar daños graves y permanentes. Más del 70 % de nuestros adultos mayores sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida o la sustracción delictiva de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Muchos mayores viven aislados, solos o atribulados por alguna

enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude. Los adultos mayores maltratados tienen graves dificultades emocionales; la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados. Existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, el estrés postraumático y aumenta el riesgo de muerte. El maltrato o descuido descubiertos en una institución puede ser consecuencia de actos individuales u originarse en fallas institucionales; en muchos casos ambos se superponen. Muchos maltratadores se aprovechan de la situación de dependencia de las personas mayores. También se observa que en las instituciones falta personal de dirección y de servicios capacitados técnica y profesionalmente para la atención integral de los adultos mayores y esto agrava el problema. El maltrato institucional, especialmente en residencias para mayores, se origina en deficiencias que suelen ser habituales: malnutrición por deficiencias en la cantidad, calidad y en la preparación de alimentos; carencia de evaluaciones periódicas documentadas de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social; falta de planes de atención integrales: generalmente en forma de un registro en el que se especifican las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designa a la persona responsable de brindarla y el programa de acciones, así como observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios; accidentes; úlceras de decúbito o por presión por falta de movilidad y poca o nula atención de cuidados especializados; baja calidad de la atención; uso indebido o mal uso de medios de inmovilización; mala administración interna; falta de dignidad y respeto; falta de prevención de accidentes. Se supone que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en

ellos, pero muchos médicos no son capaces de diagnosticar el maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales. En las salas de urgencias, también sucede lo mismo.

INDICADORES DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

FÍSICOS Quejas de agresiones físicas • Caídas y lesiones no explicadas • Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechoso • Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización • Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos • Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad • Signos de atención inadecuada o de poca higiene • Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud.

CONDUCTUALES Y EMOCIONALES • Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir • Actitud de temor, confusión o resignación • Pasividad, retraimiento o mayor depresión • Indefensión, desesperanza o ansiedad • Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental • Renuencia a conversar abiertamente • La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal • La persona mayor es dejada de lado por los demás.

SEXUALES • Quejas de agresión sexual • Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona • Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento

o la automutilación• Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas• Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales • Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas.

ECONÓMICOS • Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad• Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad• Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a “nuevos amigos o parientes”• Falta de una propiedad• La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales• Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito• Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitirselas• Problemas de salud física o mental sin tratamiento • El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios de subsistencia.

INDICADORES DE MALTRATO RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

- El cuidador parece cansado o estresado• El cuidador parece muy preocupado o indiferente• El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia• El cuidador se comporta agresivamente• El cuidador trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana• El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros• El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola• El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo• El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un período prolongado.

El maltrato hacia los adultos mayores por parte de los miembros de la familia, los prestadores de asistencia y otros se comprende mejor en la actualidad que hace algunos años; se necesita una base de conocimientos más sólida cuando se trata de elaborar una política, planificar o formular un programa. Aún se desconocen muchos aspectos del problema, incluidas sus causas y consecuencias, y el grado en que ocurre. Tal vez, la forma más insidiosa de maltrato de los ancianos radique en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos negativos que se tienen de las personas mayores y del propio proceso de envejecimiento, actitudes que se reflejan en la exaltación frecuente de la juventud. Mientras se siga desvalorizando a los ancianos y se los margine y excluya de la sociedad, sufrirán una falta de identidad propia y quedarán siempre expuestos a la discriminación y a todas las formas de maltrato. Es necesario investigar aún más y adecuadamente el papel de los prejuicios contra la vejez (la discriminación contra los ancianos y su estigmatización) como una causa posible del maltrato de ancianos. Los estudios transculturales podrían ayudar a comprender mejor la situación del abuso, el maltrato y la victimización. Son escasos los estudios en los que se han evaluado los efectos psíquicos sobre las personas maltratadas. Con excepción de los problemas de depresión, es poco lo que se conoce acerca del daño emocional causado a las víctimas. El problema del maltrato de los ancianos no podrá resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la dignidad de la remuneración previsional, la alimentación, la vivienda, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria. El mundo debe crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo de la vida y se desalienten las actitudes que tiendan a negar el paso de los años. Los ancianos tienen el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación, y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las

actividades educativas, culturales, espirituales y económicas de su comunidad y de la sociedad en general.

AISLAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES

La palabra *viejismo*, traducida al castellano por el eminente gerontopsiquiatra argentino Dr. Leopoldo Salvarezza, proviene del inglés *ageism* acuñado por el psiquiatra norteamericano Robert Neil Butler en agosto de 1970 y se refiere a la discriminación que se hace a las personas mayores por el solo hecho de serlo y se basa en la utilización de prejuicios. Estos prejuicios acerca de la vejez y a veces en contra de los viejos se basan en un imaginario social que no es otra cosa que una construcción colectiva, a veces muy arraigada en vastos sectores de la sociedad, que se estructura sobre la base de concepciones subjetivas cargadas de expectativas negativas, deseos, temores que, muchas veces, adquieren un carácter irracional pero con fuerza y dinámica propia que actúa sobre los individuos y la sociedad misma, generando formas de pensar, conductas y pautas de acción.

El *viejismo* y su imaginario social representan en todo caso:

- *Actitud discriminatoria y prejuiciosa hacia los viejos,
- *Imposibilidad de colocarse uno mismo, en proyección, como viejo,
- *Desconocer la vejez como realidad,
- *Confusión entre vejez y enfermedad,
- *Agobio de las familias por los síntomas de los viejos enfermos,
- *Expectativas fantasiosas y tratamientos no probados para detener el paso del tiempo,
- *Cansancio de los cuidadores de los familiares viejos,

*Irracional biomedicalización del proceso de envejecimiento basado en el paradigma médico,

*Participación de los propios profesionales de la salud, sin formación gerontológica, en los criterios del vejeísmo,

*Inconciente colectivo de la sociedad que suele ser gerontofóbica y tanatofóbica,

*Falta de legitimación de la gerontología en el consenso popular y académico,

Resulta doloroso, intolerable, angustiante y desesperante para muchos de nosotros verse viejos y sobre todo que la gente que nos rodea nos vea y juzgue como tales. La adultez mayor y sobre todo el sobrevejecimiento aún en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales es difícil de sobrellevar aún con excelentes soportes y ambiente protésico de comprensión, continencia y ayudas de afectuosos familiares y bienintencionados vecinos.

La sociedad que nos rodea ve a los adultos mayores como enfermos, seniles, deprimidos, asexuados, pasados de moda, diferentes, discapacitados, sin derechos, sin pertenencia, son los "otros", no importan mucho sus necesidades económicas y sociales, no contribuyen a la sociedad, gastan demasiado, no producen, en el fondo no interesan y son una carga, son descartables, desechables, obviamente biodegradables y no pueden reciclarse...

Hace poco (4 de julio de 2010) falleció el Dr. Robert Neil Butler a quien habíamos nombrado más arriba, que además de su talento inigualable para estudiar el proceso del envejecimiento en todas sus variables, fue un militante gerontológico e hizo escuela; acuñó a través de la palabra castellanzada "vejeísmo" el concepto trágico de la discriminación de las personas por su edad. La vejez para esta sociedad posmoderna es algo mal visto e intolerable; se llega a extremos límite en que menudean los abusos,

el maltrato, el abandono, la exclusión y la violencia explícita hacia los viejos en todas sus variantes. Lo había intuido el escritor Adolfo Bioy Casares cuando publicó su novela *Diario de la guerra del cerdo* y nadie le creyó; tampoco creyeron en los “60” a partir de la visión científica de pocos profesionales lúcidos, que se estaba produciendo una explosión demográfica de viejos que habría que atender, cuidar y sostener. Para muchos, ver a un viejo es verse a sí mismo más adelante y esto resulta espantoso y produce pánico. Los viejos que siguen envejeciendo en forma exitosa si son cultos, educados y pretendidamente intelectuales viven más tiempo y mejor y si tienen notoriedad hasta pueden ser aceptados aunque no todo el tiempo.

Mucha gente no puede aceptar la enfermedad, el envejecimiento y la propia muerte; estas situaciones se procesan para bien o para mal dentro del contexto cultural que nos rodea, nos identifica y hasta nos determina. La única manera de evitar este verdadero embrollo es morirse joven, pero no vale la pena perderse la fiesta de una vida larga y bien llevada.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

El siglo XX se caracterizó por un acelerado crecimiento de la población mundial y por el inicio de su envejecimiento que continúa acrecentándose en el siglo XXI; este fenómeno exige respuestas inmediatas por parte de la sociedad. Este desafío se complica y está lleno de dificultades; debemos enfrentar en los próximos años severos problemas sanitarios y socioeconómicos y habrá que establecer, desde ya, políticas de estado al respecto.

Según una proyección sociodemográfica de Naciones Unidas, para el 2025 se avizora que el 28,6% de la población tendrá 60 años y más, situación que lleva a reorganizar políticas sociales y de salud si pretendemos ofrecer una solución decorosa al problema.

El envejecimiento poblacional e individual es continuo, heterogéneo, universal e irreversible; determina la pérdida de la capacidad de adaptación de los individuos.

El proceso del envejecimiento como tal no puede ser considerado sinónimo de enfermedad; debemos diferenciar cuando es normal o fisiológico, del patológico. El envejecimiento de las personas es un reto para el sistema sanitario y social de cualquier país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado que al menos el 60% - 75% de la población europea morirá de una enfermedad crónica evolutiva que requerirá la aplicación de cuidados paliativos. Hasta hace poco sólo se pensaba en cuidados paliativos en el caso de los enfermos de cáncer terminales. Ahora es necesario incorporar a los enfermos crónicos evolutivos que en su mayoría son adultos mayores muy viejos. Esto implica

que sin dilación hay que disponer e implantar programas públicos de cuidados paliativos.

Las enfermedades crónicas pesan enormemente en el presupuesto sanitario nacional; este porcentaje tan elevado constituye al momento el 70% del total en países desarrollados. La edad avanzada tiene alta comorbilidad y los adultos mayores son muy dependientes del soporte hospitalario, lo que provoca el deterioro de su calidad de vida. Hay que configurar un nuevo marco de atención integrada que articule los aspectos sanitarios, sociales y de salud pública de una forma coordinada; este nuevo marco de atención integrada debe garantizar a los enfermos crónicos una mejor calidad de vida, a la vez que se reduce este gasto.

El eje estratégico y los planes de acción concretos debe pasar por la hospitalización a domicilio (HD), el acortamiento de los días de estadía hospitalaria y un seguimiento activo a corto plazo en el domicilio. Los programas de atención integrada pueden convertirse en un ‘gran paraguas’ que permita cubrir el amplio abanico de necesidades de forma eficaz, evitando las duplicidades y asegurando la continuidad asistencial en todos sus aspectos. Cualquier programa de atención integrada debe contar con cinco elementos básicos: la atención centrada en el paciente, la sostenibilidad, la participación de los profesionales, la promoción de la atención integrada y la visión territorial local (sistemas locales sociosanitarios para la atención integrada de adultos mayores).

El objetivo central es lograr una longevidad satisfactoria en la cual la declinación fisiológica sea mínima y donde, desde el punto de vista clínico, se alcance un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad, un nivel alto de funcionamiento físico y mental y una satisfacción activa con la vida. La evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores, al considerar esta como un indicador de envejecimiento satisfactorio, adiciona a la supervivencia información sobre el bienestar a un menor costo social.

El aumento del promedio de vida de las poblaciones es un fenómeno social con trascendencia sanitaria y económica y constituye, en todos los casos, situaciones complejas que deben ser enfrentadas y resueltas. El incremento de la longevidad no debe constituir la única meta de la ciencia contemporánea, a ello deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de la población longeva, como se dice desde hace mucho tiempo, el reto no está sólo en agregar más años a la vida, sino en aportar más vida a los últimos años. Con el envejecimiento comienzan a proliferar, de forma creciente, un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como limitaciones que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud.

Al incremento de la longevidad deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida que se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como con los elementos esenciales de su entorno.

El principal objetivo en la asistencia del adulto mayor no es tanto el aumento de la expectativa de vida como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, por ello, la situación funcional es un parámetro prioritario en la evaluación del estado de salud, de la calidad de vida y de los cuidados del paciente adulto mayor. Los motivos que justifican este interés por la función son básicamente dos, por un lado, la situación funcional es un determinante fundamental en el riesgo de

desarrollo de dependencia, institucionalización, consumo de recursos sanitarios y sociales y mortalidad del anciano, por otra, el deterioro funcional aparece como la complicación habitual en el que confluyen las consecuencias de las enfermedades y sus tratamientos.

Debemos acostumbrarnos a medir preferentemente la salud del adulto mayor en términos de función y no de patología, definiendo la buena salud y el envejecimiento satisfactorio como la capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado. El adulto mayor, si es social, funcional e intelectualmente activo, puede considerarse sano, aún cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos. La pluripatología y la polifarmacia implican que las reacciones adversas entre medicamentos sean más frecuentes en los ancianos y aumenten sus riesgos. El envejecimiento de la población es, sin duda, el factor que más está incidiendo en el incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia. La existencia de niveles de dependencia en la población anciana repercute negativamente en su calidad de vida, en el bienestar familiar y en la sociedad. La dependencia es un estado en el que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades del diario vivir, ya bien sea en el plano familiar o social.

La dependencia puede ser económica, física, social y mental. No hay que ahorrarse todos aquellos recursos que supongan un beneficio para los pacientes para que mejoren su calidad de vida, pero también debe pensarse en la sustentabilidad del sistema sanitario, ya que siempre es beneficioso para el sistema y para las personas un ahorro económico y de recursos.

DEUDA SOCIO SANITARIA CON LOS ADULTOS MAYORES

El 18 de marzo de 2015 se presentó por ante la opinión pública el Barómetro Deuda Social Argentina en la Pontificia Universidad Católica Argentina y la Fundación Navarro Viola en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (el documento completo se puede obtener en PDF por Internet). Se trata de una investigación realizada en terreno con un impecable tratamiento estadísticamente significativo y comentarios y conclusiones debidamente argumentadas cuya lectura es muy recomendable especialmente para aquellos funcionarios y políticos que tienen responsabilidades indelegables con referencia a la problemática de los adultos mayores de la Argentina. Nos permitimos hacer unos breves comentarios al respecto.

En la introducción al documento se recuerda que hay algunos temas en los que el Papa Francisco insiste constantemente, debido a su firme sensibilidad social. Uno de ellos es el de la “cultura del descarte”. Hay una tendencia al individualismo y a la comodidad personal que se vuelve enfermiza y lleva a tratar a los demás como objetos que se descartan, que se arrojan al ámbito de lo invisible, para que no molesten. Son los “descartables”, lanzados al volquete del olvido. Entre los descartables están los pobres y los viejos.

Grandes problemas operan negativamente sobre el desarrollo humano de los adultos mayores de la Argentina a lo que se suman déficits muy importantes en materia de atención socio sanitaria que afectan a gran parte de la población de este grupo de edad en nuestro país.

Es necesario e impostergable dar visibilidad a los problemas que afectan a los adultos mayores y no permitir que permanezcan relativamente ocultos.

La pirámide poblacional argentina ha sufrido cambios en los últimos tiempos que incluyen un importante envejecimiento demográfico: según datos del Censo 2010, el 10,2% de su población es mayor de 65 años, dato que sitúa a la Argentina dentro de los países de América Latina con mayor porcentaje de esta población. A la vez, se estima que dicha cifra ascenderá al 12,7% para el 2025 y al 19% para el año 2050. Para ese entonces, la población de personas mayores de 65 años, sobrepasará en proporción a la población de niños y adolescentes de menos de 15 años. Este es un fenómeno que se registra a escala global en Occidente; estamos en un mundo que envejece y que está sobre-envejecido. Para la vida que se ha tornado cada vez más longeva necesitamos construir nuevas significaciones, estrategias, planes, programas, servicios sociosanitarios para la atención, soporte, cuidados, acompañamiento, recreación, cultura, rehabilitación y asignaciones previsionales dignas.

En solo un siglo (1950-2050), el número de personas de 80 años y más se incrementará 26 veces, pasando de 14 millones a 379 millones; la Argentina no escapará a esta tendencia mundial.

En el período 1947-2010, la población total de la Argentina se multiplicó 2,5 veces, mientras que la población de personas mayores casi se sextuplicó. Ha habido un mejoramiento de las condiciones de salud, traducido en el aumento de la esperanza de vida: hoy los habitantes de nuestro país viven más que hace 60 o 70 años. Ese proceso de mejoramiento de las condiciones de salud se expresa más directamente en el hecho de que, en tanto la población de personas de entre 60 y 74 años se multiplicó por 4,5 a lo largo del período 1947 - 2010, la de 75 años y más se multiplicó por más de 10.

Muchas enfermedades, que eran causa de muerte (especialmente para la población más envejecida), en la actualidad se tratan exitosamente y no provocan el deceso del paciente.

La vejez tiene diversidad individual, de situaciones y multiplicidad de modos de vivirla. Las personas mayores en la Argentina orillan los 6 millones y podríamos hablar, sin temor a equivocarnos, de 6 millones de situaciones diferentes. Cada persona mayor es un mundo infinito y particular a comprender y acompañar; para entender toda esta diversidad hay que trazar ejes de análisis sobre datos reales.

Si bien la cobertura del sistema previsional en Argentina es muy alta y el acceso al beneficio se distribuye en forma equitativa, ello no niega la existencia de disparidades en los montos de los haberes percibidos. Ello deriva, muchas veces, en la necesidad de continuar trabajando o de recurrir a ayudas económicas monetarias y/o no monetarias.

Muchos hogares que cuentan con adultos mayores tienen inseguridad alimentaria. La FAO define la seguridad alimentaria como una situación que permite asegurar que todas las personas tengan en todo momento acceso físico y económico a los alimentos que necesitan. Desde esta perspectiva la seguridad alimentaria tiene tres componentes: suficiencia, estabilidad y accesibilidad. Son numerosos los casos de adultos mayores que padecen desnutrición crónica y anemia especialmente en las zonas conurbanas y rurales.

Es conocido el hecho de que la necesidad de recursos monetarios y no monetarios para atender adecuadamente a los adultos mayores tiende a ser mayor que en la población de menor edad.

En el conjunto de servicios para la salud, uno muy importante es la atención médica y la posibilidad de acceso a los medicamentos.

Una franja poblacional de una cuantía importante de adultos mayores de la

Argentina tiene ingresos en el hogar que no resultan suficientes para la reproducción de la vida cotidiana.

Este como otros problemas son más importantes entre las personas de menor nivel educativo, en el grupo de menor edad y en los adultos mayores que viven solos. De modo que garantizar una cobertura previsional y/o mejorar las oportunidades de empleo para las personas mayores resulta un desafío fundamental en el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Un 16,5% de las personas mayores presenta al menos un problema de acceso a infraestructura urbana básica, y el 63,2% ha sufrido problemas en el suministro de servicios de agua y/o luz. En el estrato bajo, 3 de cada 10 personas mayores residen en entornos con alguno o varios inconvenientes, con severos problemas medioambientales.

El estándar de salud percibida indica que una de cada 3 personas mayores declara no tener problemas de salud y una de cada 4 percibe que sus condiciones de salud son críticas (tienen bastantes problemas de salud o padecen de alguna enfermedad crónica grave). Hay una gran heterogeneidad de situaciones de salud. Este perfil de salud difiere notablemente entre los dos estratos extremos de valoración socioeconómica, cultural y educativa. El malestar psicológico se suma a las muchas otras carencias.

El 69% de las personas mayores tiene déficit de salud vinculado al sedentarismo y a la falta de realización de actividades físicas al menos una vez a la semana. Deberíamos promover que 4,2 millones de personas mayores incorporen a sus rutinas diarias ejercicios adecuados a su edad y condiciones de salud. El sedentarismo (la falta de ejercicio físico) se lo encuentra mayoritariamente entre las personas que viven solas con un aumento simultáneo del sentimiento de soledad, depresión y aislamiento socioafectivo.

Se observa que la paz espiritual aumenta con la edad y esto se consigue con el tiempo vivido en forma exitosa aunque no en todos los casos.

Se hace necesario estimular la formación y libre iniciativa de grupos y movimientos de personas de edad con el propósito de aumentar su ayuda mutua e incrementar la posibilidad de ser escuchadas y promover la participación de las personas mayores en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado para contribuir a aumentar el bienestar en el envejecimiento y alejar la discapacidad y la fragilidad teniendo presente que el envejecimiento puede generar discapacidades y dependencia que requieren servicios orientados a su atención integral.

Entre otras cosas y por ello debemos proponernos la realización de intervenciones destinadas a la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad.

EL RETRATO DE DORIAN GRAY LA FURIA Y LA IMPOTENCIA DE ENVEJECER

"No existen más que dos reglas para escribir: tener algo que decir y decirlo".

Oscar Wilde



Oscar Wilde (1854 -1900)

Oscar Wilde (1854 – 1900) escribió su única novela “El retrato de Dorian Gray” (1890) donde incorpora temas de decadencia política y social, estética, crítica ácida a la sociedad de su tiempo, duplicidad sexual y belleza y opiniones extremas y drásticas acerca del proceso del envejecimiento y la vejez en sí misma. Es una novela de suspenso magistral con una filosofía particular y contradictoria. Este texto que está a

continuación es una paráfrasis seleccionada de esta novela cuyos señalamientos dan que pensar y tal vez sirvan para motivar un cambio de la mirada que se tiene con respecto a la vejez.

En un rincón del espacioso estudio, recostado en un diván mullido y fumando cigarrillo tras cigarrillo, estaba Lord Henry Wotton.

En el centro de la habitación, sostenido por un caballete, veíase el retrato de tamaño natural de un joven de extraordinaria belleza llamado Dorian Gray con sólo veinte años cumplidos y cuyo pintor Basil Hallward estaba sentado frente al retrato.

La belleza de Dorian Gray haría rabiar de envidia a los viejos, si es que los viejos son todavía capaces de alguna emoción.

Por mucho o por poco, Dorian Gray y también todos nosotros tendremos que sufrir por aquello que los dioses nos han concedido, y sufriremos terriblemente.

En el diálogo entre el pintor Basil y Lord Henry se dijeron muchas cosas referidas a Dorian Gray que se había hecho presente en la reunión para seguir posando para el pintor. La juventud es maravillosa y es la única cosa que vale la pena ser deseada. Día llegará, cuando seamos viejos, arrugados y feos, cuando el pensamiento nos haya devastado con sus surcos la frente, y la pasión quemando los labios con sus fuegos repugnantes.

Lo que los dioses dan, pronto lo quitan. Pocos años nos quedan para vivir realmente, plenamente, perfectamente. Cuando la juventud pasa, la belleza pasará con ella, y entonces descubrimos, bruscamente, que se acabaron los triunfos y habrá que contentarse con esos pequeños triunfos que da el recuerdo del pasado muchas veces lleno de amarguras y derrotas.

Con el tiempo nos pondremos lívidos, nuestras mejillas se hundirán y los ojos perderán todo su brillo; sufriremos horriblemente.

Hay que realizarse en la juventud mientras se tiene y no desperdiciar el oro de los días que se viven dando oídos al necio, tratando de remediar el

fracaso de los demás o arrojando la vida al ignorante y al vulgo o afiliarse a los falsos ideales de nuestra época. Hay que construir un nuevo hedonismo, vivir la vida sin perderse nada buscando sensaciones nuevas. El mundo es nuestro por una temporada. Es muy breve el espacio de vida que le corresponde a la juventud; los hombres no son como las flores del campo que se marchitan pero florecen de nuevo. Jamás se recobra la juventud. El pulso de alegría que late en nosotros a los veinte, va haciéndose cada día más perezoso; nuestros miembros flaquean, nuestros sentidos se estancan; degeneramos en muñecos repugnantes, obsesionados por el recuerdo de las pasiones que nos hicieron retroceder atemorizados y de las tentaciones exquisitas a que no tuvimos el valor de ceder. ¡Juventud! ¡Juventud! ¡Nada hay en el mundo comparable a la juventud!

Todo esto escuchaba con los ojos muy abiertos, absorto y perplejo el joven y bello Dorian Gray casi convencido con los argumentos panegíricos de la juventud y la advertencia terrible de su fugacidad. Sí, llegará el día en que su rostro se arrugará y marchitará, los ojos se tornarán incoloros y opacos, la gracia de la figura quedará rota, las deformidades aparecerán, el carmín se borrará de los labios y el oro huirá de los cabellos; la vida que modeló su alma acabará con su cuerpo; se convertirá en algo horrendo, repugnante y grosero.

Al pensar en todo esto sobrevino en Dorian Gray una aguda congoja de dolor que lo traspasó como un cuchillo. -¡Qué cosa más triste! – murmuró Dorian Gray, con los ojos fijos en su retrato.

Pensar que yo envejeceré y me pondré horrible, espantoso y que mi retrato permanecerá siempre joven, nunca tendrá más edad de la que tiene en este día.

Si fuese siquiera al revés. Si fuera yo el que permaneciese siempre joven y fuera el retrato el que envejeciese. No sé...no sé lo que daría por esto; sí, daría el mundo entero, daría hasta mi alma.

Continúa diciendo Dorian Gray, tengo celos de todo aquello cuya belleza no muere; tengo celos de ese mi retrato porque el conserva lo que yo tengo que perder; cada momento que pasa me quita algo a mí para quedárselo él. ¡Si el retrato pudiera cambiar en lugar mío y permanecer como soy ahora! Para recobrar la juventud no tiene uno más que repetir sus locuras.

Hoy, la mayor parte de las personas mueren de un sentido común a ras de tierra, y descubren, cuando ya es demasiado tarde, que lo único que se echa de menos son los propios errores. Hoy, la gente sabe el precio de todo y el valor de nada.

Dorian conservaba sin cambios un rostro puro e inocente y la imagen vigorosa de una juventud maravillosa y perenne.

Sin embargo, pasado el tiempo, contemplaba en su retrato con horror su propio rostro abominable que parecía hacer una mueca de repugnancia y espanto. El terrible retrato cuyas facciones cambiantes mostraban la verdadera degradación de su vida fue ocultado por sus propias manos para que nadie más lo vea mientras él recuperaba su buen humor, su elegancia y su frivolidad maravillosa. Dorian continuaba inmerso en la fascinación de lo pecaminoso y perverso mientras el retrato soportaba el fardo que a él le correspondía.

Cada vez más su retrato se tornaba bestial, monstruoso y repugnante pero no importaba ya que nadie podía verlo. Ni él mismo lo vería si quisiera. Para qué mirar el retrato y espiar la odiosa corrupción de su alma; conservar su juventud era lo importante.

Hora por hora, y semana tras semana, el rostro envejecería sobre el lienzo sin poder escapar de la deformidad del tiempo que le aguardaba indefectiblemente. Las mejillas quedarían sumidas y flácidas; las patas de gallo amarillentas se ensañarían alrededor de sus ojos empañados; el cabello perdería su brillo; la boca, entreabierta o caída, tendría expresión estúpida o atontada que tienen la boca de los viejos. El cuello arrugado, las

manos frías, de abultadas venas azules, el cuerpo encorvado que recordaba a casi todos los abuelos.

La violencia del contraste entre el retrato o la realidad del tiempo transcurrido y su propia imagen física frente al espejo que era joven, hermosa y sonriente era inefable. Dorian Gray cada día se sentía más enamorado de su propia belleza y más interesado en la corrupción de su alma y se preguntaba cuáles eran más horribles si las huellas de la edad o las señales del vicio. Colocaba sus manos blancas y tersas junto a las horrendas manos hinchadas del retrato burlándose del cuerpo deforme y los miembros degenerados y sonreía satisfecho.

Esta situación ambivalente y contradictoria era insostenible todo por culpa del retrato y de su pintor de modo tal que decidió que el amigo que pintara aquel retrato fatal, causa de toda su desgracia, debía desaparecer del escenario de su vida y por ello lo mata alevosamente a cuchilladas frente al retrato.

Cada hombre vive su propia vida, y paga su precio por vivirla; a veces hay que pagar a menudo por la acumulación de faltas. Sólo su propia muerte le aterraba y detestaba a Dorian Gray. Sólo le interesaba mantener su juventud y no había nada en el mundo que no fuera capaz de hacer con esa finalidad. ¡Juventud, juventud! Nada hay como ella. Es absurdo hablar de la ignorancia de la juventud. Las únicas opiniones que Dorian escuchaba con algún respeto eran de personas más jóvenes que él; a los viejos siempre los contradecía sistemáticamente. Si a alguno se le ocurre preguntarle a un viejo su opinión acerca de lo sucedido un día antes, siempre contestan solemnemente lo que se pensaba casi un siglo atrás cuando la gente vestía de otra manera, creía en todo y no sabía absolutamente nada.

La tragedia de la vejez no es ser viejo, sino continuar empeñándose en ser joven e imaginarse fuerte; la vida depende de una porción de pequeñas cosas a las que, aparentemente, no concedemos importancia.

Que es, al fin y al cabo la juventud, un tiempo acerbo y prematuro de superficialidad y a veces de pensamientos malsanos.

Dorian Gray, él mismo, había empañado su juventud llenando su espíritu de corrupción y de horror su pensamiento; había ejercido una influencia nociva sobre los demás, experimentando una terrible complacencia en ser así y que las vidas nobles y prometedoras que se cruzaron con la suya las había llevado a la vergüenza y a la ruina.

Al entrar el personal de servicio a la biblioteca de la lujosa mansión de Dorian Gray encontraron, colgado del muro, un soberbio retrato del amo en todo su esplendor de juventud y belleza. Caído en el suelo junto al retrato, había un hombre muerto, vestido de etiqueta, caduco, arrugado, de rostro repulsivo con un cuchillo clavado en su corazón y que sólo pudieron identificar por los anillos que llevaba en sus dedos; era Dorian Gray.

Afortunadamente para él Oscar Wilde murió a los 46 años de edad, demasiado joven para la esperanza de vida que tenemos actualmente y no asistió al proceso de su propio envejecimiento; tuvo que soportar el peso de la incompreensión, la intolerancia, la cárcel y el exilio pero igual consiguió el respeto, la admiración y la inmortalidad por su obra literaria.

ENVEJECIMIENTO Y VIABILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO



El envejecimiento de la población encarece la asistencia sanitaria por el aumento de las enfermedades y la consecuente demanda de prestaciones médicas y sociales

Es un hecho constatado que la pirámide de población se ha transformado radicalmente en los últimos años. Según algunas proyecciones, se prevé que en 40 años la población mayor de 65 años se duplicará. El envejecimiento de la población encarece la asistencia sanitaria por el aumento de las enfermedades y la consecuente demanda de prestaciones médicas y sociales pero esto sólo supone una parte del aumento de los gastos sanitarios y al parecer no constituye una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud.

Es difícil establecer pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por adultos mayores y, al mismo tiempo, estimar aproximadamente la viabilidad financiera del sistema de salud.

Es conocido que el gasto sanitario de los adultos mayores es varias veces superior al gasto medio y hay que tener en cuenta que al gasto corriente se le agregan gastos sanitarios y sociales (ayudas, soportes, acompañamiento, atención domiciliaria, rehabilitación, terapias especiales para enfermedades degenerativas de alta incidencia, etc.).

En todo caso, habría que propiciar la reflexión sobre la efectividad y la eficiencia del sistema, la sostenibilidad, la utilización intensiva de la red de servicios de salud que constituyen la base operativa del sistema de la Atención Primaria de la Salud que en nuestro medio está subutilizada por nuestros mayores dadas, además, las dificultades ocasionadas para la accesibilidad por la realidad de un vasto territorio, de geografía compleja, con población pluriétnica, diversidad cultural y pobreza estructural.

Nuestros adultos mayores tendrían que tener una mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública admitiendo la consistencia de las afirmaciones precedentes.

Las personas mayores deberían concentrar buena parte de la atención en sus domicilios debido a las razones expuestas y a la menor movilidad que presenta este grupo de edad.

Hace bastante tiempo que tendríamos que haber establecido patrones de utilización de los servicios de salud por parte de los mayores y un modelo realista y adecuado de organización de los servicios mejorando la práctica clínica y terapéutica.

El gasto sanitario siempre aumenta con respecto a las decisiones clínicas que se tomen, al incremento acrítico de pruebas, ingresos e intervenciones, a un mayor uso de la tecnología y mayores servicios y a las decisiones políticas a veces erróneas de construir nuevos, más grandes y complejos

hospitales o aumentar innecesariamente el número de prestaciones y tratamientos.

El aumento de los precios en general y también los del sector salud, el aumento de la población, una mayor accesibilidad y uso de los servicios y los progresos de la medicina y la tecnología médica contribuyen al aumento en espiral de los costos de la atención médica.

Los servicios de salud suelen ser de propiedad múltiple y su operación y financiación se efectúa bajo múltiples auspicios y responsabilidades y los controles del gasto en salud suelen ser laxos y se hace muy difícil contener los de productividad, accesibilidad y efectividad que el sistema de salud debería tener asegurando sus fortalezas y descartando los anacronismos y los usos indebidos del sistema.

Un sistema nacional de servicios de salud integrales que llegue a todos sería lo ideal pero nuestro país no ha podido concretarlo en sucesivos intentos cuyo análisis no cabe, por su extensión, en esta breve y acotada nota.

Todavía no hemos logrado equilibrar el financiamiento de los fondos destinados a la recuperación de la salud con los invertidos en servicios preventivos, investigación y desarrollo y educación permanente de recursos humanos en el sector salud.

GERONTOLOGÍA EN FRASES

Hay frases que concitan éxito, que la gente atesora y repite en memoriosas evocaciones; hay frases que carecen de sentido o de realidad y que si uno se detiene a analizarlas suelen contener lugares comunes, banalidades y torpezas. El lenguaje común acumula infinidad de axiomas, frases, sentencias, apostillas, refranes expresados por antepasados nuestros y que repetimos como si por el hecho de estar muertos quienes los pronunciaron les otorgásemos valor. En general, si la frase proviene de un griego o de un latino clásico no hay que examinarla, analizarla: basta con repetirla como si el hecho de haber nacido dos siglos antes de Cristo otorgase una sabiduría irrefutable. El lenguaje es un vertedero de lugares comunes, de acertijos, de pensamientos creativos trascendentes que para construirlos debemos utilizar la inteligencia, la invención y una serie de recursos, de patrones establecidos de antemano, de resignificaciones de ideas elaboradas por otros. El empobrecido lenguaje actual necesita muchas veces de frases dichas o repetidas porque funcionan como medio de comunicación eficaz y eficiente y abrevia el largo discurso. Los dichos frecuentados muchas veces nos hacen ver en forma sintética la realidad y extraen lo que está oculto en las palabras. Es bueno saber que bajo la superficie de un código que se sustenta tal vez en la banalidad, sobrevive el verdadero latido y sentido de las palabras. Pocos son los que pueden inaugurar la palabra; nosotros copiamos, recreamos, redactamos entregando a los demás el idioma tal como lo hemos encontrado; nos restringe la ausencia de talento. Quien retuerce y reinterpreta las palabras nos está entregando un idioma nuevo. Aunque “El talento, en buena medida, es una cuestión de insistencia” (Francisco Umbral).

Yo soy de esos viejos que nunca lo son” (José Zorrilla)

“Después que el paciente se ha recuperado de la enfermedad, necesita recuperarse del tratamiento” (Kline)

“Procedo de una muchedumbre de abuelos y en mi los llevo en extracto”
(Miguel de Unamuno; Salamanca; 1912)

“Se es joven mientras se tiene la vida sin resolver” (Valle Inclán)

“Una misma vejez para unos es un premio y para otros un apremio, a unos autoriza, a otros atormenta” (B. Gracian en El Criticón)

“La salud integral de un viejo se basa en: poco plato, mucho trato y mucha suela de zapato”

“Cabeza que discurre y piernas que caminan no dejan envejecer el corazón”

“La inmortalidad es incapaz de consolarnos de la muerte, cuando se ama tanto la vida” (Simone de Beauvoir)

“Lo específicamente humano es creer en la muerte” (Antonio Machado)

“La corona de los ancianos son los hijos de los hijos y la gloria de los hijos, son los padres” (Proverbios: 17 -)

“La vejez, por ahora lejana y ajena; pronto será nuestra”

“Lo que nosotros en el presente hagamos con los mayores, aprenderán nuestros hijos para hacerlo con nosotros cuando nos llegue la vejez”

“Lo nuevo que no es efímero está en germen dentro de lo viejo; el problema es sacarlo sin destrozar el envase”.

“Hay pánico subconsciente y miedo consciente a la vejez”

“La mal llamada tercera edad es sólo la prolongación de la madurez, en que las personas podrán individualmente estar sanas o enfermas, pero no tienen las características que tipifican al individuo viejo” (Fernando Perlado Ortiz de Pinedo)

“No existe un interruptor biológico que se dispare cuando se cumplen 65 años de edad. Esta mágica y vapuleada cifra fue señalada por el Canciller von Bismark en el siglo XIX que ordenaba jubilar a los funcionarios a los 70 años (en 1889, pocos llegaban a esa edad; en 1916 la edad de retiro bajó a los 65 años)”

“El envejecimiento comienza en el momento de la concepción y es un continuum que acaba con la muerte” (Max Burger)

“Más del 50 % de los nacidos en el mundo el pasado año 1995, todavía estarán vivos en el año 2070” (ONU)

“La vejez es un asunto personal del que no sabemos nada hasta que llega. No existe la vejez en abstracto, sino la vejez de cada uno”

“Envejecer es el único modo de vivir más tiempo” (Daniel Auber; 1782 – 1871)

“Me gusta la vejez en general, y más cuando considero la alternativa”
(Maurice Chevallier)

“La vejez no es ni una catástrofe, ni una enfermedad, ni un naufragio”
(Charles De Gaulle)

“Las cosas que ahora se creen antiquísimas, fueron nuevas una vez”
(Tácito)

“Los 40 son la vejez de la juventud y la juventud de la vejez” (Víctor Hugo)

“Recordar haber sido joven, he ahí el drama de la vejez” (Oscar Wilde)

“Lo mejor que el hombre puede hacer es durar” (Goethe)

“Cuando me dicen que estoy demasiado viejo para hacer una cosa, procuro hacerla enseguida” (Pablo Picasso)

“Pocas personas saben ser viejos” (La Rochefoucauld)

“El anciano propende a enjuiciar el hoy con el criterio de ayer” (Santiago Ramón y Cajal)

“Esfuézate para llegar a ser viejo con tiempo si deseas ser viejo durante mucho tiempo” (Cicerón)

“Respetando la vejez derramamos una semilla cuyos frutos recogeremos nosotros mismos” (M. Gioja)

“Los viejos respetables, aún dentro de un cuerpo gastado pero que lleven una razón robusta, tienen perfecto derecho a que todo ciudadano les profese sincera veneración” (A. Verri)

“Nadie es de tan debilitadas fuerzas y decrépita vejez, que no crea que todavía ha de vivir un año más. Sólo un hipócrita podría negarlo” (San Jerónimo)

“Gustan los viejos de dar buenos preceptos para consolarse de no hallarse ya en estado de dar malos ejemplos” (La Rochefoucauld)

“La fuerza está en los jóvenes, la prudencia, en los viejos” (Aristóteles)

“Jóvenes, aprendemos las respuestas; maduros, las preguntas; y viejos, unas y otras” (López Ibor – Flores Tascón)

“Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del arte de vivir” (Amiel)

“Vive, ama, trabaja, aprende, piensa, da, ríe, intenta, persevera y sueña, porque hoy es el primer día del resto de tu vida” (López Ibor – Flores Tascón)

“El aumento de longevidad con mala calidad de vida, es un premio sin sentido” (Hiroshi Nakajima)

"Si quieres vivir mucho, guarda un poco de vino rancio y un amigo viejo" (Pitágoras).

“En el mundo actual, se está invirtiendo cinco veces más en medicamentos para la virilidad masculina y silicona para mujeres, que en la cura del Alzheimer. De aquí a algunos años, tendremos viejas de tetas grandes y viejos con pene duro, pero ninguno de ellos se acordará para qué sirven”
(Drauzio Varella)

“La única manera de conservar la salud es comer lo que no quieres, beber lo que no te gusta y hacer lo que preferirías no hacer” (Mark Twain)

Los tres últimos deseos de Alejandro El Grande, encontrándose al borde de la muerte, convocó a sus generales y les comunicó:

- 1 - Que su ataúd fuese llevado en hombros y transportado por los mejores médicos de la época.
- 2 - Que los tesoros que había conquistado (plata, oro, piedras preciosas), fueran esparcidos por el camino hasta su tumba, y...
- 3 - Que sus manos quedaran balanceándose en el aire, fuera del ataúd, y a la vista de todos.

Uno de sus generales, asombrado por tan insólitos deseos, le preguntó a Alejandro cuáles eran sus razones.

Alejandro le explicó:

- 1 - Quiero que los más eminentes médicos carguen mi ataúd para así mostrar que ellos no tienen, ante la muerte, el poder de curar.
- 2 - Quiero que el suelo sea cubierto por mis tesoros para que todos puedan ver que los bienes materiales aquí conquistados, aquí permanecen.
- 3 - Quiero que mis manos se balanceen al viento, para que las personas puedan ver que venimos con las manos vacías, y con las manos vacías partimos, cuando se nos termina el más valioso tesoro que es el tiempo.

Al morir nada material te llevas, aunque creo que las buenas acciones son una especie de cheques de viajero.

El tiempo es el tesoro más valioso que tenemos porque es limitado. Podemos producir más dinero, pero no más tiempo. Cuando le dedicamos tiempo a una persona, le estamos entregando una porción de nuestra vida que nunca podremos recuperar, nuestro tiempo es nuestra vida. El mejor regalo que le puedes dar a alguien es tu tiempo.

"Ya somos el olvido que seremos" (Jorge Luis Borges)

«¡Cuántos debe de haber en el mundo que huyen de otros porque no se ven a sí mismos!» «¡Oh Señor mío –dije yo entonces–, a cuánta miseria y fortuna y desastres estamos puestos los nacidos, y cuán poco duran los placeres de esta nuestra trabajosa vida! (del Lazarillo de Tormes)

DICCIONARIO BREVE

ANCIANO = persona que tiene muchos años; persona de mucha edad. Sin.: viejo; vetusto; provecito.

ANCIANIDAD = último período de la vida ordinaria del hombre. Sin.: vejez; senectud; decrepitud; postrimería.

AUTONOMÍA = facultad de poder gobernarse por leyes propias. Condición de lo que en ciertos aspectos no depende estrechamente de lo restante. Capacidad de resolver problemas por sí solo y tener voluntad para hacerlo.

CADUCO = decrépito; muy anciano; perecedero; poco durable. Sin.: decrépito; arruinado; agotado; anciano.

DECREPITUD = suma vejez; extrema declinación de las facultades físicas y a veces mentales, por causa de la vejez. Sin.: ancianidad; vejez; vetustez; caducidad; senilidad.

DEPENDENCIA = situación del que depende. Sin.: sujeción; supeditación; sumisión; subordinación.

DEPENDER = necesitar del auxilio de otra persona o cosa.

DEPENDIENTE = que depende.

INDEPENDIENTE = autónomo; libre; soberano.

INDEPENDENCIA = autonomía; emancipación; inconexión; actuar sin sujeción a asistencia personal activa.

LONGEVO = de larga vida; muy anciano; de larga edad.

LONGEVIDAD = largo vivir.

PROVECTO = maduro; entrado en días; caduco; viejo.

SENECTUD = edad senil, período de la vida que comúnmente empieza a los 60 años. Sin.: ancianidad; vejez; caduquez; senilidad.

SENIL = perteneciente o relativo a la persona de avanzada edad en la que se advierte decadencia física. Sin.: caduco; viejo; anciano; entrado en años; provecto.

SENILIDAD = degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debida a una alteración de los tejidos.

SENESCENCIA = que empieza a envejecer (senescente).

VIEJO = dicese de la persona de edad (a partir de los 70 años). Sin.: añoso; maduro; provecto; senil; caduco; carcamal.

VEJEZ = calidad de viejo; edad senil; antigüedad; achaques; manías; actitudes propias de la edad de los viejos.

VETUSTO = antigüedad; viejo; anticuado. Sin.: arcaico; antiguo; anciano; viejo; provecto; decrepito.

JUVENTUD, DIVINO TESORO

Decía Rubén Darío (Félix Rubén García Sarmiento, poeta nicaragüense; (1867–1916) cuando escribió en Canción del Otoño en Primavera: “Juventud, divino tesoro, ¡ya te vas para no volver! Cuando quiero llorar, no lloro... y a veces lloro sin querer...”. La juventud es transitoria por definición; es una enfermedad que se cura sola con el tiempo. Las transformaciones derivadas de la modernización del mundo, entre otras cosas, ha creado la cultura juvenil y un profundo cambio en la relación existente entre las distintas generaciones. Los jóvenes forman grupos sociales con conciencia propia e independencia que arrancan desde la pubertad, que se adelantó últimamente, hasta aproximadamente los veinte años. Los acontecimientos más espectaculares protagonizados por los jóvenes se han dado entre los años ‘60 y ‘70 del siglo pasado caracterizados por movilizaciones populares masivas más o menos politizadas, radicalización política, formación de grupos de jóvenes disidentes y automarginados etiquetados culturalmente de diferentes maneras, el rechazo por parte de la juventud de su condición de casi niños o adolescentes que negaban por viejos a los mayores de treinta años con la salvedad de alguno que otro gurú. Nadie con una mínima experiencia de vida podría haber aceptado como válidas las consignas absurdas que no condujeron a ninguna transformación real en lo social y político en aquellos tiempos del mayo parisino de 1968 del “prohibido prohibir” o del otoño caliente italiano de 1969 “tutto e subito” (= lo queremos todo y ahora mismo) o “uno nunca debe fiarse de alguien que no haya pasado una temporada a la sombra de una cárcel”; “tomo mis deseos por realidades, porque creo en la realidad de mis deseos”; “lo personal es político”; “todo lo que me preocupe, lo llamaré político”, “cuando pienso en la revolución,

me entran ganas de hacer el amor”... Hacer el amor y hacer la revolución no podían separarse claramente; la liberación personal y la liberación social iban juntas y había que romper las ataduras con el poder, las leyes, las normas del Estado, los padres y los vecinos; la mejor forma de hacer todo esto era el sexo y las drogas. La cultura juvenil de aquella época era fundamentalmente iconoclasta. Las drogas se difundieron por su atractivo, como gesto de rebeldía ya que estaban prohibidas, como desafío social y símbolo de superioridad y diferencia; por momentos no habían matices entre consumir drogas o levantar barricadas en las ciudades para manifestar y protestar; esto no se hacía como rechazo a ciertas pautas del orden social sino en nombre de una autonomía plena del deseo individual llevando este tipo de individualismo egocéntrico hasta el límite pero utilizando siempre una etiqueta de justificación ideológica. Se creía que este tipo de acciones aparentemente espontáneas, sin organizar, antiautoritaria y libertaria provocaría el nacimiento de una sociedad nueva, justa y sin estado un verdadero revival del anarquismo de Bakunin y Kropotkin. De todo esto derivó una inseguridad traumática, una incertidumbre permanente, una falta de seguridad y una sensación de inseguridad donde las antiguas normas de conducta se decretaron obsoletas porque habían perdido su razón de ser, en resumen se trataba de vivir en una sociedad sin reglas; la sociedad padece con sufrimiento este tipo de concepción desde aquellos días hasta el presente. Esa autonomía de la juventud como estrato social independiente sólo se puede comparar con la época del romanticismo cuyos héroes consumían vertiginosamente su vida y su juventud que acababan al mismo tiempo y cuyo estilo de vida desembocaba en morir pronto (James Dean, Bob Marley, Jimmy Hendrix y muchos más ídolos de la música rock). La juventud pasó a verse como la fase culminante del pleno desarrollo y no como una fase preparatoria de la vida adulta. La juventud lo era todo y la vida se deslizaba cuesta abajo a partir de los treinta años. La realidad social

mostraba que el poder, la influencia, el éxito, la riqueza aumentaban con la edad y esto era visto como un modo insatisfactorio en que estaba organizado el mundo. Hasta los '70 el mundo de la posguerra estuvo gobernado por una gerontocracia especialmente formada por hombres y apenas por mujeres (Adenauer, De Gaulle, Franco, Churchill, Stalin, Kruschew, Mao, Ho Chi Minh, Tito, Gandhi, Nehru, Sukarno), los dirigentes de menos de cuarenta años eran una rareza hasta el momento en que Fidel Castro en Cuba se hace con el poder a los treinta y dos años. Pero paradójicamente ante este panorama juvenil en forma invisibilizada se iba prolongando la esperanza de vida, el porcentaje de ancianos aumentaba, la decadencia senil se retrasaba, se llegaba antes a la edad de la jubilación y en tiempos de crisis la jubilación anticipada se convirtió en el método predilecto para recortar los costos laborales; los ejecutivos que perdían su empleo con más de cuarenta años de edad encontraban dificultades insalvables para conseguir nuevo empleo. La juventud ya no es más una masa concentrada y dominante de poder adquisitivo en las economías desarrolladas de mercado; en este sentido el papel de las generaciones se invirtió y hoy la población envejecida predomina en el mercado del consumo. Los jóvenes todavía viven en sociedades divorciadas de su pasado y la brecha o el abismo generacional no se circunscribe a los países industrializados ya que ha habido un declive drástico del campesinado y también hay brechas generacionales en el ámbito rural, semirural y ex rural. La cultura juvenil se convirtió en su momento en la matriz de la revolución cultural; habrá que ver si los adultos mayores de hoy encabezan una nueva pero distinta revolución cultural.

LA MEDICINA Y LA MUERTE DEL HOMBRE EN LA POSTMODERNIDAD

La Corte Suprema de la República Argentina reconoció este 07 de julio de 2015 el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna. En un fallo, los jueces Ricardo Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Juan Carlos Maqueda garantizaron que se respete la voluntad de una persona para que se suspendan las medidas que desde hace más de 20 años prolongan artificialmente su vida.

La sociología introduce el término postmodernidad (Gilles Lipovetsky; '80) y plantea el hedonismo como móvil (teoría ética de la utilidad) que afecta y pone en crisis los modelos propuestos hasta ahora. Así vemos que la relación fundamental del hombre con lo divino, que lo sostuvo por milenios, se ve reemplazada primero por la razón, luego por la ciencia y en las últimas décadas por el dinero y el placer.

Después de la caducidad de los sistemas de valores parece que se nos pierde el hombre, ya no más valorado por su origen ontológico, ya no sujeto, si no objeto, que se transforma en material de estudio, por la crisis de sentido y de modelo.

Reconociendo el valor de la vida del ser humano y como universalmente válido el principio de la sacralidad de esa vida, no se puede excluir a ningún ser humano sea cual sea su condición o estado vital.

Pasamos del paternalismo médico en la relación médico-paciente al paternalismo político- científico de la posmodernidad.

Este nuevo paternalismo pretende que la ciencia se haga árbitro de los sistemas de valores y use al ser humano como objeto de investigación, para beneficio de grupos económicos privilegiados que buscan consenso social,

apoyados por las grandes corporaciones en el marco político del “racionalismo utilitarista democrático”.

La postmodernidad tiene ciertas características propias tales como el imperio de la técnica, una sobrevaloración del trabajo, la indiscreción, la obscenidad y la pérdida del sentido religioso.

La postmodernidad empuja a toda la sociedad al hiperconsumismo. Se pasa de la necesidad de resolver los problemas básicos materiales y de salud, a la de satisfacer los deseos; muchos valores se pierden porque no se ajustan y no se recuperan. Cuanto más se consume, más se genera paradójicamente insatisfacción. Los efectos de los contenidos de esta postmodernidad repercuten en la relación médico-paciente. Se están perdiendo las palabras relativas al padecer, la historia del dolor, el contexto familiar del sufrimiento, su entorno psicosocial; en síntesis, estamos perdiendo al hombre.

Se emplea la disociación afectiva, el discurso distante, se brinda poca información consistente y se trata de profundizar el dominio y el control de toda implicancia emocional en los aspectos relacionales.

Estos modelos contrastan con el modelo paternalista hipocrático. Los diferentes modelos de relación contractuales, ponen a dura prueba los servicios médicos. Los pacientes hiperconsumistas, demandan la utilización de procedimientos diagnósticos complejos, para satisfacer no solo sus necesidades básicas y complejas de salud, sino también una serie de deseos, que los pacientes consideran deben ser resueltos por el hecho mismo de desear satisfacerlos.

Esto unido al interés corporativo que empuja al hiperconsumo, (amplias ofertas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos), a la pérdida del hombre como persona y fin, como quehacer, a la dificultad de comunicación, a las barreras impuestas en lo relacional, transforma a la

persona en un objeto de cuidado biotecnológico, al que se tiene o no derecho si los servicios están cubiertos por algún tipo de seguro.

La vida es el derecho humano básico que se defiende primariamente como pilar fundamental de los objetivos de la medicina desde la época hipocrática. Pero la defensa de la vida considerada como un valor absoluto, que todos los jueces invocan, significa en esta etapa tecnológica de la medicina un verdadero mandato de encarnizamiento terapéutico. No es correcto expresar “los médicos tienen el deber de prolongar la vida” ni que ante un hipotético rechazo de tratamiento “cesaría el deber de los médicos de mantener la vida a ultranza”.

La vida comprende un comienzo, un transcurso y un fin y en este caso debemos centrarnos en el fin de la vida y concretamente en la muerte que la define e integra constitutivamente.

La muerte encefálica fue el resultado del informe del Comité de Harvard (integrado por diez médicos con la asistencia de un abogado, un historiador y un teólogo) que aconsejó en 1968 una nueva definición de muerte basada en la irreversibilidad del daño cerebral producido. La propuesta fue que en pacientes en coma y ante la presencia de determinados signos taxativamente descriptos, debía suspenderse todo método de soporte asistencial en especial el respiratorio.

A partir de allí se instaló a la muerte como un diagnóstico médico, y abrió la posibilidad futura y cierta de modalidades de “muerte intervenida” como formas frecuentes y hasta predominantes en el final de la vida, por oposición a la muerte natural que era la única existente durante toda la historia de la vida del hombre.

Los muertos encefálicos primero y ahora los estados vegetativos, se presentan como claros “emergentes del progreso médico”. Los progresos de la medicina han creado en efecto una zona crepuscular en donde la muerte comienza y la vida, en cierto sentido no ha cesado todavía.

Las decisiones médicas guiadas en el principio bioético central de la beneficencia deben respetar también otros valores junto con el de la vida.

La vida y la libertad, la identidad, la integridad, la salud y el bienestar constituyen valores que apareados constituyen la fundamentación de una bioética apoyada en los derechos humanos.

La obligatoriedad ética de no dañar es anterior y más importante que la exigencia de promover el bien (“*primun non nocere*”) y ha sido reconocido como principio bioético (no maleficencia). Cuando la técnica actualmente disponible y aplicada a la medicina, y en este caso el soporte vital, substituye como medio a los fines se produce una inversión de las metas de la medicina. Esta medicina de hoy, donde la soberanía de los medios se justifica a sí mismo nos lleva no sólo a que el fin justificaría los medios, sino que puede hasta consentir que la aplicación indiscriminada de algún medio justificara cualquier fin. La traducción de este imperativo tecnológico a la medicina “porque se puede se debe”, es el sustrato de formas indignas de muerte con sufrimiento, aislamiento y desfiguración que conculcan los rasgos y atributos que lo identifican como persona respecto a la comunicación, conciencia y afectividad.

En todo caso, la esencia misma de la terapia intensiva es donde la muerte siempre es posible y hasta esperable.

Hace más de cincuenta años era habitual, esperable y aceptado morir en casa rodeado de familiares. La enfermedad misma autorregula la homeostasis del final de la vida sin intervención alguna, con poca o nula ingestión de líquidos y sólidos y los pacientes aun competentes no perciben sed ni hambre.

El instante de la muerte, en otro tiempo cuestión del destino, hoy día se halla, cada vez más, en manos del hombre.

La ciencia y la técnica tienen muy poco que ofrecer cuando la muerte se hace inevitable y tornan la lucha cada vez más inútil; el desafío tecnológico

de prolongar la vida a ultranza fue adquiriendo prioridad y autonomía sobre la calidad de vida.

El ejercicio de la medicina nos enfrenta a diario con situaciones que requieren la toma de decisiones que afectan la vida, la dignidad y los valores de las personas.

Una buena muerte, difícil de aceptar por los médicos, es aquella en la que el moribundo puede controlar el proceso y morir con dignidad y calma, y todos los que lo rodean sienten que se han enriquecido por la situación. Sin embargo, esas muertes son poco comunes; son muchos más los que son objeto de manoseo y falta de respeto, los que quedan sumidos en el sufrimiento.

Morir es difícil. También es difícil ser médico: presenciar cada día la agonía y tomar conciencia una y otra vez de los límites del arte y el oficio.

La negación de la muerte impone agobios adicionales tanto a médicos como a pacientes. A veces los miembros del equipo de salud se sienten que son los responsables de cada muerte, la culpa impulsa a los médicos a luchar cada vez más por la prolongación de la vida, a menudo en detrimento de su calidad.

Hoy, indebidamente, mucha gente considera que el desenlace fatal de una enfermedad, el fracaso de un tratamiento y hasta el suicidio es culpa de los médicos en general, y de los médicos especialistas en salud mental, en el último de los casos en particular. Hablamos constantemente de muertes evitables en lugar de prevención, como si la muerte pudiera eludirse en lugar de posponerse.

A pesar de las costosas pretensiones de la medicina y de la gente que pretende de la medicina lo que ésta no puede dar, la muerte sigue siendo el final inevitable de la vida. La muerte es a menudo impredecible, arbitraria e injusta, pero cada vez más se la considera un simple fracaso de la medicina y de los médicos, cosa que no es cierto. Nos enseñan a creer que si nos

comportamos bien –si comemos los alimentos adecuados y con moderación, si hacemos ejercicio, etcétera- se nos recompensará con una vida larga y saludable; no necesariamente es así pero disminuyen los riesgos de enfermar y morir inopinadamente en el momento menos oportuno y por anticipado.

En la sociedad posmoderna, el narcisismo excesivo, el culto por la juventud, la gerontofobia, la compulsión por el placer y el bienestar y la soberbia y la ambición de la ciencia biomédica sobreexigida por los propios demandantes, son las principales responsables de la negación peligrosa y nociva de la muerte.

La sociedad contemporánea parece haber perdido todo sentido del valor de la muerte, la niega y no considera el vínculo indisoluble de la muerte con la vida y esto va acompañado de una valoración de la extensión de la vida en sí misma en detrimento de su intensidad; si apartamos la vista de la muerte, también socavamos el placer de la vida; cuanta menos conciencia tenemos de la muerte, menos vivimos.

Una vida plena hace más fácil la muerte; morir nos da la oportunidad de completar la vida, es parte de la vida, no de la muerte: hay que vivir la muerte.

La medicina y los que la ejercen deberán aprender a detenerse; las aspiraciones actuales de la medicina priorizan muchas veces la destreza técnica y se aferran al modelo del cuerpo como máquina.

Cuando se diagnostica una enfermedad grave, la lucha contra ella invariablemente se convierte en el centro de atención del médico, pero cuando ya no hay esperanzas de una mejora y la muerte es inevitable, es esencial que ese centro de atención se desplace una vez más y regrese al individuo que sufre; la enfermedad muchas veces le gana al paciente y al médico, es entonces muy importante volver a la persona, escuchar, redescubrir la historia personal con sus logros y todo aquello que trascienda la enfermedad y la deje atrás; aunque el tiempo de la enfermedad sea

inexorable y el fin esté predeterminado, el tiempo vital de la persona es propio de esa persona y debe ser preservado; es necesario evitar que la enfermedad subroge a la persona y sea el eje del proceso vital.

LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES



Los vínculos sociales y familiares son factores clave de protección para la salud mental entre las personas mayores, y aportan capacidad de resistencia o resiliencia durante los cambios de la vida adulta.

La salud mental es, en general, una asignatura pendiente en todos los tramos de edad de la población y tema candente no resuelto en la salud pública de muchos países incluyendo a la Argentina.

Las condiciones biográficas al llegar a edades mayores comportan, además, factores de riesgo añadido: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la mayor incidencia de enfermedades crónicas, los cambios en el poder adquisitivo, la soledad, el estigma social y las limitaciones en la autonomía entre otros. Una mala condición física tiene un impacto negativo sobre la salud mental y, por el contrario, las buenas condiciones físicas apoyan el bienestar mental. Hay también una relación entre la salud psicológica y cognitiva y estilo de vida.

Más aún, la evaluación subjetiva de la salud personal juega un papel importante en determinar el riesgo individual de desarrollar una enfermedad o afección mental. Hay varias cuestiones que son de relevancia, prioritarias y que conviene definir con claridad:

EMPODERAMIENTO:

El empoderamiento de las personas mayores incrementa su potencial para una vida autónoma y satisfactoria, y constituye un elemento clave para el éxito en las iniciativas para promover la salud mental.

La diversidad en los grupos de edad:

No existe un acuerdo en la definición de cuando comienza la «edad avanzada» o «el envejecimiento», y el entendimiento común acerca de la pertenencia a estos grupos tiene diversas connotaciones y significados entre las diferentes culturas, sociedades y personas.

Estas poblaciones de mayores representan un grupo heterogéneo de individuos con estilos de vida, capacidades, necesidades y actitudes muy dispares.

Las características importantes que diferencian a las personas mayores incluyen la edad funcional y biológica, el estado de salud, el género, la sexualidad y la cultura.

INTERVENCIÓN MÁS TEMPRANA:

El envejecimiento comienza al nacer, y el estado de salud de las personas mayores está determinado principalmente por su forma de vivir en edades más tempranas, por lo que la promoción de la salud mental debe comenzar antes de la edad madura para que tenga el máximo efecto.

INCLUSIÓN SOCIAL Y EL CAPITAL SOCIAL:

Los vínculos sociales y familiares son factores clave de protección para la salud mental entre las personas mayores, y aportan capacidad de resistencia o resiliencia durante los cambios de la vida adulta.

DESIGUALDAD Y POBREZA:

La desigualdad en la enseñanza, en el empleo y en los cuidados sanitarios, basados en la raza, la etnicidad o el género, que ya comienza en las edades tempranas, se agrava en las edades mayores. La pobreza viene a sumarse a otras causas de exclusión social, y reduce todavía más la capacidad de buscar ayuda, la movilidad y los recursos sociales, en aquellos que han vivido desigualdades con anterioridad.

CUESTIONES DE GÉNERO:

Hay que prestar atención a las cuestiones de género, pues es otro elemento clave para poner en práctica con éxito las acciones para mejorar la salud entre las personas mayores. Hombres y mujeres se enfrentan a diferentes factores de riesgo, están expuestos a distintos problemas de salud mental y confrontan diferentes barreras para recibir el apoyo y los cuidados adecuados.

COLABORACIÓN INTERSECTORIAL:

Para ejecutar con éxito actuaciones preventivas y de promoción, deben integrarse los esfuerzos en la labor sanitaria y social (enfoque y acciones sociosanitarias), y se requiere de la más amplia colaboración intersectorial.

Lo último es particularmente cierto para la provisión de servicios eficientes y de cuidados para las personas mayores en todos los escenarios geográficos. Por consiguiente, es importante establecer protocolos de referencia eficientes, así como también lo es proporcionar adiestramiento en la detección temprana de los problemas mentales en los ámbitos de múltiples disciplinas relevantes.

BASE PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL CONOCIMIENTO:

Para el desarrollo y la implantación de acciones eficientes es esencial involucrar a las personas mayores en la investigación (incluyendo la definición de los temas a investigar y los objetivos de las actuaciones) y desarrollar sólidos marcos metodológicos en esta área.

Algunos síntomas graves de los trastornos mentales muchas veces se reducen con la edad, mientras que otros problemas persisten o aparecen en la edad avanzada, incrementando la necesidad de ayuda y apoyo para este grupo de personas. Los cambios, la aparición de dificultades persistentes en las habilidades sociales o de resolución de problemas, son frecuentes en los que tienen trastornos mentales severos, pero también se presentan nuevos problemas relacionados con la edad, tales como:

*Aislamiento social extremo después de cambios y pérdidas normales relacionadas con la edad.

*Reducción de la autonomía debida al normal declive cognitivo y físico.

*Dificultades económicas y riesgo de pobreza, debido a la insuficiencia de las jubilaciones y pensiones en aquellos, la gran mayoría, que no han podido trabajar a causa de su enfermedad mental. La mala salud mental no forma parte del proceso del envejecimiento, pero sí de las condiciones que rodean este proceso. Los trastornos mentales inciden de forma muy importante en el bienestar de la personas. El grado de sufrimiento que comporta un trastorno mental mediatiza las relaciones con el entorno, la capacidad de autocuidado, la percepción de la valía personal y la participación e integración en la sociedad.

La proporción de la población por encima de los 65 años en 2050 estará en torno al 30%, y de ellos el 11% tendrá más de 80 años. Es muy importante sentirse bien mentalmente para disfrutar de una cierta calidad de vida, tanto los mayores como las personas que los cuidan (cuidadores formales e informales).

En nuestro medio hay muchas carencias y una magra variedad de políticas de estado dirigidas a la salud mental; las iniciativas políticas pertenecen a múltiples sectores y deberían formularse tomando en consideración aquellos factores que tienen efecto directo en el envejecimiento saludable, el bienestar, la autonomía y la capacidad de los mayores.

Para promocionar el empoderamiento de los problemas y las soluciones por parte de los adultos mayores, sería importante proporcionarles alternativas de servicios transversales e involucrarles en el diseño de las políticas.

Hay importantes factores protectores y de promoción de la salud mental que debieran basarse en un estilo de vida saludable, un medio ambiente seguro y coherente, la participación activa dentro de la sociedad y la comunidad, el apoyo de las familias, coetáneos y cuidadores que juegan un papel clave en la promoción de la salud mental de las personas mayores. La prevención de la soledad y el aislamiento es una de las estrategias con mayor potencial para promocionar la salud mental y el bienestar en las personas mayores.

Estas medidas también son importantes para mejorar la salud física y el envejecimiento saludable. La prevención de las enfermedades mentales más comunes supone abordar los factores de riesgo para presentar problemas de salud mental en edades avanzadas, como son las enfermedades crónicas, las discapacidades físicas, y la mejora en el proceso de demanda de ayuda (como, por ejemplo, combatiendo la estigmatización social), la detección temprana y la intervención oportuna, antes de que surjan los problemas de salud mental.

Las personas mayores pertenecientes a ciertos grupos tienen un riesgo mayor de sufrir problemas mentales. Estos incluyen a las mujeres mayores, a los que viven al borde de la pobreza, los que viven con enfermedades crónicas, los que son víctimas de abusos o los que pertenecen a minorías culturales o étnicas.

Las medidas destinadas a desarrollar su capacidad de recuperación o para reducir su vulnerabilidad específica, entre otras cosas, a través de la prestación de servicios, pueden mejorar las condiciones de vida y disminuir los problemas de salud mental en estos grupos; estas medidas también pueden incrementar la inclusión y cohesión sociales.

Los sistemas de cuidados y asistencia sanitaria cumplen un papel de primer orden para detectar a tiempo y afrontar oportunamente las enfermedades mentales de las personas mayores. Los sistemas de cuidados han de ser servicios orientados a la comunidad y deben incluir equipos multidisciplinares, así como mecanismos de coordinación entre la atención social y de la salud mental.

La atención primaria de la salud y los servicios sociales de carácter general constituyen puntos de acceso primordiales para muchos adultos mayores, y deben ser utilizados proactivamente en la persecución del objetivo de la buena salud mental.

La gestión y coordinación de los cuidados paliativos y del final de la vida requieren un buen liderazgo y compromiso de los equipos de atención primaria, contando con la implicación de los cuidadores no profesionales y de otros especialistas.

Los cuidadores no profesionales llevan la principal parte de la carga de la prestación de los cuidados, y la mayoría de las veces lo realizan mujeres mayores. Darles apoyo en su función, capacitándolas y preservando su bienestar, tiene resultados positivos para la salud mental, tanto para los mismos cuidadores como para las personas a las que cuidan.

Existe mucho desconocimiento y escasa difusión acerca de la salud mental de las personas mayores, en términos de sus determinantes, en el nivel de las políticas, de las actuaciones efectivas de promoción, y de la acción preventiva y difusión de la investigación, para determinar cómo se pueden transferir los resultados a las prácticas y a las políticas.

Para dar algunos ejemplos y reconociendo el impacto profundo e inmediato que producen las alteraciones en la salud mental en la calidad de vida, la depresión en las personas mayores es un factor de riesgo para la disfunción y puede presagiar una muerte prematura.

Las personas mayores con depresión son de dos a tres veces más susceptibles a tener dos o más enfermedades crónicas, y de dos a seis veces más de sufrir, cuando menos, una limitación en sus actividades cotidianas en comparación a los grupos de menor edad.

La depresión con morbilidad asociada en las personas mayores incrementa también la frecuencia y el costo de la ayuda profesional y el riesgo de un ingreso prematuro en una residencia para mayores.

El envejecimiento del envejecimiento hace que cada vez más adultos mayores estén afectados por demencias (entre 1,1 y 1,3% de la población), definida como la pérdida de funciones intelectuales con la severidad suficiente como para interferir con el funcionamiento cotidiano de la persona.

Entre otras demencias, la enfermedad de Alzheimer, que es un proceso lento de degeneración neuronal y que, hasta la fecha, no se puede controlar, prevenir o curar, es la forma más común (60%) entre todos los casos de demencia. Además, hay poca información y entendimiento de los síntomas iniciales más comunes entre la población en general y las familias que lo sufren. Una gran proporción de los médicos, especialmente de atención primaria, tienen dificultades en detectar los síntomas iniciales de esta enfermedad.

La estigmatización y la negación son también factores que contribuyen a un diagnóstico tardío o insuficiente de la demencia, y ciertos contextos culturales particulares juegan aquí también un papel nada desdeñable. Las patologías neurodegenerativas, frecuentemente, son morbilidades asociadas con la depresión y otros problemas de salud mental.

El envejecimiento demográfico tiene importantes implicaciones para las estructuras familiares. La proporción de los muy ancianos (más de 80 años) en el total de la población se espera que se duplique hasta el 2030, y muchos de ellos necesitarán cuidados diariamente. El descenso de la tasa de

natalidad hace que habrán menos hijos que puedan cuidar de sus adultos mayores; no podrán hacerse cargo de ellos por razones profesionales, económicas o debido al alejamiento geográfico circunstancial o definitivo.

Por consiguiente, parece que será necesario un fuerte desarrollo de los servicios tecnoprofesionales de cuidados, especialmente en aquellos países o zonas rurales donde la mayor parte de los cuidados de las personas mayores aún se proporcionan en el seno de las familias.

Los cuidados en el hogar conllevan tensiones de índole física, psicológica, social y económica, y los cuidadores (mujeres por regla general) con frecuencia tienen que sacrificar muchas cosas para poder cuidar a sus familiares. El problema se ve exacerbado por la falta de adiestramiento necesario y la insuficiencia del apoyo social, económico y emocional hacia los cuidadores.

En consecuencia, muestran un incremento en el riesgo de contraer enfermedades físicas y psicológicas, lo que sugiere la necesidad de un apoyo mayor para impedir que ellos también enfermen.

Muchos cuidadores familiares presentan síntomas clínicos significativos de ansiedad. Se dan con frecuencia, también, problemas generales de salud y daños físicos, como los de la espalda por tener que levantar peso.

Además, los cuidadores de personas afectadas por demencia tienen tendencia a sufrir niveles más altos de estrés y carga, e informan sobre niveles más altos de depresión y fatiga. El impacto negativo de los cuidados puede durar toda la vida.

A medida que los cuidadores van envejeciendo, las personas cuidadoras no profesionales de personas con demencia, que han interrumpido su vida laboral para cuidar a un familiar, corren el riesgo de la pobreza asociada a la reducción de la vida activa remunerada y de los beneficios de las pensiones.

En términos generales, una de las claves para permanecer mentalmente sano a través de la vejez es construir reservas cognitivas, recursos físicos, y

mantenerse socialmente activo realizando actividades tranquilas de ocio, que contribuyen a la actividad mental. Las personas mayores que son socialmente activas y están integradas en redes sociales estables disfrutan de una mejor salud psicológica. De manera especial, para muchas personas mayores, la afiliación religiosa y la asistencia a la iglesia cumplen también otra importante función. Además de la influencia de la genética, de los factores ambientales o del estilo de vida, los acontecimientos de la vida también tienen un efecto sobre la salud mental.

Para las personas mayores, la transición entre el trabajo remunerado y la jubilación debe señalarse como uno de esos acontecimientos que, para bien o para mal, produce un impacto sobre la salud mental.

El trabajo aporta con frecuencia a los individuos una sensación de logro y de ser un miembro útil para la sociedad. Por otra parte, a través del trabajo las personas pueden integrarse en un entorno social más amplio, con resultados positivos sobre su propia identidad; la jubilación puede conducir al aislamiento y a la soledad, porque se reducen los contactos y las relaciones sociales.

Pero por otro lado, el nivel de actividad y de ocupación que requiere el trabajo puede reducir el tiempo que el individuo le dedica a su familia y a la interacción social, convirtiéndolo en una demanda física y mentalmente exigente, y esto es particularmente cierto en las zonas rurales, donde la jubilación ofrece a muchas personas la oportunidad de descansar y de disfrutar de la recompensa largamente esperada después de toda una vida de trabajo.

La jubilación normalmente va asociada a un nivel más bajo de ingresos. En muchos países la jubilación es un factor de riesgo de pobreza. Además, algunos países han contribuido a ello al promover sin crítica alguna la jubilación anticipada para reducir el desempleo. Como resultado de esto, muchas personas tienen que reducir al mínimo su estándar de vida o

continuar trabajando de forma ilícita para poder manejar sus vidas con unos ingresos más bajos. Las desventajas económicas y sociales de la jubilación son aún más altas para los jubilados contra su voluntad.

Existe una relación estadística significativa entre la jubilación obligada o compulsiva y el deterioro de la salud mental. Existe también la creencia o el estereotipo negativo, ampliamente extendido, de que la productividad decrece durante el proceso de envejecimiento, y a las personas retiradas frecuentemente se las deja al margen del trabajo productivo, aún teniendo mucha experiencia y más tiempo disponible que nunca.

Uno de los principales problemas documentados durante este periodo de transición es la falta de responsabilidad institucional. A las personas que se retiran se las desampara y se las deja solas para orientarse a sí mismas en su nueva posición, en vez de contar con el apoyo de las organizaciones, como por ejemplo, de las instituciones de la seguridad social.

La orientación y la adaptación, con frecuencia, les lleva mucho tiempo a las personas mayores y pasan muchos meses, buscando maneras de sostenerse y de contribuir a la sociedad. Los trastornos mentales más comunes en la vejez son la depresión y la ansiedad, dan origen, con frecuencia, a la disminución de la calidad de vida y a la mortalidad excesiva.

Tienen una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos y un 15% padece de ansiedad), su mal pronóstico (sólo un tercio de ellos tiene una recuperación completa de la depresión después de dos años), el intenso impacto que tiene sobre las funciones es tan grande o peor que muchas enfermedades crónicas, como las afecciones coronarias, la artritis o la diabetes y, obviamente, aumenta el uso de los servicios médicos y también está asociado al deterioro cognitivo.

Se hace necesario revisar y detectar oportunamente los trastornos mentales y los riesgos asociados en todos los escenarios relevantes en que estén o se desempeñen adultos mayores. Hay que desarrollar protocolos específicos

para lograr una detección temprana de los trastornos mentales, al igual que la capacitación y el apoyo continuado de los actores principales, incrementando el compromiso y, consecuentemente, la probabilidad de éxito en la prevención y el tratamiento. La revisión de pacientes en los centros de atención primaria para detectar la depresión u otro tipo de alteraciones mentales tiene que ser factible y eficaz cuando está incluida en los programas sanitarios de gestión formando y capacitando equipos disponibles de personal específico de atención.

El riesgo de la pobreza para las personas mayores es más elevado. La pobreza es un fenómeno social multidimensional y se caracteriza por un estatus socioeconómico bajo, el paro, las jubilaciones y pensiones mínimas y un nivel escaso de formación. Para las mujeres el riesgo es todavía mayor que para los hombres, especialmente en la vejez, debido a su tendencia a tener menos y más bajos recursos económicos procedentes de las pensiones o los ahorros, aún cuando hayan estado trabajando.

Más que los ingresos propiamente dichos, hay varios factores relacionados con la educación que pueden funcionar como mediadores en los riesgos de trastornos mentales: inseguridad, desesperanza, un deficiente estado de salud, recursos de respuesta limitados ante los rápidos cambios sociales, oportunidades limitadas.

Las personas en situación de pobreza tienen un acceso más limitado a una atención sanitaria apropiada. Por tanto, pobreza y trastornos mentales interactúan exacerbándose recíprocamente en un círculo vicioso.

LA SOBREMERNIDAD Y LA VEJEZ EN MARC AUGÉ

Marc Augé es antropólogo, escritor, profesor, eterno estudioso y, desde hace unos años, jubilado, a los 80 años sigue investigando, escribiendo y sin decaer sigue siendo el célebre autor de libros de referencia. La "sobremernidad" es una situación social marcada por el exceso: tiempo, velocidad, movimientos y consumo, que además se caracteriza por los "no lugares" (lugares de anonimato), el no-tiempo (presentismo) y lo no-real (virtualidad). Augé acuñó también el concepto de "no-lugar" para referirse a los espacios de tránsito que no tienen suficiente importancia para ser considerados como "lugares": "Son considerados antropológicos los lugares históricos o vitales, así como aquellos en los que nos relacionamos. Un no lugar es una autopista, una habitación de hotel, un aeropuerto, un subte o un supermercado... Carece de la configuración de los espacios, es circunstancial, casi exclusivamente definido por el pasar de los individuos".

La historia contemporánea ha perdido su capacidad de sugerir soluciones para el futuro y nuestro tiempo presente aparece cada vez más incierto.

La historia tenía un sentido, un significado, una dirección que se construía generalmente por acumulación y no por eliminación. Los espacios han dejado de ser espacios de cohabitación. Hoy esos espacios permiten desplazamientos rápidos, transmisión de imágenes y de información (televisión, Internet, ciberespacio) o consumo: los supermercados constituyen, por ejemplo, "concentraciones de espacio", donde quienes coexisten son los distintos productos del planeta. En todos esos sitios en la evolución actual nos obliga a afrontar una complejidad cada vez mayor. En ese marco, el porvenir es sin dudas menos previsible que antes. Estamos aprendiendo a cambiar el mundo antes de imaginarlo.

Nos dirigimos hacia una sociedad de clases planetaria, dividida entre aquellos que tendrán acceso al saber y al poder, aquellos que sólo serán consumidores y aquellos que estarán excluidos tanto del saber como del poder. La brecha entre los saberes especializados de aquellos que saben y la cultura media de aquellos que no saben no deja de aumentar. La verdad es que, mientras más progresa la ciencia, menos se la comparte. Esa brecha entre países desarrollados y subdesarrollados se acrecienta en todos los sectores del saber y del conocimiento. La mayor parte del mundo es incapaz de comprender nada de lo que está en juego en la investigación científica. El sistema actual es capaz de crear más desigualdades; sirva de ejemplo que el sistema escolar ya no es creador de igualdad, sino reproductor de desigualdades. La violencia, la injusticia o las situaciones de desigualdad, el repliegue sobre formas religiosas más o menos burdas y más o menos intolerantes se ha transformado en pensamiento. No hay más que hombres individuales; es decir, sociedades, grupos, potencias e individuos.

La primera paradoja del tiempo es inherente a la conciencia que el individuo adquiere de existir en un tiempo que ha precedido a su nacimiento y que continuará después de su muerte. Esta toma de conciencia individual de lo finito y lo infinito vale tanto para el individuo como para la sociedad. En efecto, el individuo que se transforma, que crece y que luego envejece -para, un día, desaparecer- asiste entretanto al nacimiento y crecimiento de unos, al envejecimiento y la muerte de otros. Envejece en un mundo que cambia, aunque más no sea porque los individuos que lo integran también envejecen y ven cómo con el paso del tiempo las generaciones más jóvenes los reemplazan.

La segunda paradoja del tiempo es casi la inversa de la primera: reside en la dificultad, para los hombres mortales -es decir, tributarios del tiempo y de las ideas de comienzo y de fin-, de pensar el mundo sin imaginar un

nacimiento suyo ni asignarle un término. Las cosmogonías y los apocalipsis, según diversas modalidades, son una solución imaginaria a esta dificultad.

La tercera paradoja del tiempo concierne a su contenido o, si se quiere, a la historia. Es la paradoja del acontecimiento, del acontecimiento siempre esperado y siempre temido. Por una parte, precisamente los acontecimientos vuelven perceptible el paso del tiempo e incluso sirven para datarlo, para ordenarlo dentro de una perspectiva distinta a la del simple recomenzar de las estaciones. Pero por otra parte el acontecimiento conlleva el riesgo de una ruptura, de un corte irreversible con el pasado, de una intrusión irreparable de la novedad en sus formas más peligrosas.

Los “viejos” están sometidos a una situación de marginalización en las sociedades modernas.

Al envejecer, el hombre y la mujer occidentales se encuentran ante una paradoja según la cual están obligados a admitir la verdad de los años indicados en sus documentos, sin sentirse demasiado diferentes. No se puede deducir la mentalidad de alguien en función de su edad. Muchos otros factores cuentan: hay viejos alegres y jóvenes tristes. Es un error pues asimilar la vejez a la mala salud o al deterioro aun cuando, evidentemente, esto todo termine siempre mal. Esa desigualdad frente al envejecimiento o la salud no es una cuestión de edad. Incluso cuando esto no anule la propia realidad ni impida que uno se pregunte lo que representa. Es difícil existir en nuestra sociedad haciendo abstracción total de la propia edad. Hay una dimensión social de la edad: la de la mayoría de edad, la de la jubilación.

Inevitablemente, en algún momento esta dimensión termina por alcanzarnos. Desde ese punto de vista, los intelectuales tienen una suerte particular, pues nunca están definitivamente jubilados. Conservando una actividad intelectual, pueden escapar al pesadísimo determinismo de la edad. En cuanto los artistas, sobre todos los actores, los más grandes son aquellos cuya interpretación se calca sobre sus edades.

La vejez existe porque la vivimos, pero no se define por un estado de la conciencia ni un estado de sabiduría particular que nos permitiría contemplar el mundo con serenidad. Por una parte, es verdad, la atribución de la vejez es un hecho exterior, un prejuicio social. Aquí no se trata de negar ni la edad ni la muerte. Pero uno de los primeros deberes entre los hombres debería ser el de sacarnos de esa determinación por la edad. Ese movimiento está sugerido en las políticas de ayuda o de jubilación, pero es extremadamente insuficiente. En una sociedad ideal, todos deberíamos ser iguales. No idénticos, pero iguales.

Se ven con frecuencia fenómenos de infantilización de los ancianos. Esto concierne a las personas más débiles, pero esa percepción de la edad avanzada es deprimente. El aumento de esperanza de vida lleva en sí mismo una angustia: se vive más, hay cada vez más adultos mayores en el mundo, es una suerte, pero todos lo presentan como un inconveniente para la sociedad.

No representar su edad es un ideal absoluto. Vivir según la propia edad es vivir una fatalidad, una suerte de tragedia. Vivir según el tiempo es, simplemente, vivir. El tiempo es una materia maleable. Cuando uno se interroga sobre el tiempo, no es para saber lo que nos pasa, sino lo que uno es. La relación con la vejez no varía demasiado en las diferentes culturas: todas las sociedades tienden a ser severas con los ancianos. La sociedad moderna sólo posterga los plazos. Una persona de edad avanzada en buena forma física impresiona, pero sólo por un tiempo. La marginación es la regla en todas partes. Está siempre presente el acontecimiento inevitable de la muerte. Pero si envejecer es porque vivo. Es alentador. Reflexionar sobre la relación entre tiempo y edad puede ayudarnos a concebir la cuestión de la muerte como una falsa cuestión. La sabiduría sería ser capaz de disfrutar del tiempo, como los gatos, sin pensar en la edad. Pocos tienen el privilegio de viajar, escribir, reflexionar, todas actividades que dilatan el tiempo. La edad

entonces no es una cuestión que tenga importancia, no es determinante, no existe en el sentido propio. Una forma de vivir plenamente es vivir fuera de todo imperativo de edad. Finalmente, todo el mundo muere joven y todos mueren demasiado pronto.

Mientras más envejecemos, más se acumulan en nosotros tiempos distintos, pasados diversos, recuerdos variados: podemos jugar con nuestros recuerdos sintiéndonos al mismo tiempo en la realidad del presente.

También podemos evocar el porvenir. Cuando un viejo se mira en el espejo se dice que envejecí y reúne y unifica en una repentina toma de conciencia su cuerpo y sus diferentes yo. Ese retorno a un estado de espejo, paradójicamente, libera de las aporías de la conciencia reflexiva.

Envejeczo, ergo vivo. Envejeczo, ergo soy. Es una experiencia banal y compartida. Todos tenemos el recuerdo de diversos pasados, aun cuando algunos tienen vidas más rutinarias que otros. No hay receta. Vivir con más intensidad es la única forma de agregar vida para dar más sabor al conjunto. Es saludable continuar entablando relaciones. La identidad se alimenta con la alteridad. La soledad de los viejos es con frecuencia real: sus amigos desaparecieron. Seguir conociendo gente es esencial. Con amigos de carne y hueso, con autores de libros, con artistas?

Hay una obstinación en poner a los jóvenes de un lado y, del otro, a la tercera edad, la cuarta, y muy pronto será la quinta. El envejecimiento es una realidad física, pero la edad es una construcción social. Al igual que las sociedades sin clases, se podría definir la sociedad sin edades como otra utopía pero a esta utopía es posible y necesario aproximarse.

LAS CRISIS DE LA VEJEZ

Con el transcurso del tiempo y el envejecimiento se produce una modificación subjetiva del pasaje del tiempo. Expresiones tales como ¡que rápido que pasó el tiempo!, ¡va quedando cada vez menos!, ¡como creciste!, ¡soy el próximo en la fila!, son comunes en los adultos mayores.

La perspectiva del tiempo comienza a ser tomada más en función de lo que falta por vivir, que el que ha transcurrido desde el nacimiento. Surge la conciencia de la finitud, marcada por el crecimiento de los hijos, la muerte de los padres y la muerte sucesiva de los parientes, amigos y conocidos de la misma generación.

Hay una sensación subjetiva de que el tiempo de vida pasa más rápido y contrariamente el tiempo cotidiano parece lento con sentimientos de aceleración e impaciencia. Las crisis de la vejez transcurren por lo general en silencio.

Hay un retorno hacia lo intracorporal, una especie de ensimismamiento, que constituye una carga y un capital negativo en el envejecimiento. Pueden surgir diferentes caminos del enfermar, originados en la pulsión de muerte. Estamos en la antesala del desencadenamiento psicósomático. Una depresión convencional pre-existente, puede adquirir un carácter orgánico, porque conduce a la ruptura de un equilibrio.

La mayor o menor capacidad para el procesamiento de las crisis, se vincula con los distintos elementos que participan en el envejecer personal (filogenia, familia, herencia y factores individuales). Dentro de los factores individuales interesa la forma de tramitar los traumas.

En todo caso hay que intentar la posibilidad de apertura para seguir teniendo proyectos; para insertarse en ellos, en un ámbito convencional, cuando los espacios habituales claudican.

La fisiología, la clínica y la gerontología, más las descripciones subjetivas de pacientes, señalan una lenta disminución de la cantidad de horas de dormir a medida que avanza la edad. Puede mantenerse la duración a expensas de la profundidad. Con el insomnio, muy frecuente en las personas mayores, queda interferido el proceso normal del ciclo sueño-vigilia que produce el dormir. El insomnio crea tensión vital a través de diversos síntomas y degrada la vitalidad. Se puede tener sensación de peligro, el que es experimentado como anticipación de la muerte.

LAS PIEZAS DESGASTADAS

En el año 1940 se publica el célebre libro de ensayos de Ezequiel Martínez Estrada (1895–1964) “La cabeza de Goliat” que a nuestro criterio inicia el análisis sociológico y de la psicología social de la Argentina y de América Latina advirtiendo la macrocefalia de la ciudad de Buenos Aires y el desierto baldío de nuestro extenso territorio. En las últimas páginas de este viejo libro hay un breve capítulo dedicado a la vejez que denominó “Las piezas desgastadas”.

Ezequiel Martínez Estrada ha sido un hombre difícil y tuvo una vida difícil; fue individualista, un humanista de viejo cuño, un idealista exigente y romántico muy poco dispuesto a negociar sus posiciones con quienes considera enemigos de la humanidad. A Martínez Estrada se le podría aplicar la fórmula de José Vasconcelos —“pesimismo de la realidad y optimismo del ideal”— porque su mirada crítica hacia la realidad y la historia humana tiene su fundamento en una perspectiva ética para la cual los valores absolutos y eternos existen.

Parfraseando dice más o menos lo siguiente: La ancianidad o la vejez es distinta aquí y allá; no se envejece igual en la ciudad que en el campo; en la ciudad se envejece por su uso y en el campo por oxidación. El árbol envejece desde adentro y el abrigo desde afuera.

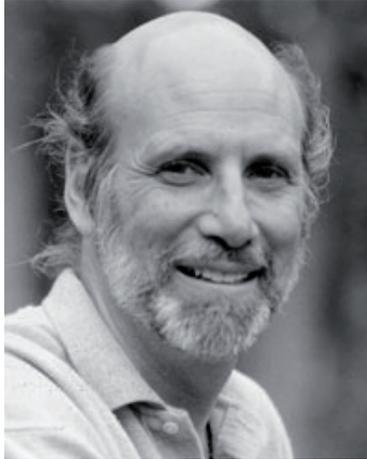
Antiguamente envejecer era algo natural y el anciano comprendía que había cumplido un destino para bien o para mal, asumía la responsabilidad de sus actos y de su estilo de vida y se conducía de acuerdo con los dictámenes de su conciencia. Al final de la vida brotaba una inteligencia nueva, filosófica, la senectud estaba cargada de sabiduría natural porque era el producto de una experiencia consciente.

Ahora el anciano siente que ha sido usado y que los años consumidos son una historia ajena llena de sombras y desesperación. Lo más parecido a la vejez es el desgaste de las piezas de una máquina o un objeto desechado por la moda y la falta de utilidad en la sociedad en que vivimos. Ponerse fuera de moda es una forma accesoria de la vejez; la vida útil es actividad y eficacia; el anciano no tiene actualidad de vida, no es usable con eficacia y no vale nada por lo que era sino por lo que produjo.

En los asilos se pueden observar un montón de viejos, desechos, sobrantes como despojos caminando hacia la muerte. Unidos en la soledad del asilo, están los ancianos más comunicados que en las celdas los reclusos. La sociedad es un mecanismo que sigue funcionando sin estos ancianos, han sido separados, excluidos. Un asilo para ancianos se parece bastante a una casa de compraventa; el escaparate es vejez, soledad, anacronismo, muerte.

A los ancianos se los puede admirar pocas veces y compadecer casi todo el tiempo; han quedado fuera del tráfico y trueque como los objetos del cambalache, solitarios. Fuera de la circulación de la vida, no se los necesitan.

LOS “GOMER” DEL DOCTOR SHEM



Stephen Joseph Bergman (1944-)

Samuel Shem es el pseudónimo del psiquiatra estadounidense Stephen J. Bergman (1944-) que estudió medicina en Harvard y Oxford. Su carrera como novelista es, sin embargo, más conocida que su trayectoria médica, gracias a sus dos novelas: *La casa de Dios* (1978) y *Monte Miseria* (1997). Se trata de obras de ficción que están basadas directamente en sus experiencias como interno hospitalario la primera, y como residente de psiquiatría hospitalaria la segunda. Desde 2005, Bergman es director del departamento de Psiquiatría Clínica en la Universidad de Harvard. *La Casa de Dios* ha vendido a lo largo de su historia editorial más de dos millones de ejemplares, y es apodada *La Biblia* por los estudiantes de

Medicina de todo el territorio norteamericano y ha sido traducida a la mayoría de idiomas europeos.

El libro es una novela de texto caótico, desinhibido, impúdico, por momentos divertidamente pornográfico, descarado, sarcástico, pródigo en caricaturas y extremos. Probablemente, en la actualidad no podría escribirse de este modo porque su autor correría el riesgo de ser considerado y calificado como racista, sexista y ancianista. Con todo, esta novela sigue expresando vívidamente la vigencia de la vida y los quehaceres en las instituciones de servicios de salud que demuestra, una vez más, que sigue habiendo una pléyade de médicos entusiastas.

El *gomer* es el acrónimo de Get Out of My Emergency Room ¡Fuera de mi Sala de Urgencias! que es lo que da ganas de gritar cuando mandan desde un hogar para ancianos al hospital a un viejo a la madrugada que tiene que ser recibido y atendido por los médicos de guardia.

Otra cosa son los *Una Lol Sinnad: Little Old Lady in No Apparent Distress* que son ancianos sin dolencias aparentes, no son gomers y por suerte representan casi el 82 % de los casos.

El *gomer* es un ser humano que ha perdido –normalmente a causa de su edad- los elementos que lo constituían como tal. Este término fue acuñado por el Jefe de Residentes del Hospital en esta novela.

Los *gomer* de *La Casa de Dios* son los ancianos dementes, seniles e indestructibles, confinados en el hospital por sus parientes que nunca mueren a menos que se pretenda curarlos. Del Jefe de la Residencia Médica aprenderán los médicos novatos que cuando menos intervengan, menos dañarán al paciente; la propuesta es una intervención de minimalismo curativo.

Los *gomers* son queridos por lo general pero aún así, muchos de ellos quieren morir y los médicos no los dejamos. Somos crueles con ellos al mantenerlos con vida con el encarnizamiento terapéutico y ellos son crueles con nosotros al luchar a brazo partido contra nuestros intentos de mantenerlos con vida. Nos hacen daño (de ahí que se considera a la geriatría y a la gerontología actividades insalubres) y les hacemos daño.

Cuando más pruebas médicas se realizan en los viejos más se complican los diagnósticos, más tiempo quedan internados como pacientes y más dinero cobran los médicos si los enfermos son privados.

Algunos creen que la enfermedad es un monstruo salvaje y peludo que hay que encerrar en las pulcras coordenadas médicas de los diferentes diagnósticos y tratamientos; los tratamientos agresivos empeoran a las personas mayores sean o no *gomers*; se debería tomar una clara posición deontológica al respecto de estas cuestiones y tantas otras.

El paciente es el que tiene la enfermedad y no es bueno hacer pruebas y más pruebas de las que seguramente resultarán algunas complicaciones que generarán más pruebas. No es posible ni aconsejable pretender mostrar una imagen ilusoria de la medicina ni hacer iatrogenia bien intencionada.

Reirse de los viejos es de enfermos e inmorales. Los *gomers* no mueren así como así; rotan en los hospitales de un servicio a otro; son transferidos a otros profesionales especialmente sin presentan altibajos, caídas que incluyen las camas con barandas; se usa muchas veces “la puerta giratoria” para endosarle el paciente geriátrico a otros.

No conviene olvidar que los pacientes geriátricos y los enfermos crónicos en general han enseñado la práctica de la medicina a incontables médicos jóvenes, internos y residentes.

Llamar *gomers* a los viejos no significa no quererlos ni aceptarlos sino es siempre una respuesta autodefensiva del propio envejecimiento.

Esto recuerda que Ignatz Leo Nascher (1863–1944), padre de la geriatría, que nació en Viena y fue a Nueva York en su infancia y allí estudió medicina visitando un asilo con un grupo de estudiantes, oyó que una vieja se quejaba al Profesor de Medicina de diversos trastornos. Este Profesor explicó que su enfermedad era su avanzada edad. ¿Qué se puede hacer?, preguntó Nascher. NADA, fue la respuesta. Nascher quedó tan sorprendido y perplejo por esta respuesta que se dedicó al estudio de la senescencia. De regreso a Viena visitó una residencia para adultos mayores; le sorprendió la longevidad y la buena salud de la mayoría. Los colegas le comentaron en esa oportunidad “es porque los tratamos como los pediatras tratan a los niños”. Estas experiencias lo llevaron a crear una rama especial de la medicina que bautizó geriatría. En 1909 publicó un nuevo libro sobre la cuestión; le costó encontrar editor; no se consideraba interesante el tema.

El excepcional juez de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina Carlos Fayt, que renunció a su cargo a partir del 11 de diciembre de 2015, a los 97 años de edad, aceptó lo que era evidente: "El ser humano no está preparado para vivir 97 años", dijo. Y hasta se dejó arrastrar por cierta melancolía: "La memoria es ya un cementerio. No queda ningún amigo con el que se ha compartido la vida. La vida misma se apaga como la luz de una vela", describió con nostalgia, pero sin tristeza.

La profesión médica, ha tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, pero no debe fallar en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo.

Con tono sarcástico se discurre en este libro acerca de la propensión tremogénica de los adultos mayores con la consecuente discapacidad motora y funcional que se suman a los déficits sensoriales y cognitivos de una gran cantidad de personas envejecidas.

Se enjuicia humorística y críticamente el uso frecuente e indebido de psicofármacos incisivos para tratar la agitación y sus efectos deletéreos.

La mayoría de los médicos guardan para sí lo que sienten con respecto a sus enfermos, se reprimen y dejan que su sufrimiento se les pudra en las entrañas; tratan de no mostrar reacciones humanas en su trabajo diario, adolecen de un elevado grado de represión interior aunque algunos se creen sanadores omnipotentes.

Siempre se rescata la misión médica basada en la calidez en el contacto humano, la confianza, la promesa y el acto de ayuda necesaria hacia el enfermo. Más que tener una compulsión por curar es mejor introducirse en la vida de los enfermos y acompañarlos soportando la inevitable oscilación y la ambivalencia actitudinal entre la intervención activa de la medicina y el uso de la economía de recursos y a veces la nada. Siempre todo el mundo quiere sentir que alguien nos toma de la mano y que el médico se preocupa por la persona.

Se sostiene que es mejor no incorporar a los adultos mayores sin necesidad sociosanitaria en residencias/hogares aunque éstas sean seguras, bien conducidas, con excelentes servicios, buena organización, confort y propuestas de actuación basadas en buenos programas.

Muchas veces, se “entrega” a los adultos mayores y a sus familiares a los servicios sociales para que éstos resuelvan casi todos los problemas no médicos que tienen los viejos que son muchos y difíciles y que la medicina no está en condiciones de abordar y solucionar.

En esta Casa de Dios patrocinada y sostenida por la colectividad judía de EEUU hay una atmósfera judaica que impregna la interacción del personal profesional y técnico del hospital entre ellos y con los pacientes

quedando el resabio crítico del cupo restrictivo que había para los aspirantes judíos a estudiar medicina en ese país por los años de 1930.

Se reflexiona acerca de la muerte como definición final de aquellos viejos de vida muy prolongada, lastimosa, sufriente, pobre y solitaria precedida muchas veces de un largo y doloroso cautiverio sanitario; hay en el libro numerosos ejemplos reales de encarnizamiento terapéutico.

Muchas veces, sin toma de conciencia, se proyecta sobre los gomers el miedo a la muerte de los propios médicos sin advertir que los que van a morir no sienten temor por ello y aún la desean.

Estar con la gente; no hay nada más consolador en la enfermedad y ante la inminencia de la muerte que un buen médico esté con el enfermo que a poco andar se transforma en un ser querido por el sufriente.

Abundan los ejemplos de “horrendomas” (= enfermedades horribles) con descripciones psicodramáticas y realísticas de las enfermedades que inexorablemente matan y los instrumentos y las acciones médicas que se utilizan en el proceso de atención de los enfermos terminales hasta que la muerte liberadora deja en paz a los enfermos y a los médicos.

Juega inteligentemente con las divagaciones y las aproximaciones terapéuticas de psicólogos y psiquiatras y traduce con inefables chascarrillos los avatares del psicoanálisis rescatando la importancia de la escucha porque en realidad más interesa la historia personal que el padecimiento de las vísceras.

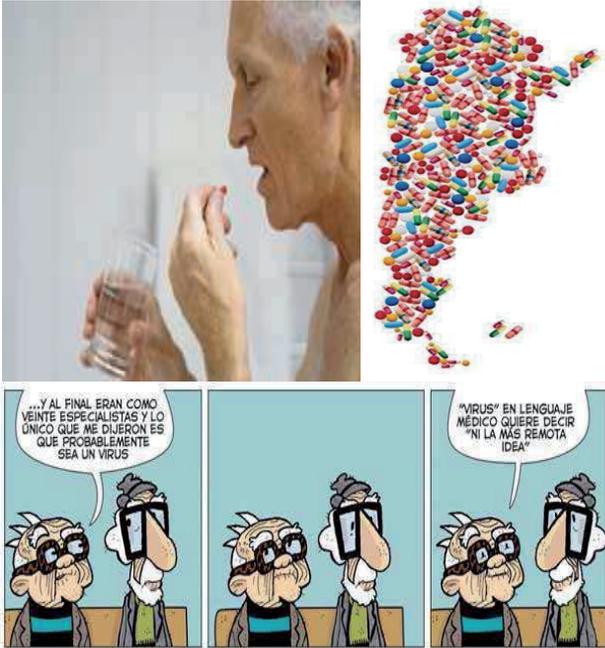
Dice: “Te estoy diciendo que la curación es la enfermedad. La mayor fuente de enfermedades en este mundo es la enfermedad del propio médico; su compulsión por tratar de curar y su equivocada creencia de que puede

hacerlo. No es tan fácil no hacer nada, ahora que la sociedad dice a todo el mundo que su cuerpo está lleno de imperfecciones y a punto de autodestruirse. La gente tiene miedo de hallarse al borde de la muerte todo el tiempo, y piensa que lo mejor es ir a hacerse inmediatamente su “chequeo médico rutinario”. ¡Chequeo médico! ¿Cuánto has aprendido tú de los chequeos médicos? –No demasiado-dije, mientras caía en la cuenta de que tenía razón. –Pues claro que no. La gente quiere tener una salud perfecta. Se trata de un deseo absolutamente nuevo que procede de los publicitarios de Madison Avenue. Es tarea nuestra decirle que la salud imperfecta es y siempre ha sido la salud perfecta, y que la mayoría de las cosas que funcionan mal en su cuerpo no las podemos remediar nosotros. Así que puede que hagamos diagnósticos, ¡qué gran hazaña!, pero raras veces curamos. –Sobre eso no puedo decir nada- ¿Qué quieres decir? ¿Es que has curado a alguien? ¿En seis meses? –Una remisión. –Fabuloso. Nos curamos a nosotros mismos, eso es todo.”

En esta misma cuerda acaba de editarse una novela negra “Postales de Río” (Clarín; 27 de septiembre 2015), un libro del Doctor Martín Doria, pediatra emergentólogo y especialista en Medicina Social y Comunitaria que describe con un estilo parecido el mundo íntimo de las residencias médicas y los modos de curar a los enfermos en una atmósfera de violencia y sexo en un hospital del Gran Buenos Aires de Argentina. Han pasado 37 años de la edición del libro La Casa de Dios y parece que las cosas no han cambiado mucho.

La lectura de este libro divierte, entusiasma, alecciona, duele, enseña no sólo a estudiantes y médicos jóvenes sino también a los médicos veteranos que revivirán sus andaduras hospitalarias con deleite y nostalgia.

MEDICAMENTOS. MITO Y REALIDAD



René Descartes (1596-1650) decía, sin sarcasmo alguno, en su Discurso del método con referencia a la medicina y los medicamentos "...en la medicina. Sin duda es cierto que la que se practica en nuestros días ofrece pocas cosas cuya utilidad sea muy destacable; pero, aun sin propósito alguno de despreciarla, estoy convencido de que no hay nadie, incluso entre aquellos que la ejercen como profesión, que no reconozca que en lo que en ella se sabe es casi nada si se compara con lo que todavía queda por saber y que podríamos vernos libres de una infinidad de enfermedades, tanto del cuerpo como de la mente y quizá también hasta de la debilidad que

acompaña a la vejez, si se tuviera conocimiento suficiente de sus causas y de todos los remedios de los cuales nos ha provisto la naturaleza”. Descartes sugiere a la princesa Elizabeth en una carta de marzo de 1647 que use siempre los remedios naturales frente a los artificiales y que se alimente con buenas dietas “pues, en cuanto a las drogas, ya sean de los farmacéuticos ya de los empíricos, las tengo en tan mala estima que no me atrevería nunca a recomendar a nadie su uso”. Desde el Renacimiento hasta la actualidad hemos mejorado mucho; sabemos más, curamos más y mejor; pese a ello, el saber médico tan inmenso y eficaz en estos días no resulta todavía suficiente para entender, diagnosticar y tratar la real integridad y complejidad de muchas enfermedades. Medicamento, es una sustancia o preparado de origen natural o sintético, que se elabora y fabrica en laboratorios farmacéuticos o farmacias, para ser administrado a las personas con la finalidad de proteger y recuperar la salud.

La iatrogenia farmacológica en los pacientes de cualquier tipo y edad o lo que es lo mismo, el daño no intencionado que puede producirse a raíz de los efectos adversos ocasionados por los fármacos, las drogas y los medicamentos es cosa de todos los días. Efecto adverso es cualquier respuesta perjudicial, no buscada, y que aparece a las dosis empleadas en el hombre para el tratamiento, profilaxis o diagnóstico de las enfermedades. El efecto colateral de un medicamento es la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo. Un evento adverso grave es aquel que genera muerte, discapacidad significativa o persistente, hospitalización, anomalías congénitas, neoplasias, sobredosis significativa y otros eventos clínicos que requieren una intervención médica urgente. En algunos casos se considera que las interacciones farmacológicas relevantes son aquellas que provocan eventos adversos graves.

Una postura alternativa sería considerar que cualquier interacción farmacológica que genera un evento desfavorable es clínicamente importante. En la práctica, la interacción entre los fármacos puede producir eventos adversos graves, disminuir la tolerancia, empeorar el cuadro clínico, generar nuevos síntomas, anular la eficacia del tratamiento o provocar síntomas de adicción y abstinencia. La identificación de las interacciones farmacológicas resulta difícil y puede dar lugar a una subestimación de su importancia. La obtención de información sobre la importancia clínica de las interacciones farmacológicas se ve obstaculizada por cuestiones éticas y técnicas. Hay ausencia de marcadores seguros de algunos eventos adversos graves. La observación clínica tiene limitaciones, como la presencia de falsos positivos, la baja sensibilidad y la ausencia de información sobre el riesgo relativo o la probabilidad de eventos clínicamente relevantes. Los efectos posibles asociados con la interacción farmacológica son sumamente variables. Su detección puede parecer simple si se evalúan los resultados de un estudio, pero no sucede lo mismo en la práctica clínica. Es fundamental que el médico considere la posibilidad de interacciones farmacológicas como causa de una evolución clínica desfavorable. Las interacciones farmacológicas se clasifican en farmacéuticas, farmacodinámicas y farmacocinéticas. Es necesario reducir el daño a los pacientes y los costos de la atención de la salud derivados de los eventos adversos de los medicamentos, los cuales son una consecuencia directa de la atención clínica. Probablemente las hospitalizaciones por reacciones adversas aumentarán ya que las personas viven más tiempo, tienen mayor número de enfermedades crónicas y toman más medicamentos. Un medicamento bien indicado siempre es el resultado de un correcto y cierto diagnóstico y una dosis del fármaco ajustada a las necesidades individuales. El uso de medicamentos y drogas provoca en muchas personas reacciones o efectos adversos y constituyen la cuarta

causa de mortalidad tras la cardiopatía isquémica, el cáncer y el ictus o accidente cerebrovascular. Con el objetivo de prevenir estos efectos adversos, se debe mejorar la prescripción médica. El tratamiento farmacológico de los síntomas conductuales y psicológicos como la agitación, la agresividad o los trastornos alimentarios y sexuales pueden no ser efectivos. Por ello, es prudente no infravalorar la aplicación de terapias no farmacológicas, que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de estos síntomas, pero si la situación se vuelve insostenible será necesario combinar estas terapias con los tratamientos farmacológicos indicados. Sabemos que la edad introduce cambios en la persona que modifican la manera de comportarse del organismo: hay cambios fisiológicos o normales; hay cambios a partir del padecimiento de enfermedades y, por último, hay cambios que derivan del tipo de vida que uno ha llevado, de los factores ambientales y de los factores de riesgo. Es realmente muy importante ponderar el factor edad, especialmente en niños y adultos mayores, a la hora de proponer un tratamiento. La manera de responder a los fármacos en general y a algunos en particular, se modifica con la edad. Los medicamentos revelan toxicidad, promueven efectos adversos, resultados a veces paradójales, habituación, dependencia, gastos innecesarios y un modelo biomedicalizado con falta de calidad de vida con una excesiva internalización de los aspectos biopatológicos del proceso del enfermar. Prudente y reducida farmacoterapia es la mejor estrategia. Las personas con ciertos compromisos o enfermedades del cerebro declaradas tienen una alta probabilidad de tener ciertos desórdenes de la salud que invitan a sobreutilizar medicamentos con acción en el sistema nervioso central originando severos efectos adversos de consecuencias que pueden ser graves. Deben eliminarse todos aquellos medicamentos que no son absolutamente necesarios. Los medicamentos pesan excesivamente en los presupuestos asignados a la salud en la mayoría de los Estados y en los

propios bolsillos de las personas que se encuentran obligadas a consumirlos y determinan, en gran medida, los objetivos, las metas y los resultados de la atención médica.

Las dosis de medicamentos únicas diarias o a lo sumo dos veces al día constituyen regímenes terapéuticos particularmente deseables indicados con explicaciones claras e instrucciones detalladas por escrito de cómo tomar la medicación y, en muchos casos, sólo la familia, la ayuda doméstica o el personal cuidador será el encargado de la administración de los fármacos. El uso indebido y acrítico de medicamentos, el abuso en el consumo de medicamentos muchos de ellos potencial o verdaderamente tóxicos producen daños innecesarios con consecuencias físicas, psíquicas, económicas y sociales derivadas del mal uso. Los medicamentos más consumidos en nuestra realidad son: psicofármacos e inductores del sueño, analgésicos, antiinflamatorios no esteroides y en una época no tan lejana los vasodilatadores cerebrales y de los otros. Alrededor del 20 – 60 % de las prescripciones no son necesarias. En la atención primaria de la salud o del primer nivel se utilizan muchos medicamentos por falta de formación tecnoprofesional y también fármacos contraindicados o en dosis no ajustadas. El uso racional del medicamento se basa en definir medicamentos útiles, seguros y eficaces, asegurar la accesibilidad, redistribuir el gasto de medicamentos, control y seguimiento fármaco-epidemiológico del consumo, establecer criterios de seguridad, eficacia y relación costo beneficio, todas las drogas deberán estar en fase tres como mínimo de estudios fármaco-clínicos aprobados. Hay que prescribir el fármaco indicado, en el paciente indicado, en el momento indicado, con un costo adecuado y con riesgo controlado. Se hace necesario utilizar procedimientos y tecnologías lo más simples posibles y menos costosas, coordinar e integrar recursos, buscar mayor eficiencia, efectividad

y eficacia en las acciones, programar las intervenciones en función de los problemas detectados, las soluciones, las actividades y las acciones deben ser un menú a la carta para cada persona. El concepto de salud y la percepción de enfermedad están condicionados muchas veces por el sexo, el nivel cultural y social, la situación económica, la soledad, la edad, la mayor o menor facilidad para obtener consultas médicas y recetas de fármacos que en nuestro país se obtienen mayoritariamente de la seguridad social. En la Argentina existe un inmenso mercado negro de medicamentos que opera en el país que tiene una legislación permisiva y obsoleta. La población está en riesgo o en la más absoluta desprotección. Debe controlarse y regularse en forma exhaustiva las diferentes etapas de comercialización de los medicamentos porque que hay un mercado anárquico y peligroso para la salud de la población. Muchos medicamentos de venta bajo receta son comercializados por fuera de las farmacias o por Internet y al mismo tiempo hay obras sociales y empresas de medicina prepaga que envían medicamentos oncológicos, antirretrovirales, insulina y psicofármacos por correo, sin respetar en absoluto las condiciones de almacenamiento necesarias para el cuidado de esos fármacos. Resulta fundamental poder garantizar la procedencia de los fármacos: que el laboratorio produzca, las droguerías distribuyan y las farmacias dispensen y que el Estado controle la cadena de distribución en forma inversa. No se debe ni es necesario esperar que se produzcan casos masivos de intoxicaciones y muertes por utilización de productos adulterados o falsificados. Otra mirada relacionada con los medicamentos es la desfinanciación por parte de algunos estados que forma parte del paquete de medidas impulsado por los gobiernos y sus ministerios de salud para ajustar el presupuesto de un país, los servicios sociales y aún la medicina prepaga para garantizar la sostenibilidad de la sanidad especialmente pública y propiciar la entrada de fármacos de última generación para tratar

enfermedades graves o invalidantes. La financiación debe considerarse necesaria en términos de salud pública para cubrir las necesidades básicas de la población y que respondan a las necesidades terapéuticas actuales sobre la base de monodrogas de probada eficacia terapéutica y de costos accesibles y con rebajas importantes en los denominados medicamentos genéricos. No hay duda en mayor o menor medida que los laboratorios influyen sobre los médicos. Los que más dinero reciben en forma ilegal de la industria farmacéutica son aquellos que más prescriben drogas o medicamentos. Los médicos pueden prescribir una droga para otro fin que no sea el aprobado si lo consideran correcto. Hace un tiempo que hay un nuevo grupo de drogas llamadas antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, ziprasidona) que actualmente son prescritas a miles de pacientes con el objetivo de ayudar a manejar problemas de comportamiento y de conducta a pesar de sus riesgos. Durante estos últimos años, las prescripciones de antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos aumentaron exponencialmente y es creciente el uso de antipsicóticos atípicos en forma prolongada muchas veces sin justificación clínica. El de los medicamentos falsos parece ser uno de los mercados más florecientes de la economía mundial. Los medicamentos falsos no contienen ningún principio activo, es decir, ninguna droga que pueda proveer alguna acción terapéutica y el resto contiene una proporción mayor o menor, o incluso otro principio activo; no es difícil imaginar cuáles pueden ser los efectos de su consumo. La versión falsa de un medicamento puede lastimar o puede matar o puede no hacer ningún daño, pero tampoco nada bueno. El mercado de los medicamentos falsos es estimado actualmente en unos 200.000 millones de dólares anuales. El mercado global de los medicamentos falsos crece a una tasa del 20% anual. Se estima que hoy representa, a nivel global, alrededor del 10% de todos los medicamentos, aunque eso varía según el país: en algunos países

desarrollados los medicamentos falsos representan menos del 1%, pero en otros, como sucede en América Latina alcanzan el 30%. Esto se ve reflejado en un reciente informe del Pharmaceutical Security Institute (PSI) entidad financiada por la industria farmacéutica, que muestra que nuestra región ocupa el segundo lugar, detrás de Asia, en el ranking de incidentes relacionados con medicamentos ilegítimos. La Argentina no sólo es un lugar de tránsito para los medicamentos falsos. Si tomamos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de medicamento falso que es aquel que ha sido "deliberada y fraudulentamente etiquetado con respecto a su identidad y fuente", lo que permite incluir a medicamentos originales que, por ejemplo, han sido adulterados o se les ha cambiado la fecha de vencimiento, distintas fuentes estiman que, aproximadamente, uno de cada diez medicamentos que se venden en la Argentina es falso. Antes había una falsificación muy grande de los comprimidos de venta masiva, como los analgésicos, pero hoy se tiende a la adulteración del contenido de medicamentos de alto costo, como los oncológicos, los antirretrovirales, los que se usan para la hemofilia, los psicofármacos incisivos. Se usan los envases vacíos de los medicamentos, se los rellena con una sustancia similar al producto original y se los vuelve a comercializar.

Como advirtió la OMS, Internet se ha convertido en una de las principales fuentes de medicamentos falsos; esa institución estima que al menos el 50% de los productos farmacéuticos que se ofrecen en la Red son falsos; se publicitan anabólicos, drogas contra la disfunción eréctil, para bajar de peso, psicodrogas que son los principales productos falsos. Cerrar estos sitios de venta en Internet es uno de los caminos para combatir los falsos medicamentos. La crisis socioeconómica, el desasosiego, la falta de proyectos colabora con el incremento de la sobremedicación.

En estos tiempos, se suelen tomar más medicamentos para el cerebro. El Ministerio de Salud de la Nación en 2005 midió el consumo de ansiolíticos en la Argentina durante la crisis de 2001 y 2002. Paradójica o lógicamente (Sonia Terragona y Silvia Marchioni), el consumo de sedantes y ansiolíticos disminuyó al nivel de productos de cualquier otra industria y se volvió a disparar con el crecimiento que experimentó la economía nacional entre 2003 y 2005. Son 7 millones de argentinos los que toman psicofármacos y 20 millones las recetas que se hacen por año, según los cálculos del Colegio de Farmacéuticos. Pero en realidad no estamos todos enfermos y nos hemos convertido en una sociedad biomedicalizada. Los médicos han sido muy bien instruidos por los productores de fármacos y han aprendido a usar excesivamente bien sus recetarios. Como no quieren recibir demandas de mala praxis por el fracaso de tratamientos, usan aún más el recetario para asegurar el éxito terapéutico. Los psicofármacos se han convertido en drogas sociales; se medica el estrés provocado por la crisis; se medicaliza la vida cotidiana; los fármacos ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos en la Argentina (2007-2008) fueron comercializados y consumidos por un valor de 362 millones de pesos; en conclusión una gran parte de la Argentina está medicalizada y no necesariamente enferma.

Nadie duda acerca de la importancia que tienen los medicamentos para recuperar la salud perdida. En nuestro país, hay medicamentos que se venden bajo prescripción médica, los hay que se consumen por automedicación y los que se dispensan por medio del rótulo aparentemente inofensivo de “venta libre”. Los medicamentos incluyen drogas vitales para el tratamiento y cura de enfermedades agudas; drogas indispensables para obtener mejorías o para que el problema sea más tolerable en una variedad muy grande de enfermedades crónicas; drogas activas para la prevención

de enfermedades o para evitar desenlaces fatales de muchas enfermedades crónicas o secuelas evitables de las agudas; drogas “inactivas” que no redundan en absoluto en la recuperación de la salud; drogas “de moda” que no han hecho su prueba clínica de largo tiempo; drogas “sintomáticas” que no solucionan el problema, alivian en alguna medida la percepción de la dolencia pero no influyen en el curso natural de la enfermedad, reconfortan y hasta algunas de ellas tienen buen sabor; drogas que sólo sirven para que los monopolios de la industria química de la que la industria farmacéutica es una derivada, acrecienten su poder económico a través del contralor que ejercen en la estructura de mercado, estando el consumidor final (el paciente) con las manos atadas y obligado al consumo. El médico, al escribir la receta, coloca la orden por la mercadería; el consumidor es el que la paga. De modo que quien da la orden no paga y quien paga no da la orden; el médico es el eje central de este esquema; es él quien determina si un medicamento va a ser vendido o no. La contradicción ético-moral y político-sanitaria es determinar absolutamente si el medicamento es un bien de consumo sujeto a los vaivenes del mercado o si es un bien social inherente al derecho inalienable de los pueblos a recuperar su salud perdida.

La mayor parte de las drogas son manufacturadas y vendidas a granel por pocos y grandes productores. Los precios son mucho más elevados para aquellos medicamentos que se dispensan por “marca” monopolística mientras que las drogas por nombre genérico se pueden conseguir a una fracción del precio que tienen las de marca. El precio de venta de un medicamento con receta no está determinado por el costo real de los aspectos investigativos, de sus materiales y su producción, sino por el resultado de su comercialización. Los costos más importantes de la industria farmacéutica son en concepto de publicidad y promoción. Muchos medicamentos

carecen de un buen respaldo tecnocientífico para ser considerados “novedades terapéuticas” y no hay necesidad de su uso por su falta de respuesta clínica. Los medicamentos pesan excesivamente en los presupuestos asignados a la salud en la mayoría de los Estados y en los propios bolsillos de las personas que se encuentran obligadas a consumirlos y determinan, en gran medida, los objetivos, las metas y los resultados de la atención médica. El uso indebido y acrítico de medicamentos, el abuso en el consumo de medicamentos muchos de ellos potencial o verdaderamente tóxicos producen daños innecesarios con consecuencias físicas, psíquicas, económicas y sociales derivadas del mal uso. Se afirma que hay dependencia física y psicológica para el consumo de cierto tipo de medicamentos como los psicofármacos. Las alteraciones de algunos sistemas como el sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio, digestivo, musculoesquelético entre otros, modifican por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos. La automedicación en forma habitual, la polimedición y el consumo incontrolado de medicamentos hace que las interacciones sean muy frecuentes y constituyan un potencial riesgo pudiendo disminuir la respuesta terapéutica o potenciar los efectos adversos.

La automedicación es una práctica frecuente en el mundo, aunque no se ha insistido en forma suficiente en el papel relevante de los consumidores en la elección y consecuente uso inapropiado de los medicamentos. La automedicación en algunas sociedades se ha convertido en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, la mala calidad de los servicios públicos, pobres sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento. Las consecuencias negativas y graves de esta práctica son

numerosas. Son indiscutibles los beneficios terapéuticos que en los últimos tiempos se han logrado con una serie de fármacos realmente activos, pero de los que se abusa con frecuencia. Muchas veces los medicamentos que se toman corresponden a estados de salud poco grave cuya resolución clínica es breve y sin grandes complicaciones o se trata de medicamentos prescritos con anterioridad y repetitivamente por el médico en el tratamiento de procesos crónicos o en evitación de factores de riesgo. Reiteramos que son muchos y serios los riesgos de automedicarse, con enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación de ésta, resistencia a los fármacos utilizados llegando incluso hasta la dependencia. Cada persona puede responder de una manera diferente a un medicamento, esta diferencia puede ser cuantitativa (lo más frecuente) o cualitativa, es decir el efecto resultante puede ser insuficiente, exagerado o totalmente indiferente. Al tomar más de un fármaco simultáneamente pueden producirse efectos de interacción medicamentosa, porque un fármaco puede alterar la farmacocinética del otro, disminuyendo o aumentando el resultado en los diferentes mecanismos de absorción, distribución, metabolismo o eliminación.

El consumo de medicamentos es variable de acuerdo con el nivel asistencial y el grado de accesibilidad a los servicios sanitarios, pero resulta injustificadamente alto en todos ellos. En la atención primaria de la salud o del primer nivel se utilizan por falta de formación tecnoprofesional, con cierta frecuencia, fármacos contraindicados o en dosis no ajustadas. La suma de farmacodinamia, farmacocinética y dosis determinarán la concentración sérica y tisular de los medicamentos.

Los principales factores asociados al aumento de reacciones adversas en la administración de fármacos son:

- Edad superior a los 75 años,
- Volumen corporal reducido,
- Medicación múltiple (= polifarmacia),
- Cambios en la condición física,
- Fracaso renal, hepático o cardíaco,
- Medicación de alto riesgo,
- Incumplimiento,
- Alteraciones farmacocinéticas.

Por lo menos un 50 % de los malos resultados que se obtienen de la atención de la salud y enfermedad en el sistema sanitario se debe a la mala decodificación del mensaje y a la mala comunicación de los recursos humanos encargados de prestar los servicios, a la nula o adversa acción de los medicamentos administrados ante el enunciado superficial de la dolencia; a la exclusión y falta de comprensión de la realidad psicosocial de cada persona y a la falta o formulación errónea de un diagnóstico biopsicosocial integral. La marginación personal y social, la pasividad, el desarrollo de sentimientos de inutilidad, propician la búsqueda de caminos evasivos por parte de los propios pacientes, sumado a la presión ejercida por los familiares incapaces o renuentes para ejercer sobre ellos la continencia necesaria y la premura acrítica de muchos profesionales de la salud de limitar farmacológicamente la natural expresión somática y psicosocial de la dolencia o la enfermedad.

La salud, en cualquier caso y edad, pasa por la capacidad de valerse por sí mismo, sentirse útiles frente a los demás y a la sociedad en general; en estas condiciones, cualquier persona tiene la probabilidad de enfermar como todo individuo sea cual sea su edad cronológica. El asistencialismo a ultranza, la sobreprotección, la facilidad irrestricta de acceso a los servicios de salud y el modelo medicalizado en vigencia condiciona y genera un grado elevado de dependencia de carácter físico y psicológico que, entre otras cosas, deriva en el hiperconsumo de consultas médicas y de medicamentos. La inmensa mayoría de la población considera que la obtención y consumo de medicamentos y drogas legales no entraña riesgo alguno para la salud. Aquellas personas que consumen grandes cantidades de fármacos unidos muchas veces al alcohol, tabaco, café y otras cosas en exceso no se consideran a sí mismos drogadictos y la inmensa mayoría de los profesionales que las prescriben no advierten el peligro de desencadenar un proceso de adicción. La aceptabilidad social de esta realidad se basa en que estas sustancias se pueden adquirir casi libremente en las farmacias o en otros sitios y que existe, en el imaginario popular, una asociación férrea e ineluctable entre enfermedad y consumo de medicamentos. Las personas droga-adictos y droga-dependientes a drogas legales no representan para la sociedad actual ningún peligro para la seguridad ciudadana como los jóvenes en esa misma situación; las personas en general consumen drogas legales y no ejercen violencia para obtener los medios económicos para obtenerlas. Existe un aumento creciente de uso y abuso en materia de consumo de fármacos y medicamentos por parte de muchas personas especialmente aquellos que actúan sobre el sistema nervioso central que suelen sumarse a los fármacos indicados terapéuticamente como medicamentos de uso crónico y de los cuáles difícilmente un paciente, en el actual modelo, pueda tomarse “vacaciones terapéuticas” que muy bien les vendría. En algunos casos, medidas alternativas como el ejercicio físico,

la fisioterapia, la intervención psicológica, los talleres, la terapia ocupacional, la ergoterapia, el termalismo pueden mejorar ciertas patologías y reducir el consumo de medicamentos. Ante un paciente con muchas patologías asociadas es difícil escoger cómo se le trata, aunque el criterio suele ser darle la medicación que más calidad de vida le reporte y que a la vez le preserve su funcionalidad. Las terapias que combinan varios fármacos son cada vez más frecuentes en los pacientes con enfermedades crónicas y en los sujetos de edad avanzada, que con mucha frecuencia reciben múltiples fármacos. Los efectos indeseables que producen algunos psicofármacos son síntomas extrapiramidales (tipo Parkinson) con temblor, rigidez, discinesia, distonía además de sequedad bucal, constipación, visión borrosa, mareos, hipotensión ortostática, alteraciones en la regulación de la temperatura corporal, síndrome neuroléptico maligno y depresión de la médula ósea. Los pacientes sometidos a terapéutica antipsicótica deben realizarse control cardiológico y electrocardiograma periódicamente, pues se han descrito la aparición de arritmias graves, como taquicardia polimórfica ventricular, que provoca síncope, fibrilación ventricular y muerte súbita. El impacto de la polimedicación en numerosas oportunidades y circunstancias de intervención médica sobre la salud son inconsistentes y deteriora la sustentabilidad de los beneficios sociales, económicos y sanitarios que los pacientes merecen y que pueden obtenerse con prudentes acciones eficientes obteniendo un resultado de mayor beneficio con una gestión adecuada.

Se realizan chequeos y tratamientos innecesarios que causan daños físicos y psicológicos y costos innecesarios para el sistema de salud especialmente en el área vinculada al cerebro. Existe la prevención primaria, que son las acciones para evitar que una enfermedad se desarrolle; la prevención secundaria que es detectar una enfermedad en una etapa temprana; y la

prevención terciaria para reducir los efectos de una enfermedad que ya se desarrolló y ahora, es el turno de la prevención cuaternaria. La prevención cuaternaria son las acciones para identificar a pacientes que están en riesgo de sobremedicalización y para protegerlos de intervenciones médicas invasivas y de sobrediagnóstico que es cuando se hace un rastreo de una determinada enfermedad y se la detecta en personas en las que nunca causará daño ni muerte si se la dejara librada a su evolución y los falsos positivos que generan ansiedad y temor, y hacen que las personas sufran los efectos adversos de los procedimientos que se realizan. Por ejemplo, entre otras tantas cosas, hay actualmente una epidemia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adultos (antes se llamaba disfunción cerebral mínima) y de enfermedad bipolar pero las definiciones de las enfermedades mentales en especial siguen siendo dudosas y no taxativas. El concepto de prevención cuaternaria fue acuñado por el médico belga Marc Jamouille, y en nuestro país lo promueven integrantes de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General, la Federación Argentina de Medicina Familiar y General, y la Asociación de Psiquiatras Argentinos, entre otras entidades.

MUERTE DIGNA Y DERECHOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES

El sistema sanitario tiene como fin último la mejora continuada de la asistencia sanitaria y al paciente como centro de todas sus acciones.

El proceso de la muerte está adquiriendo una gran importancia en nuestras sociedades. Suele decirse que contribuyen a ello tanto las posibilidades técnicas y avances de la medicina como la introducción del valor de la autonomía personal en la toma de decisiones en esta etapa, antes gestionado de manera casi exclusiva por médicos y sacerdotes.

El sistema sanitario tiene como fin último la mejora continuada de la asistencia sanitaria y al paciente como centro de todas sus acciones poniendo el marco para el desarrollo de un respeto exquisito por la autonomía y la libertad de elección, garantizando el protagonismo del paciente en el sistema sanitario, fortaleciendo la capacidad de los ciudadanos para participar realmente en la toma de decisiones relacionadas con algo tan esencial como es la propia salud, la enfermedad y la forma de morir. Todavía hay barreras administrativas para que el ciudadano pueda elegir médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y médico especialista y hospital entre todos los del sistema sanitario; este derecho debe ser garantizado y refrendado por profesionales sanitarios, sociedades científicas, órganos colegiados, asociaciones de pacientes y el propio Estado como administrador y responsable de la salud pública.

Para garantizar una atención sanitaria donde el ciudadano tenga libertad de elección, hay que llevar a cabo una nueva organización territorial y funcional del sistema de salud que permita ampliar la movilidad voluntaria de los profesionales a todo el territorio y favorecer los procesos de centralización y estandarización, para homogeneizar los procesos y

procedimientos que actualmente se realizan en diferentes jurisdicciones. Esto significa que hay que dar soluciones iguales a problemas iguales, profundizando en la equidad y calidad del sistema.

Debería haber una Historia Clínica Unificada que pueda ser consultada por todos los profesionales sanitarios desde cualquier centro que el paciente elija, lo que evitará duplicidad de pruebas, reiniciar el mismo proceso de nuevo o que la historia tenga que ser trasladada.

La libertad de elección permite a los usuarios no sólo acceder a un servicio que responda a sus necesidades y expectativas, sino también, identificar el grado de calidad del sistema sanitario, lo que permitirá a la Administración actuar sobre las áreas susceptibles de mejora.

Hay una condición personal vinculada a la libertad de cada uno para gestionar su propia biografía asumiendo las consecuencias de las decisiones que toma. De la salud sabemos bastante y hay acuerdo en cómo definirla. Ahora, qué es una enfermedad? Existen enfermedades provocadas por demostradas o probables lesiones orgánicas; hay enfermedades de origen fisiológico o funcional en que no podemos demostrar lesiones orgánicas y hay otras enfermedades causadas ideológicamente que algunos denominan enfermedades de categoría estratégica o de iatrogenesis conceptual. Estas últimas antiguamente se llamaban vicios y hoy adicciones o comportamientos inhabituales o de riesgo que, obviamente, son desaprobadas por sectores de la sociedad con poder de decisión, veto o prohibición. Quién tiene, la más de las veces, el poder de cualificar y decidir sobre nuestras enfermedades, vicios, adicciones, comportamientos de riesgo, hábitos inaceptables es el poder o el Estado sanitario que decreta que es lo que está mal y que pedagógicamente interviene en la sociedad estableciendo pautas de opinión que a poco andar repudia ciertas enfermedades o comportamientos humanos.

De este modo, se configura una situación en que conculcamos nuestros derechos y cercenamos nuestra libertad individual, en apariencia garantizada, para enfermar; no podemos disponer libremente de nuestra salud pues ésta pertenece al Estado, a la seguridad social, a las obras sociales, a los planes de la medicina prepaga que costea nuestros desaguizados sanitarios. Muchas veces, declararse o aceptarse como enfermo trae sus beneficios: se descarga la culpa, se diluye la responsabilidad ante terceros, nos habilita a pedir ayuda en materia de provisión de medicamentos o de soportes sociales.

Somos muchos los que en situación de enfermedad y aún teniendo los mismos síntomas que nuestro prójimo nos encontramos bastante bien y casi a gusto con nosotros mismos. El enfermo real quiere que le curen; el enfermo ideológico o el famoso enfermo imaginario de Jean-Baptiste Poquelin, llamado Molière (1622-1673), que es ideológico, reclama la curación de la sociedad, de la sociedad enferma que a su vez lo enferma.

Una pregunta que suele no hacerse tiene que ver con la frecuente declaración de que algo es insano, patógeno, nos pone en riesgo, es insalubre. Para legitimar estas aseveraciones tenemos poderosas instituciones que van más allá del poder sanitario de los estados tales como la OMS o la OPS. Lo que no se dice, que muchas de las cuestiones consideradas insalubres devienen del perjuicio que ocasionan en la rentabilidad laboral dentro de una sociedad domesticadora y mercantilista.

Hemos convivido desde hace mucho tiempo con el vino, el whisky, los medicamentos, las drogas legales, las drogas ilegales...pero últimamente se escucha poco a las personas que están enfermas y que tienen mucho que decir acerca de lo que les pasa y decidir sobre la conveniencia o la inconveniencia de ciertas recomendaciones sanitarias; los seres humanos protagonizamos desde dentro nuestra enfermedad sabiendo que la sociedad no se preocupará demasiado por nosotros al momento de nuestra muerte que

es absolutamente individual, propia, intransferible y que se concreta la mayoría de las veces en solitario.

No podemos garantizar la salud de nuestro cuerpo ni de nuestra alma; la vida está perdida de antemano a cualquier edad por muchos riesgos que logremos esquivar. Nuestra vida es única e irrepetible y todos nos nivelamos al final gracias a la genérica muerte.

La experiencia de estar sano o saludable se entiende y se siente desde adentro y es mucho más que la mera duración de la vida, el adecuado funcionamiento de nuestros órganos o la posibilidad cierta de concretar nuestros compromisos laborales o sociales. Nuestra salud está más allá de las estadísticas sanitarias, de la dictadura productivista y de algunos que consideran a las personas como engranajes hechos de material desechable.

Quien ama la vida debe aceptar que los dolores nos sirven de límites y frontera; la vida es el arte de disfrutar con maestría buscando la gratificación y el placer medidos; no es fácil tener y ejercer una cordura hedonista. La moderación o el cuidado de la salud depende de la razón sensual de cada uno, como diría F. Savater, ningún abuso o ataque a la salud resulta personal y colectivamente tan nocivo como el de la autoridad que lo prohíbe en nombre de los posibles abusos y riesgos intentando salvar a cada cual de sus propios deseos en lugar de educarle para desarrollarlos con sensatez.

Las leyes enmarcan las situaciones, y señalan elementos para su valoración, pero la aplicación concreta de las mismas siempre es una tarea reflexiva del ciudadano o ciudadanos implicados. Ahora bien, si lo que esperamos es una cierta seguridad jurídica a la hora de tipificar las situaciones del final de la vida, a la hora de señalar esos contenidos de muerte digna y de ubicarlos en situaciones clínicas concretas, va a ser necesario legislar al respecto. La pregunta a hacerse es cómo debe llevarse a cabo el proceso de relación clínica en situaciones de terminalidad y/o enfermedades avanzadas; para ello es imprescindible la deliberación social, convocando a todos los agentes

sociales, institucionales y ciudadanos implicados, sociedades científico-médicas, organizaciones de consumidores y usuarios de los servicios de salud. Nos veremos obligados a tratar, desarrollar y legislar acerca de los derechos de los pacientes y una Ley de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte haciendo mención taxativa de las situaciones clínicas y existenciales que el proceso de la muerte conlleva. Nos parece que realmente son necesarias leyes para una muerte digna en una sociedad como la nuestra. El concepto de dignidad pertenece al ámbito de la filosofía.

Es la clave axiológica del antropocentrismo moderno, la ética en la que se sustentan las constituciones de las democracias liberales. Si bien su contenido ha ido variando a lo largo de la historia política y social, como expresión del escalonamiento jerárquico de la sociedad; indicador del rango superior del hombre en el cosmos para el cristianismo; de la libertad y capacidad del hombre para convertirse en artífice de la propia vida en el Humanismo renacentista; la defensa más potente de la noción de dignidad proviene de la Ilustración alemana con Kant, la dignidad sirve para caracterizar el valor interno de la persona humana, su capacidad autolegisladora, su autonomía moral y su carácter incondicionado: es el único ser que tiene valor

Estamos obligados a precisar los contenidos que garantizan la protección de esa dignidad en el momento de la muerte, es decir, la muerte digna. Los contenidos y derechos ideales de la buena muerte son: el derecho a recibir cuidados paliativos integrales y de calidad; no iniciar o retirar medidas de soporte vital cuando no tienen otro efecto que mantener artificialmente una vida meramente biológica, y el respeto a la autonomía de la voluntad de la persona en el proceso de su muerte, usando para ello los siguientes instrumentos: la información clínica, el consentimiento informado y la toma

de decisiones en el paciente capaz, y el derecho a realizar y a que sea respetada la declaración de voluntad vital anticipada.

Los derechos de los pacientes fueron una realidad desconocida y muchas veces no aceptada, tanto sociológica como jurídicamente; el reconocimiento y validación de esos derechos implica la plasmación de una ética cívica. Un listado de mínima de derechos de los pacientes abarca: el derecho a la información y a la toma de decisiones consecuente; el derecho al rechazo del tratamiento propuesto; la obligación del médico de obtener el consentimiento del paciente antes de cualquier intervención de tipo sanitario. Estos elementos fueron ajenos a la tradición profesional, y por ello se perciben aún hoy como una especie irritante de ordenamiento jurídico de la medicina. De implantarse esos derechos no quedará más remedio que tolerarlos hasta aceptarlos, aunque muchos opinan todavía que nada tienen que ver con lo que los profesionales entienden por una buena relación clínica y que, además, va en detrimento de la misma. Autonomía, derechos y obligaciones de los pacientes es la "gramática fundamental" que consolida una ética cívica, una ética de mínimos que nuestra sociedad considera exigible en las relaciones entre los profesionales de la salud y los ciudadanos. El rechazo del tratamiento por un paciente es un presupuesto genérico, en el que el médico duda si corresponde o no un rechazo de tratamiento. En los últimos años han aparecido casos relacionados con la sedación paliativa, el rechazo de tratamiento y la limitación de medidas de soporte vital que han sido motivo de debate social y de gran preocupación para los médicos.

La limitación de medidas de soporte vital, el rechazo de tratamiento que comprende tanto la no admisión como la retirada del mismo o la sedación paliativa son actuaciones que no deben ser calificadas como actos de eutanasia y los escenarios en los que se plantean tienen que ver con los pacientes capaces, las personas incapaces y los menores de edad.

No bastará con especificar los derechos de los pacientes. Para asegurar que se cumplen de manera efectiva, el elenco de "derechos" de los pacientes debe relacionarse con los deberes del personal sanitario que los atiende, y también con un conjunto de obligaciones para las instituciones sanitarias en las que se presta atención clínica en las fases finales de la vida de las personas. La relación médico-paciente es un proceso deliberativo, en el que el médico es un elemento fundamental para que el paciente pueda ejercitar estos derechos. Una buena práctica médica conlleva limitar el esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica lo aconseje. Dada su dificultad dicha limitación requiere la opinión coincidente de, al menos, otros dos profesionales sanitarios de los que participan en la atención del paciente. Es deber de los profesionales, determinar el procedimiento y el momento de retirada o no instauración de ciertas medidas terapéuticas de forma consensuada entre el equipo asistencial. En la Argentina ya hay legislación sobre el derecho a la muerte digna. La eutanasia está penada y existe un vacío que no permite interpretar y tomar decisiones en los diferentes casos que se presentan. Para nuestra medicina, la alimentación y la hidratación no son medicamentos y seguir administrándolos no puede considerarse encarnizamiento terapéutico. La situación sería diferente en caso de que se mantuviera vivo al paciente por medios mecánicos o si se tratara de una enfermedad terminal, en el que realizar un tratamiento sólo prolongaría inútilmente la vida y el sufrimiento. Retirar un soporte vital es algo que debe decidirse en la confidencialidad de la relación médico-paciente. Estas situaciones "penosas" son el precio que se debe pagar por el avance de la medicina. En principio en la Argentina cualquier persona tiene derecho a rechazar un tratamiento. Los médicos deben respetar este deseo. Así lo establece una ley que data de 1968. Sería bueno que les permitan a los médicos actuar con tranquilidad y sin angustiosas expectativas de soportar injustificados juicios por mala praxis.

En ese sentido, un buen ejemplo es la Ley de Río Negro en Argentina que establece que toda persona que padezca una enfermedad irreversible en estado terminal tiene derecho a manifestar su rechazo a los procedimientos quirúrgicos, de hidratación y alimentación y de reanimación artificial cuando éstos sean desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento. Sería positivo que se incluya dentro de la futura legislación la creación de un registro de objetores, en el que todos aquellos que por razones de conciencia se oponen a desconectar a un paciente puedan dejar asentada su posición. Nadie cuestionaría hoy el derecho de todo ser humano a recibir una adecuada atención y a no sufrir de manera innecesaria. La Organización Mundial de la Salud ha reiterado este tipo de mensajes; en 2005 promovió la celebración del Día Mundial de los Cuidados Paliativos -- un tipo de atención que marca como esencial objetivo aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de los pacientes, dignificando su final--, puntualizó que en todo el mundo más de 100 millones de personas podrían ser beneficiarios directos de este tipo de cuidados.

Los enfermos deberían morir en su casa rodeados por los suyos, más del 60% de los fallecimientos se producen en los hospitales, clínicas y sanatorios. Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho. La medicina paliativa debe aplicarse desde todos los ámbitos asistenciales: atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria. Además el médico, cualquiera que sea su especialidad, debe adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica médica. El objetivo en la atención a las personas con una enfermedad en fase terminal es procurar su mejor calidad de vida, lo que implica identificar, evaluar y tratar el dolor y

otros síntomas de forma temprana, así como atender las necesidades psicosociales y espirituales. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional sino un imperativo ético.

Hay que procurar una comunicación respetuosa y sincera, que aporte información responsable y adecuada. Hay que facilitar al enfermo que pueda expresar sus emociones y siempre debe ser escuchado. Debe haber continuidad en los cuidados a lo largo de la evolución de la enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales, promoviendo y facilitando que el enfermo si así es su deseo pueda morir en su casa.

Es un deber conocer y respetar los valores del enfermo promoviendo su autonomía y facilitando su participación en la toma de decisiones, prestando una especial atención a las voluntades anticipadas.

Debemos reconocer la importancia de la familia y el entorno personal del enfermo, promoviendo su colaboración en los cuidados. Así mismo, hay que prestar atención esmerada a las necesidades de los cuidadores. Las actuaciones asistenciales deberán evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia.

La eutanasia o el suicidio asistido pueden desaparecer como petición aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad. El nivel de evidencia sobre la efectividad de los cuidados paliativos ya es irrefutable.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Se debe promover y practicar el trabajo en equipo interdisciplinario, sin olvidar el papel del médico como referente.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser usada como método de trabajo cotidiano.

La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas en los planes y programas de atención socio sanitaria que deberán adaptarse a las necesidades de una sociedad que, en buena medida, muestra su grado de civilización y compromiso en el nivel de cuidados que presta a sus ciudadanos más frágiles. La muerte siempre mostrará su triunfo. Interés por la salud y preocupación por la muerte hubo siempre; podemos situar como antecedente moderno de preocupación por el mantenimiento de la salud, esto es, de prevención los años de la gran peste (1347-1353), cuando una pandemia de peste bubónica aniquiló a 25 millones de europeos, el 25 por ciento de la población. El tiempo del triunfo de la muerte, pintado por Pieter Bruegel el Viejo, y *Los Tractatus de peste*, cantados por Dante y Bocaccio, podrían ser considerados los primeros modelos de comunicación preventiva sobre la enfermedad. "Escribo para evitar que al miedo de la muerte se agregue el miedo de la vida." Decía Augusto Roa Bastos (1917-2005), escritor paraguayo.

NADIE ENSEÑA A ENVEJECER

Nadie enseña a envejecer con dignidad. La mayoría de nosotros desea un significado para su vida; valores a los que valga la pena adherir que permitan vivir con dignidad; amor; buenas relaciones familiares y sociales; decidir qué es lo que no se quiere para apartarlo de nuestra vida.

“Una cultura que no enseña a envejecer produce monstruos, jóvenes envilecidos por el racismo de la edad o viejos adolescentes” (Pauwels).

Con la edad se pierden el ego de la patria, los mandatos familiares, el status social, el exitismo, la necesidad ser aceptados, de ser bien parecidos, de pertenecer; en el fondo todos estos eran lastres.

“Envejecer no es para los débiles” (Bette Davis) y “La edad no te protege del amor. Pero el amor, de alguna manera, te protege de la edad” (Jeanne Moreau).

Algunas personas partiendo de la nada han alcanzado las más altas cumbres pero todas mueren aunque sólo algunos han vivido; por eso no hay que tomar la vida demasiado en serio porque no saldremos vivos de ella (Hubbard).

El mundo actual nos encuentra asistiendo a un fenómeno casi nuevo que es el aumento considerable en el número de hombres y mujeres mayores de 60 años que han hecho realidad la extensión de la esperanza y expectativa de vida. Este numeroso grupo de personas va demandando nuevas formas de reinserción en la sociedad de la que queda excluido a partir de la jubilación para la cual no hay previamente en la Argentina preparación alguna para afrontarla y adaptarse a la nueva situación. Los vertiginosos avances de la tecnología indican la necesidad de que los adultos mayores las comprendan, aprendan a utilizarlas y a servirse de ellas.

La jubilación, en muchos casos, no es un jubileo sino el ingreso a un tiempo libre insustancial y vacío de contenidos y la dramática y cruel exclusión de la vida social organizada. Al perder el status laboral se pierde al mismo tiempo la posición social de sujetos productores que va aparejado con un importante deterioro socioeconómico.

El tiempo para vivir se agosta y estrecha, no hay actividades gratificantes en cantidad y calidad y medios adecuados para llevarlas a cabo.

Los adultos mayores tienen por suerte en la mayoría de los casos buena salud, lucidez, autonomía y capacidad de decisión, quieren participar y vivir plenamente.

Todavía estamos lejos de que los viejos de nuestro país decidan organizarse y busquen soluciones amplias a sus problemas comunes. Hay pocos jubilados o retirados activos y luchadores que reivindiquen sus derechos.

Educación y personas mayores es un tópico descuidado y en muchos casos oculta un prejuicio acerca de la incapacidad de aprender que se cree poseen los adultos mayores; se puede aprender toda la vida siempre y cuando no medien trastornos cerebrales neurodegenerativos que lo impidan.

No es posible ni conveniente que la educación siga estando exclusivamente al servicio del trabajo, la producción, lo que se ha llamado la vida útil o activa.

Debemos dejar atrás el concepto de pasivos con lo que se suele denominar a los adultos mayores y darles las herramientas para crecer, crear, recrear, transmitir y aplicar sus experiencias, continuar con la formación personal al buscar y propiciar nuevas formas de enseñanza, las que se inscriben como educación para la actividad; crear nuevas estructuras y espacios para seguir aprendiendo y enseñando. Esto sin lugar a dudas mejorará su calidad de vida a la par que reforzará su estructura psíquica vulnerable por las transformaciones propias del proceso de envejecimiento.

Enseñar a envejecer debe ser el eje central de cualquier educación para adultos mayores que no es otra cosa que enseñar a vivir, extender el horizonte de las potencialidades contribuyendo a que cada sujeto reconozca la dirección de su propio pensamiento y sus deseos.

La formación personal de los adultos mayores en lo institucional no tiene que tener condiciones de ingreso, límites y plazos; es el uso personalísimo y principista de la libertad.

La actividad, la educación permanente y el tiempo libre son tres dimensiones de la vida, donde la combinación armoniosa, a todo lo largo de la existencia, es la condición necesaria para el bienestar de los hombres y el equilibrio de las sociedades (P. Brasseul).

Cuando un adulto mayor es enseñado para envejecer ese conocimiento hará que pueda disponer más eficazmente de sus posibilidades funcionales; conocer esas posibilidades lo llevará a la actividad creativa y estimulará su salud mental. El intercambio grupal y con la sociedad enriquecerá la vida diaria, facilitará la integración y el propio reconocimiento en la interacción con los otros dando continuidad a su propia historia.

Saber envejecer y demostrarlo preserva a los adultos mayores del prejuicio que tiene el imaginario social acerca del proceso del envejecimiento que generan actitudes de descalificación, menosprecio, violencia, paternalismo y carga pública.

El envejecimiento es un proceso de transformaciones y cambios que exigen un trabajo de elaboración psíquica y de resignificaciones en el orden de la subjetividad, las relaciones intersubjetivas y por ende en su inserción en el orden social.

Es necesario y se puede que las instituciones de nuestro país posibiliten los espacios que enseñen a envejecer y además promuevan el acceso al conocimiento de los adultos mayores en diversos campos, ofrezcan la posibilidad de seguir creciendo y aprendiendo, apoyen la formación integral

permanente, incentiven el desarrollo de nuevos intereses y expectativas, propicien la construcción de un proyecto de vida renovado pese a la edad cronológica, estimulen la participación activa y creativa en la vida comunitaria.

Creemos firmemente que las instituciones de la Argentina como la Administración Nacional de la Seguridad Social (Anses), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Pami) y otras obras sociales, ministerios de educación y de desarrollo social, municipios, organizaciones de jubilados del país y sindicatos obreros deberían ocuparse de este tema y no lo están haciendo.

NECESIDADES Y DEMANDAS DE CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES



Cada vez hay menores posibilidades de cuidado familiar hacia las personas mayores y un desbordamiento de la atención socio sanitaria. Las administraciones públicas no han logrado todavía implantar un modelo integral de cuidados. Hay que desarrollar en forma urgente una amplia perspectiva de la situación actual y del menú presente de prestaciones de cuidados teniendo en cuenta las características de cada persona mayor, su carácter de derecho universal, la financiación, las ayudas técnicas, la formación de los recursos humanos, su administración y gestión por parte de los responsables institucionales.

La incidencia sobre esta problemática deviene de factores como el aumento de la esperanza y la expectativa de vida de la población; el menor tamaño de las familias; la incorporación de miles de adultos mayores a la seguridad social; el padecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas por parte de una población sobreenviejecida con aumento de la fragilidad y de la dependencia que producen un desbordamiento de la atención sanitaria. No se sabe y no se toman las decisiones adecuadas en el sentido de favorecer las prestaciones económicas frente a los servicios, controlar mejor el gasto, el copago, respetar o fomentar la libertad de elección entre las distintas prestaciones, incrementar el peso de la gestión privada de los servicios o construir un mix; lo que se destaca es que hay que construir un modelo integral de cuidados que integren todos y cada uno de los aspectos sociosanitarios, donde es insoslayable la contribución y la participación activa de los agentes sanitarios y sociales del sistema.

El proceso de reconocimiento y cualificación de la dependencia y la fragilidad no es nada sencillo y cambia de continuo con la evolución de cada caso en particular. Otro problema importante es el de acreditar los servicios que se prestan a las personas mayores en situación de dependencia.

Lo que si sabemos que hay necesidad de generar una cartera de servicios de atención sociosanitaria que incluyen los cuidados a largo plazo para las personas mayores frágiles y dependientes cuidando siempre y aplicando la mirada acerca de que se trabaja con las personas y no con expedientes.

Tiene que haber, sin excusas, un tratamiento integral y coordinado para cada caso en particular. Hay que analizar y decidir acerca de la calidad, la sostenibilidad, la mejora continua del sistema, la eficacia y la eficiencia, evitar las irregularidades, aumentar la cohesión y la corresponsabilidad del usuario y de su familia, vigilar la consecución de la equidad en el acceso a los servicios. Hay todavía una ausencia de una estrategia integral de una política farmacéutica para los adultos mayores y la falta de conocimiento y

sensibilidad por parte de ellos mismos acerca de los costos reales de la sanidad y su financiación.

Como se ve, la necesidad y la demanda de cuidados para los adultos mayores es un tema candente que no ha sido resuelto y que desborda los aspectos biomédicos del envejecimiento.

ODIO ENVEJECER

Woody Allen (1935-) decía el 04 de febrero de 2009 “odio envejecer”. “Estoy más viejo. Me lastimo el pie y tarda dos meses en curarse. Y eso no me gusta. Antes hacía ejercicio por placer. Ahora tengo que hacerlo. Igual que con las cosas que debo comer”. Tiene que atenerse a su dieta, que incluye verduras verdes y pescado, y dice de ella "todas esas cosas sin ninguna gracia y para nada placenteras que supuestamente te mantienen sano". Señala que sus padres comían carne y helado todos los días y su padre llegó a los 100 y su madre a los 95. Siempre celebró sus buenos genes, pero leyó una nota donde decían que la longevidad no es hereditaria “entonces me quejé por eso”.

Mejor no hablemos de los maridos agostados a través de extensos matrimonios a los que les cabe el chascarrillo “permuta señora arrugada y que protesta por un fuelle que rezonga”.

Nos estamos poniendo viejos cuando todo nos duele y lo que no nos duele no funciona; cuando el brillo en nuestros ojos es el reflejo del sol en los lentes bifocales o en los lentes intraoculares después de la cirugía de cataratas; cuando nos sentimos mal por la noche anterior aunque no hemos salido de casa; cuando nuestra agenda secreta contiene sólo números telefónicos de médicos; cuando nuestros hijos comienzan a ser personas de mediana edad; cuando nos hacemos socios de un gimnasio y no vamos; cuando nuestra mente se propone cosas que nuestro cuerpo no puede cumplir; cuando conocemos todas las respuestas pero nadie nos hace preguntas; cuando nuestra sección favorita en los diarios son las efemérides y los obituarios.

Otra alternativa es optar por “Morir linda/ morir joven /morir tersa /antes que el deterioro de la vejez /se derrumbe en mi piel /pulverice los huesos/

debilite mis vértebras, morir salvada del alzheimer /del reuma /del pami /de la soledad /del desamor”. Naty Menstrual (Buenos Aires; 2006). Afortunadamente más del 80 por ciento de los adultos mayores tienen una “salud de hierro” como reza el estupendo poema de Georges Brassens (1921-1981): Con este montón de nieve/Que cubre, cubre mi pelo./Podrían pensar a simple vista/Que me hago viejo en el oficio,/Y bien, Señora y Señores/No es más que una falsa apariencia/No es más que una comedia/Que una parodia./Es para intentar parar en seco./El avance del tiempo que corre,/Para persuadir a ese viejo sinvergüenza,/Que todo el mal está ya hecho./Pero bajo la peluca, tengo/Mis verdaderos cabellos, color de azabache./No estamos en la víspera, ¡buen Dios!/De mi adiós./Y si tengo un aspecto menos vivaracho,/Menos sólido sobre mis corvejones,/Si camino con lentitud,/Con un paso de senador,/No digáis: “Está tullido”./No digáis: “No puede más”./No es más que una comedia/Que una parodia./Un intento de dormir el tiempo,/Calculador impenitente,/De revolverlo todo, de enredarlo todo,/En el fatídico reloj de arena./De hecho, por detrás del decorado,/Como con veinte años, yo corro aún./No estamos en la víspera, ¡buen Dios!/De mi adiós./Y si el corazón se lanza a conquistar menos a menudo/Y más lentamente que antes,/Si cazo con menos celo/A las gentiles señoritas,/No penséis que estoy hartado/De sus caricias, sus besos./No es más que una comedia,/Una parodia./Para convencer al tiempo burlado,/Que mis fiestas galantes han terminado,/Que dejo la escena,/Que no entraré más en liza,/Pero sigo siendo un galán redomado,/Siempre activo, siempre mujeriego./No estamos en la víspera, ¡buen Dios!/De mi adiós./Y si alguna vez, al cementerio,/Un día de estos, llevan a enterrar./A un tipo muerto que/se me parece hasta confundir,/no vayáis a ahogar al apuntador,/dejando correr vuestras lágrimas./No es más que una comedia,/Una parodia./Y luego, con un efecto teatral, cuando/Haya pasado algún tiempo,/Creyendo que se ha consumado la farsa,/Yo, muy feliz, muy jovial,/Me exhumaré del hoyo/Para

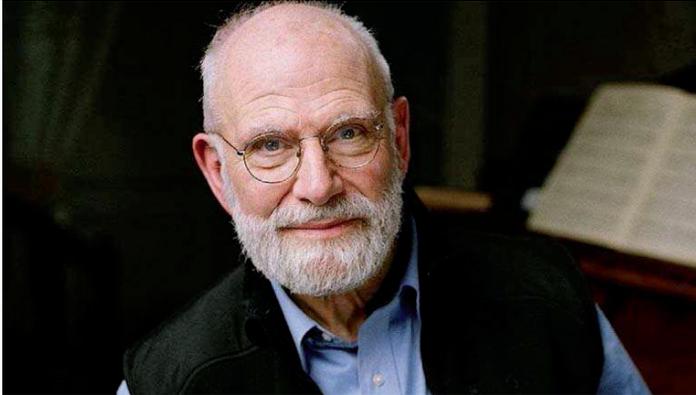
saludar bajo los bravos./No estamos en la víspera, ¡buen Dios!/De mi adiós. Que lo digan Mario Vargas Llosa (80 años) y María Isabel Preysler Arrastia (64 años) que se casaron en el año 2015.

No hay recetas mágicas ni buenas y efectivas para retrasar o detener el envejecimiento y esto es para todos por igual pero sí suelen ser buenos los consejos de no tomarse la vida demasiado en serio porque no saldremos vivos de ella y mientras tanto conviene vivir intensamente y lo mejor que se pueda. Se ama y respeta a un adulto mayor cuando se lo deja hablar libremente y sin limitaciones porque hay en su pasado un tesoro lleno de verdad, de belleza y de bien; se lo deja vencer o ganar en las discusiones, porque así se siente seguro de sí mismo; se lo deja visitar a sus viejos amigos porque entre ellos se siente revivir; se lo deja contar sus historias repetidas, porque se siente feliz cuando lo escuchamos; se lo deja vivir entre las cosas que ha amado, porque sufre al sentir que le arrancamos pedazos de su vida; se lo deja gritar y protestar cuando se ha equivocado porque los ancianos tienen derecho a la comprensión; se lo deja e invita siempre a ocupar un asiento en el automóvil de la familia cuando van de paseo o de vacaciones, porque el próximo año pueden haber remordimientos de conciencia si ha muerto; hay que dejar envejecer con paciencia y amor como se deja crecer a los hijos; déjalo rezar si quiere y como él sabe, en el camino que le falta por recorrer hasta el final; déjalo morir en paz y con dignidad y no te encarnices tratando de retenerlo un minuto más a costa de su sufrimiento. Para la tradición judía el respeto por los mayores es una mitzvá (= mandamiento). Proverbios y salmos rivalizan en alabanzas para ellos: "Ponte en pié antes las canas y honra el rostro del anciano" reza el Levítico (19,32) y la ley de Moisés garantizaba ese respeto: "Honra a tu padre y a tu madre, para que se prolonguen tus días sobre la tierra, que te dá el Señor tu Dios" (Ex, 20,12). Y finalmente dice el Deuteronomio (32,47): "Los que respetan la ley llegarán a viejos".

Es hora de que cada uno de nosotros comencemos a reconocernos en el viejo que algún día seremos y que las nuevas generaciones sientan orgullo de pertenecer a una comunidad que honra a sus mayores. A una edad avanzada uno se las arregla con bastante soltura para seguir incomodando y para usufructuar de aquello que parece ser una de las pocas virtudes de la vejez “la libertad otoñal”, una suerte de retorno a la adolescencia transgresora que puede abrirse paso cuando las canas liberan de la trabajosa responsabilidad de caerle bien a todo el mundo; es como una segunda inocencia (paráfrasis de Milan Kundera y Antonio Machado).

EL VIEJO OLIVER WOLF SACKS

entretelones y relaciones de la urdimbre de su relato biográfico



Oliver Wolf Sacks (1933- 2015) médico neurólogo inglés afincado en los Estados Unidos publicó antes de morir su último libro autobiográfico “En movimiento. Una vida” (Anagrama; 2015). Oliver Sacks fue un trashumante e incansable viajero, curioso inveterado, crítico constructivo de casi todo, narrador médico irreplicable, colaborador y amigo de cuanto neurólogo investigador o clínico de excelencia se conoció en el mundo en su generación, melómano selectivo, homosexual confeso y asumido que nunca logró formar una pareja estable salvo al final de su larga vida y judío orgulloso de sus orígenes y nostálgico de los rituales y tradiciones de la cultura semítica. Soportó muchas veces la incomprensión y las diatribas del establishment médico que no entendió en su momento su pensamiento y reflexiones sobre el acontecer de ciertas enfermedades neurológicas y su concepción sobre el enigmático problema cerebro-mente. Sacks expresó su intención antes de morir de vivir en la forma más rica, más profunda y más

productiva posible: "Quiero y espero, en el tiempo que resta, profundizar mis amistades, despedirme de la gente que amo, escribir más, viajar si tengo la fuerza para ello, con el propósito de alcanzar nuevos niveles de entendimiento y percepción", escribió. Oliver Sacks cumplió a lo largo de su vida con el apotegma que dice que todos somos hijos de nuestra educación, nuestra cultura y nuestra época.

Del libro mencionado hemos rescatado algunos aspectos que condensamos en apartados sintéticos:

ESTUDIO DE ENTIDADES NEUROLÓGICAS: -Migrañas: padecía migrañas visuales desde su juventud. Describe las auras con brillantes zigzags previos al ataque, pérdida de la sensación del color, la profundidad y el movimiento e incluso la incapacidad de reconocer las cosas y los objetos; la visión quedaba deconstruida y luego se rehacía en pocos minutos. Esto lo llevó a pensar acerca del reconocimiento y la interpretación visual del mundo. -Parálisis por el triortocresilfosfato. Describe los daños neurológicos provocados por la ingesta de jengibre de Jamaica que se vendía como tónico para los nervios en la época de la prohibición; el gobierno le agregó triortocresilfosfato (TOCP) que le daba un sabor desagradable para impedir el abuso; miles de consumidores desarrollaron lesiones graves del sistema nervioso periférico con parálisis de brazos y piernas. - Mioclonías. - Enfermedad de Hallevorden-Spatz (1922) con impregnación de hierro en estructuras cerebrales profundas. - Distrofia neuroaxonal infantil de Cowen y Olmstead -Parálisis de Erb. -Se interesó como neurólogo en los estados cerebrales y mentales de todo tipo incluyendo los inducidos o modificados por drogas psicoactivas y sus efectos sobre los neurotransmisores del cerebro. Aldous Leonard Huxley (1894–1963) sin ser médico, hizo lo mismo; ambos creían que esas experiencias podrían ayudar a comprender mejor lo que sentían los pacientes o ampliar el entendimiento de la realidad.

Huxley igual que Sacks era inglés y emigró a los Estados Unidos. Igual que Sacks escribió novelas y ensayos, publicó también relatos cortos, poesías, libros de viajes y guiones. A través de sus novelas y ensayos, ejerció como crítico de los roles, convenciones, normas e ideales sociales. Igual que Sacks tuvo un grave problema en la vista con disminución notable de la agudeza visual durante mucho tiempo y fue un viajero empedernido. En 1932 escribe en cuatro meses la obra que lo haría más famoso: *Un mundo feliz* (*Brave New World*, 1932), novela distópica que ofrece una visión pesimista del futuro del mundo, mostrando una sociedad regida por el condicionamiento psicológico y el sometimiento por medio de drogas psicoactivas. En 1953, lee un artículo sobre el empleo de la mescalina en el tratamiento de la esquizofrenia y, llevado por su interés, conoce a uno de sus autores, el doctor Humphry Osmond, con quien establecería una importante amistad. Decide experimentar por sí mismo con esta sustancia. Describe esta primera experiencia con una sustancia psicodélica en un breve volumen, *Las puertas de la percepción* (*The Doors of Perception*, 1954), donde explica paso a paso las impresiones de aquel día. Entre los años 1953 y 1963 experimentó muchas veces con sustancias psicodélicas (mescalina, LSD y psilocibina), llevado por un interés de índole intelectual. En 1956 publica un segundo libro sobre este tema, *Cielo e infierno* (*Heaven and Hell*). Sacks consumió durante mucho tiempo cannabis, LSD, anfetaminas, metanfetaminas, polvo de ángel (= fenciclidina; PCP) que se introdujo como anestésico por 1950 pero producía espantosos efectos secundarios y se dejó de usar en 1965; generaba estados pseudoesquizofrénicos que duraban semanas; consumía a dosis tan altas que el mismo dice que no se estaba dando cuenta que estaba jugando con la muerte y que los motivos, metas, intereses, deseos desaparecían en la vacuidad del éxtasis; nunca pudo saber si la propensión a la adicción era algo innato o que dependía de las circunstancias y los estados de ánimo o era una pulsión autodestructiva. Después de un largo tiempo no

volvió a tomar drogas pese al intenso deseo ya que el cerebro de un adicto cambia de por vida y la tentación nunca lo abandona. - Meningitis por coccidioidomicosis con hidrocefalia. -Neuromielitis óptica o enfermedad de Devic. - Neurofibromatosis múltiple de von Recklinghausen. - Enfermedad de Alzheimer.

Quiso crear más vínculos entre la neuropatología y la neuroquímica y cita a Korey que imaginó el auge de la neurociencia antes que se inventara el término (1963). - Lipidosis - Síndrome de Tourette. - En 1965 quería convertirse en un científico de laboratorio especializándose en neuroquímica y neuropatología en la Escuela de Medicina Albert Einstein en Nueva York. Sus torpezas, olvidos y desaguisados de toda índole hicieron que sus jefes le recomendaran abandonar las tareas de laboratorio y que se dedicara a visitar pacientes porque así cometería menos desastres; ese fue el innoble comienzo de su carrera clínica. - En 1966 se involucra en la asistencia a pacientes crónicos y asiste a los sobrevivientes de la pandemia de encefalitis letárgica del año de 1920 que había matado a millones de personas; los sobrevivientes desarrollaban tiempo después síndromes postencefalíticos con estados parkinsonianos profundos que llevaban 30-40 años en esa situación. En 1950 aparece la L-dopa y Geroge Cotzias demuestra sus efectos clínicos en la enfermedad de Parkinson y Sacks aplica el fármaco (1969) en estos pacientes que no eran enfermos parkinson típicos logrando resultados llamativos no exentos de efectos adversos y fracasos. Julio Aranovich de Argentina estudio la neuropatología de los encefalíticos de aquella época a igual que Sacks; tuvo la inefable oportunidad de escucharle personalmente la disertación y los comentarios de sus hallazgos. El Dr. Julio Aranovich recibe la titularidad de la cátedra de neurología de la UBA en el año 1966, siendo designado Profesor Regular Titular de Clínica Neurológica, seguido de su cargo de Profesor Consulto en 1971 y Extraordinario Emérito en el año 1977. Previamente a estas notables y distinguidas designaciones ha mostrado

una gran carrera de forma heterogénea, habiendo trabajado en histología y anatomía patológica con personalidades como el Dr. Christofredo Jakob en el año 1931 (filogenia del cerebro de batracios, reptiles y mamíferos), seguido de una etapa formativa junto con el destacado histólogo español Prof. Dr. Pío del Río Ortega en el año 1940, para luego desempeñarse como médico agregado en la Sala de Neurología del Hospital Alvear. Luego fue designado Profesor Adjunto de la Cátedra en el año 1947, consiguiendo la titularidad anteriormente mencionada con posterioridad. Dentro de su vida ha tenido varias pasiones fuera de la Neurología, entre las cuales se destaca la pintura. En ella fue discípulo de Demetrio Urruchúa, cultor del realismo nacional en sus memorias de la Guerra Civil española. En la última etapa de su carrera se destaca su último trabajo de investigación titulado «El Sistema Nervioso en la Senectud», por el cual recibió el Premio Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Falleció en el año 1978.

NOMBRA a Sir Christopher Wren como constructor de la biblioteca del Queen's College de Oxford que Sacks frecuentaba asiduamente quien, entre otras cosas, dibujó para Thomas Willis en 1664 el polígono o círculo arterial de la base del cerebro; a Wilfrid Le Gros Clark que mi generación estudiaba fascinada especialmente los núcleos hipotalámicos y sus conexiones; J. Z. Young descubridor de los axones gigantes de los calamares; Aldous Huxley; Arthur Koestler; Arnold P. Friedman; Macdonald Critchley; William R Gowers; A.R. Luria (fundador de la neuropsicología); Norman Geschwind y muchos otros.

EDUCACIÓN MÉDICA. Los estudiantes de medicina no deben estar sobrecargados de clases de instrucción formal; lo esencial se lleva a cabo junto a la cama del paciente escuchando, comprendiendo la historia de la enfermedad de los propios labios del paciente y haciendo las preguntas oportunas para conocer detalles. Hay que utilizar los ojos, los oídos, tocar, palpar, oler, establecer un vínculo físico y espiritual profundo, usar las

manos para explorar que a veces se convierten en herramientas terapéuticas. El proceso del diagnóstico no es sólo el seguimiento sistemático de un algoritmo. Las materias básicas de los estudios de medicina no preparan para la medicina de verdad. Los pacientes reales son a menudo irascibles, angustiados, llenos de problemas de todo tipo. Lo importante es visitar pacientes, escucharlos, intentar penetrar en sus experiencias y problemas o al menos imaginarlos, interesarse y responsabilizarse por ellos, mirar su calidad de vida y preguntarse si vale la pena vivir en circunstancias tan terribles como las enfermedades terminales. En 1950 en Inglaterra las universidades y las profesiones estaban saturadas y esto promovió una fuga de cerebros. El sistema médico en Estados Unidos tenía más envergadura y era menos rígido. En aquellos años podían expulsar a un médico del Colegio de Médicos de Inglaterra por entregarse a cualquiera de las cuatro Aes: alcoholismo, adicción, adulterio, anunciarse o publicar artículos médicos sin autorización. Los estudiantes y los jóvenes médicos deberían tener en sus lugares de estudio y práctica canales de comunicación científica para leer y discutir los últimos ensayos y resultados investigativos y discutir también los textos antiguos de los antecesores pese a que en la actualidad hay una tendencia manifiesta a considerarlos obsoletos y que el único conocimiento válido es aquel que no tenga una antigüedad mayor a cinco años; la medicina y la neurología en especial parecen carecer de historia. Las historias clínicas carecen hoy de la profundidad y de la riqueza informativa de antaño. La medicina experimentó una importante pérdida: las grandes descripciones y sus artífices parecieron desvanecerse. Se asume, injustificadamente, que los conocimientos antiguos o viejos son inservibles, piezas de museo o búsquedas inútiles de historiadores y de ratas de biblioteca. Este tipo de conceptualización se da también en la medicina y en las ciencias fácticas.

SANEDRÍN O CONSEJO DE ANCIANOS

Consejo y Concejo derivan ambos del latín concilium, se parecen en sus significados sin llegar a ser idénticos. Los concejos son grupos de personas, a veces corporaciones, que sesionan para debatir acerca de un tema y lo hacen en forma abierta convocando a todos los interesados en esas cuestiones o en forma cerrada, es decir, no participativa.

Los consejos son órganos colegiados en general no vinculantes con las decisiones que toman los gobiernos o las administraciones y a quienes informan sobre diversos asuntos, recomendando hacer o no hacer algo y pocas veces dirigen y administran en nuestro país organizaciones públicas aunque muchas de ellas en sus estatutos ordenan su presencia y actividad permanente. Esto último no significa cogobierno sino participación activa vinculante y con peso en la toma de decisiones.

Un porcentaje muy elevado de adultos mayores en nuestro país no tienen hogar, familia, compañía y no han tenido oportunidades para educarse por ello son tardos en aprender nuevas cosas, discurren y participan poco o nada, tienen grandes dificultades y necesidades de todo tipo e ignoran casi todo; en nuestra hermosa y colorida lengua se les denominaba mostrencos.

Estos viejos mostrencos no son clientes de nadie, no tienen coberturas de jubilaciones, pensiones, obras sociales; no pertenecen a instituciones; no son escuchados; casi no existen; no saben a quien recurrir; están invisibilizados.

Esta realidad no es nueva y por ello, hace bastante tiempo, en la Provincia de Salta se creó un “Consejo Municipal de Ancianos” (Ordenanza N° 7046/1994) en el Gobierno Municipal y la Legislatura elaboró la Ley 7006/98 creando un “Consejo Provincial de Mayores” dentro del propio Gobierno provincial cuyo ejecutivo promulgó y reglamentó con la participación de los interesados.

Sanedrín (o Consejo de Ancianos) es una palabra hebrea que se usó 300 A.C. al 200 D.C. El Sanedrín, en el Antiguo Israel, era una asamblea o consejo de sabios estructurado en 23 jueces en cada ciudad judía.

A su vez, el Gran Sanedrín era la asamblea o corte suprema de 71 miembros del pueblo de Israel. El Sanedrín era la Corte Suprema de la ley judía, con la misión de administrar justicia interpretando y aplicando la Torah, tanto oral como escrita. A la vez, ostentaba la representación del pueblo judío ante la autoridad romana. Herodes el Grande al comienzo de su reinado mandó ejecutar a gran parte de sus miembros porque el Consejo se había atrevido a recordarle los límites en los que debía moverse para ejercer el poder. Los reemplazó por personajes sumisos a sus deseos.

El Consejo o Sanedrín tuvo casi siempre relaciones fluidas con la administración Romana, gozaba de un relativo ámbito de autonomía y sus decisiones estaban por lo general en consonancia con la política romana. Entre los judíos de habla griega, se denominaba gerousía, “la asamblea de los ancianos” fue aparentemente el nombre común del Sanedrín, por lo menos al principio; en el hebreo post-bíblico el apelativo Beth-Din, “casa de juicio”, parece haber sido bastante popular. En realidad el término Sanedrín es griego y data de la época helenística, pero el concepto se remonta a la Biblia. En la Torá, Dios ordena a Moisés que "Reúna para mí setenta hombres de los ancianos de Israel, que sepas que son los ancianos y los oficiales del pueblo, y los llevarás a la Tienda del Encuentro, y ellos estarán allí contigo”.

Además, Dios ordenó a Moisés "poner las manos" (figura que implica un acto de "ordenación", unción, nombramiento). A medida que los miembros del Sanedrín fallecían, o dejaban de ser aptos para el servicio, nuevos miembros eran sometidos a ordenación (selección).

Fue en el año 191 antes de Cristo que el Sanedrín se estableció, siendo disuelto algún tiempo después de la destrucción del Segundo Templo.

El Sanedrín constaba de 71 miembros: el sumo sacerdote y 70 hombres prominentes del lugar. La naturaleza exacta del primer Sanedrín no está clara. Puede haber sido un cuerpo de sabios y/o sacerdotes, o de una institución política, legislativa y judicial. Sólo después de la destrucción del Segundo Templo el Sanedrín pasó a estar formado sólo por sabios. Se les llamaba “ancianos” en memoria de los setenta “ancianos” que formaban la asamblea formada por Moisés, pero también porque la mente popular le adjudicaba a la palabra una connotación de madurez de edad y respetabilidad.

Al final del período del Segundo Templo, el Sanedrín llega a su apogeo, al legislar sobre todos los aspectos de la vida judía, en los planos civil, religioso y político dentro de los parámetros establecidos por la Biblia y la tradición rabínica. Acerca de nuestro tema diríamos debatir, recomendar, supervisar y controlar el ejercicio práctico de las políticas sociosanitarias destinadas a los adultos mayores dentro de los parámetros establecidos por nuestras instituciones sanitarias y sociales con respeto por nuestra tradición y cultura propia dentro del contexto de la realidad regional del país y como auxiliar idóneo de las máximas autoridades geriátricas y gerontológicas existentes.

El problema de la reinstauración del Sanedrín o en nuestro caso de los Consejos de Adultos Mayores de Salta que están en plena vigencia pero que hace años que no tienen aplicación efectiva ni resultados prácticos reconocibles, radica en que, al interrumpirse su actividad, deben recrearse entes con autoridad suficiente y legítima y no nombrar a algunas personas como miembros de los Consejos según convenga a las circunstancias políticas del momento habida cuenta que la mayoría de las representaciones sectoriales están caducas y silenciosas desde hace demasiado tiempo.

No ha habido intentos serios, públicos e incisivos por parte de los adultos mayores de nuestra Provincia para restaurar y participar activamente en

estos organismos; siempre se espera que los llamen...o delegan en forma negligente e ingenua su propia representación dejándola en manos de instituciones que fundamentalmente ofrecen servicios como las obras sociales.

No es para nada conveniente llenar el vacío actual de estos Consejos con personas relacionadas directas o indirectamente con los que ejercen el poder; siempre existe el peligro de ser utilizados como una mera herramienta a su disposición. No se trata de proponer una resurrección nominal de los Consejos; de ser así, asistiremos a su propia y definitiva ruina y destrucción.

SINDICATOS DE PERSONAS MAYORES

Sindicato es una asociación de trabajadores, en nuestro caso de personas o adultos mayores ex-trabajadores, constituida para la defensa y promoción de intereses profesionales, económicos o sociales de sus miembros. La organización sindical tiene como objetivo ejercer la acción reivindicativa de los derechos de sus miembros.

El envejecimiento de la población en los países centrales, se utiliza para avalar la idea de que los gobiernos no podrán mantener el gasto necesario para atender la creciente demanda de atención médica y pagar las jubilaciones y pensiones de la población envejecida.

Los beneficiarios de este fondo, son, mayoritariamente, las personas que cotizaron a lo largo de su vida laboral contribuyendo en su momento a financiar las prestaciones que la seguridad social va pagando. Estas cotizaciones, son, precisamente, las que dan derecho a acceder a una jubilación o pensión, cuando a causa de la edad o por situación de invalidez, alguien queda fuera del mercado laboral.

Es evidente que atender a estas personas y garantizarles un salario previsional digno, es una responsabilidad del Estado.

Los ingresos de la Seguridad Social en la Argentina han sido suficientes para atender sus obligaciones con los jubilados y pensionados e incluso se ha acumulado un excedente, que mayoritariamente ha sido invertido en deuda pública. La Seguridad social, por lo tanto, no sólo no ha generado el déficit presupuestario sino que ha ayudado a financiarlo.

Es cierto que en determinadas situaciones, los ingresos recaudados con las cotizaciones pueden ser insuficientes. Pero llegado a este extremo, el gobierno siempre puede aprobar una transferencia de dinero hacia la caja única con lo que se recrean las condiciones necesarias para pagar todas las

obligaciones. De hecho, resulta difícil imaginar que esta transferencia superará, en ningún caso, a las astronómicas cantidades en concepto de intereses, que el Estado está pagando ahora por su deuda pública.

La riqueza material de un país, depende, en último extremo, de la cantidad de bienes y servicios que es capaz de producir. Con el tiempo, el crecimiento de la productividad proporciona los medios necesarios para mejorar el nivel de vida, ya que permite que la población pueda acceder a más recursos trabajando el mismo número de personas con el mismo número de horas o incluso menos.

En Argentina los mayores de 60 años representan el 13,3%, mientras que en la Ciudad de Buenos Aires alcanzan al 22% de la población.

Argentina responde a un patrón de envejecimiento europeo, con una baja tasa de fecundidad y una expectativa de vida cada vez más alta: con 2,3 hijos por mujer fértil, el país se acerca mucho a la "tasa de recambio", que es de 2,1. Ante este panorama el sistema de salud no está preparado para enfrentar una sociedad con un alto porcentaje de adultos mayores, ya que la vejez puede ser saludable pero tarde o temprano genera dependencia.

Actualmente en América Latina y el Caribe existen alrededor de 45 millones de personas mayores de 60 años de edad, muchos de los cuales son pensionados o jubilados.

El aumento notable de la esperanza de vida de la población argentina puede considerarse un éxito de las políticas sanitarias, pero implica un desafío para la seguridad social y los sistemas de salud por el costo cada vez más elevado de su atención médica.

En la Argentina hay apenas 2,5 personas en condiciones de trabajar (poco más de 16 millones de habitantes) por cada jubilado o pensionado. Además, como agravante, el 30% desempeña tareas en negro, por lo que no realiza aportes al sistema previsional ni a las obras sociales.

El costo per cápita en salud para quienes superan los 65 años es entre tres a cinco veces mayor que el que requiere el resto de la población; la atención demanda enormes recursos que complican aún más el financiamiento del sistema sanitario. Este proceso equipara cada vez más al país con los patrones demográficos de Europa, que ya enfrenta severos conflictos por el envejecimiento de sus poblaciones, que se suma a la debacle financiera y el riesgo de una recesión profunda.

Instituciones de Argentina prestadoras de servicios médicos como CEMIC, FLENI, OSDE, la fundación Favalaro y los hospitales Alemán, Británico e Italiano, entre otras instituciones- muestran estadísticas del sector privado, que indican que los afiliados de más de 60 años representan el 25,7% de su nómina y que absorben el 63% de los medicamentos. Además, el envejecimiento influye en los costos de la salud, ya que con una población de más edad aumenta la incidencia de ciertas enfermedades relacionadas con la vejez (Parkinson, Alzheimer, afecciones cardiovasculares, cáncer), y el elevado costo que tratarlas significa.

Gran parte del incremento del gasto sanitario es determinado por factores no demográficos, el envejecimiento es sólo un factor más, como la intensidad y calidad de la atención, las nuevas tecnologías médicas y los aumentos registrados en medicamentos e insumos.

La gran población de adultos mayores tiene un grado de organización muy baja, que no llega al 1%. Muy pocos sindicatos o asociaciones de trabajadores permiten que los jubilados y pensionados sean miembros activos, otros están organizados en asociaciones de pensionados, jubilados, envejecientes, retirados, de tercera edad, adultos mayores, etc., pero en su mayoría son organizaciones débiles, para los grandes y graves problemas que tienen los adultos mayores, tanto hombres como mujeres.

Hay que tratar de organizar la mayor cantidad posible de personas adultas mayores que no tienen ningún tipo de organización y que éstas tengan una

presencia activa y militante en todos los países y territorios de América Latina y el Caribe y especialmente en todas y cada una de las regiones en las que hay que lograr representaciones.

El Cono Sur de América tiene países donde existe la mayor tradición de estructuras sociales, como son los casos de Argentina, Chile, Brasil y Uruguay.

Las organizaciones de adultos mayores no son organizaciones sindicales tradicionales, sin embargo uno de los temas principales son las luchas por los salarios previsionales, los servicios de salud, alimentación y protección social.

Las organizaciones de mayores deben contar con orientaciones programáticas, ayudas técnicas y financieras, deben brindar servicios educativos, crear servicios sociosanitarios propios de atención integral, cercana y accesible y realizar acciones concretas personalizadas y comunitarias.

El cuerpo directivo de las organizaciones de mayores debe asumir las responsabilidades que aceptaron, dedicar tiempo para cumplir las tareas y responsabilidades que le corresponde a cada uno de los miembros.

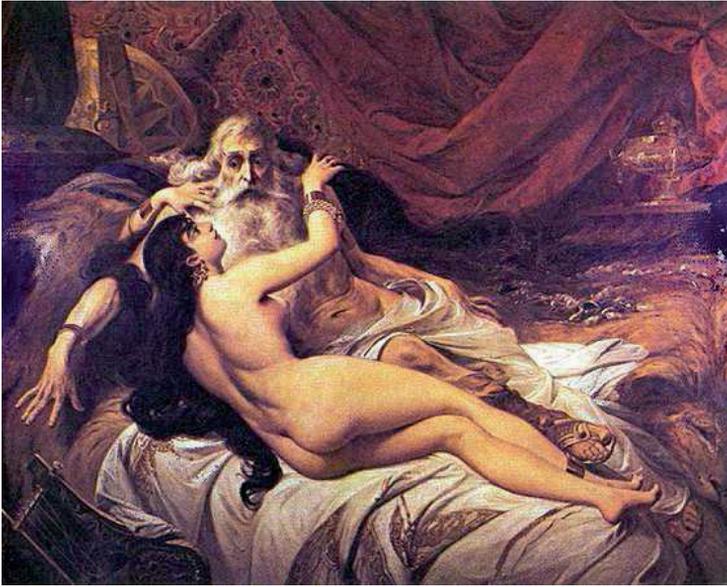
Las asociaciones de adultos mayores deben preocuparse en la promoción humana integral, en pensar y hacer en forma organizada, partiendo de las necesidades fundamentales de los afiliados, con un análisis de su situación concreta, planteamiento del problema, posteriormente hacer una reflexión en función de la determinación de las necesidades, una visión humanista de esa realidad, con planteamiento de las alternativas de soluciones posibles, concluyendo con acciones al alcance de los adultos mayores y velar por las necesidades, problemas y aspiraciones, principalmente de los miembros más débiles, indefensos y oprimidos (Clatjupam).

Considerando el número creciente de adultos mayores en condiciones físicas, psicológicas y sociales satisfactorias, para el ejercicio de una

actividad social, en beneficio de otros adultos mayores, debemos convencerlos de que tienen que asumir un papel activo en la vida y en la acción de la acción.

Dado el universo de los problemas irresueltos que tiene la mayoría de los adultos mayores de nuestro país es hora de organizarse, formar verdaderos sindicatos de personas mayores que deberán incorporarse a las luchas y a la reivindicación de los derechos que poseen pujando para obtener una aceptable justicia distributiva en términos económicos, sanitarios y sociales como cualquier otro miembro o grupo social de cualquier edad.

SUNAMITISMO



El rey David y Abisag la sunamita

Pedro Américo (1895 – 1905)

Siempre, desde muy antiguo, existieron perspectivas, anhelos y búsquedas de rejuvenecimiento; la búsqueda de la eterna juventud perdura hasta nuestros días. La sangre que circula en las venas de los jóvenes se utilizó en beneficio de los ancianos...Robert Desgabets fue el primero que concibió la idea de la transfusión de sangre; pocos años después, en 1664, Richard Lovers, el médico y fisiólogo inglés, efectuó con éxito el procedimiento, utilizando dos perros. Jean-Baptiste Denis, médico de la corte de Luis XIV, propuso intentar el atrevido experimento sobre la persona de seres humanos. El objetivo final era el rejuvenecimiento; y se creía que se lo alcanzaría

extrayendo la sangre envejecida e introduciendo sangre joven. La “renovación de la sangre”, ocasionó la muerte de varios pacientes probablemente por incompatibilidad de grupo sanguíneo y por ello se prohibieron nuevos experimentos de esta índole y las ilusiones del rejuvenecimiento se agostaron. Pero los seres humanos que lograban llegar a la ancianidad cavilaban y añoraban la juventud a través del recuerdo de antiguas primaveras, no podían resignarse a aceptar el curso natural de las cosas. Se volvieron hacia la Biblia, y repasaron cuidadosamente el pasaje del Libro Primero de los Reyes, en el que se relata cierto incidente de la vida del rey David:

Según dice el libro de los Reyes: “llegando David a muy avanzada edad (I Reyes, I, 1 y sig., 15.), no le era posible entrar en calor, aunque se pusiera mucha ropa”. Entonces se le buscó una virgen joven para que se acostara con él y le diera calor. Abisag la sunamita fue elegida para ello, pero el rey “no la conoció como esposa”. Esto sucedía unos mil años antes de Jesucristo. Abisag era una pobre muchacha que pasó a la historia de casualidad. Su hermosura inspiró ardiente pasión y entusiasmo a un hijo del rey David que se jugó la vida por ella y con ella se consoló de la pérdida de un reino.

El texto bíblico nada dice del método de rejuvenecimiento; probablemente se esperaba que el viejo rey se sintiera reconfortado por el espectáculo de la juventud que de ese modo se le administraba; esto despertó considerables esperanzas en los viejos y en los enfermos.

La historia de Abisag la sunamita condujo a la extraña moda del sunamitismo que conoció su apogeo en el París del siglo XVIII, cuando la moralidad de la época y el espíritu del siglo se hallaban en el punto más bajo, y los caballeros decrepitos alentaban la esperanza de recuperar su virilidad mediante esta cura tan peculiar. Madame Janus era el nombre de la proveedora de sunamitas en París; en su “instituto” esta mujer tenía cuarenta

jóvenes bien adiestradas. El precio de una cura era de dieciocho francos, la muchacha recibía seis, y madame Janus doce. La cura completa duraba veinticuatro días... mejor dicho, veinticuatro noches. Tres parejas de muchachas atendían el servicio, y se turnaban cada ocho días. La inteligente empresaria cuidaba los detalles: una de las muchachas era morena, y la otra rubia. Nadie hubiera podido objetar el asunto, pues sólo se empleaban jóvenes de irreprochable reputación y perfecta inocencia. De acuerdo con la concepción “científica” general, únicamente las doncellas estaban en condiciones de suministrar la cura... de lo contrario, podía temerse que hicieran más mal que bien. Para mayor seguridad, el cliente depositaba como garantía una suma importante; si no cumplía las reglas, perdía el depósito. La concepción de la sunamita en aquellos tiempos descubrió el medio de avivar el fuego de la vida y de encender la llama del entusiasmo como hoy lo pretende hacer la química, las prótesis, la pornografía, las organizaciones pagas que tratan los problemas sexuales... Restaurar el vigor, la virilidad, el “apetito” sexual del ser humano tanto en hombres como en mujeres en un marco de erotización permanente es la consigna. Pasar toda la ancianidad con dieta, soledad, pobreza, aislamiento social, falta de pareja, varios medicamentos en un dispensador con timer, con la ayuda profesional de cuidadores de lunes a lunes a tres por día en turnos de ocho horas cada uno (si se pueden pagar) no hay estímulo ni aliento rejuvenecedor que valga. Lo cierto es que el anciano, renueva su sangre cansada y gastada, y acelera el movimiento rítmico de su corazón en contacto permanente con los miembros jóvenes de su propia familia y de la comunidad que lo rodea. Naturalmente, la persona mayor debe seguir un sistema de vida adecuado y aplicar una dieta higiénica en principios nutritivos biológicos y emocionales. Bacon estaba en lo cierto cuando dijo que la juventud, la belleza, y la salud, si bien no transmitían el espíritu de la vida, por lo menos contenían la vida del espíritu, y por consiguiente rejuvenecían también al cuerpo.

Desde siempre, de las profundas oscuridades de la antigüedad, ha habido mujeres influyentes, predominantes y dominantes que han hecho historia tal como Abisag, la sunamita; Betsabé ó Bath-Seba, Jezabel y Judith entre otras, fueron mujeres realmente muy influyentes, tuvieron poder, valimiento y autoridad para obtener más poder, beneficios o ventajas de toda índole; actuaban, intervenían y obtenían muy buenos resultados; ejercieron predominio, fuerza moral e inspiraron gracias a sus dones particulares, seductores y deseables éxitos de todo tipo.

Según iba envejeciendo el rey David aumentaban las intrigas a su alrededor. David tenía preferencia por Salomón y en parte esto se debía a la dominación amorosa que Betsabé ejercía sobre él. Betsabé era muy bella, conquistada según algunos por adulterio pero todos reconocían en ella a una mujer de superior ingenio; ocupó en la monarquía un lugar sobresaliente; su hijo fue coronado rey por su mano. Cuando Betsabé entraba al recinto el rey se levantaba, iba a su encuentro e inclinándose mandaba colocar a su derecha un trono igual al suyo.

Según la tradición Betsabé apenas tenía sangre israelita; casada previamente con un hittita no inspiró a su hijo mucho celo por el culto de Jehová.

Salomón, hijo de David y Betsabé, empezó su reinado haciendo desaparecer a quienes podían molestarle hecho que era común y corriente en la política de aquellos días.

Adoniah, uno de los hijos de David, estaba prendado de Abisag, la joven sunamita que había dado calor a su padre. Según las prescripciones de época Abisag tenía que pertenecer al sucesor de David y en efecto pasó con todo el harén a manos de Salomón. Abisag era la joya del serrallo. Adoniah, que era el hermano mayor de Salomón, se consolaba de haber perdido la realeza pero no de haber perdido a Abisag y fue a buscar a Betsabé y le pidió que intercediera para que Salomón le diera a Abisag. Salomón se enfureció con este pedido y juró por Jehová que mataría a su hermano y para ello envió a

Benaiah, jefe de los Kreti-pleti, para matarlo. Quizás Salomón también amaba a Abisag o tan sólo buscó un pretexto para deshacerse de un rival. Salomón falleció después de haber reinado unos cuarenta años pero su obra fue pasajera no quedando casi nada después de él; su harén fue objeto de amargas burlas y el pueblo recitaba casi siempre la misma historia acerca de una muchacha de las tribus del Norte, encerrada por la fuerza en el harén de Salomón, altiva y obstinada y que a pesar de las seducciones del serrallo siguió siendo fiel a su pueblo y a sus recuerdos de la vida campestre; se elogiaba a la pastora y se maldecía al anciano rey libertino; la heroína se llamaba Sulamit.

El harén de David había sido poca cosa en Hebrón pero en Jerusalén aumentó con muchas esposas y concubinas de importancia muy desigual. La más activa y notoria de todas las mujeres fue Bath-Seba ó Betsabé que ejerció gran influencia sobre su marido David y aseguró el trono para su hijo Salomón; bajo el reino de Salomón representó el papel de sultana. Durante su reinado David no cometió actos de intolerancia religiosa; Betsabé le hablaba a David de Jehová como de su patrón o de su dios doméstico, nunca como el dios absoluto y exclusivo. Según iba envejeciendo David su harén se convertía en un nido de intrigas; Betsabé, capaz de todas las astucias, llegó a ocupar el puesto de esposa favorita y consiguió que su hijo Salomón fuese único heredero de la monarquía de Israel.

Dios escoge a una mujer para salvar y hacer el bien a un líder y a su pueblo y demostrar al mismo tiempo que nunca hay que despreciar al enemigo y afirmar que la mujer siempre es débil y vulnerable; suele ser más astuta que el hombre y, por cierto, el aspecto sexista del tema es evidente. “El Señor Omnipotente los aniquiló por mano de mujer” (16, 7).

El rey David había tenido varias mujeres y concubinas pero finalmente ninguna pudo dirigir su casa, gratificarlo en la intimidad, atenderle los servicios domésticos y “calentarlo” en la cama, quizá porque quizá todas

tenían sus ocupaciones con su casa y sus hijos y, sobre todo, porque eran ancianas.

Seguramente, ellas no querían al rey viejo, sino sólo aprovecharse de él, utilizando su cercanía como medio para el triunfo de sus hijos.

Esta historia tiene un triste colofón que muestra un rey anciano e impotente, a quien sus mujeres antiguas no cuidan, pero al que se le busca y encuentra una mujer joven que le pueda ofrecer los servicios más oficiales e íntimos.

Más triste es el destino de Abisag una mujer a la que no se le deja ser ella misma, sino que ha de estar al servicio de la política de otros, reyes y cortesanos.

Éste es el destino de una muchacha que será la última mujer de un rey que ha hecho siempre lo que ha querido, pero que ahora están manos de sus siervos.

No es el rey el que busca una mujer, pues ya no puede, sino sus siervos; ellos le buscan una mujer joven y bella, que pueda “calentarle” en sentido físico (quitarle el frío) y humano (encender su deseo), pues un rey sólo está verdaderamente vivo mientras mantiene su potencia sexual y puede tener hijos que hereden su trono; además, si el rey tiene un hijo heredero sus “siervos” serán regentes hasta que alcance la mayoría de edad.

Abisag la sunamita, debe cumplir y cumple otras funciones esenciales: habitar con el rey, en la intimidad del palacio, siendo su asistente de cámara y su administrador o mayordomo; nadie puede entrar ya en la intimidad del rey; sólo ella puede hacerlo y lo hace, llevando en sus manos las llaves del reino; actúa por tanto como ministro personal del rey, cuya casa administra, de forma que tiene en sus manos el destino del reino, que depende de sus manos, siendo así un peligro para las pretensiones políticas de otros. De esa manera, mientras Adonías y Salomón disputan el trono de su padre (cf. 1 Rey 1, 5-53), ella se ocupa de cuidar y administrar la casa del rey, de manera que cuando Betsabé viene a pedir audiencia con el rey, tiene que cursar su

demanda a través de Abisag, que está presente a lo largo de la audiencia. Pero ella no pudo mantener el poder, ni legarlo a sus hijos, pues el rey “no fue capaz de conocerla” ni de transmitir a través de ella su herencia real. Así aparece como mujer frustrada y atracción inútil para un rey anciano.

Abisag sunamita hermosa y sabia, fue llamada a ser el último ministro humano y político de un rey antes poderoso; aparece como figura trágica que no ha logrado levantar el deseo del rey, ni calentarle de verdad, viniendo a convertirse, cuando muere el rey, en figura de harén, un personaje triste pese a que Adonías, pretendiente real, quiso tomarla como esposa, pidiendo a Betsabé que intercediera ante Salomón, que le mató por ello. Abisag quedó al final sin un marido propio, en el nuevo harén de Salomón que quizá no volvió a acordarse de ella, pues tenía otras mujeres y ella debía serle odiosa, como contrincante de su madre. Sea como fuere, algunos han pensado que ella es la sunamita/sulamita del Cantar de los Cantares.

Estas son historias muy viejas pero que se parecen bastante a las más nuevas; como se ve es muy difícil ser originales por el tiempo transcurrido y el registro veraz o no de tanta historia y relatos acumulados.

VEJEZ, ACTIVIDAD CREADORA Y TRABAJO



86 años



83 años



Voluntaria social de 82 años



Rita Levi-Montalcini (1909-2012)

Premio Nobel de Medicina 1986

El tiempo nos devora a todos, científicos, intelectuales, artistas y gente del común, y además como si esto fuera poco, debemos desafiar aún en esta época dureza, furor, vértigo tecnológico...

“La vida tal cual la conocemos, es absurdamente breve. No alcanza para nada, ni siquiera para que lleguemos a sentirnos adultos. ¿Qué le conceden al creador? ¿Noventa o cien años en lugar de los clásicos setenta?” “En la imaginación nos liberamos de los límites, vivimos en la eternidad sin disminuciones físicas ni achaques” (Adolfo Bioy Casares).

“Es lícito pensar que seremos vencidos, no por la mortalidad sino por el desgaste que el tiempo inflige en nuestras páginas”. (Griselda Gambaro).

“Qué bien se te ve! Soy vieja pero no estúpida!” Respondió alguna vez Silvina Ocampo.

En muchas personas y aún en las edades muy avanzadas, la creatividad se mantiene en constante ebullición y desarrollo pese a la declinación física ineludible. Muchas veces, la involución, no se manifiesta en la imaginación creadora.

Eran y son todavía gente mayor creativa, para hablar con reconocimiento y afecto de algunos argentinos, Adolfo Bioy Casares (85), Antonio Berni (76), José Bianco (78), Carlos Gorostiza (91), Juan José Manauta (92), Ernesto Epstein (86), Agustín Alezzo (76), Elvira Orphée y María Elena Walsh (81), Angélica Gorodischer y Griselda Gambaro (83), Alfredo Alcón (81), Lydia Lamaison (97), Ernesto Sábato (100)...

Don Santiago Ramón y Cajal decía (El mundo a los ochenta años; Parte IV) “Quede sentado, pues, que hay muchos ancianos ansiosos de pensar y exteriorizar sus pensamientos, condensándolos en la letra de molde, sin detenerse a juzgar si son vulgares o interesantes ni si están condenados al naufragio y olvido irreparables. Admitido, pues, el hecho de que tales proyectos no pueden condenarse al ineditismo absoluto.

¿Prohibiremos al caduco, próximo al término de su carrera, las excursiones por el campo de la literatura, de la Historia del arte o de la erudición enciclopédica? Seríamos crueles. Quien ha consagrado buena parte de su vida a un orden de actividad intelectual siente en su cerebro el callado palpar de regiones postergadas. Una catarsis ideal o emocional puede ser provechosa para restablecer el equilibrio. Presa de esta comezón compensadora, muchos intelectuales avejentados gustan de explayar su imaginación por territorios limítrofes y aun distantes de sus inveterados fervores. Con ser grandes los defectos, tales lucubraciones encierran a veces alguna enseñanza”.

La actividad creadora es génesis y abismo creador; el mundo psíquico reprimido, estereotipado por hábitos, contenido por límites y perfiles destinados a objetos concretos, signado por pautas de conducta, se reorganiza, se reformula de otra manera, crea un nuevo orden y así descubre belleza o una verdad nueva.

La creatividad no se da casi nunca en un mundo alucinado o alienado, oprimido o carente de libertad; la creatividad se basa en la reestructuración permanente de los datos elementales preconscientes que están en la base de todo gran descubrimiento o de toda creación artística de envergadura.

La actividad creadora queda, muchas veces, impedida de realizarse por la mala o incompleta formación en la edad más oportuna para ello, por la falta de habilidad técnica, por la naturaleza paradigmática del conocimiento que se ha incorporado y utiliza, por miedo a la heterodoxia, por no poder escapar a los cánones de una ciencia, de un arte o de una técnica incompleta, por angustia generada en la insatisfacción producida por la relativa efectividad de esos conocimientos.

La creación que vincula creatividad con pensamiento, es una superestructura que oculta los componentes inarticulados simbólicos; el trabajo angustiante y doloroso de un encorvado obrero; el regocijo casi infantil ante el logro

obtenido; la rabiosa comprensión de que la obra es siempre inferior a lo soñado.

No hay creación sin formación, sin conocimiento y empleo de las técnicas, es decir, dominio del oficio; sin dura, tenaz y rigurosa disciplina; sin trabajo, sin sudor, sin una dosis de irracionalidad, sin una tensa implosión de la realidad, sin respeto por uno mismo y sin la intención de escrutar los propios fantasmas.

Si no conseguimos que el hombre cambie mejorando su naturaleza; si no capacitamos a cada generación para que transmita adecuadamente los conocimientos que posee a la venidera y si no ponemos en libertad el potencial creador de cada hombre, la cultura de nuestra civilización puede considerarse fracasada.

La actividad creadora es una de las respuestas que organiza el caos, que da direccionalidad a la existencia, que reencuentra los fundamentos del constructo de la humanidad, que da sentido a la vida.

La creatividad, el trabajo, el hacer, el estar activo desde el punto de vista relacional tiene que ser un deber para el adulto mayor sobre todo en los pueblos en vías de desarrollo; ellos deben decidirse a pensar y hacer por ellos mismos. El conformismo y la pasividad inhiben la capacidad de creación sumada a la soterrada “ayuda protésica” que a veces nos proporcionan.

Aceptemos que ser original e independiente exige un esfuerzo casi heroico; exige apartarse de la vida presurosa, del conformismo, de la banalidad, del ruido sin sonido. La creatividad no es una simple reorganización de las ideas sino que es, también, tránsito por un camino de evolución y enriquecimiento que supone ampliación de horizontes, apertura de puertas a nuevas empresas con un gran esfuerzo de síntesis, desafiando los presupuestos del pensamiento, el desorden y el desequilibrio.

El hombre es capaz de crear a lo largo de toda su vida y aún en los extremos o al final de ella. Para ello no debemos negar nuestra personalidad, hay que aspirar a poseerse uno mismo por entero con sus armonías y disonancias, y saber que tras una confusión hay un orden no encontrado.

Uno de los mayores obstáculos para la creatividad, la transformación y el cambio son las defensas y el miedo del grupo social frente a lo nuevo y sobre todo si proviene de los viejos; esto se origina en inconscientes angustias colectivas, prejuicios y estereotipos negativos.

A veces, la des-sexualización de la vida, a cualquier edad y especialmente en el envejecimiento, es sustituida por la actividad creadora o el trabajo (generalmente no remunerado). Los seres humanos tenemos cambios en la cualidad del vínculo amoroso preexistente con el mundo y hacia nuestro interior que se puede sustituir a veces por vínculos pasionales (como por ejemplo la pasión amorosa, la pasión política, la pasión creadora, la pasión por el juego, la pasión intelectual, la pasión deportiva, la pasión mística entre otros). Es necesario el vínculo pasional para la actividad creadora y el trabajo.

En la vejez, el trabajo ya no suele usarse como poder sobre otro, como soporte económico para subsistir, como obligación inexcusable, como vínculo alienante con las manifestaciones de la vida que nos rodea o porque estamos coartados o “quemados” por el medio o por el odio al trabajo, se genera la imposibilidad de sublimar o aceptar sin resignación lo que deviene en degradación y retorno intrasomático con producción de enfermedad y caos.

El trabajo y la actividad creadora es posibilidad de apertura para seguir teniendo proyectos; para insertarse en ellos, a pesar de que el ámbito laboral convencional sea negativo y aún cuando los espacios sociales habituales claudiquen o se deterioren.

Cuando la perspectiva del tiempo comienza a ser tomada más en función de lo que falta por vivir y surge la conciencia de la finitud, más intenso debería ser el activismo, el entusiasmo que no sólo proviene de lo interno sino también de cuánto hay de creativo o de identitario en el acto de trabajar.

Antes, mucho antes, de pensar en las posibles alternativas de despedirse de la vida con engreimiento, rezongo u honesto silencio y el aceptar el componente letal de la vida que es la pulsión de muerte, es bueno y trascendente justificar con actos creativos y buen trabajo nuestra propia historia individual.

La capacidad a tiempo y en forma para reconocer la finitud de la existencia y aceptar la pena que este descubrimiento produce, es quizás, el logro psicológico más grande.

Esto implica la aceptación de los límites de las capacidades físicas, intelectuales y emocionales en una síntesis que amalgama las adquisiciones con el enriquecimiento que acompaña al ejercicio de un sistema de ideales y valores. Es el momento en que se puede vislumbrar el resultado victorioso de la personalidad total durante la vida vivida.

Muchas de las frustraciones personales o colectivas, la desgana y la bronca en o por el trabajo se deben a que, muchas veces, las instituciones no funcionan bien porque no hay políticas institucionales o éstas están envejecidas; porque los salarios son bajos; porque no hay expectativas ni posibilidades de ir ascendiendo en un status profesional, técnico o simplemente laboral porque no hay carrera; porque los roles y funciones no están legitimados; porque la rutina y la cadena de “mandos” asfixia la creatividad e impide y sanciona la opinión porque se considera transgresora o desestabilizadora.

Si estos supuestos se dan aislados o interactúan, el recurso humano -el más importante de cualquier institución o empresa- se “desmotiva” para la tarea, la profesión o el puesto de trabajo; no hay desenvolvimiento del sujeto o del

grupo; todo y todos “se mueren” por haber perdido la motivación (latín; motio) que significa tendencia, apetencia, incitación o movimiento hacia algo. Previamente, surge el cansancio (la fatiga, la astenia) cuya presencia puede llevar al trastorno orgánico, psicológico, psiquiátrico o psicosomático de las individualidades y a la enfermedad institucional.

Esta fatiga, pronta y fácil, se presenta al inicio mismo del esfuerzo físico o intelectual al asumir la jornada laboral; se pierde el gusto y el interés por la tarea y se universaliza la desgana.

La motivación es toda condición interna en el individuo que le impulsa a la acción o al pensamiento; ésta influye sobre la voluntad para trabajar y hacer; la cantidad de energía para gastar en la tarea depende de la motivación que se encuentre en el trabajo. La energía para trabajar no está almacenada en el hombre, se obtiene a partir de la motivación; tampoco la energía se agota por el trabajo, sólo se gasta la parte asignada a una tarea determinada; la motivación controla la distribución de esta energía. Cuanto más elevada es la motivación más energía puede obtenerse y menor es la fatiga producida.

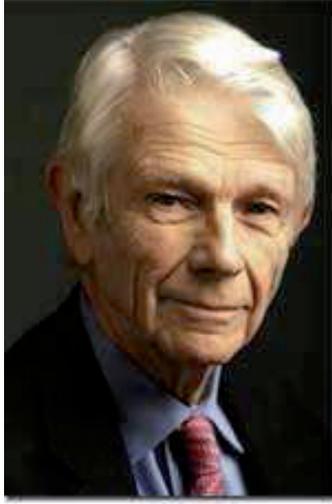
La mala actitud de cualquier profesional o trabajador puede deberse a:

- Desgaste de energía inconducente o sin objeto;
- Enfrentamiento con una realidad cotidiana que minimiza las expectativas individuales o grupales;
- Inadecuada ubicación aptitudinal porque no se ha contemplado en el rol laboral asignado su perfil socioprofesional, sus intereses y sus capacidades innatas;
- Existencia de conflictos sociales individuales o institucionales;
- Deficiente organización de la institución;
- Falta de comunicación; falta de información y existencia de tensiones interpersonales con frustración y agresividad.

De estas cosas y de muchas otras más surge la potencia creadora de fabricar síntomas en las instituciones y, muchas veces, este tipo de instituciones son

generadoras de procesos “patogénicos”, ayudan a enfermar y lo peor, es que lo consiguen.

VIEJISMO Y OTRAS COSAS



Robert Neil Butler
(1927 – 2010)

Resulta doloroso, intolerable, angustiante y desesperante para muchos de nosotros verse viejos y sobre todo que la gente que nos rodea nos vea y juzgue como tales. La adultez mayor y sobre todo el sobreenvjecimiento aún en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales es difícil de sobrellevar aún con excelentes soportes y ambiente protésico de comprensión, continencia y ayudas de afectuosos familiares y bienintencionados vecinos.

La sociedad que nos rodea ve a los adultos mayores como enfermos, seniles, deprimidos, asexuados, pasados de moda, diferentes, discapacitados, sin derechos, sin pertenencia, son los "otros", no importan mucho sus

necesidades económicas y sociales, no contribuyen a la sociedad, gastan demasiado, no producen, en el fondo no interesan y son una carga, son descartables, desechables, obviamente biodegradables y no pueden reciclarse...

Hace poco falleció el Dr. Robert Neil Butler, que además de su talento inigualable para estudiar el proceso del envejecimiento en todas sus variables, fue un militante gerontológico e hizo escuela; acuñó a través de la palabra castellanizada por el argentino Leopoldo Salvarezza el término "viejismo" que involucra el concepto trágico de la discriminación de las personas por su edad. La vejez para esta sociedad posmoderna es algo mal visto e intolerable; se llega a extremos límite en que menudean los abusos, el maltrato, el abandono, la exclusión y la violencia explícita hacia los viejos en todas sus variantes. Lo había intuido el escritor Adolfo Bioy Casares cuando publicó su novela Diario de la guerra del cerdo y nadie le creyó; tampoco creyeron en los '60 en la Argentina, a partir de la visión científica de pocos profesionales lúcidos, que se estaba produciendo una explosión demográfica de viejos que habría que atender, cuidar y sostener.

No se puede dejar de pensar en las paradojas de cuerpos jóvenes con mentes destruidas por algún deterioro, y cuerpos consumidos por el paso natural del tiempo o por alguna enfermedad, como el caso de Stephen Hawking, con mentes vivaces. Obviamente, la inteligencia fluida que permite adaptarse a situaciones nuevas de forma flexible sufre declive con los años. Pero la inteligencia cristalizada que depende del nivel de desarrollo que alcanzó esa persona a través del aprendizaje, mejora. El deterioro intelectual no es una evolución inexorable del paso de los años.

Pero así no piensa la mayoría de los argentinos, sociedad afectada por uno de los índices de viejismo más altos del mundo. El viejismo es el mismo prejuicio discriminatorio que se produce por cuestiones de raza, religión o hacia otros grupos sociales estigmatizados, pero con los viejos.

Se asocia la vejez a decrepitud y enfermedad, o a cansancio y lentitud intelectual, sin comprender que esa sinonimia de vejez no es una cuestión de edad, sino de conducta: sólo obturando sus deseos alguien se vuelve pasado. Se confunde juventud con novedad, problema clásico del posmodernismo, que, en su borramiento de las delimitaciones de los períodos de la vida, predispone a los niños a madurar antes de tiempo y a los adultos mayores a tatuarse imitando a los adolescentes y/o a ser padres cuando tendrían que esperar un poco para ser abuelos. Es una homogeneización etaria que omite cuánto tiene para aportar cada etapa de la vida al conjunto de la sociedad.

La sociedad actual tiene una tendencia a barrer siempre con todo lo anterior y una predisposición reiterada a valorar lo nuevo como mejor. Hay que establecer una rebeldía al discurso gerontológico que discrimina a los viejos. Como si fuera una militancia de género, de un sí mismo joven que pueda habitar un cuerpo viejo, interpelando los prejuicios de los demás sobre la edad. De los que no la ven asociada a la experiencia sino a lo senil, sin comprender que la vejez, como la juventud, es una categoría sociocultural que viene cambiando con los siglos. Hay que sublevarse a la clasificación “clase pasiva”. Hay que reconocer el lugar de la cuarta edad en nuestra sociedad, muchas veces tratada sólo como objeto de cuidado y no como sujeto. Pequeñas rebeldías de los viejos son la única forma de hacerse reconocer. Goethe decía que “volverse viejo es volverse invisible para la sociedad”. La vejez es una atrofia de futuro y no se puede hablar de proyectos cuando no hay futuro. Freud, en su texto *El porvenir de una ilusión*, colocaba dentro de la pulsión de vida la pulsión de transmisión, de elegir quién será el portador emblemático del legado. El deseo humano de reproducir su propia réplica no puede reducirse al campo biológico de los hijos genéticos. La entrega a un discípulo de símbolos identificatorios pone al ser humano a salvo de la ansiedad por la intrascendencia generacional y la amenaza de olvido. La antropóloga Margaret Mead –en su libro *Cultura y*

compromiso– explicó el funcionamiento de las sociedades a partir de la relación intergeneracional y las categorías resultantes como causa y consecuencia de la política:

Posfigurativas: el saber y el poder se les asignan a los modelos de conocimiento estipulados por los predecesores. Gran valoración de lo producido en el pasado. Los más viejos enseñan a los más jóvenes.

Cofigurativas: el saber y el poder se les asignan a los modelos de conocimiento producidos en el presente. Los padres y los hijos aprenden entre sí y buscan guías en pares de su misma edad.

Prefigurativas: tras una crisis social se produce una pérdida de referentes; el saber y el poder se colocan en lo que vendrá, con una inversión de roles, los jóvenes cumplen el papel de guía que antes se les asignaba a los ancianos.

Nietos, padres, abuelos y, en algunos casos, bisabuelos comparten un período de tiempo en promedio de ochenta años, que en el caso de Argentina coincide con la seguidilla de crisis que, arrancando en 1930 (independientemente de períodos de crecimiento), nos llevaron de ser la 7ª economía del planeta a la 24ª.

Las continuas devaluaciones de nuestra economía también devaluaron el valor de la memoria y del pasado. En la lucha política por la significación, por imponer saberes y consolidar estereotipos de poder, los “partidos políticos de la onda”, aquellos para quienes lo primero es ganar las elecciones, hicieron del viejismo una herramienta electoral.

El recambio de poder requiere un recambio de saberes. Pero lo nuevo y lo viejo no pasa por la estética, que apenas maquilla renovación, sino por tener realmente ideas nuevas. Las edades son una construcción social; hace un siglo no existía prácticamente la adolescencia porque a los 13 años, terminado el colegio primario, la enorme mayoría de los habitantes del planeta iba directamente a trabajar, y hace tres siglos casi tampoco existía la niñez porque se comenzaba a trabajar a la edad de la educación primaria.

Cada época transforma el significado del tiempo y en la nuestra lo que llamamos “el presente” tiene cada vez menos duración porque lo actual ya no son los temas que duran semanas o días, sino apenas horas. Los partidos políticos ponen a los jóvenes delante para que no se note la acumulación de fracasos pasados.

Corrido por el tiempo, el viejismo tiene una doble faceta, desvaloriza el pasado pero también el futuro, como no podría ser de otra manera si para vivir más intensamente el presente hay que olvidarse de que este presente será el pasado en el futuro. “El futuro es ahora”, propio del natural y lógico hedonismo juvenil, contagia a los adultos. En política esto se percibe en lo que podría sintetizarse como “pongamos a los jóvenes para que no se note nuestro fracaso”. Se muestra a los jóvenes en primer plano para no tener que hablar del pasado, controvertido para muchos. Después de tantas crisis, los nuevos enunciadores de fundamentos de estereotipos negativos con respecto a la vejez corren el riesgo de confundir edad con ideas.

Mario Bunge, filósofo, físico y epistemólogo argentino tiene 95 años cree que no deberían existir nombramientos definitivos en los cargos públicos y la cuestión radica en si uno sigue siendo útil a la sociedad. Mario Bunge sigue tan activo como siempre. El autor de *La ciencia, su método y su filosofía* (1960), *La investigación científica* (1967) y los ocho volúmenes de *Tratado de filosofía* (1974-1989), entre otros setenta libros, contesta mails, lee revistas científicas y sigue fiel a una rutina de trabajo diaria que incluye una siesta de no más de una hora. Bunge vive en su casa en Montreal, Canadá, donde reside desde 1966. “El año pasado publiqué mis memorias y ahora estoy terminando un artículo sobre filosofía de las ciencias. Además, acabo de inventar una teoría matemática de la solidaridad. El día que deje de trabajar me aburriré y escribiré cuentos”, asegura. Para Bunge, Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades en 1982, no todo el mundo envejece de la misma manera. “El gran químico Linus Pauling siguió

trabajando hasta los 95 años y publicó uno de sus trabajos más importantes a esa edad”, ejemplifica. En ciertos casos puede haber un límite de edad para que una persona pueda ejercer su profesión. Depende muchísimo de la persona. Hay gente que tendría que jubilarse a los 20 años y otros que pueden seguir trabajando hasta una edad avanzada como la mía.

Habría que someter a todos los profesores, jueces y funcionarios a exámenes periódicos. Propuse eso en la asamblea universitaria de la UBA hace muchos años y me silbaron. Pienso que no debería haber nombramientos definitivos porque hay mucha gente que una vez que alcanza la estabilidad en su trabajo deja de pensar. Eso ocurre no sólo en la Argentina sino en todo el mundo. Se discrimina por la edad y esto depende de la cultura de cada país. En Europa nunca hubo tal discriminación pero sí en EE.UU. No sé qué pasa en América Latina. Pero lo cierto es que algunos de los políticos europeos más importantes han sido tal vez demasiado viejos, como Charles De Gaulle o Konrad Adenauer. Al contrario, suele tenerse un respeto excesivo por los ancianos. En política no hay que hacer concesiones a los viejos. Otra cosa es en el subterráneo, donde hay que cederles el asiento. Pero en política no hay que ceder el asiento a nadie.

Hay que exigir honestidad y competencia. Por la explosión demográfica de la vejez se discute extender la edad jubilatoria a más de 65 años. La edad jubilatoria no debería tener un límite. En algunos lugares, como la provincia de Quebec, donde vivo, se puede seguir enseñando hasta cualquier edad. De hecho, yo me jubilé a los 90 y porque ya no escuchaba del todo bien. Lo que pasa es que a la mayor parte de los profesores no les interesa seguir enseñando, no les interesa el intercambio con los jóvenes.

La persona debería proponer y un tribunal de sus pares debería verificar si esa persona sigue siendo capaz de producir ideas o acciones originales. La cuestión es si uno sigue siendo útil a la sociedad. No hay una receta para mantenerse lúcido y activo a una edad avanzada. Lo único es seguir

estudiando, leyendo, discutiendo con gente joven. Por ejemplo, hace unos meses estuve en Grecia y ahí se me acercó un chico de 14 años muy interesado por la astrofísica. Nos reuníamos todas las semanas. El me hacía muchas preguntas interesantes sobre agujeros negros y en ocasiones con sus planteos me hacía pensar. Para mí el intercambio fue tan fructífero como para él. Uno de los motivos por los que dejé de enseñar a los 90 años era que me había vuelto más sordo. Era muy difícil mantener una conversación en clase. Pero otra cosa es mano a mano. Por eso me jubilé hace cinco años como profesor en la Universidad McGill. De lo contrario, hubiese seguido dando clases.

Para muchos, ver a un viejo es verse a sí mismo más adelante y esto resulta espantoso y produce pánico. Los viejos que siguen envejeciendo en forma exitosa sin son cultos, educados y pretendidamente intelectuales viven más tiempo, mejor y si tienen notoriedad hasta pueden ser aceptados aunque no todo el tiempo. Mucha gente no puede aceptar la enfermedad, el envejecimiento y la propia muerte; estas situaciones se procesan para bien o para mal dentro del contexto cultural que nos rodea, nos identifica y hasta nos determina. La única manera de evitar este verdadero embrollo es morirse joven, pero no vale la pena perderse la fiesta de una vida larga y bien llevada.

RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

Cualquiera que entre, se desplace y transite por la mayoría de las residencias para adultos mayores, geriátricos u hogares para ancianos de nuestro país sentirá un profundo desasosiego, impotencia y tristeza porque no ofrecen bienestar y calidad de vida. Esta es la percepción más habitual que debe ser modificada y corregida con el trabajo institucional de cada día, cuidando cada detalle, para conseguir instalar ese estado ausente para las personas mayores individualizadas y para su vida comunitaria que, por otra parte, es el deseo más solicitado y compartido por los adultos mayores.

El sector poblacional de las personas mayores es muy numeroso y necesita en forma creciente y progresiva atención sanitaria y social, aprendizajes y entrenamientos permanentes para mantener su autonomía, la autoestima, alejar la discapacidad y evitar la exclusión social.

Es hoy imposible volver a la atención y al cuidado tradicional de los adultos mayores por parte de sus familiares; actualmente los servicios sociales del estado y las instituciones vinculadas con los servicios destinados a los adultos mayores deben compensar este déficit.

El ideal sigue siendo que las personas mayores sigan permaneciendo en sus hogares el mayor tiempo posible con la ayuda de los servicios sanitarios y sociales contando con la contención afectiva del entorno y las condiciones básicas de derechos y seguridad ciudadana, con la presencia de un entorno adecuado, la familia que es insustituible y de ser necesario el apoyo del voluntariado social.

Lo peor que le puede suceder a un adulto mayor cuando no hay una expresa e inequívoca razón o varias razones de peso para su institucionalización es ponerlo, obligarlo sin su consentimiento, depositarlo en esas residencias donde abundan los viejos excluidos donde se vive en un verdadero gueto aunque sea bonito, costoso y protésico.

La fatal, irrenunciable e irreversible vejez debe ser cuidada hasta que los días tengan fin; con el paso del tiempo hay cada vez más personas de mayor edad y será necesario contar con más recursos y más gente capacitada para atenderlos. Es infructuoso tratar de combatir la vejez y la muerte aunque el hombre posea la ingenua ansia de la vida eterna.

Cada ser humano tiene su propia muerte que es personal e intransferible y nadie hasta ahora ha adquirido el derecho a la eternidad. El envejecimiento de la población se acelera, la población activa disminuye, la combinación de una menor población activa y una mayor proporción de jubilados y pensionados está suscitando tensiones y desajustes en el sistema previsional y en el estado de bienestar.

Se debe promover un envejecimiento activo, preservar y sostener una vida digna pese a la edad avanzada y las discapacidades que puedan surgir, estimular la independencia y la participación en la vida social, económica y cívica, reformular y actualizar en forma permanente los sistemas de la seguridad social para poder ofrecer jubilaciones y pensiones dignas y sostenibles, recrear los pactos de solidaridad intergeneracional, estimular la organización de los mayores en la sociedad civil en movimientos, asociaciones o centros sociales.

Las residencias para mayores tienen que ser lo más parecido a la propia casa; las habitaciones deberían poseer una parte al menos del mobiliario, los objetos, los adornos, los cuadros, los libros, las fotografías que han

acompañado al adulto mayor a lo largo de su vida; éstos son símbolos con contenido afectivo y sentimental a lo que siempre conviene sumar la participación en las actividades comunitarias de la residencia aunque muchas veces se generen desencuentros y malos entendidos que son frecuentes en la convivencia diaria en las residencias. Tener casi todo lo que uno desea y ser independiente da felicidad entendiendo, al mismo tiempo, que la autonomía y la individualidad no debe convertirse en aislamiento social de todo esto depende el equilibrio vital que permita vivir en una residencia compartida que suele ser la última morada para la inmensa mayoría de los adultos mayores.

DEL ADENTRO Y EL AFUERA DE LOS HOGARES PARA ANCIANOS

El imaginario individual, grupal y social acerca del acontecer de las personas mayores residentes en el adentro y afuera adolece de extrañamiento, diversidad interpretativa y miradas con afirmaciones contradictorias.

Una persona que visita un hogar para ancianos, aunque sea vieja, es “gente de afuera” por el semblante, la actitud, la vestimenta, el empaque... Adentro, sólo hay gente vieja y muy vieja; algunos están bien otros mal; todos tienen un registro con sus datos y las etiquetas diagnósticas de sus polipatologías clasificadas numéricamente por el designio taxonómico de la OMS.

Los residentes que se “adaptan”, a poco andar, adquieren una cultura de base institucional y muchas veces sus propios valores y costumbres se sumergen en el sistema de control social que impone la institución.

Poco a poco se proyecta y equipara el mundo interno institucional con el externo y los mayores viven un proceso de “resocialización” dentro de los paradigmas de la residencia y reelaboran una cosmovisión adaptativa.

El afuera estigmatiza, margina y aísla a los residentes delegando en el cuerpo profesional y técnico de la residencia la atención, los cuidados y los mínimos necesarios para la supervivencia. El adentro no ofrece resistencia y soterradamente consiente la deconstrucción de la identidad individual.

Las “puertas abiertas” de las instituciones no impiden del todo la atmósfera de reclusión y aislamiento. Quien intente penetrar en un hogar para ancianos o residencia para mayores será detenido inmediatamente por una barrera, personal de seguridad lo identificará y deberá explicar a quién, por qué y para qué se propone visitar a un residente. Otras barreras suelen ser representadas por un largo muro, tupida y extensa arboleda, cercos de vegetación que constituyen defensas protectoras para el adentro y para el afuera.

En el fondo, salvo excepciones, las residencias para mayores son instituciones “totales” que funcionan como un lugar de residencia y trabajo y donde un número grande de personas mayores en más o menos igual situación viven aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo hasta que sobreviene la muerte y, mientras tanto, comparten una rutina diaria administrada formalmente.

En general, la institucionalización de mayores tiene efectos deletéreos sobre las capacidades funcionales y el psiquismo; las motivaciones y las actitudes en un contexto de resocialización institucional forzosa generan una serie de hábitos que atentan contra la calidad de vida individual.

Este tipo de significaciones no sólo deben ser atribuidas a los residentes sino también al personal – profesional o no –que desempeñan tareas en las instituciones.

Una persona mayor institucionalizada pierde los hábitos normativos del mundo de afuera, descuida su persona, olvida las normas, transgrede pautas sociales; de alguna manera se deshumaniza.

Los procesos de institucionalización que pueden llevar a la cronificación, son procesos diametralmente opuestos a la habilitación y calidad de vida.

En nuestro país, aún hoy y pese al crecimiento sociodemográfico de personas mayores y muy mayores, no se han construido políticas nacionales de Estado gerontológicas que emitan señales, apoyen, acompañen y sostengan la permanencia de los mayores en sus hogares y en su comunidad teniendo en cuenta además y de acuerdo con nuestra realidad, que las familias, mayoritariamente, no pueden acompañar el proceso de envejecimiento de sus allegados.

El residente, se va culturalizando dentro de los códigos de la institución generando por un lado la adaptación dentro de dichos códigos pero ocasionando al mismo tiempo e inevitablemente una progresiva “institucionalización – cronificación”.

El residente, con el transcurso del tiempo se discapacita funcionalmente, se convierte en un dependiente del cuidado de los otros; el personal si no es cuidado y “tratado” debidamente se torna rígido, cristaliza su mirada, se resiste a los cambios y a la puesta en marcha de nuevas acciones.

El residente que no se vale por sus propios medios, que depende de otros para su supervivencia, que tiene alguna imposibilidad física o despliega hábitos sociales inapropiados es segregado en el “adentro” todavía más adentro; la interlocución desaparece en el adentro y en el afuera se hace absoluta y definitiva.

Para muchas personas mayores, el primer contacto con una institución es sumamente traumático; impresiona la condición de las otras personas mayores y se vivencia un estado de crisis personal al reconocer en uno mismo la condición de viejo a través de la vejez de los otros.

El componente biomédico, cuando prevalece en las propuestas de actuación de las instituciones, es tomado e incorporado por los residentes que en forma inconveniente reformulan su discurso y asumen una posición actitudinal de patologización permanente de la propia vida cuando lo que hay que lograr es un modelo de competencia, de aptitud para, de capacidades para un funcionamiento adecuado para el contexto del adentro como el de afuera todo el tiempo que sea posible.

Los atributos de capacidad, potencialidad, adecuación, la participación en un espacio construido, un modelo propio de vida que funcione, la preservación de la propia identidad, la habilitación para valerse por los propios medios, la estimulación de las habilidades cognitivas evitando la cronificación y el ritualismo, son las herramientas para integrarse en el adentro y en el afuera.

La residencia, para muchas personas mayores, suele ser una familia sustituta que da albergue, alimenta y cuida, sugiere ocupar el tiempo en tareas adecuadas a elección voluntaria, insta, alienta, vigila, controla procurando no infantilizar ni destruir roles ni alejar a las personas del afuera aunque éstas no puedan salir definitivamente de la institución.

Es necesario revisar viejos paradigmas y construir nuevos en el tratamiento sociosanitario de las personas mayores institucionalizadas donde, si no se cambia, podemos llegar a no poder diferenciar las condiciones de contención de las del padecimiento inhibiendo la capacidad de funcionar en un contexto diferente.

Hasta donde se pueda, es mejor para todos relacionar a las personas mayores residentes con el afuera y con personas de toda edad ahuyentando la dependencia y dando, todo el tiempo, oportunidades de autonomía.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

En la Argentina poco se ha avanzado y no funcionan en cantidad y calidad suficientes servicios de atención integral domiciliaria para adultos mayores. Los pacientes adultos mayores deberían recibir la visita en sus domicilios todas las semanas, en distintos días, de un equipo interdisciplinario integrado por médico, enfermera, trabajadora social, extraccionista y, en algunos casos, psicólogo o psiquiatra. Todos ellos, de uno en uno, tocan el timbre de la puerta asignada con un único objetivo: mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.

A partir del término de una última internación lo mejor para el adulto mayor y para las instituciones de servicios sanitarios es recibir la asistencia en la casa así ya no se sufre el desgaste de los traslados y lo penoso del zangoloteo en la ambulancia, se administra y controla la medicación, se ayuda con las gestiones y trámites para conseguir la silla de ruedas, el oxígeno, un soporte y ayuda económica...

Este tipo de servicio enseña, asesora y pone en práctica todo lo que se vincula con la organización en la atención de la persona enferma. La enfermedad no sólo recae sobre quien la sufre, sino también sobre todos los que lo rodean. El sistema enseña a contener, a manejar estrategias acerca de qué puede hacer cada uno, cómo repartir las responsabilidades, o cómo lograr la participación de algunos integrantes del grupo familiar que quizá quieren acercarse, pero no saben cómo y por eso se sienten culpables, cuando en realidad tal vez pueden ayudar haciendo una tarea que, aunque pequeña, los ayude a sentirse partícipes.

El creciente proceso de envejecimiento poblacional en Argentina, y el hecho de que más de la mitad de los pacientes geriátricos sufre alguna discapacidad funcional que suele dificultar enormemente su traslado hasta los lugares de atención, y que a menudo sus esposas o maridos están en condiciones igualmente frágiles de salud sugiere la necesidad de proporcionar servicios integrales de atención domiciliaria a los adultos mayores.

Un equipo multidisciplinar de profesionales y técnicos del servicio de atención domiciliaria debería visitar cotidianamente los pisos de hospitales, clínicas y residencias para mayores y analizar, entre los pacientes internados, quiénes reúnen los criterios para ingresar a un Programa de Atención Domiciliaria:

Primer grupo: son aquellos con enfermedades avanzadas, incurables y progresivas, como algunos casos de cáncer, patologías respiratorias y cardíacas, neurológicas degenerativas.

Segundo grupo: son los pacientes con patología aguda, como los operados (en particular, de cadera), o que padecen alguna infección ya diagnosticada y que requiere un tratamiento prolongado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a los Cuidados Paliativos (puesto en marcha para acompañar a los enfermos terminales durante su proceso final) como el modelo apropiado para asistir a los pacientes que padecen estas enfermedades, porque es un enfoque muy humanista que busca una unidad asistencial entre el paciente y sus seres queridos desde un abordaje interdisciplinario, que atiende las dimensiones física, psicológica, social y espiritual.

Este tipo de servicio evita las hospitalizaciones prolongadas, los desplazamientos innecesarios y las consultas en la guardia o en consultorios externos, saturando los servicios.

En los EE.UU el gasto al final de la vida consume del 10 al 12% del presupuesto en salud y el 27% de las arcas del Medicare (el seguro en el que capita la mayoría de las personas mayores en ese país). Aparece claro que buena parte de los recursos del sistema de salud se destinan a prolongar artificialmente las vidas, más allá de los deseos de los propios pacientes, y con alto costo en términos de sufrimiento y de recursos.

DESEOS DE UNA VIEJA O VIEJO

- Deseo que se porten bien conmigo,
- Deseo que me hagan sentir que soy amado, que soy útil todavía y que no estoy solo ni abandonado,
- Deseo permanecer en mi casa o en la de mis seres queridos aunque esto ocasione pequeñas incomodidades,
- Deseo que cuando como a la mesa con otras personas me den conversación aunque apenas conteste a ello o no hable,
- Deseo, si estoy en un Hogar para Ancianos, porque no había otra alternativa, me visiten a menudo,
- Deseo que no se interesen por lo mucho, poco o nada, de dinero o propiedades que pueda dejar después de mi muerte,
- Deseo que me amen por lo que soy, y no por lo que tengo,
- Deseo que me den comprensión y cariño en esta última etapa de mi vida, aunque tal vez yo, no haya sido comprensivo y cariñoso,
- Deseo que no se bromee por mi paso vacilante y mis manos temblorosas,
- Deseo que me hablen despacio y claro y que comprendan que no oigo ni me acuerdo de las cosas como antes,
- Deseo que no se burlen cuando tropiezo o derramo algo, porque mis ojos se están nublando,
- Deseo que me ofrezcan el asiento, la preferencia en la acera y respeten mi paso lento al cruzar la calle,
- Deseo que tengan tiempo y paciencia para escucharme aunque lo que diga no tenga importancia y lo haya repetido muchas veces,

- Deseo que me recuerden los éxitos y los aciertos de mi vida y no me hablen de mis errores y fracasos,

GRACIAS, MUCHAS GRACIAS POR ATENDER ESTOS DESEOS
ALGÚN DÍA, ES SEGURO, OTROS LO HARÁN POR TI.

A LA HORA DE LA VEJEZ



Brigitte Bardot (1934-)





“A medida que pasa el tiempo empezamos a ver la infancia como un paraíso perdido y la juventud como un tiempo en que no supimos hacer lo que soñábamos; después es demasiado tarde y a cualquier tontería le llamamos experiencia” decía Osvaldo Soriano en su libro “*La hora sin sombra*” (Editorial Norma S. A. ; Buenos Aires; 1995).

El pasado tiene un significado alegórico, es un relato moldeado por el deseo. El ayer de una persona es escurridizo y dudoso. La vejez nos iguala en su humillación. Llega un momento inexorable en el que todo se cae, se achica, se apaga.

“Lo verdadero puede a veces no ser verosímil” afirmaba Nicolas Boileau Despréaux (1636 – 1711) en su teoría literaria *Art poétique* (1674).

Se puede ser persona mayor y no haber crecido. Es mejor vivir en un intenso presente y sobreponerse una y otra vez a las adversidades e infortunios sin la hipoteca del propio pasado.

La memoria selecciona retaguardias del presente y claves de deseos no concretados cuyo significado podemos descifrar espantando, si es posible, la ferocidad de los recuerdos. A una vida mal vivida no hay manera de remediarla.

Juan Gelman escribió: “conocerse es difícil, pero pensarse es horrible”; hacer un balance final puede llegar a ser un terrible desastre íntimo y doloroso.

La mayor depredación es la vida misma. La soledad, el dolor y la incertidumbre son moneda corriente en la mayoría de los viejos; si no se los escucha y acompaña se degradan, involucionan, se cosifican y pierden dignidad y autoestima.

La juventud es efímera; ya viejos estamos sin padres, sin infancia y con nuestro pasado a cuestas; sólo nos queda afrontar y aceptar lo que somos.

BIBLIOGRAFÍA

Arechederra, J. J. y otros: Bioética, psiquiatría y derechos humanos; Edit. International Marketing and Communications, S.A.; Madrid; 1995.

Barcia Salorio, D.: Antropología y vejez; Imp. Gráficas del Llobregat, S.A.; Madrid; 1992.

Barclay, L.: Clinical Geriatric Neurology; Lea & Febiger; USA; 1993.

Bazo, M. T.: La ancianidad del futuro; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1992.

Beauvoir, S. de: La vejez; Edit. Sudamericana; Buenos Aires; 1970.

Bermejo, F.: Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1993.

Bioy Casares, A.: Diario de la guerra del cerdo; Edic. Altaya, S.A.; Barcelona; 1969.

Blanco, R. A.: Seguridad social y tercera edad; Rev. Escenarios para un nuevo contrato social; Número 2; pág. 18-40; Buenos Aires; octubre; 2002.

Bobbio, N.: De senectute y otros escritos biográficos; Edic. Santillana, S.A. Taurus; Madrid; 1997.

Bronfman, M. Y Tuiran, R.: La desigualdad social ante la muerte; Cuadernos Médicos-sociales; 29-30; Rosario; 1984.

Cacabelos, R.: Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica; J. R. Prous Editores; Barcelona; 1991.

Ciceron, M. T.: De la vejez; Edit. Porrúa, S.A.; México; 1993.

Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento 5ª; Mar del Plata; Argentina; Libro de Resúmenes; 2000.

Díez Nicolás, J.: Los mayores en la comunidad de Madrid. Estudio sobre las necesidades y recursos para la tercera edad; Fundación Caja de Madrid; Madrid; 1996.

Documentos Técnicos No. 40/1986: Proyección y contenido de un centro residencial para la tercera edad; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1986.

Dominguez, Ligia J.; Bevilacqua, Maurizio, DiBella Giovanna y Barbagallo, Mario: Disfunción tiroidea en adultos mayores; J Am Med Dir Assoc 2008; 9: 9-17.

Estatuto básico de los centros de la tercera edad del INSERSO; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1993.

Fernández-Ballesteros, R.: Mitos y realidades sobre la vejez y la salud; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1992.

Fernández-Ballesteros, R. y otros: Qué es la psicología de la vejez; Edit. Biblioteca Nueva, S.L.; Madrid; 1999.

Ferrey, G., Le Goues, G. y Bobes, J.: Psicopatología del anciano; Edit. Masson, S.A.; Barcelona; 1994.

García Más, M-P.: Consumo de sustancias tóxicas en la tercera edad. Estudio sociológico; Instituto Nacional de Estudios Sociales; Madrid; 1988.

Giurgea, C.E.: Envejecimiento cerebral; Edit. Masson, S.A.; Barcelona; 1995.

Goda, G. y Junod, J.P.: La psicología del paciente anciano; Folia Psychopractica Roche; Buenos Aires; 1981.

González García, G. y Tobar, F.: Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina; Buenos Aires; Grupo Editor Latinoamericano – ISALUD; 1997.

Guiu, J. M, Culebras, A. y Román, G.: Nuevos conceptos en demencia vascular; J. R. Prous Editores; Barcelona; 1993.

Heumann, L. F. y Boldy, D. P.: Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1995.

Identificación de condiciones de riesgo en adultos mayores a partir de datos de ingreso y cobertura de salud por provincias; Presidencia de la Nación; Secretaría de la Tercera Edad; Dirección de Gestión Estadística; Buenos Aires; 1999.

Jorm, A. F.: La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1994.

Kane, R. A. y Kane, R. L.: Evaluación de las necesidades en los ancianos; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1993.

Katz, I. F.: La tercera edad; Edit. Planeta Argentina SAIC; Buenos Aires; 1992.

Kliksberg, B.: Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial; Fondo de Cultura Económica, S.A. DEC.V.; México; 1993.

Laín Entralgo, P.: La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico; Salvat Editores; S.A.; Barcelona; 1961.

Mantegazza, P.: Elogio de la vejez; Edit. Orientación Integral Humana; Buenos Aires; 1946.

Moragas Moragas, R.: Gerontología Social; Edit. Herder; Barcelona; 1991.

Najman, J.: Health and poverty: past, present and prospects for the future; *Social Science & Medicine*; vol. 36; No. 2; Gran Bretaña; 1993.

Nallim, Félix Eduardo: Gerontología y geriatría. Guía práctica de experiencias cotidianas; Argentina; Mendoza; 2003.

Ortiz Alonso, T.: La enfermedad de Parkinson. Ejercicios de rehabilitación psicomotriz; Fundación Caja de Madrid; 1995.

Paillat, P.: Sociología de la vejez; Edit. Oikos-Tau; S.A. Ediciones; Barcelona; 1971.

Parreño, J. R. y otros: Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1990.

Peirats, B. y Llopis Goig, D.: Informe técnico 2. Jubilación. Expectativas y tiempo de ocio; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1996.

Pérez Díaz, J.: Informe técnico 3. La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1996.

Plan Gerontológico. Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO; Madrid; 1993.

Primeras Jornadas Internacionales para una mejor conciencia gerontológica; Buenos Aires (Argentina) (18-20 de mayo 1998); Edit. A.M.A.O.T.E.; Buenos Aires; 1999.

Redondo, N.: Ancianidad y pobreza; Edit. Hvmánitas; Buenos Aires; 1990.

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría: Año 17; 18; 1998.

Rolla, E. H.: Senescencia. Ensayos psicoanalíticos sobre la tercera edad; Edit. Galerna; Buenos Aires; 1991.

Salvarezza, L.: Psicogeriatría. Teoría y clínica; Edit. Paidós; Buenos Aires; 2002.

Sanguinetti; Pablo: Ser pobre en un país rico: en Alemania, no todos gozan del boom de la economía; Diario La Nación; 28 de febrero; 2016.

Strejilevich, Leonardo:

Strejilevich, L., Cino, R. C. y Zea, E.: La seguridad social en Latinoamérica; Sesenta y más; Publicación del IMSERSO; Ministerio de Asuntos Sociales de España; No. 117, enero, pág. 35-36; Madrid; 1995.

“Fundamentos de neurología. Morfología y bioestructura funcional. Propedéutica para una neurología y neurocirugía integrada”; Editorial COBAS. Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños; Salta (Argentina); 1994.

“La vejez. Aspectos biopsicosociales y tecnicopolíticos” Editorial Víctor Manuel Hanne Editor; Salta (Argentina); 1998.

“Gerontología social”; Editorial Dunken; Buenos Aires; 2004.

“Aportes para una sociología argentina”; Editorial Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN), Secretaría de Cultura y Publicaciones, Secretaría d Coordinación de Interior y Delegación Regional Salta; Colección UPCN en las Letras, Buenos Aires; 2005.

“La curación por el espíritu”; Abordajes y perspectivas 5; Ministerio de Educación de la Provincia de Salta – Secretaría de Cultura; Salta; Argentina; 2007. Primer Premio Ensayo, en los Concursos Literarios Provinciales 2006, organizados por la Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta. <http://www.lulu.com/content/e-book/la-curaci%c3%93n-porelesp%c3%8dritu/9979326>

“La vejez en la patria morena”; Prólogo del Dr. Félix E. Nallim. www.gerontogeriatría.org.ar. Trabajos Publicados Año 2008; pág. 9; agosto; 2008.

“Los viejos de salta”; Premio “Senador J. Armando Caro” 2010; <http://www.lulu.com/content/e-book/los-viejos-de-salta/9982258>

“Apuntes de gerontología”; ISBN 978-1-257-10358-4; e-book; <http://www.lulu.com/content/e-book/apuntes-de-gerontolog%c3%8da-segunda-edici%c3%b3n/10090973>

“Gerontología”; Editorial Académica Española; 2012.

ISBN 97838473-6586-0.

“La violencia”; Secretaría de Cultura; Salta; Argentina; 2012. Primer Premio Ensayo, en los Concursos Literarios Provinciales 2012, organizados por la Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta.

“Odisea por el cerebro”; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-8484-6348-0.

“Educación y cultura”. Herramientas esenciales para el desarrollo social y la construcción de ciudadanía; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-08725-7.

“La muerte”. Una propuesta para el regocijo con la vida; Editorial Académica Española; ISBN 978-3-659-09672-3; 2015.

Strejilevich, Samuel Mario: Temas de psicogeriatría; Ediciones 1919; Buenos Aires; 1990.

Strejilevich, Samuel Mario: La vejez no es una enfermedad; I.N.S.S.J.P. Los grandes hombres y los grandes temas – No. 4 Comunicación social – I.N.S.S.J.P.; mayo; Buenos Aires; 1993.

Woods, R. T.: La enfermedad de Alzheimer; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1991.

Zayas, I. y Pérez Caballero, L.: Informe Técnico 1. Jornadas por una vejez activa. Grupos de ayuda mutua. Familia y vejez: mitos y realidades. Cultura, tradiciones y arte. Voluntariado; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1995.



leonardostrejilevich@hotmail.com

Leonardo Strejilevich

Médico

**Master en Gerontología
Universidad Autónoma de Madrid**

**Dedicado a la
neurogeriátria y gerontología**

Periodista científico

Ensayista

**Ex – Docente Facultad de Medicina y
Facultad de Farmacia y Bioquímica de la
Universidad de Buenos Aires**

**Ex – Profesor Regular Adjunto
Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Nacional de Salta**

**Ex – Director General de la
Comisión Permanente de Carrera
de profesionales y trabajadores de la salud
del Ministerio de Salud Pública
de la Provincia de Salta de Argentina**

**Ex – Miembro activo del
Laboratorio de Investigaciones Neuroanatómicas
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires**

**PREMIOS
de la Academia Nacional de Medicina de Argentina
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
de la Universidad Maimónides de Buenos Aires**

Publicó 27 libros y más de 430 trabajos científicos y literarios

**More
Books!** 



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.get-morebooks.com

¡Compre sus libros rápido y directo en internet, en una de las librerías en línea con mayor crecimiento en el mundo! Producción que protege el medio ambiente a través de las tecnologías de impresión bajo demanda.

Compre sus libros online en
www.morebooks.es

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omniscrptum.com
www.omniscrptum.com

OMNIScriptum 

