

vooces

en el Fénix

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ES UN DESAFÍO PARA LOS ESTADOS EN TODO EL MUNDO. SU IMPACTO EN LA ECONOMÍA, LA SUSTENTABILIDAD FISCAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL SE INCREMENTA AÑO A AÑO. LA PLANIFICACIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SE VUELVEN CENTRALES PARA ALCANZAR UN FUTURO CON INCLUSIÓN.

UNA SOMBRA YA PRONTO SERÁS



sumario

n°36

julio 2014

editorial

SER VIEJO NO ES
UNA MALDICIÓN

Abraham Leonardo Gak

FEDERICO PÉRGOLA El anciano del siglo XXI: una mirada antropológica 6 **JOSÉ RICARDO JÁUREGUI** Impacto del envejecimiento en el capital de salud 14 **ALBERTO BONETTO** ¿Por qué se envejece? Teorías actuales 22 **LÍA DAICHMAN** Envejecimiento productivo y longevidad: Un nuevo paradigma 30 **RICARDO IACUB** Masculinidades en la vejez 38 **MÓNICA ROQUÉ** Un mundo envejecido es un mundo mejor 48 **ROMINA RUBIN** Impacto de los fármacos en las personas mayores 54 **ALEXANDRA BIASUTTI** Alcance de la cobertura de la seguridad social para los adultos mayores 60 **MARGARITA MURGIERI** Controversias en la institucionalización de una persona adulta mayor 66 **GRACIELA ZAREBSKI** ¿Qué nos indica la prospectiva gerontológica? 76 **JULIETA ODDONE** El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América latina 82 **ROSANA DI TULLIO** Aspectos legales del abuso y maltrato en la vejez 90 **LAURA PEZZANO** Pegorer Reflexiones sobre el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud 96 **DIEGO BERNARDINI** ¿A quién le importa el envejecimiento de la población? Una visión regional para una respuesta local 104 **SUSANA ORDANO** La formación en gerontología como una política social 110 **SOLCHI LIFAC** Nosotros y la vejez 114 **DANIEL MINGORANCE** El miedo a la vejez 118 **SONIA ARIAS Y DIEGO BERNARDINI** Retos económicos del envejecimiento 126 **LEOPOLDO SALVAREZZA** El placer en la tercera edad 132

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Decano

José Luis Giusti

Vicedecano

José Luis Franza

Secretario General

Walter Guillermo Berardo

Secretaria Académica

María Teresa Casparri

Secretario de Hacienda y Administración

César Humberto Albornoz

Secretario de Investigación y Doctorado

Eduardo Rubén Scarano

Secretario de Extensión Universitaria

Carlos Eduardo Jara

Secretario de Bienestar Estudiantil

Federico Saravia

Secretario de Graduados y Relaciones Institucionales

Catalino Nuñez

Secretario de Relaciones Académicas Internacionales

Humberto Luis Pérez Van

Morlegan

Director Gral. de la Escuela de Estudios de Posgrado

Catalino Nuñez

Director Académico de la Escuela de Estudios de Posgrado

Ricardo José María Pahlen

Secretario de Innovación Tecnológica

Juan Daniel Piorun

Secretario de Transferencia de Gestión de Tecnologías

Omar Quiroga

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Claustro de Profesores

TITULARES

José Luis Franza

Juan Carlos Valentín Briano

Walter Fabián Carnota

Gerardo Fernando Beltramo

Luis Alberto Beccaria

Héctor Chyrikins

Andrés Ernesto Di Pelino

Pablo Cristóbal Rota

SUPLENTES

Domingo Macrini

Heriberto Horacio Fernández

Juan Carlos Aldo Propatto

Javier Ignacio García Fronti

Roberto Emilio Pasqualino

Sandra Alicia Barrios

Claustro de Graduados

TITULARES

Luis Alberto Cowes

Rubén Arena

Fernando Franchi

Álvaro Javier Iriarte

SUPLENTES

Daniel Roberto González

Juan Carlos Jaite

Claustro de Alumnos

TITULARES

Mariela Coletta

Juan Gabriel Leone

María Laura Fernández

Schwanek

Florencia Hadida

SUPLENTES

Jonathan Barros

Belén Cutulle

César Agüero

Guido Lapajufker

Voces en el Fénix es una publicación del Plan Fénix

ISSN 1853-8819

Registro de la propiedad intelectual en trámite.



Los artículos firmados expresan las opiniones de los autores y no reflejan necesariamente la opinión del Plan Fénix ni de la Universidad de Buenos Aires.

staff

Alejandro Rofman

Federico Schuster

DIRECTOR

Abraham L. Gak

COORDINACIÓN TEMÁTICA

José Ricardo Jáuregui

COMITE EDITORIAL

Eduardo Basualdo

Aldo Ferrer

Oscar Oszlak

Fernando Porta

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Martín Fernández

Nandín

PRODUCCIÓN

Paola Severino

Erica Sermukslis

Tomás Villar

CORRECCIÓN

Claudio M. Díaz

FOTOGRAFÍA

Sub [Cooperativa

de Fotógrafos]

DISEÑO EDITORIAL

Mariana Martínez

DESARROLLO Y DISEÑO DEL SITIO

Leandro M. Rossotti

Carlos Pissaco

Córdoba 2122, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono 4370-6135. www.vocesenelfenix.com / voces@vocesenelfenix.com

SER VIEJO NO ES UNA MALDICIÓN

En las últimas décadas tuvo lugar en todo el mundo un sostenido proceso de envejecimiento de la población. Ahora bien, ¿es esto una buena noticia? Responder esta pregunta no es fácil.

Por un lado, si bien la prolongación de la vida de las personas es una buena noticia, lo ideal sería llegar a la vejez con buena salud, voluntad de vivir y la disposición de mantener elevados índices de actividad. Lograr esto no siempre es tan sencillo.

Desde el punto de vista colectivo, alcanzar esos objetivos nos presenta una realidad harto difícil. A medida que avanza la edad las fuerzas y energías disponibles mientan y, por lo tanto, la productividad de ese sector de la sociedad se reduce paulatinamente. De manera simultánea, se incrementan los riesgos en salud, y se reducen los niveles de independencia y autonomía, hecho que genera una carga creciente en materia de aporte social y un esfuerzo fiscal extra.

La decisión política de la sociedad de sostener en las mejores condiciones a toda la población requiere en consecuencia de una inversión per cápita cada vez mayor, razón por la cual el costo del sector se incrementa.

Esto, sumado a la intención de reducir los niveles de pobreza en los adultos mayores y ofrecerles una mejor calidad de vida, genera una erogación por parte del Estado que lo hace competir con otros objetivos igualmente necesarios.

Para saldar estas discusiones se vuelve sumamente importante la planificación para el mediano y largo plazo, no sólo en lo que hace a la sustentabilidad fiscal, sino también en lo referido a la elaboración de políticas de salud, empleo, capacitación y formación de técnicos/as para su cuidado futuro.

El escenario es complejo, existen distintas clases de adultos mayores. Están aquellos que logran mantener un nivel de actividad similar al de sus años más productivos; hay otros que necesitan que sus seres cercanos se ocupen de ellos y les aseguren su cuidado; están aquellos que sufren el maltrato que les profieren quienes están a su lado porque los consideran un obstáculo en sus vidas, y, finalmente, están aquellos que, conscientes de sus posibilidades y de las limitaciones que les impone la vida, hacen de su existencia una actividad noble, encontrando otras maneras de sentirse útiles e independientes.

Resumiendo, el desarrollo de la ciencia y la tecnología ha tenido un efecto innegable en la prolongación de la vida humana, y producto de ello, mucho se ha avanzado también en el análisis del rol de nuestros adultos mayores. No obstante, muchas son las dificultades que aún debe enfrentar la población de mayor edad para sentirse plenamente integrada a la sociedad. El maltrato y abandono al que se ve sometida en muchos casos es un claro ejemplo.

Sin embargo, y a pesar de este panorama, los viejos siguen avanzando en el camino que todos/as deberemos recorrer. Es entonces una responsabilidad colectiva definir el modo en el cual se garantizarán los derechos adquiridos, se integrarán otros nuevos, y se trabajará en todos los niveles necesarios para alcanzar una vejez digna, que merezca ser vivida y disfrutada.

Tal como se señala en uno de los artículos que integran esta edición: en las últimas décadas se ha logrado prolongar la vida del hombre. Sin embargo, la figura del anciano dentro de la familia, esa figura patriarcal, de consulta, ha desaparecido. ¿Qué le queda entonces? La respuesta es casi obvia: lectura, trabajo, participación, sociabilidad, etc., parámetros que harán la vida más placentera y posiblemente más larga.

ABRAHAM LEONARDO GAK
(DIRECTOR)





EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HA LOGRADO PROLONGAR LA VIDA DEL HOMBRE. SIN EMBARGO, LA FIGURA DEL ANCIANO DENTRO DE LA FAMILIA, ESA FIGURA PATRIARCAL, DE CONSULTA, HA DESAPARECIDO. ¿QUÉ LE QUEDA ENTONCES? LA RESPUESTA ES CASI OBVIA: LECTURA, TRABAJO, PARTICIPACIÓN, SOCIABILIDAD, ETC., PARÁMETROS QUE HARÁN LA VIDA MÁS PLACENTERA Y POSIBLEMENTE MÁS LARGA.

EL ANCIANO DEL SIGLO XXI: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA





por **FEDERICO PÉRGOLA**. *Ex presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Miembro de Número de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*



Si bien hace menos de un siglo que el avance médico permitió un mayor conocimiento del envejecimiento biológico, en virtud del desarrollo de la medicina experimental, se comprendió que motivos fisiológicos e incluso anatómicos del transcurso del tiempo generaban perspectivas distintas para el tratamiento de la vejez. Debemos admitir que en las últimas décadas –gracias al confort, las vacunas y los antibióticos y aspectos naturales de la nutrición– hicieron posible la prolongación de la vida del hombre.

¿Y por qué decimos una mirada antropológica? Porque la antropología médica en sus enfoques ecológicos y biomédico se ocupa de la evolución de las enfermedades y de la apreciación humana sobre las mismas. Con la comparación de los conceptos de épocas pasadas, a la vez que se reafirma que las verdades de la ciencia muchas veces son transitorias y reemplazables, nos ofrece una imagen de la evolución que ha experimentado el animal humano en lo que respecta a su envejecimiento y, por ende, a la duración de su vida.

En 2010, una nota periodística que probablemente en la actualidad se repita en varias urbes de nuestro país, decía que en la Capital (refiriéndose a Buenos Aires) ya hay más mayores de 60 años que menores de 14. Representarían el 23% de una población porteña que, en el año citado, se acercaba a los 2.700.000 habitantes, en contraposición al 16,1 de la franja infantil y adolescente. En ese entonces el 69% de los hogares eran familiares y el 31% unipersonales o multipersonales, cosa que hace pensar que esa tendencia última debe haber aumentado en virtud del

“Lo que los ancianos pierden en rapidez de reacción y en destreza pueden compensarlo con lo que ganan en estabilidad y madurez de juicio, cualidades que les permiten dar en ciertos empleos un rendimiento comparable al de los jóvenes”.

alejamiento de los hijos de su hogar y la muerte de uno de los cónyuges. El proceso es similar en toda la América latina.

La senescencia avanzada, lejos de ser una quimera, comienza a vislumbrarse como un hecho frecuente, aunque todavía no sea lugar común. Las pirámides de estadísticas de las edades han comenzado a formarse como paralelogramos elevados. Existe un hecho inquietante y que mueve a pensar. Ernst Gombrich, historiador del arte inglés, como lo reproduce Hobsbawm en su historia del siglo XX, dice: “La principal característica del siglo XX es la terrible multiplicación de la población mundial. Es una catástrofe, un desastre y no sabemos cómo atajarla”. El problema se complica por los que nacen y por los que no mueren prematuramente. Es cierto, en Occidente las mujeres se embarazan a edades más avanzadas, sin embargo el de las adolescentes sigue viento en popa. Los escollos que deberá sortear la humanidad, pese al avance tecnológico, serán importantes y podríamos clasificarlos de cierta gravedad. El que más nos preocupa es el que –como la culminación de una película o de un cuento– dejaremos para el final del artículo.

Es evidente que el problema, y por eso apelamos a la cita del libro de Hobsbawm, se inició en el siglo pasado, sin descartar el desequilibrio propio de dos sangrientas guerras mundiales de esa época que acabó, sobre todo, con la vida de millones de jóvenes. Se acentúa en nuestros días con la masa de personas que se acogen a los beneficios jubilatorios con magros ingresos y muchas afecciones crónicas que deben afrontarse a través de la salud pública. Esto origina verdaderos problemas económicos en las naciones pobres. Ese sería el problema económico de la senectud avanzada pero, con el transcurrir del relato, veremos que surgen otros inconvenientes no menos importantes en los campos sociales, sobre todo con la moderna tecnología nunca vista hasta entonces.

Como la antropología médica “estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales y culturales amplios”, en cierto modo el estudio del hombre a través de sus sistemas médicos, debemos comparar. Hemos tomado como paradigma un trabajo de Mazzei, de casi medio siglo atrás, que se titula “Biología y patología de la edad añosa y del envejecimiento”. La mayor parte de los conceptos y las reflexiones son atinadas y con vigencia actual pero ¿se podrán cumplir en época de comidas “basura” (como se las ha llamado), con contaminación auditiva, estrés laboral y problemas de jubilación y de gran inequidad entre poderosos y débiles? Agreguemos el cambio de costumbres de la sociedad con predominio de los medios electrónicos de información y la prevalencia de todo lo juvenil que postergamos para un postrer recuerdo de la Gerusia de los griegos.

Ya que hablamos de Gerusia, esa señera institución griega de consulta, es bueno reflexionar sobre qué ocurre con los ancianos, por lo menos, en nuestro país. Una noticia del mes de marzo de 2014 aparecida en el diario *La Nación* da cuenta de la violencia que ejercen los delincuentes cuando asaltan a los ancianos. “Desde hace varios años se evidencia una mayor violencia en los delitos que sufrieron nuestros ‘abuelos’ (*nota del autor*: confesamos que este epíteto no es de nuestro gusto)”, dice Eugenio Semino, defensor del pueblo de la Tercera Edad. Para agregar más adelante: “Otro de los factores que influyeron en el aumento de la violencia en los hechos delictivos contra jubilados fue el notable cambio en el perfil del delincuente. Hace 20 o 30 años era muy difícil encontrar un ladrón que tuviera que hacer uso de la violencia en los robos. Esto ocurría porque, en cierta medida, el asaltante de antes podía llegar a tener una identificación positiva con los abuelos que le generaba los frenos inhibitorios para no pegar, agredir o matar”. Luego, Semino reiteró: “En la actualidad, los asaltantes no sólo perdieron la identificación positiva que pudo existir hace muchos años entre el ladrón y los abuelos, sino también que esa identificación cambió para negativa. Además, muchos asaltantes eligieron a los jubilados como víctimas de los asaltos rememorando la fantasía equivocada que indicaba que los adultos mayores tenían capacidad de ahorro. Pero, en la actualidad, la mayoría de los abuelos apenas tiene para comer”. Queremos detenernos en esa expresión “identificación positiva”. Es evidente que la figura del anciano dentro de la familia, esa figura patriarcal, de consulta, ha desaparecido. Dos son los factores fundamentales para que ello ocurriera; por un lado, la familia nuclear ya no existe y, en ocasiones, se ha trocado por la familia disfuncional donde no se cumplen los roles establecidos por la moral o donde la crianza de los niños queda a cargo de terceros no siempre idóneos porque los padres trabajan o no están, y en el peor de los casos las enseñanzas están en la calle; en segundo lugar, porque la información –desgraciadamente sin reflexión– la realizan los medios electrónicos que han suplantado al padre, la madre y los abuelos.

Luego de la digresión y retornando a los consejos del profesor Mazzei, este dirá: “No hay duda de que la herencia y la genética tienen influencia sobre la longevidad y el envejecimiento, y que en la especie humana como en el reino animal, es mayor la longevidad de la mujer. Hay en esos procesos factores endógenos (unos en relación con los genes, otros con el metabolismo celular), y factores exógenos (desde estrés, hasta infecciones y errores dietéticos, etc.).

Aceleran el envejecimiento y conviene recordarlos, pues como lo expresó Rubner, el arte de prolongar la vida consiste precisamente en no acortarla:

- 1) La hipernutrición.
- 2) La vida agitada, con estrés.
- 3) La hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo, la hiperlipemia, la arteriosclerosis, el tabaquismo intenso.
- 4) El retiro precoz del trabajo, y en los obreros, además, la iniciación en edad temprana de su actividad.
- 5) Intervenciones quirúrgicas o traumatismos físicos importantes, capaces de llevar de la etapa de la ancianidad a la de senilidad, dirigiendo la presentación de signos y síntomas deficitarios y de disfunción cerebral.
- 6) Todo lo que ocasione isquemia cerebral, tal la aterosclerosis, agregando a las lesiones de la senilidad, aquellas debidas a la disminución de la irrigación”.

Como contrapartida, en el mismo artículo, Mazzei expresa que retrasan la senilidad:

- 1) “La vida sosegada, con paz interior, y el sueño tranquilo y prolongado. Así por ejemplo: mientras el ratón sólo vive dos años, el murciélago (ratón alado) vive 20 y sólo la cuarta parte de su vida está despierto; razas de animales encerrados en parques zoológicos exceden en sobrevivencia y conservación a los libres.
- 2) Evitar la inactividad física, es decir, la vida sedentaria, siendo el caminar el ejercicio más fácil y barato, ya sea realizado antes del desayuno, ya en las últimas horas de la tarde, o en otra forma desde los 55 años caminar 30 minutos por la mañana y otro tanto por la tarde; es útil no utilizar el ascensor. En suma, adaptarse al estado físico-psíquico y psicológico de la vejez, evitando caer en el estado de inadaptación, con las perturbaciones afectivas que esta crea, combatiendo lo que la Asociación Médica Americana de Estudios Geriátricos llama la vida sedentaria y la inmovilidad psíquica, que precipitan la senilidad, es decir, en los intelectuales conservar y aun renovar su ‘mundo intelectual’, y realizar actividad física, por lo menos caminar; que el ejercicio físico conserva la salud, ya fue expresado en los *Diálogos* de Platón.
- 3) Compensar el déficit de anabolismo y hormonal del hombre con anabólicos virilizantes.
- 4) El rejuvenecimiento de la epidermis y del epitelio glandular puede producirse en la mujer por administración de estrógenos, y la reactivación de elementos osteoblásticos puede producirse en ambos sexos por administración de andrógenos y estrógenos.
- 5) Compensar y normalizar la química sanguínea cuando ella está modificada.
- 6) Mantener una participación adecuada en una actividad positiva, y las relaciones sociales convenientes, evitando el retiro

compulsivo y la jubilación obligatoria por razones sólo de edad; evitar la desocupación, la soledad, la depresión reactiva que ello provoca, superando además las frustraciones y conflictos afectivos no resueltos en la etapa anterior de la vida; todo ello le permitirá vivir no sólo en el recuerdo sino también en el presente.

7) La preparación para sobrellevar los estados emocionales, su profilaxis y adecuado y oportuno tratamiento, incluyendo en todas esas etapas el manejo exacto de la psicoterapia y los psicofármacos, para evitar que esos trastornos emocionales exagere los orgánicos; debe recordarse siempre lo explicado por los expertos de la OMS: ‘Lo que los ancianos pierden en rapidez de reacción y en destreza pueden compensarlo con lo que ganan en estabilidad y madurez de juicio, cualidades que les permiten dar en ciertos empleos un rendimiento comparable al de los jóvenes’.

8) Evitar las reacciones psicológicas al envejecimiento, las que pueden ocurrir cuando el anciano se enfrenta con la disminución de sus fuerzas físicas y no se adapta a esa imagen corporal, ocasionando las depresiones, temores y pérdida de confianza en sí mismo, por soledad, por pérdida de objeto y otras reacciones psicológicas. Debe recordarse que a pesar de los años el hombre es dependiente de su medio y de la circunstancia, y que como lo señaló Hartman deben admitirse en él varios estratos: material, biológico, psicológico y espiritual.

9) Mayores dificultades en el tratamiento suele ocasionar enfrentarse con lo que Capal llamaba ‘las traiciones de la memoria’, acotando con razón y en la base de su propia experiencia: ‘Archivo de lo pasado, lucimiento del presente y único consuelo de la vejez, la memoria es el don más preclaro y maravilloso de la vida. Por algo los griegos la divinizaron con el nombre de *Mnemosina*, madre de las musas. Ella hace posible la noción de la personalidad, eternizando lo vivido, puesto que enlaza y funde el presente con el pasado. Enriquece la percepción actual con todas las acciones suscitadas antaño al contemplar hechos análogos’.

10) Profilaxis de la aterosclerosis que no es expresión de vejez, pues puede hallarse en jóvenes y maduros.

11) En cambio no se ha confirmado la presunta acción retardante o rejuvenecedora de la novocaína, de los distintos ‘sueros’ inventados, de la tisuloterapia de Filatov, de la celuloterapia, motivo de muchas fantasías y sensacionalismos. El intento de la sulfadiazina es el más reciente y tiene algunos hechos positivos a su favor: experimentalmente ha hallado Ravina brusca mejoría aumentando la sulfadiazina a 250 mg diarios y agregándole complejos vitamínicos: piridoxina (B₁) 10 mg, B₁₂ 20 gammas,

Estadísticamente, el 30% de los ancianos internados en geriátricos fallecen dentro del año del suceso y también en esa incidencia lo hacen los hombres ancianos cuando muere el cónyuge.

pantotenato de calcio 10 mg y ascorbato de Mg 50 mg, con ello, ratas y perros han mejorado su pelo y su instinto genital, su marcha y el promedio de vida; en el hombre Ravina ha descrito resultados favorables en la actividad y tono muscular, en la astenia, en la libido. Esta sulfá tendría, según el autor inglés Asplin y el brasileño Haas, una acción gonadal, por la hipertrofia que producen de esta glándula”.

Sin desmedro de las atinadas palabras de Egidio Mazzei en la época que le tocó vivir, pasaremos a analizar cada uno de los ítems que manifiesta que propenden a acortar la vida y los inconvenientes que encuentran las personas de hoy para tomar los recaudos necesarios para alargarla.

1) La hipernutrición es evidente que acelera los procesos de desgaste orgánico y, curiosamente, en la actualidad el incremento de la obesidad se observa en todas las clases sociales: las económicamente mejor establecidas por el acceso a comidas de gran elaboración (habitualmente las grasas son las más apetitosas) y el sedentarismo; las más pobres con el acopio indebido de grandes cantidades de hidratos de carbono. Desde tiempo atrás,

pruebas realizadas sobre todo con ratones han hecho sospechar que las limitaciones nutricionales de estos animales les alargaban la vida. Esa era una experimentación. Sin embargo, no está demostrada en el hombre y, al contrario, se puede observar que aquellos que se encuentran en condiciones precarias, con deficiente alimentación, por debajo del límite de pobreza, no son los más longevos. Pareciera que más que la hipernutrición, descontamos en estos casos a la obesidad patológica, la expectativa de vida puede verse limitada por regímenes mal establecidos. No faltan otras teorías; algunas sostienen que las bacterias intestinales, que varían por la alimentación de las diversas culturas, pueden tener efecto en la salud de los ancianos, aunque la exacta determinación de sus efectos puede resultar engañosa.

2) La vida agitada, como causa de estrés, podría ocasionar la aparición de enfermedades y, en este caso, aunque algunos autores no la incorporan como tal, podría ser un factor intrínseco de imposibilidad de aumentar la expectativa de vida. Entraría a ser considerada en el capítulo de la psiconeuroinmunología como origen de enfermedad. Se ha comprobado que el estrés puede

ocasionar un brote de psoriasis y cuadros depresivos. Estadísticamente, el 30% de los ancianos internados en geriátricos fallecen dentro del año del suceso y también en esa incidencia lo hacen los hombres ancianos cuando muere el cónyuge. ¿No corroboran estos hechos lo sostenido por Mazzei hace tantos años?

3) No requiere ningún comentario que las afecciones mencionadas limiten la expectativa de vida.

4) Es una causa indudable que tanto las tareas intelectuales como físicas (artesanías, pasatiempos, reuniones sociales, etc.) mantienen al órgano *princeps* del organismo (el cerebro) con mayor lozanía.

5) Intervenciones quirúrgicas prolongadas tienen efecto sobre la vitalidad neuronal, como todo traumatismo invalidante que disminuya la capacidad de llevar a cabo competencias que favorezcan la actividad del SNC.

6) Este epígrafe repite, en cierto modo, aquello que se lee en el párrafo 3.

Tal vez la segunda parte de este subcapítulo –con los medios para retrasar el marasmo y la muerte– muestren una mayor desactualización.

1) Cuesta aceptar que la vida moderna, sobre todo en las dos últimas décadas, sea compatible con la vida sosegada. En cambio existen trabajos que señalan que el sueño prolongado (aunque los ancianos presenten despertares cortos y despertares largos), que facilita la producción de melatonina, sería un protector en relación al cáncer de próstata. Es bueno recordar aquí las palabras del antropólogo Claude Lévi-Strauss, que en sus últimos años decía: “Este mundo ya no me pertenece”. En esas circunstancias no sería fácil hallar la paz interior.

2) Evitar la inactividad física es un consejo que se mantiene incólume a través de los años, aunque diversas noxas atenten para lograrla.

3) En la actualidad, el uso de los anabólicos está estrictamente prohibido.

4) El siguiente consejo (estrógenos y andrógenos) generó graves consecuencias. Incluso se utilizaron experimentalmente los estrógenos en el tratamiento de la arteriosclerosis sin ningún resultado positivo.

5) No amerita comentario.

6) Durante el último medio siglo, la edad jubilatoria, que era de 50 años para los empleados del Estado, se elevó a 65. Este hecho no solamente mejoró la salud física y psíquica de los empleados sino que lo hizo con las arcas del Estado ante la importante masa de población pasiva.

7) Los trastornos emocionales y psíquicos de los ancianos pueden tener paliativos pero no existen tratamientos eficaces para la enfermedad de Alzheimer ni en su tipo cognitivo ni conductual, como tampoco son eficientes en la depresión senil ni en la noológica. Dicen Goda y Junod: “Las modificaciones afectivas pueden ser numerosas; dependerán tanto de la constelación existencial que se dé en la vejez como de la coherencia del funcionamiento anterior. La reducción del espacio vital por la jubilación, la distancia y la independencia de los hijos, los duelos por los coetáneos desaparecidos y aun por la pérdida del cónyuge son factores que concurren para originar un sentimiento de abandono y soledad. A ello podrá seguir una reacción escapistista a la manera de rechazo de contactos, cuyo origen será una vulnerabilidad acrecentada. Todos estos elementos reforzarán finalmente el sentimiento de aislamiento [...] La necesidad de amar y sentirse amado es componente esencial de la psique, que persiste desde el nacimiento hasta la muerte. Este requerimiento de amor podrá manifestarse como búsqueda francamente ingenua a veces, asociada con una sinceridad expresiva casi desconcertante. También podrá determinar rasgos regresivos, predominando entonces la voluntad de dominio y la avidez. Se trata de una actitud de salvaguardar a cualquier precio la autoestima”.

8) Referencia similar a la anterior.

9) El decrecimiento de la memoria de los ancianos pudo ser revelado –aunque las autopsias lo habían mostrado– por medio de imágenes como fue la TAC al comienzo, la RNM y muchos otros estudios después. Así pudo advertirse el envejecimiento cerebral con su atrofia, el aumento de los ventrículos cerebrales, profundización de las circunvoluciones, y la frecuente leucoaraiosis, que marcan el desgaste. El misterio sospechado de las alteraciones del intelecto estaba develado.

10) La profilaxis de la aterosclerosis (así expuesta es el depósito de placas de ateroma en las arterias) ha hecho que hayan aparecido, junto con las recomendaciones alimentarias, las estatinas, con su pro y su contra. La antropología médica demuestra que a veces solamente con recomendaciones nutricionales (dieta del Mediterráneo, por ejemplo) decrece esta patología.

11) Para terminar y demostrando lo efímeras de las modas terapéuticas en medicina, Mazzei descarta como inservibles las inyecciones de novocaína para mantener buen estado, la celuloterapia, la tisuloterapia de Filatov que califica como fantasías y sensacionalismo, pero le da crédito a la sulfadiazina junto con complejo vitamínico B que también resultarían ineficaces. Amén de las recomendaciones, algunas atinadas, otras pasadas

de moda, estos párrafos continúan con los de otros autores que, como octogenarios, tenían sus propias ideas, fruto de la edad que contaban y que no vamos a repetir.

Es indudable que hace medio siglo se tenía poco en cuenta un elemento fundamental de la longevidad: el factor genético. Pero el problema tampoco es sencillo, Franco y otros expresan que el fenotipo puede estar sujeto a diversos factores: obesidad, escasa actividad física, alcoholismo, tabaquismo, modelo de sueño, emociones, acumulación de daños celulares, daño del DNA, inflamación, resistencia a la insulina, dislipemia, declinación cognitiva, etc. Todo lo cual indica la complejidad del problema que no se reduciría a hallar genes de la longevidad como en el caso del *Caenorhabditis elegans*. Y se hace más intrincado si, como opinan otros autores, se toman en cuenta factores sociales, de antropología cultural, psicológicos, demográficos y económicos. Todavía queda la incógnita de la declinación de los telómeros, las mitocondrias y las *stem cells* durante la ancianidad.

Pero no insistiremos más con los problemas médicos. El anciano ha dejado de ser un referente para las generaciones jóvenes. Los consejos no son aceptados (aunque creemos que nunca lo fueron) y están desfasados frente a los cambios que la sociedad experimentó que hasta terminaron –en el aspecto sexual– con el “mito” de la virginidad de la mujer. Los medios electrónicos de comunicación, que hasta los niños más pequeños manejan a la perfección, se encargan de la información. ¿Qué le queda al anciano?

Pero existe un tema más complejo que anunciábamos al comienzo y no es otro que el que la moderna neurociencia predica. El envejecimiento, que lo sufren todos los órganos de la economía en diversas etapas de su evolución, con un patrón temporal distinto, tiene una gran importancia con el conocimiento. ¿Qué conocimiento? Aquel que cada persona adquiere a través de su existencia, sin dejar de continuar haciéndolo. A menudo se dice que el mejor antídoto frente a la enfermedad de Alzheimer es continuar con las labores intelectuales o artesanales. No debemos olvidar que la función más importante del hombre es la creatividad, ligada fuertemente al neo-córtex. Esa idea creativa que no hay que buscar sino que irrumpe bruscamente (no ignoro que para la mencionada afección se habla también de priones y de agroquímicos).

El consejo es casi obvio: lectura, trabajo, participación, sociabilidad, etc. Con estos parámetros la vida será más placentera y suponemos que más larga. En un reciente libro, el antropólogo Augé se ocupa preferentemente del conocimiento y de la desnudez intelectual que sufrirá –en el futuro– quien no lo alcance.

Es evidente que la figura del anciano dentro de la familia, esa figura patriarcal, de consulta, ha desaparecido. Dos son los factores fundamentales para que ello ocurriera; por un lado, la familia nuclear ya no existe y, en ocasiones, se ha trocado por la familia disfuncional [...]; en segundo lugar, porque la información –desgraciadamente sin reflexión– la realizan los medios electrónicos que han suplantado al padre, la madre y los abuelos.



por **JOSÉ R. JÁUREGUI**. *Médico Geriatra, UBA. Doctor Universidad de Salamanca, España. Presidente Comlat - IAGG. Prof. UNLaM. Medicina. Investigador Asistente en la Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento - Hospital Italiano de Buenos Aires*





CON EL PASO DE LOS AÑOS LOS INDIVIDUOS VAN GENERANDO DIFERENTES EXPERIENCIAS BIOLÓGICAS. ESTAS VARIACIONES DEPENDEN EN GRAN MEDIDA DEL CAPITAL DE SALUD, EL CUAL SE CONVERTIRÁ EN UN ELEMENTO DETERMINANTE DE LA TRAYECTORIA DE SALUD Y DE LAS CONDICIONES DEL ENVEJECIMIENTO. SABIENDO DE DÓNDE PARTIMOS NOS PODREMOS DAR UNA IDEA DE ADÓNDE LLEGAREMOS.

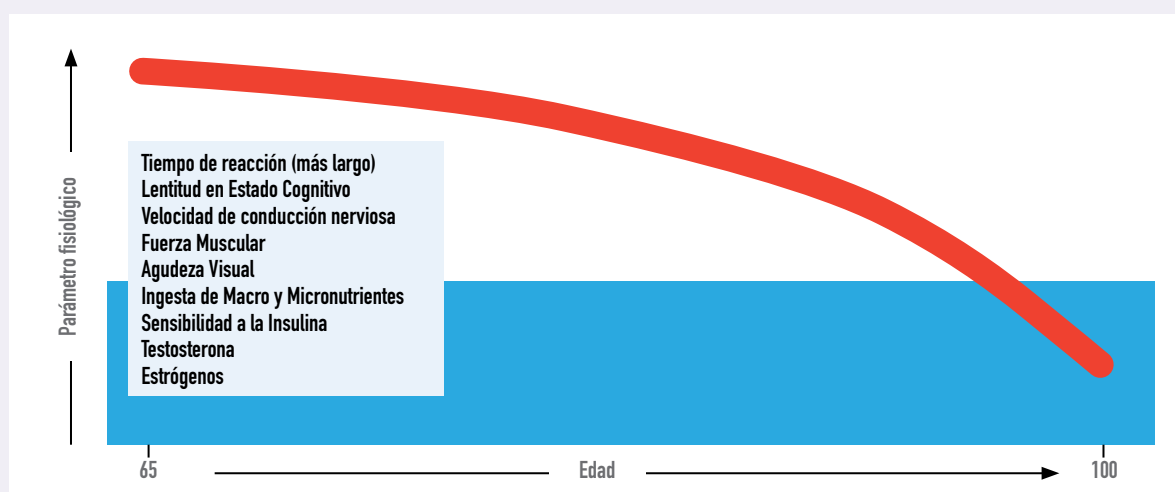
IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO EN EL CAPITAL DE SALUD



El fenómeno de la longevidad, revolucionario en sí mismo en la actualidad, se manifiesta por un aumento exponencial de personas mayores de avanzada edad en todos los países del mundo. El nuestro no es una excepción. Se calcula que en el año 2050 la cantidad de personas mayores de 65 años en el planeta será la misma que la totalidad de personas que habitaban el mismo cien años antes. Envejecer es una pérdida de capacidades de respuesta de nuestros sistemas fisiológicos asociada al paso del tiempo, que se manifiesta de manera irreversible y universalmente en los organismos vivos que tienen material genético (ADN), y que se asocia a una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de estrés que nos depara la vida cotidianamente. Sin embargo, la situación no es tan simple o lineal como se expresa sino que existe una variabilidad manifiesta entre todos los sujetos envejecientes que hace que nos vayamos diferenciando los unos de los otros por la forma

en que impacta en nuestros organismos el paso del tiempo y las características, hábitos o circunstancias que nos toca vivir. Un ejemplo sería el sedentarismo; las personas sedentarias a medida que cumplen años van perdiendo masa y fuerza en sus músculos y esto condiciona fragilidad, posibles discapacidades o síntomas de cansancio en la vejez. El modelo del profesor Nathan Shock (cuadro 1) es el que más se utiliza para explicar este declinar potencial y progresivo que nos sucede con el paso del tiempo, y en general se concuerda que una vez alcanzado el máximo desarrollo o evolución del cuerpo, lo que se daría entre el fin de la adolescencia (desarrollo de los caracteres sexuales) y los 30 años, y marcadamente después de los 65 años comienza un lento declinar de las funciones fisiológicas. A partir de ahí las situaciones de vida, los hábitos, las enfermedades, el estatus socioeconómico, el ejercicio físico y la educación, entre otros, marcan cómo vamos a transcurrir los años venideros de nuestras vidas.

Cuadro 1: Modelo de Nathan Shock

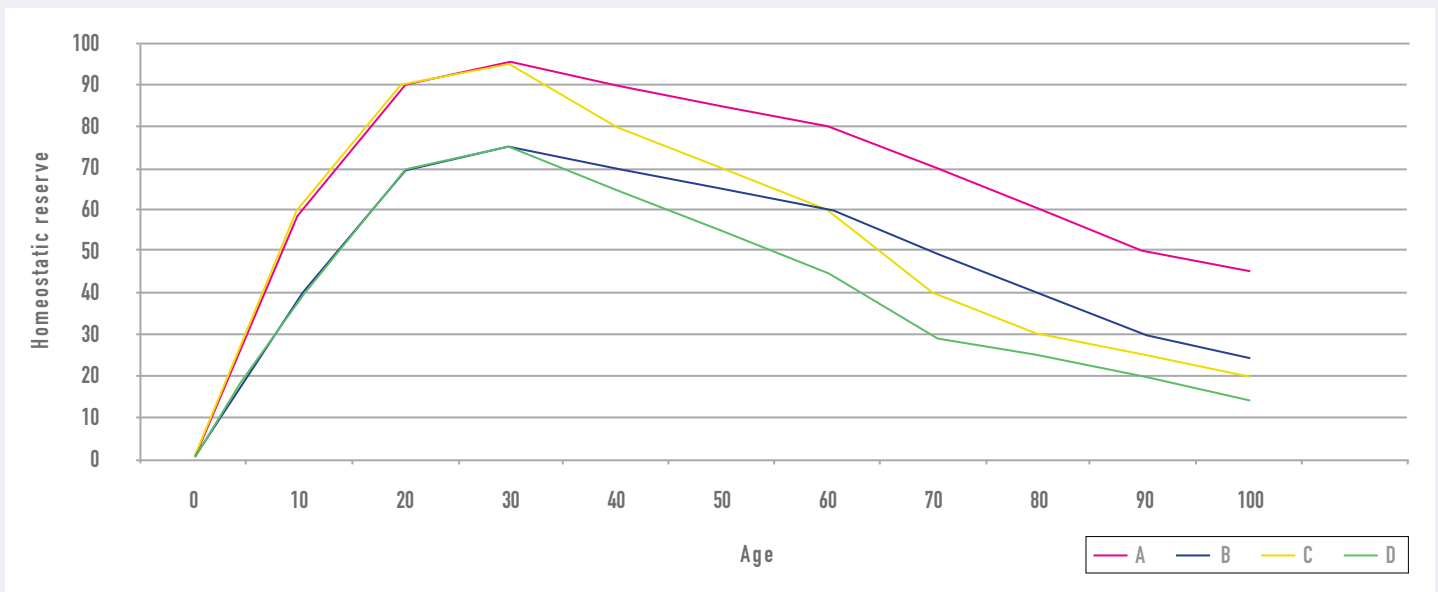


Capital de salud

Basados en este modelo se entiende el capital de salud como un bien acumulable y durable que se debe cuidar, y que tiene una tasa de depreciación afectada por algunos determinantes. Podríamos asemejarlo a una cuenta bancaria. Si esta está más robusta y la llenamos en nuestros mejores años y mantenemos el gasto adecuadamente, tendremos más a donde recurrir cuando necesitemos de ella. Este concepto de bien acumulable nos da pie para entender que si se tienen determinadas condiciones a lo largo de la vida, podemos influir en algunos aspectos de nuestra capacidad de reserva fisiológica para poder vivir con mejor calidad los últimos años de nuestras vidas. En este sentido (cuadro 2) el enfoque de trayectoria de vida que nos puede dar un marco lógico para entender por qué las personas a determinada edad responden o no a ciertos tratamientos, o simplemente el no poder cambiar un estatus previo a un nivel semejante al de

nuestra juventud, es el más adecuado para entender por qué hay tantas diferencias o calidades de envejecimiento, casi como personas alcanzan esas edades en nuestra población.

Cuadro 2: Modelo de enfoque por trayectoria de vida



- A: Trayectoria de vida normal
- B: Exposición temprana con impacto en la reserva funcional
- C: Exposición en la vida adulta que acelera la declinación asociada a la edad
- D: Exposición temprana y aceleramiento en la vida adulta

La experiencia y el sentido común nos dicen que no debemos considerar a todos los miembros de un determinado período de edad como iguales.

El tiempo no es la única dimensión de la vida. El envejecimiento es un proceso y la ancianidad un período con límites borrosos. La edad de retiro o jubilación es un artefacto para planificar beneficios; su uso como referencia para estudios de investigación tiene enormes limitaciones. Existen múltiples experiencias a lo largo de la vida y características personales que vuelven a cada persona única en la ancianidad. Si bien todos los individuos comparten procesos comunes de la biología del envejecimiento, se van diferenciando a lo largo del paso de los años y van generando experiencias biológicas distintas entre ellos. Este fenómeno se denomina “variabilidad interindividual”, y es uno de los principales problemas a resolver en la realización o diseño de trabajos científicos en esta población.

El desarrollo individual es multidimensional ocurriendo a través de las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas del sujeto. El desarrollo es multidimensional desde que involucra las ganancias (crecimiento y desarrollo) y las pérdidas (deterioros) dentro y a través de diferentes áreas de funcionamiento.

En la misma dirección algunos individuos tienen una única biografía que refleja el tiempo histórico que ellos vivieron, así como tienen características personales que modelan el proceso de envejecimiento de cada uno de ellos. El curso de la vida es un acercamiento atractivo para evaluar diferencias entre personas, desde que este muestra no sólo las múltiples dimensiones y esferas de análisis, sino la unión entre ellas. La trayectoria de salud a lo largo de la vida siempre se superpone a la trayectoria de la vida del individuo.

Un mejor conocimiento de nuestro viaje desde la cuna hasta la tumba puede ser dado por la discusión de la trayectoria de vida, la cual es larga en el tiempo, marcando el derrotero de la experiencia de un individuo en esferas de vida específicas todo el tiempo, haciendo que el curso de vida de un individuo esté compuesto por múltiples trayectorias independientes. La trayectoria de salud a lo largo de la vida siempre se superpone a la trayectoria de la vida del individuo.

Una cuestión frecuentemente observada en gerontología y geria-



tría es “¿por qué algunos individuos tienen buena salud y envejecen bien, mientras que otros persistentemente desarrollan mala salud, tienen un curso de vida más corto y cuando viven más, tienden a fragilizarse o volverse dependientes y discapacitados?”.

El concepto de capital de salud fue introducido por Grossman como un modelo para analizar el impacto del *stock* de salud en la productividad, en el mercado de la economía. La proposición central es que la salud puede ser vista como un bien, un cúmulo o *stock* de salud durable, que produce un resultado de tiempo “saludable” y predice que la tasa de depreciación del *stock* de salud aumenta con la edad, hasta por lo menos un punto del curso de la vida. Entonces, el proceso de envejecimiento es un camino de deterioro, pero que puede ser mejorado por actividades como una dieta adecuada o ejercicios continuos, o en el otro sentido puede ser depreciado por sedentarismo, mala alimentación, ocurrencia de accidentes, aumento de enfermedades o de estresores psicosociales.

El individuo tiene un *stock* de salud inicial representado por la carga genética que trae y también por la nutrición en el útero, así como otras influencias alrededor del embarazo y nacimiento. Hay una contribución genética importante a enfermedades de alta prevalencia durante la vida adulta y la vejez, tales como osteoporosis, algunas enfermedades cardíacas, síndrome metabólico y el cáncer. La genética también media en la capacidad de lidiar con eventos estresantes de la vida que pueden provocar enfermedades psiquiátricas, o trastornos de personalidad. Está determinado incluso que hay marcas en la expresión génica generadas por la cantidad o calidad de los nutrientes a los que se accedió durante el embarazo, que se expresan a futuro en la vida del sujeto con mayor predisposición o no al tener síndrome metabólico en la vida adulta o la vejez.

Hay mucha evidencia de que la manera en que la madre recibe a su bebé, y su exposición a infecciones después de nacer, puede determinar su susceptibilidad a sufrir enfermedades del final de la vida. El bajo peso al nacer es un posible indicador del *stock* inicial de salud de un individuo. Barker presentó sólida evidencia para la relación entre mortalidad por enfermedad coronaria y *strokes* (ECV) y el lugar de nacimiento y la tasa de mortalidad infantil del mismo. Un estudio de sobrevivientes del asedio a San Petersburgo, quienes, se supone fueron expuestos a desnutrición intraútero, mostraron evidencia de disfunción endotelial y fuerte influencia en desarrollar obesidad e hipertensión arterial en la adultez.

La desnutrición intrauterina puede causar un fenómeno programado, que afecta al final de la vida iniciado por un evento temprano de la misma. Esto puede explicar la reducción en el

crecimiento del esqueleto (talla) y la consecuente menor cantidad de hueso calcificado, aceleramiento de la pérdida del mismo (osteoporosis), en aquellos individuos sujetos a mala nutrición intrauterina o tempranamente en los primeros años de vida. Aunque es dificultoso saber si la programación ocurre en momentos tempranos o tardíos de la vida, es evidente que hay una contribución importante de la madre y su circunstancia al capital de salud inicial.

Género y raza también son distintos componentes del *stock* inicial de salud. Las mujeres sobreviven a los hombres en la gran mayoría de los países y también hay componentes de salud y enfermedad relacionados con el género.

La raza afecta la salud debido a mediadores biológicos y psicosociales, desde que hay enfermedades ligadas a ella y también, sin ser mandatorio, la raza puede ser relacionada con la conducta, y componentes culturales con diferentes impactos en la salud y la longevidad, como por ejemplo tipo de dieta, oficios o nivel de educación.

También existe evidencia bien documentada de una asociación entre salud y estatus socioeconómico. Factores tales como educación, privaciones materiales, nutrición en la infancia y medio ambiente pueden tener una influencia en la salud importante a lo largo de la vida. Marmot presentó fuerte evidencia de que la salud sigue al gradiente social, expresado por lo que él llamó “*Status Syndrome*”. Puntualizó que factores tales como colesterol, tensión arterial, u otros determinantes del estilo de vida son importantes para explicar por qué algunas personas son más saludables que otras, pero dijo que la autonomía (por ej.: cuánto control se tiene sobre su vida) y las oportunidades de estar socialmente incorporado son cruciales para la salud, el bienestar y la longevidad. Deterioros en el control, pérdida de la autonomía y el grado de participación social subyacen al *Status Syndrome*. Esto es corroborado por la posibilidad de que los efectos en la salud de la distribución del ingreso involucre comparativamente procesos sociales y cognitivos, más que los efectos directos de estándares materiales.

La implicancia es que los efectos psicológicos de “estar mal” en la escala social (clases bajas o extrema pobreza) tienen efecto deletéreo en la salud, cualquiera sea la condición de vida actual. Una extensa revisión de la literatura hecha por Grossman y Kaestner sugiere que la cantidad de años formales de educación influencia o tiene un importante correlato en la buena salud. Un alto nivel de educación es asociado a un mejor estado de salud a través de diferentes modos de explicar que mediante un solo factor o hecho. De todos modos, el ingreso, la satisfacción de vida, el bienestar, la posibilidad de acceder a servicios y soporte social están bien asociados con altos niveles de educación, los

cuales combinados pueden explicar la relación entre salud y educación.

A su vez, bajos niveles de educación, principalmente analfabetismo, son el principal y más relevante factor de riesgo social para desarrollar demencia en la vejez.

Disponer de soporte social adecuado también es un objetivo mayor para tener y mantener el capital de salud. Esto refiere a las características estructurales de las relaciones sociales de un individuo, incluyendo las características de la red de soporte social, frecuencia de contactos, y la satisfacción del sujeto con su vida social, también incluyendo aspectos como sensación de soledad, o aislamiento que pueden influenciar negativamente. La relación entre soporte social y salud es evidente a través de toda la vida. Personas con soporte abundante durante la infancia tienen más posibilidades de ser saludables a lo largo de su vida adulta y vejez, mientras que personas con soporte inadecuado cuando crecen tienen más chance de tener un estado de salud defectuoso a lo largo de su vida.

Otros estudios longitudinales como el de Baltimore del NIH indican que los sujetos que trabajan, se casan o viven en pareja, hacen deportes y tuvieron hijos, además de alimentarse y educarse correctamente, viven más y mejor.

Como fue mencionado antes, los atributos e implicancias de lidiar, adaptarse y tener resiliencia son tan amplios que pueden ser tenidos en cuenta como una descripción detallada del componente psicológico del capital de salud. La resiliencia en sí misma es una potente característica en el capital psicológico ya que es definido como la flexibilidad de respuesta ante un cambio situacional de demanda, y la habilidad de retornar de experiencias emocionales negativas. El locus de control de la salud, la reserva cognitiva, “y los afectos” tienen un gran impacto en los ancianos y merecen comentarios adicionales.

La reserva cognitiva señala que la presentación clínica de sujetos con la misma enfermedad cerebral varía de acuerdo con las condiciones pre-mórbidas tales como nivel de educación, ocupación y capacidad de lectura. La mayor parte de la habilidad cognitiva es desarrollada durante la infancia y el nivel alcanzado determina la tasa de declinación en la velocidad de la memoria y la concentración. Tener habilidad cognitiva baja durante la infancia y en la adultez temprana está asociado a un aumento en el riesgo de sufrir una demencia. El hecho de que personas con altos niveles de educación tienen menor tasa de desarrollar demencia puede ser explicado por el efecto protector del nivel educativo y la constitución de una fuerte reserva cognitiva que puede retrasar funcional y cognitivamente la expresión de enfermedades neurocognitivas. Una elevada inteligencia en la niñez parece llevar a tener éxito escolar, acceder a empleos bien pagos, mejoría en el estatus social y beneficios acompañantes en la salud que siempre parecen ser conferidos por esta situación. Las habilidades verbales a su vez

pueden incrementarse más allá de la octava o novena décadas y puede también proteger contra la declinación que comienza en la vida adulta en su paso hacia la vejez.

Entonces, la educación es una buena alternativa para invertir en pos de la habilidad cognitiva para la vida adulta y la vejez.

Los afectos deben considerarse un bien para el capital de salud psicológica.

De todos modos, la mayor información sobre el impacto del afecto en la salud lo tienen los factores negativos tales como la depresión, la angustia, el enojo, la fatiga, la tensión o la confusión, y no los factores beneficiosos como diversión, alegría, éxitos, entusiasmo y satisfacción. Es especialmente relevante cuando alguien refiere a la depresión, asociarla frecuentemente a un estado de salud pobre y mala evolución del mismo.

Hay evidencia de una asociación entre el afecto positivo y una menor mortalidad y no nos sorprende ver que personas con enfermedades serias usualmente reportan menor nivel de afecto positivo que los controles saludables. El afecto positivo se deteriora cuando la severidad de la enfermedad aumenta. Investigaciones muestran que las ventajas asociadas con el afecto emocional positivo no sólo proveen beneficios a corto plazo en la salud, sino que estos beneficios pueden durar mucho tiempo a lo largo de la vida.

La constitución biológica de la salud es vasta y compleja. Se describen los biomarcadores del proceso de envejecimiento descritos por Evans y Rosemberg, y aquellos que están más relacionados con la capacidad funcional de la población anciana, estos son:

- ▶ Tasa metabólica basal
- ▶ Capacidad aeróbica
- ▶ Reparación tisular y celular
- ▶ Defensa inmunitaria
- ▶ Índice de masa corporal
- ▶ Sensibilidad a la insulina
- ▶ Hipertensión arterial
- ▶ Masa y fuerza muscular
- ▶ Densidad ósea

Tasa metabólica basal: la tasa metabólica basal refleja las calorías mínimas necesarias para mantener la vida en un individuo en reposo.

Capacidad aeróbica: la capacidad aeróbica es la habilidad del cuerpo para procesar el oxígeno y refleja la función cardiopulmonar. Con el aumento de la edad hay una pérdida de la capacidad aeróbica. Esta pérdida funcional puede resultar en una calidad de vida menor, menor chance de sobrevivir en una

emergencia y puede resultar en dependencia y necesidad de aumento de requerimientos de cuidados de salud.

Reparación tisular y celular: ha sido propuesto que el envejecimiento resulta del acumulamiento progresivo a través de la vida de una variedad de defectos aleatorios moleculares que se acumulan en las células y los tejidos. La capacidad de reparación del ADN disminuye y se vuelve más vulnerable a los constantes ataques de agentes endógenos y exógenos que dañan la reparación, y entonces juegan un rol en determinar la tasa de envejecimiento.

Defensa inmunitaria: los individuos que han sobrevivido con buena salud hasta el máximo potencial de vida de su especie, están equipados con mecanismos celulares óptimos de defensa. Las personas que mantienen preservadas sus defensas inmunes contra estresores externos tienen una mejor chance de vivir más tiempo en buena salud.

Índice de masa corporal: el índice de masa corporal (IMC) es calculado con el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. La obesidad es un predictor muy fuerte de morbilidad y mortalidad, pero muchos estudios muestran al IMC como factor de riesgo en jóvenes y adultos jóvenes con obesidad mórbida (IMC mayor o igual a 40) más que en obesidad moderada (IMC de 25 a 32). La obesidad tiene un gran impacto en la morbilidad desde que aumenta la prevalencia de diabetes tipo 2, litiasis vesicular, hipertensión arterial y osteoartritis.

Sensibilidad a la insulina: la hiperglucemia es la principal consecuencia de la ausencia de secreción de insulina o de la disminución de la sensibilidad a la insulina. Esto tiene una consecuencia deletérea en el envejecimiento debido la formación de productos avanzados del metabolismo por glicoxidación. La diabetes aumenta el riesgo cardiovascular y está asociada a hechos deletéreos que acortan la vida.

Hipertensión arterial: la importancia de la hipertensión arterial en la mortalidad y la morbilidad debidas a desórdenes cardiovasculares ha sido reconocida por muchos años. La hipertensión tiene una fuerte y continua asociación con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Mantener la tensión arterial en valores normales es una altísima inversión en capital de salud.

Masa y fuerza muscular: el envejecimiento está asociado a una pérdida progresiva de masa y fuerza muscular (sarcopenia), la cual aumenta el riesgo de injuria y discapacidad. La fuerza muscular parece estar más relacionada que la masa con la mor-

talidad, por lo que la calidad muscular es más importante que la cantidad como un activo del capital de salud

Densidad ósea: la osteoporosis es una importante causa de morbilidad y mortalidad en la vejez. La fractura de cadera está asociada con discapacidad, pérdida de la independencia y también un riesgo elevado de muerte.

Depreciación e inversión en capital de salud

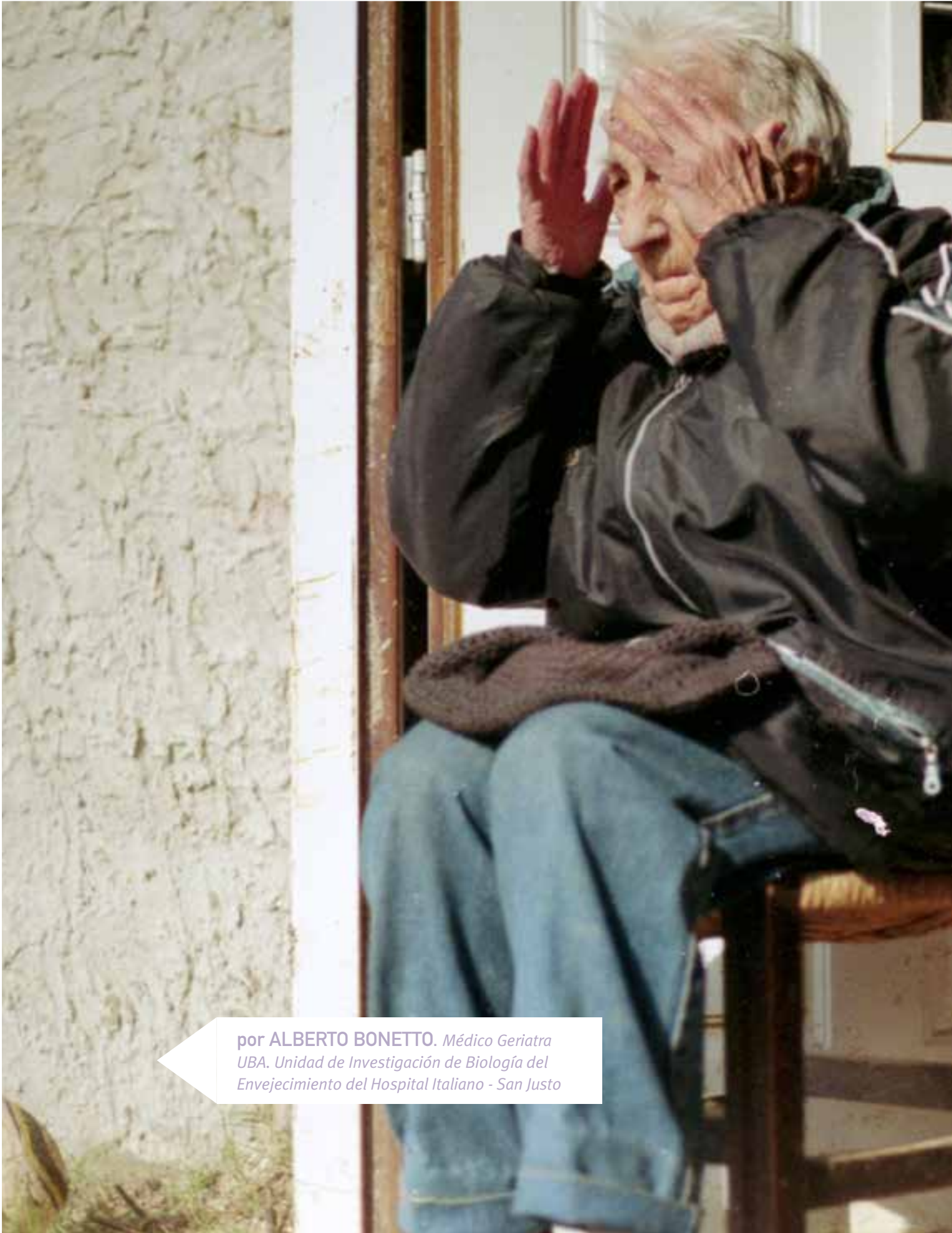
El enfoque por capital de salud concuerda con otros modelos que relacionan el curso de la vida y el envejecimiento. El *stock* de salud a un tiempo dado (t) puede ser expresado por la ecuación: $\text{Stock de salud } t = \text{capital de salud (capital inicial + inputs positivos)} - \text{depreciación (envejecimiento + inputs negativos)}$.

El más importante de los *inputs* de salud es el estilo de vida, principalmente educación permanente, ejercicio, nutrición adecuada, cuidados preventivos de salud y conducta responsable. Los *inputs* negativos incluyen alcoholismo, tabaquismo, aislamiento social, malos cuidados preventivos de salud y enfermedades.

Cuando el *stock* de salud cae debajo de un cierto nivel puede traspasar el umbral de discapacidad, y una caída adicional puede llevar a la muerte. Un *stock* de salud elevado favorecería exitosamente al envejecimiento, pero una rápida pérdida del capital de salud y un bajo *stock* de salud puede ser expresada por deterioro y discapacidad.

En resumen

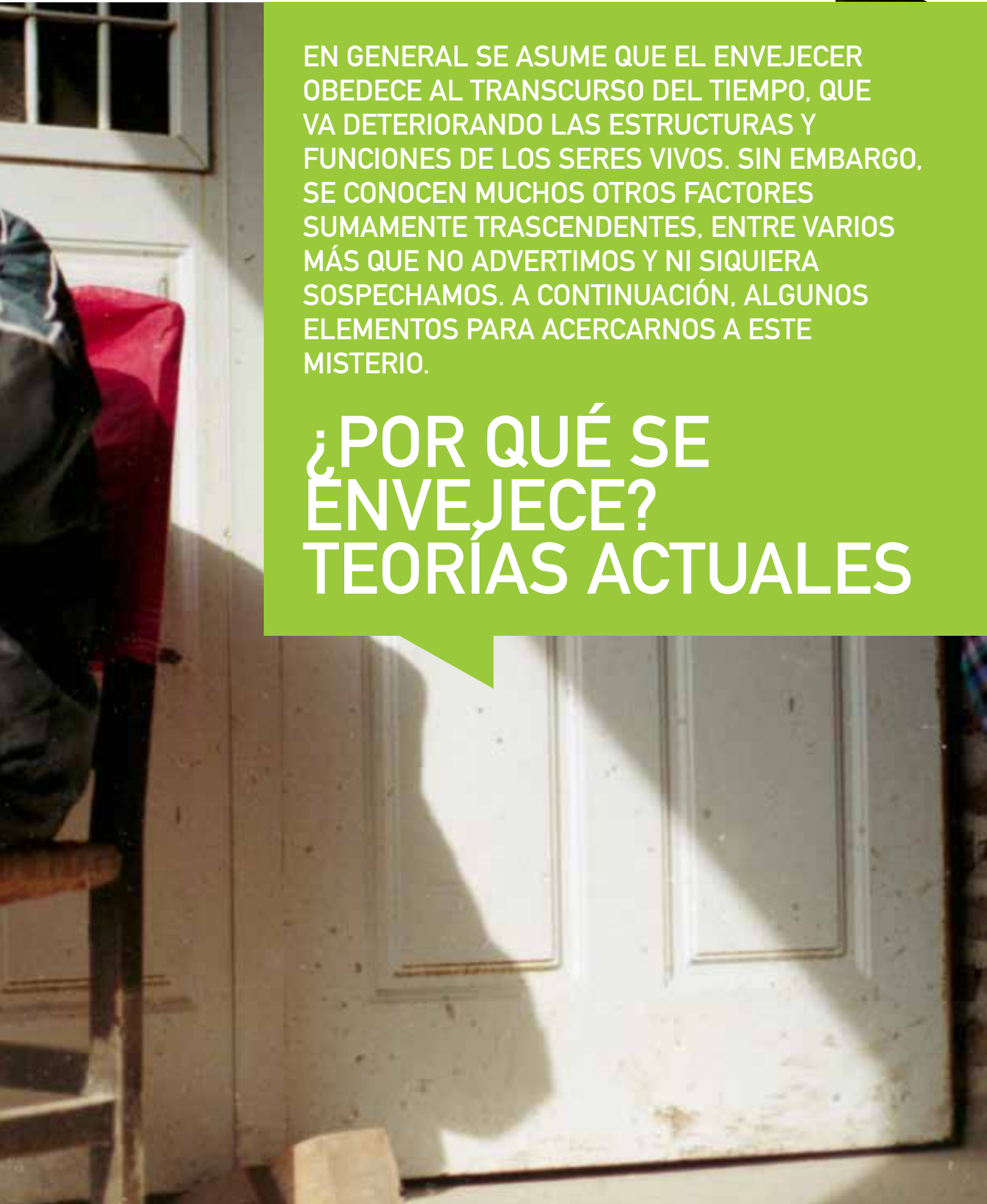
La búsqueda de consensos y recomendaciones ha llevado al Consejo de Europa a promover iniciativas con el objeto de poder tener un punto de partida a fin de mejorar la situación de las personas dependientes, frágiles o en riesgo, así como de aquellas personas que los cuidan. En septiembre de 1998, el Consejo de Ministros del Consejo de Europa aprobó una recomendación relacionada con la dependencia; en la República Argentina se han aprobado diferentes leyes de protección de la ancianidad, las cuales promueven la necesidad de ayuda o asistencia importante para aquellas personas mayores con necesidades de la vida diaria o dependencia económica por extrema pobreza. Entonces, podemos entender que la apreciación o la depreciación de los niveles de salud acumulada a lo largo de la vida de un sujeto (desde que se gesta hasta que muere) se expresará en la vejez, y el resultado de todas estas variables reflejará el *stock* o reserva de salud con el cual el sujeto enfrentará las diferentes circunstancias de su vida cotidiana. Este estado funcional resultante condicionará la calidad de vida al envejecer y la sobrevivida resultante de estos sujetos, expresión final o vía final común de su estado funcional.



por **ALBERTO BONETTO**. *Médico Geriatra UBA. Unidad de Investigación de Biología del Envejecimiento del Hospital Italiano - San Justo*

EN GENERAL SE ASUME QUE EL ENVEJECER OBEDECE AL TRANCURSO DEL TIEMPO, QUE VA DETERIORANDO LAS ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DE LOS SERES VIVOS. SIN EMBARGO, SE CONOCEN MUCHOS OTROS FACTORES SUMAMENTE TRASCENDENTES, ENTRE VARIOS MÁS QUE NO ADVERTIMOS Y NI SIQUIERA SOSPECHAMOS. A CONTINUACIÓN, ALGUNOS ELEMENTOS PARA ACERCARNOS A ESTE MISTERIO.

¿POR QUÉ SE ENVEJECE? TEORÍAS ACTUALES



Pese a que la respuesta a la pregunta del porqué del envejecimiento parece ser simple y evidente, en realidad encierra algunos de los misterios más grandes de la biología. Y aunque en los últimos lustros se han efectuado notables avances, aún estamos muy lejos de poder proporcionar una respuesta satisfactoria.

En realidad, no sólo debemos dilucidar los mecanismos del envejecimiento, sino explicar el hecho mismo de que exista, pues aunque estamos muy familiarizados con el fenómeno y lo aceptamos con naturalidad y sin cuestionamientos, la verdad es que desde el punto de vista de la biología básica **no debería existir**, y hasta no hace mucho tiempo no teníamos posibilidad racional de proponer una justificación verosímil y plausible.

En general se asume que el envejecer obedece al transcurso del tiempo, que va deteriorando las estructuras y funciones de los seres vivos, partiendo de las células y afectando al organismo en su totalidad.

En efecto, las células de todos los seres vivos (excepto los unicelulares), tanto en organismos enteros en su estado natural, cuanto en cultivo y en condiciones óptimas, envejecen. Pero esto no explica en modo alguno el envejecimiento del individuo, pues las células obsoletas son constantemente reemplazadas por otras nuevas recientemente constituidas.

Sabemos desde hace décadas que, salvo las células muy especializadas que no se dividen, como las del cerebro y el corazón, todas las demás lo hacen. Las células envejecidas desaparecen y son constante y sistemáticamente reemplazadas por otras flamantes.

Asumir que el envejecimiento es debido al desgaste del paso del tiempo y es tan inevitable como él, es cometer la falacia de comparar un organismo vivo con una maquinaria inorgánica. Los organismos vivos, a diferencia de las máquinas, tienen la característica fundamental de repararse y renovarse a sí mismos constantemente. Excepto las células postmitóticas (cerebro y

corazón), todas las demás se renuevan incesantemente. Si nuestras células “gastadas” son renovadas persistentemente por nuevas, si nos “rejuvenecemos” sin cesar, ¿por qué envejecemos? Tomemos como ejemplo la piel, que por su visibilidad pone de manifiesto muy claramente los cambios del envejecimiento, sin embargo todos los tipos celulares que la componen se reemplazan invariablemente en aproximadamente dos meses, durante toda la vida, y cada muda subsiste el mismo tiempo que las anteriores y posteriores. En términos sencillos pero muy reales esto significa que las células de la piel de un recién nacido y las de un sujeto de 90 años, o de cualquier otra edad, viven tiempos iguales, tienen la misma longitud de vida, ¿por qué entonces envejece la piel? Idéntica situación se presenta para los demás órganos. La pregunta pertinente entonces es: ¿por qué se envejece si durante toda la vida nuestras células tienen la misma edad? Hay que tener presente que las células se reemplazan mediante un proceso de división (llamado mitosis) durante el cual las

células “hijas” no surgen de la simple partición de las células “madres”, sino que se construyen con elementos absolutamente originales, no debiendo por lo tanto ser más viejas que sus predecesoras, pero lo son, cada generación celular es más vieja que la anterior.

Este asombroso hecho era inexplicable y eludía tenazmente la comprensión de los científicos, hasta que en 1970 Watson (uno de los descubridores de la estructura del ADN y acreedor por ello del Premio Nobel) y Olovnikov encontraron la punta del ovillo.

Después de la división celular, las células “hijas” recientemente construidas y originales son idénticas a las células “madre”, salvo por una cosa: ciertas estructuras llamadas telómeros se acortan en cada división.

Estos telómeros son un tipo de ADN especial situados en los extremos de los cromosomas (agrupaciones de genes), que protegen la información genética y la viabilidad de las células,



no obstante se van abreviando con cada división celular, lo que modifica la estabilidad de los cromosomas, y cuando, luego de numerosas segmentaciones, se han achicado mucho, la célula ya no puede dividirse, entra en un estado llamado senescencia celular, y muere. De modo que, aunque nuestras células tienen siempre la misma edad y viven el mismo tiempo, las sucesivas generaciones tienen los telómeros cada vez más reducidos.

Esta reducción de la longitud telomérica está íntimamente ligada al envejecimiento celular y orgánico, y a medida que se suceden las investigaciones se comprueba que también lo está con las enfermedades prevalentes en los viejos.

Cuanto más cortos tiene sus telómeros un individuo, menor es su expectativa de vida y mayores sus posibilidades de padecer enfermedades.

Ahora bien, si la merma de la longitud telomérica se asocia con envejecimiento y enfermedades, ¿qué pasaría si se pudiese elongarlos nuevamente?

En el año 2009 la científica Elizabeth Blackburn y sus colaboradores obtuvieron el Premio Nobel por el descubrimiento de la telomerasa, una enzima que tiene la propiedad de hacer esto, alargar los telómeros, y que se encuentra naturalmente en las células madre (normales) y las cancerosas (patológicas), ambas capaces de dividirse indefinidamente sin acortar sus telómeros y por lo tanto sin envejecer, pudiendo vivir indefinidamente si no interviene algún suceso externo que las destruya.

Lo que hace esta telomerasa es, precisamente, alargar los telómeros. Como se ha referido, luego de cada división celular los telómeros se acortan, siempre y en todas las estirpes celulares, también en las células madre y las cancerosas, pero ellas disponen de telomerasa que alarga sus telómeros y pueden vivir indefinidamente sin envejecer, mientras que las demás células inevitablemente envejecen y mueren.

Tenemos entonces que la telomerasa es quien pauta la vida de las células y está muy relacionada con el envejecimiento y el

El envejecimiento no es un fenómeno pasivo, sencillo, de desgaste por el simple paso del tiempo, sino activo, insospechadamente enmarañado y complejo, integrado por numerosos sucesos que se imbrican e interactúan entre sí, que pese a los notables avances científicos de los últimos tiempos recién empezamos a conocer.

Asumir que el envejecimiento es debido al desgaste del paso del tiempo y es tan inevitable como él, es cometer la falacia de comparar un organismo vivo con una maquinaria inorgánica. Los organismos vivientes, a diferencia de las máquinas, tienen la característica fundamental de repararse y renovarse a sí mismos constantemente.

cáncer. Con respecto a este último, algunas de las más promisorias líneas de investigación pasan por este tema, pero volvamos a nuestro objeto, el envejecimiento: ¿puede ser la telomerasa la clave para prolongar la juventud, la salud y la vida de los humanos?

El que las células segreguen o no telomerasa depende de si poseen activo o inactivo el gen que rige su producción. Experimentalmente y en células aisladas y en cultivo, vale decir separadas del organismo, se puede introducir el gen de la telomerasa en células que habitualmente no lo poseen, logrando que puedan multiplicarse indefinidamente sin envejecer. Existen desde hace años diferentes líneas celulares **humanas** que ostentan esta privilegiada propiedad. Pero, reiteramos, esto es a nivel de células aisladas, en cultivo y mediante procedimientos de ingeniería genética muy dificultosos, imposibles de aplicar (al menos por ahora) en estructuras complejas u organismos enteros, en quienes por otra parte aparecerían severas dificultades y complicaciones. Es muy oportuno resaltar que este prodigioso resultado de momento es sólo posible en las condiciones referidas, células aisladas, en cultivo y mediante técnicas muy sofisticadas, porque en el mercado se ofrecen productos que pretenden obtener efectos similares tomando simplemente comprimidos, una falacia que sólo se apoya en la voracidad pecuniaria de los comercializadores.

Es imperativo tener muy en cuenta que si bien el tema telómeros/telomerasa ocupa un lugar importante en el fenómeno del envejecimiento, este, como se refirió al comienzo del comentario, es extraordinariamente intrincado y laberíntico, se conocen muchos otros factores sumamente trascendentes, y sin duda existen otros que no advertimos y ni siquiera sospechamos. Para dar una mejor idea mencionaremos someramente algunos de estos otros factores que intervienen en el envejecimiento. No sólo las células deben renovarse continuamente para mantener los organismos vivos, también debe hacerlo la sustancia

intercelular, que es sumamente importante para conservar la estructura y función de los diferentes tejidos.

Esta restauración de la sustancia intercelular se efectúa en general más lentamente que la remuda celular, su complejidad es altísima, y en su transcurso acontecen cambios desfavorables en la estructura molecular produciéndose uniones anormales de ciertos integrantes básicos de los tejidos, como las proteínas y los hidratos de carbono, constituyendo algo llamado "glucosilación avanzada de las proteínas", que afecta negativamente algunas propiedades básicas, como elasticidad, resistencia, etc., de tejidos como los que constituyen las arterias, articulaciones, etc., que son irreversibles y para los cuales no contamos con medios para combatirlos.

Otro aspecto importante sustancial es el siguiente: todos los organismos vivientes para mantener su condición de tales necesitan energía, que la toman de diferentes fuentes, del sol las plantas, de los alimentos los animales, estos son procesados y transformados en energía, en estructuras intracelulares llamadas mitocondrias, que son las "usinas" celulares, donde se obtiene y almacena la energía necesaria para vivir. Esta intensísima actividad genera productos tóxicos denominados radicales libres, que dañan diferentes partes de las células, comenzando por las propias mitocondrias, que por ello deben ser reemplazadas varias veces en el curso de la vida de una misma célula.

Sus alteraciones constituyen lo que se conoce con el nombre de teoría mitocondrial del envejecimiento.

La elevadísima complejidad de estos procesos sobrepasa enormemente los límites de este comentario, por lo cual sólo los mencionamos.

Debemos consignar además que esta inextricable red de eventos se halla bajo estricto control genético. Se conocen más de 700 genes que, de un modo u otro, intervienen en el proceso que llamamos envejecimiento, pero se han identificado tres de capital importancia.

Uno de ellos, una variación en el gen FOXO3A, tiene un efecto positivo en la expectativa de vida de los humanos, siendo mucho más frecuente en personas centenarias, aparentemente sin importar la etnia de los sujetos; otro es un gen llamado Klotho, y el tercero es el gen que regula la producción por parte de las células de la telomerasa, aquella sustancia que mencionamos alarga los telómeros.

Si bien en animales se han realizado muy interesantes experiencias para manipular los genes y modificar el envejecimiento, en el ser humano esto está muy distante de ser posible.

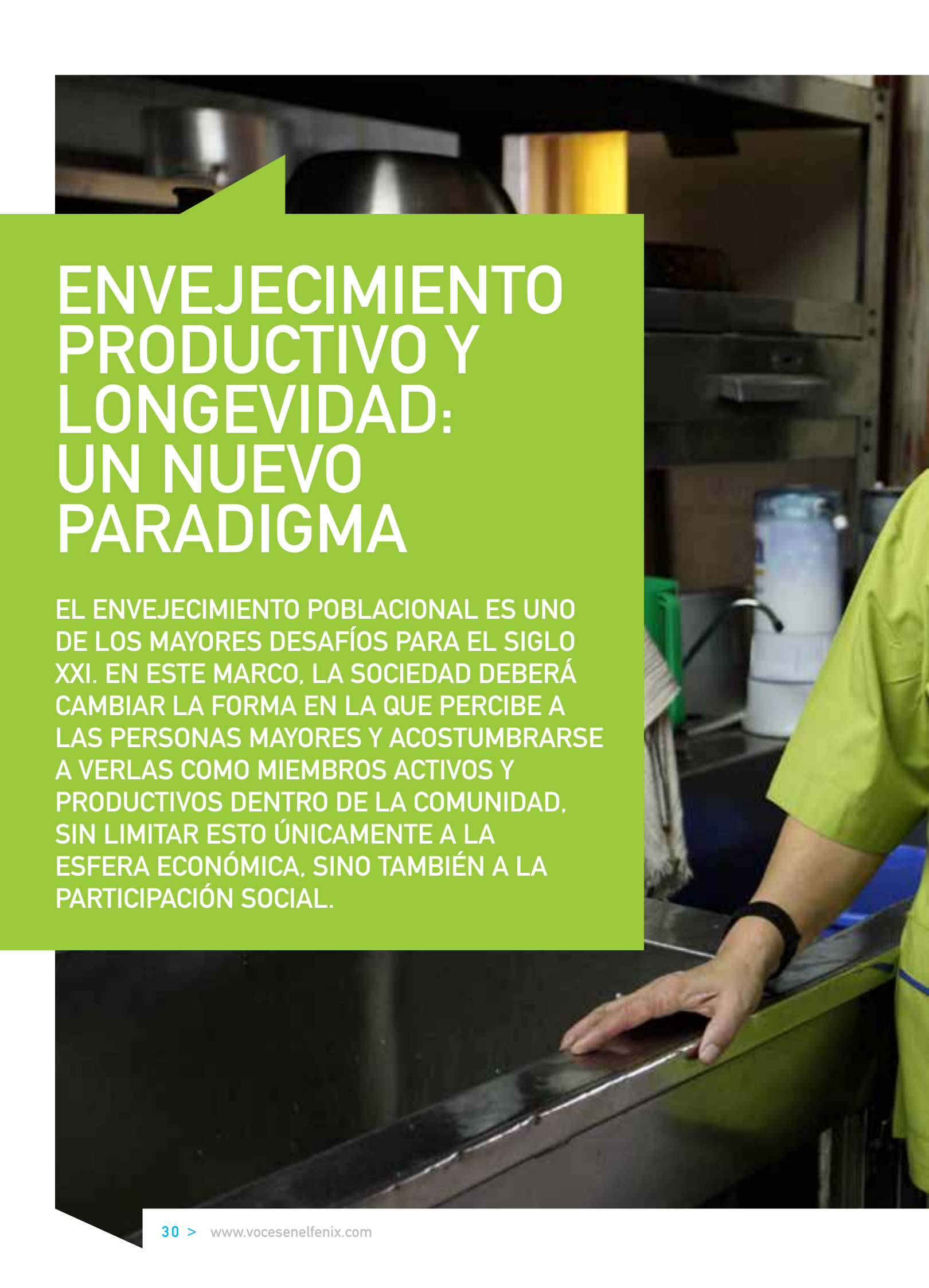
Pero aunque no podemos modificar nuestros genes, no somos prisioneros de ellos. La división de la ciencia llamada epigenética muestra en forma indubitable que la expresión, esto es, el efecto de los genes, es profundamente modificable, en sentido

El objetivo actual de la gerontología no es encontrar los medios para prolongar indefinidamente la juventud y la vida, sino hallar los modos para controlar y revertir las enfermedades de la vejez y acrecentar la calidad de vida de los ancianos.

positivo o negativo, por diferentes factores, y muy particularmente por el estilo de vida: alimentación, existencia o no de hábitos tóxicos como fumar o beber en exceso, sedentarismo, nivel de estrés, entre otros.

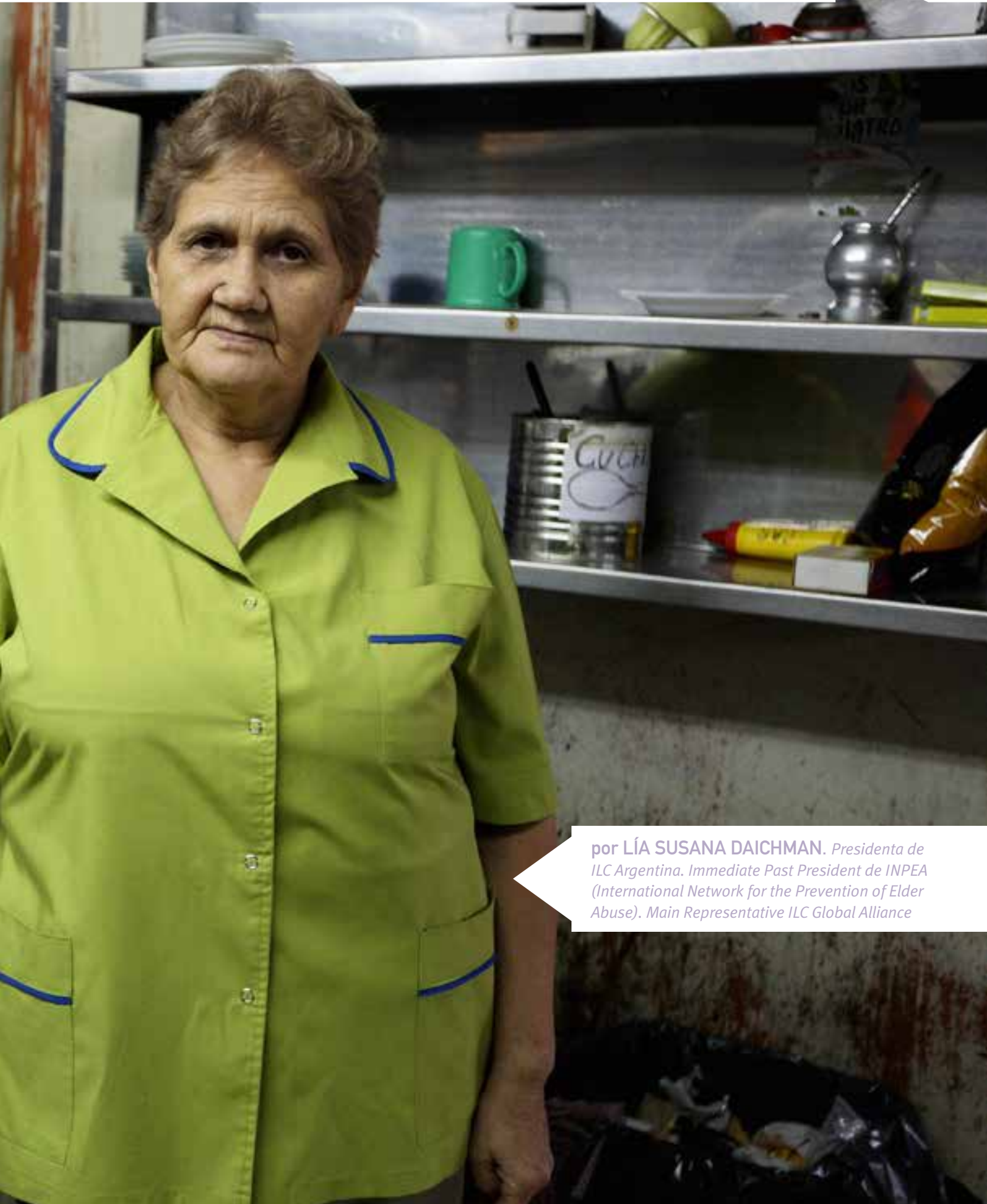
A modo de conclusión podemos decir que el envejecimiento no es un fenómeno pasivo, sencillo, de desgaste por el simple paso del tiempo, sino activo, insospechadamente enmarañado y complejo, integrado por numerosos sucesos que se imbrican e interactúan entre sí, que pese a los notables avances científicos de los últimos tiempos recién empezamos a conocer. Lo más significativo es que cuanto más sabemos acerca de las causas del envejecimiento, mejor comprendemos que son las mismas de las patologías prevalentes en el mismo. El objetivo actual de la gerontología no es encontrar los medios para prolongar indefinidamente la juventud y la vida, sino hallar los modos para controlar y revertir las enfermedades de la vejez y acrecentar la calidad de vida de los ancianos.





ENVEJECIMIENTO PRODUCTIVO Y LONGEVIDAD: UN NUEVO PARADIGMA

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL ES UNO DE LOS MAYORES DESAFÍOS PARA EL SIGLO XXI. EN ESTE MARCO, LA SOCIEDAD DEBERÁ CAMBIAR LA FORMA EN LA QUE PERCIBE A LAS PERSONAS MAYORES Y ACOSTUMBRARSE A VERLAS COMO MIEMBROS ACTIVOS Y PRODUCTIVOS DENTRO DE LA COMUNIDAD, SIN LIMITAR ESTO ÚNICAMENTE A LA ESFERA ECONÓMICA, SINO TAMBIÉN A LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.



por **LÍA SUSANA DAICHMAN**. *Presidenta de ILC Argentina. Immediate Past President de INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Main Representative ILC Global Alliance*

E

l potencial productivo de las personas mayores es todo un tema, y de gran actualidad, que fue introducido en el mundo gerontológico por el Dr.

Robert Butler, presidente y fundador de los Centros Internacionales de Longevidad.

Según sus palabras, al envejecimiento productivo se lo debe entender como “la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y/o mantenerse independiente tanto como sea posible”.

Otros autores han propuesto una concepción más amplia del término, definiéndolo como “cualquier actividad realizada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle capacidades para producirlos”.

Desde este punto de vista, el enfoque del envejecimiento productivo hace referencia al concepto de productividad en un sentido aún más amplio, entendiéndose como el conjunto de beneficios colectivos que las personas mayores consiguen a partir de sus acciones individuales.

Es decir, la productividad apunta al “hacer con un sentido”, y no necesariamente referirse sólo a la esfera económica, sino también a la contribución social de las personas mayores y a su satisfacción de necesidades sociales de importancia.

Por lo tanto, contribuir es la esencia de este paradigma, y la clave para comprender el concepto de envejecimiento productivo desde una perspectiva más holística.

A medida que fueron cayendo las tasas de mortalidad y la edad promedio de la vida se acerca a los 90 años nos enfrentamos cotidianamente a una nueva serie de desafíos.

Uno de ellos, por cierto, es el ¿cómo?, ¿cómo proporcionar apoyo financiero a este aumento afortunado de vida útil y que en su mayor parte nunca fue previsto?

Esta falta de planificación aparece en los planes de retiro y viejos modelos de seguridad social de principios del siglo XX, donde la

esperanza de vida era no más de 60 años.

Como su nombre lo implica, el envejecimiento productivo se refiere a la forma en la que podemos envejecer sin dejar de ser miembros activos y productivos dentro de la sociedad en la cual vivimos.

Y ser productivo no se limita, una vez más, a ser económicamente productivo, sino más importante aún, socialmente productivo.

Y este es un beneficio tanto para la sociedad en general como para el individuo en particular, que necesita beneficiarse de la vejez, y “no solamente sufrirla”.

Gran temática esta que gira en torno a valores culturales así como a valores económicos. Culturalmente se espera que las personas mayores disfruten de su vejez y de su “jubileo” y que no perturben al resto de los miembros de la sociedad, que formen parte.

La mirada es un poco así: económicamente como sociedad, “los queremos”, pero “NO necesariamente como una carga para los que hoy somos contribuyentes”.

Esto es una consecuencia de los efectos residuales de la revolución industrial, donde algunos seres humanos se convirtieron en engranajes de las grandes máquinas. Nuestro sistema educativo occidental y la dinámica social de la familia giran también en torno al concepto de la jubilación.

Aunque nadie recuerda a Stradivarius querer dejar de fabricar violines y pedir jubilarse...

Como su nombre lo implica, el envejecimiento productivo se refiere a la forma en la que podemos envejecer sin dejar de ser miembros activos y productivos dentro de la sociedad en la cual vivimos.

¿Jubilarse para qué?

En la era industrial la jubilación pudo haber tenido un cierto sentido. Ahora, en la posindustrial y de la información, ya no es tanto así.

El envejecimiento productivo está un poco lejos de la posición defendida por la teoría de la realización de actividades utilitarias concretas, cuando uno ya es viejo.

Tampoco quiere decir que los individuos tienen que mantenerse siempre activos, pero aboga por una participación social significativa.

Las actividades realizadas deben ser percibidas siempre como positivas, y participar de ellas debe dar un significado a las personas mayores a su vida.

Uno de los factores a tener en cuenta no es la obligación de que participen, sino también crear las oportunidades para poder llegar a hacerlo.

¿Cómo se podría lograr?

Por un lado a nivel micro, en una esfera más personal. Necesariamente tiene que pasar a través de una mejor capacitación, el empoderamiento y la transformación objetiva y favorable de las condiciones de participación. Su asistencia a cursos, talleres y proyectos educativos es ejemplo de cómo se puede lograr un cambio positivo, un deseo de involucrarse y de contribuir a la sociedad.

A otro nivel, un cambio social. La sociedad deberá cambiar la forma en la que percibe a las personas mayores y acostumbrarse a verlos como miembros parte y activos de la comunidad.

Y no importa si ellos continúan viviendo en sus propias casas o si lo hacen por otras circunstancias en instituciones.

La posibilidad de ser activo en el proceso de toma de decisiones de sus vidas es algo que debe estar presente en todos los contextos.

A nivel macro, un cambio de políticas emitidas por la administración pública deberá incorporar las recomendaciones de Naciones Unidas para las Personas de Edad: salud, seguridad, participación, independencia, cuidado, realización personal y dignidad.

El interés sobre la actividad productiva en la edad adulta ha aumentado considerablemente en los últimos años y ha conseguido llamar la atención de investigadores, actores sociales y políticos.

Recientes investigaciones se han centrado en el valor económico de dichas actividades, muchas de las cuales no están incluidas en el mercado laboral, teniendo como ejemplo el voluntariado.

Una buena pregunta que nos debemos hacer es la siguiente: ¿son todos los tipos de actividad productiva en la vejez igualmente “significativos” para todas las personas mayores?

Una cantidad considerable de las actividades productivas en las personas se produce en los años posteriores a la jubilación. Burr, Mutchler y Caro encontraron que entre los 55 y 74 años, las personas mayores se mantienen más activas en las diferentes dimensiones del envejecimiento productivo: el voluntariado, el cuidado de los nietos, el apoyo informal de amigos, parientes o vecinos, la atención a personas dependientes familiares y aun en el trabajo remunerado.

Envejecimiento productivo y el mercado laboral

Las cuestiones relacionadas con la posibilidad de seguir trabajando después de la edad jubilatoria pueden variar y diferir entre los diferentes países y profesiones.

La jubilación no debería ser obligatoria, pero flexible, también para no prescindir de una manera radical a las contribuciones de los trabajadores mayores.

Como la esperanza de vida crece, conceptos tradicionales como la “necesidad de jubilarse” a cierta edad deben ser revisados a distintos niveles: desde las políticas públicas hasta las prácticas privadas, incluyendo también su planificación dentro de la historia de vida laboral de la propia gente.

Ha habido algunas medidas adoptadas por el sector privado para alentar a los trabajadores a trabajar más tiempo a través de programas de reentrenamiento o trabajos a tiempo parcial, pero bastante pocas desde el sector público.

Para aquellos que quieran y puedan jubilarse existen oportunidades para actividades voluntarias significativas y algunas nuevas formas de trabajo.



Políticas y programas que funcionan

Algunos ejemplos de envejecimiento productivo:

a) Programa “La experiencia cuenta” (Dinapam, Ministerio de Desarrollo Social), basado en la transmisión del conocimiento y entrenamiento de oficios tradicionales (panadería, carpintería, pastelería, etc.) por parte de los adultos mayores a otros adultos y a generaciones más jóvenes.

b) Programa “Sutura” (Ministerio de Justicia). Este se basa en la misma estructura de trabajo y consiste en la recuperación y transmisión de conocimiento y capacidades y se desarrolla en algunas prisiones como la de Devoto, el Servicio Penal del Hospital Moyano y en Ezeiza.

Aquí lo enseñan también, aparte de profesionales, presos mayores, capacitados previamente a su detención, lo que les permite recuperar sus capacidades, elevar su autoestima y pasar a los más jóvenes su experiencia y conocimiento, facilitando así también las relaciones intergeneracionales.

c) Programa “Para leer abre tus ojos” (Ministerio de Educación) que complementa al Programa Nacional de Alfabetización. Este es un programa de lectura, y que fue inspirado en el exitoso pro-

grama “Abuelos cuentacuentos” que surgió de la ONG Mempo Giardinelli y hoy ya existe en varios países del mundo.

d) Programa Nacional de Voluntariado (Dinapam, Ministerio de Desarrollo Social) y Programa de Voluntariado de la organización Tzedaka, perteneciente a la comunidad israelita.

Aquí el rol de las personas mayores es relevante no sólo en las horas que dedican a su trabajo, sino en la importancia de la calidad de sus acciones. El voluntariado es una actividad que hace que los seres humanos se sientan útiles y valorados ayudando a otros, incluyendo a sus pares.

e) Participación social y cuidado de familiares y amigos.

f) Educación (“Siempre hay tiempo para aprender”): 1. Primera Universidad de la Tercera Edad, Paraná, Entre Ríos (1984), hoy abierta hacia la edad mediana a pedido de la comunidad, y que fuera fundada por la profesora Yolanda Darrieux. 2. Centro Cultural Ricardo Rojas, CABA, Buenos Aires (1984), depende del Dpto. de Extensión Universitaria de la UBA, multicultural y con salida laboral con un promedio anual de más de 30.000 alumnos.

g) Microemprendimientos. 1. Complejo de Hogares Martín Rodríguez en el Gran Buenos Aires (productos de consumo interno y venta en la zona). 2. Hogar Juan XIII en Colonia Caroya con el apoyo del Rotary Club (productos derivados de la soja, para consumición y venta).

A nivel nacional ya existen varios microemprendimientos manejados en su mayoría por personas mayores (preferentemente mujeres), y en distintas provincias, especialmente destacándose las del centro y norte del país.

Reinventando el envejecimiento. Un cambio de actitudes sociales para fomentar la participación de las personas mayores

Estrategias potencialmente eficaces para fomentar el envejecimiento saludable, activo y productivo pueden verse frecuentemente afectadas por una serie de estereotipos que se atribuyen a las personas mayores.

Si bien tendemos a ver a las personas mayores dentro de nuestra propia familia o redes personales con una actitud más positiva, estas son vistas en general y más a menudo en forma negativa.

Por ejemplo: una persona puede ser considerada demasiado vieja para aprender nuevas habilidades, capacidades o estar demasiado cerca de la edad jubilatoria para “merecer ser reentrenada”. Ambas actitudes hacen que sea más difícil para un adulto mayor mantener las habilidades que lo hagan atractivo para un posible empleador y a nuevas formas de trabajo.

Existen lamentablemente muchos prejuicios y estereotipos que nos limitan para realmente entender los desafíos y las oportunidades de una población cada vez más envejecida y de ahí que son capaces de bloquear también la búsqueda de soluciones innovadoras. Por ejemplo, retratar a las personas mayores como una carga más que como un recurso, nos lleva a pensar en maneras de reducir al mínimo el costo de inversión en el envejecimiento, en lugar de aprovechar al máximo la oportunidad para que a los mayores se les permita contribuir. Verlas como fuera de contacto o “fuera de onda” nos impedirá pensar en estrategias que puedan aprovechar mejor su larga experiencia y conocimiento.

En la actualidad estamos envejeciendo de una manera diferente, a medida que las personas se van apartando de las normativas previas.

Estamos comenzando a ver nuevos “*role models*” que son más activos, exigentes, con ganas de trabajar más años o de disfrutar de otra manera su tiempo libre. “Como *baby-boomers* que somos y queremos que nuestras voces sean escuchadas”.

Hace varios años fuimos creando una nueva construcción social, la de la adolescencia, ahora se va desarrollando una nueva transición: la “gerontolescencia”. Es emocionante porque es una nueva etapa del desarrollo humano.

Por lo tanto, los responsables de formular las políticas públicas deben asegurar que estemos preparados para enfrentar los fuertes cambios demográficos que estamos y estaremos transitando. Ya se puede ver universalmente cómo los adultos mayores realizan importantes contribuciones en campos tan diversos como las finanzas, la ciencia, las artes, la política y los servicios públicos. Esto probablemente se extenderá a medida que la población envejezca.

El envejecimiento poblacional amenaza con convertirse en el mayor desafío y “cuasi riesgo” para el siglo XXI, si no tenemos las políticas adecuadas.

Tomar medidas firmes para romper estas creencias negativas no sólo beneficiará a las personas mayores y reducirá los costos del envejecimiento de la población, sino también nos ayudará a construir sociedades sostenibles y cohesionadas, equitativas y seguras, el tipo de sociedad de la que todos queramos formar parte.

La productividad apunta al “hacer con un sentido”, y no necesariamente referirse sólo a la esfera económica, sino también a la contribución social de las personas mayores y a su satisfacción de necesidades sociales de importancia.



Algunas recomendaciones

- ▶ Deberíamos reformar el sistema de beneficios de empleo y fiscales para fomentar el trabajo de las personas mayores a fin de entrar o permanecer en el mercado laboral.
- ▶ Estimular la solidaridad intergeneracional y entre las mismas personas mayores, reconociendo su diversidad.
- ▶ Ofrecer horarios flexibles para los adultos mayores y crearles un entorno amigable en el lugar de trabajo y dentro de la comunidad.
- ▶ Promover la participación y la inclusión socio-económica, y fomentar la toma de decisiones compartida.
- ▶ Evitar la discriminación basada en la edad y/o género.

Los programas que generen trabajo para las personas mayores que lo necesitan no deben ser considerados como gastos sociales, sino como inversión social.


Ser productivo y valioso para otros seres humanos es parte de la esencia de la vida y esto debe continuar a lo largo del ciclo de vida, incluyendo la vejez.

Los Centros de Longevidad Internacionales tenemos una visión de un mundo en el que las personas mayores puedan florecer y continuar su desarrollo.

Este será un mundo en el que las personas de edad deberán:

- ▶ Ser ciudadanos iguales con los mismos derechos.
- ▶ Lograr suficiente dinero para gozar de una vida digna y segura, teniendo acceso como consumidores a productos y servicios que necesiten y a un precio que ellos pueden afrontar.
- ▶ Acceder a la atención sanitaria y social que requieran.
- ▶ La oportunidad de vivir una vida saludable y activa por más tiempo disfrutando de una sensación de bienestar y seguridad.
- ▶ Habitar en hogares adecuados y vecindarios amigables que les sean seguros, y que les permitan llevar a cabo una vida plena.
- ▶ Tener la oportunidad de participar y contribuir como voluntarios, ciudadanos activos, vecinos y familiares solidarios y como trabajadores si así lo desearan.

▶ Disfrutar de los beneficios de una vida más larga y digna se encuentren donde se encuentren, en cualquier lugar del mundo. Es nuestra misión intentar hacer realidad esta visión, influyendo tanto en la sociedad civil, organizaciones intergubernamentales, así como también en los gobiernos, y lograr el cambio, la transformación para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de hoy y del mañana.



LAS EXIGENTES DEMANDAS QUE PLANTEAN LOS IDEALES HEGEMÓNICOS MASCULINOS EN LOS VARONES ADULTOS MAYORES, FOCALIZANDO LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO, LA FORTALEZA FÍSICA Y EL EROTISMO, GENERAN UN CRECIENTE MALESTAR A MEDIDA QUE ESTA POBLACIÓN AVANZA EN EDAD. A CONTINUACIÓN, ALGUNOS ELEMENTOS PARA PENSAR UNA DE LAS ETAPAS MÁS DIFÍCILES DEL CICLO DE LA VIDA.

MASCULINIDADES EN LA VEJEZ

por RICARDO IACUB. *Prof. Asociado a cargo de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA*



“Tened piedad de este pobre fantasma de Edipo, pues ese viejo cuerpo ya no es él”.

Sófocles, Edipo en Colona

“Dios mío, pensaba, ¡el hombre que fui! ¡Sin la menor sensación de otredad! Hubo un tiempo en que fui un ser humano completo”.

Philip Roth, Elegía

“Dormir con una belleza que no se despertaría era una tentación, una aventura, un goce en el que, a su vez, podían confiar”.

Kawabata, La casa de las bellas durmientes

Nuestra cultura poco se ha planteado acerca de la masculinidad y menos aún en la vejez. Los estudios más recientes advierten diversos grados de malestar que se presentan en los varones viejos ya que esta etapa vital pareciera entrar en contradicción con las exigentes demandas acerca de este rol de género.

Cuando hablamos de los relatos construidos socialmente sobre el género o la edad los entendemos como modos de guiar y dar significado a la vida. De esta manera es importante destacar cómo la sociedad construye el ser varón o el ser viejo generando espacios de posibilidad y prestigio, como en el lugar del “sabio”, pero también cómo ciertos relatos sobre la masculinidad excluyen la vejez, cuando las demandas de fuerza o potencia no admiten ciertos límites. Esto lleva a que los sujetos puedan incluirse, excluirse, empoderarse o desempoderarse ante dichos espacios simbólicos.

El objetivo de este artículo es presentar el malestar que generan las exigentes demandas que plantean los ideales hegemónicos masculinos en los varones adultos mayores, focalizando la im-

portancia del trabajo, la fortaleza física y el erotismo en dichos relatos.

La edad y el género son dimensiones indisolubles en la construcción de la identidad del ser humano, razón por la cual el estudio de los relatos producidos sobre ambas categorías resulta de gran valor para entender la conformación de sentimientos, malestares, proyectos y actitudes del varón viejo.

La cultura puede o no entamar las narraciones otorgándoles continuidades entre ambas, habilitar lazos de coherencia entre las narraciones, los cambios biopsicológicos del envejecimiento y los relatos sobre dichos cambios, y finalmente ofertar sentidos que faciliten organizar renovadas formas de masculinidad en la vejez. Lo que daría cuenta de los niveles de bienestar o malestar relativos a las demandas culturales sobre la masculinidad frente a la capacidad de afrontamiento posible en la vejez.

Para conocer la articulación de las narraciones sobre la masculinidad en la vejez, sus demandas específicas y los modos singulares en los que se produce en cada varón viejo, utilizaré la perspectiva de la gerontología narrativa y de la teoría de los guiones.

La masculinidad hegemónica se asocia con rasgos de competitividad; poder físico, sexual y económico; desapego emocional; coraje y dominación, capacidad de protección y autonomía. Modelos que se refuerzan de una manera relativamente constante a lo largo de la adultez y que presentan serias dificultades a la hora de pensar el envejecimiento masculino.

Las narrativas y los guiones

El narrativismo entiende a la realidad como una construcción basada en relatos, lo cual determina que haya un importante margen de subjetividad, relativismo y creación. Las narrativas son un portal a través del cual las personas entran en el mundo, juegan un rol formativo, ayudan a guiar las acciones y son recursos psico-socio culturales compartidos que constituyen y construyen realidades humanas. Las identidades culturales, familiares, grupales o individuales son exponentes de la incidencia de los relatos en la construcción de subjetividades.

Los escenarios son espacios de representación en donde se configuran prácticas sociales organizadas al modo de proyectos ofrecidos. A diferencia de los guiones fijos y relativamente inmóviles de las representaciones artísticas, estos encuentran múltiples relatos desde donde establecerse, con contradicciones en los significados o luchas de fuerza por lograr el sentido, lo que genera una dinámica más rica y diversa, aunque no por ello sin algunas figuras del relato con relativa estabilidad. En estos espacios hombres y mujeres de diversas edades asumen roles en las relaciones de género y edad, se comprometen en prácticas, y son afectados por dichos proyectos, tanto a nivel corporal como psicológico y social.

Finalmente los relatos sobre la edad y el género organizan escenarios sociales, entramados según jerarquías de poder, que atribuyen creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los sujetos.

La masculinidad y la vejez

Lo novedoso de tomar por objeto la masculinidad es que, como la adultez, eran menos estudiados, ya que funcionaba como referente general a partir de lo cual se diferencian y constituyen los otros grupos. Este nivel de hegemonía y supuesto poder llevó a que se ignore la experiencia de los varones viejos, ocultando el análisis de lo masculino en la vejez y de la vejez en lo masculino. La masculinidad puede definirse como una construcción social acerca de lo que significa ser varón en determinado tiempo y lugar, lo que implica que sus características son fluidas y sensibles a los cambios históricos y culturales.

Connell propone que la masculinidad no sea definida como un objeto, lo que implicaría sortear definiciones de tipo esencialistas, que lo supongan un rasgo natural; ni como un tipo de personalidad con conductas esperables; ni siquiera como una norma, ya que supone una referencia poco explicativa de las diversas

maneras de encarar la masculinidad. Por lo contrario, propone el análisis de los factores y tipos de relaciones por medio de los cuales las personas dotan a sus vidas de representaciones de género. De esta manera la masculinidad resulta de las posiciones que se adopten en las relaciones de género, de las prácticas que comprometen con esa posición de género, y de los efectos de dichas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura.

Badinter decía que “ser varón cuesta caro”, poniendo en evidencia la cantidad de esfuerzos y demandas que implica la posición masculina. En su revisión antropológica describe los ritos de iniciación dando cuenta del nivel de violencia que acarrea salir del lugar de protección materna para pasar a ser un varón. Connell señala que pocos pueden estar a la altura de la versión hegemónica de la masculinidad, lo que lleva a que se convierta en una demanda que acarrea un alto costo subjetivo y limita seriamen-



te a un sujeto, aun cuando también le brinde prestigio.

La masculinidad hegemónica se asocia con rasgos de competitividad; poder físico, sexual y económico; desapego emocional; coraje y dominación, capacidad de protección y autonomía.

Modelos que se refuerzan de una manera relativamente constante a lo largo de la adultez y que presentan serias dificultades a la hora de pensar el envejecimiento masculino.

Spector-Mersel sostiene que en la actualidad el ideal occidental de la masculinidad pareciera terminar con la mediana edad ya que en la vejez dichas expectativas resultan más difícilmente alcanzables así como no existen valores diferenciales que les restituyan valor social.

Los hombres mayores quieren ser vigorosos a pesar del declive físico, buscan suprimir emociones incluso luego de pérdidas, y quieren mantener el control y la autoridad a pesar de las menores responsabilidades de liderazgo.

Trabajo y masculinidad


El trabajo es uno de los espacios donde la masculinidad se pone en juego y por ello la jubilación puede ser vista como la pérdida de un recurso que permite alcanzar metas atribuidas a lo masculino y de parámetros para orientarse en la realidad.

El trabajo, así como tempranamente el deporte, respalda un sentido de masculinidad porque crea múltiples oportunidades para que un hombre se vea poderoso, seguro de sí mismo, competente y cumplir “el sueño del pibe”.

La mayoría de los hombres se identifican antes que nada con su trabajo y depositan una gran inversión emocional en el mismo. Usan su rol laboral para negociar identidades de familia, amigos, ocio y comunidad. Como señala Connell, en el trabajo se realiza su “proyecto de género”.

En este sentido, jubilarse implica perder el escenario principal de logros, competencia agresiva, búsqueda de estatus y poder,

El trabajo, así como tempranamente el deporte, respalda un sentido de masculinidad porque crea múltiples oportunidades para que un hombre se vea poderoso, seguro de sí mismo, competente y cumplir “el sueño del pibe”.



La edad y el género son dimensiones indisociables en la construcción de la identidad del ser humano, razón por la cual el estudio de los relatos producidos sobre ambas categorías resulta de gran valor para entender la conformación de sentimientos, malestares, proyectos y actitudes del varón viejo.

confianza en sí mismos, oportunidades de sentirse independientes y capaces en un escenario de riesgo y realización e ingresos monetarios.

El más estricto sistema de metas y recompensas que conforma una organización laboral promueve que la percepción de eficacia y lo que esta promueve de buena imagen y autoestima, resulten más evidentes en este espacio que en otros, como en lo familiar.

Los hombres suelen percibir la jubilación como el ingreso al territorio femenino de la familia y el hogar, y la pérdida del propio, pudiendo dudar sobre la conducta masculina apropiada.

Temer ser criticados por sus esposas una vez que sean observados más de cerca, y se ven a sí mismos “ayudando” a sus esposas en esas tareas domésticas.

Otra de las referencias que suelen emerger es la desubicación ante los nuevos escenarios post jubilatorios, lo cual deviene de la pérdida de blasones identitarios y de la función orientadora del relato (ser un trabajador) que lleva a que el sujeto no sepa hacia dónde conducirse ni de qué manera. En este sentido el trabajo imbuje al sujeto en un universo masculino que organiza los niveles de incertidumbre propios de todo sujeto, así como favorece un mejor autoconcepto. McMullin y Cairney señalan que la pérdida de autoestima en los varones viejos no es fruto de la pérdida de un rol sino del poder que alcanzaron con dicho rol y del control que este les permitía.



La fragilidad y la humillación

La dificultad de dar sentido a la propia vida ante una serie de cambios que alejan al sujeto de ideales masculinos hegemónicos tan potentes como la fortaleza, la capacidad de recuperación física y mental, independencia, eficacia, control afectivo y seguridad, lleva a los varones viejos a vivencias de humillación y vergüenza de sí que pueden manifestarse en conductas dilatorias frente a la enfermedad y la mayor tendencia al suicidio.

“La conducta masculina tradicional” explica los retrasos o evitaciones en los hombres que requieren asistencia en salud. Las explicaciones referidas aluden a la dificultad de exponerse frágiles, confiados y dependientes del otro, sacrificando de esta manera su potencia y control de la situación.

El modo de recuperar un control imaginario de su masculinidad tiene un costo considerable para la salud, ya que la atención se realiza cuando el dolor o malestar se agrava.

Entre las referencias habituales de los varones ante la visita al médico, se encuentran: las largas esperas, recibir indicaciones y someterse a procedimientos médicos, someterse al veredicto de un diagnóstico, lo que genera una sensación de impotencia frente a la intervención y capacidad del otro, a la exposición de fragilidad y la pérdida de autonomía y valor personal.

Si la habilidad para mantener la autonomía personal en la mediana y tercera edad es un indicador de envejecimiento exitoso en la cultura occidental, el impacto de la dependencia en los

varones viejos resulta más denigrante ya que la pérdida de masculinidad tiene una importante repercusión sobre su identidad personal. Por esta razón, algunos autores aconsejan que los practicantes de los cuidados de la salud tengan en cuenta esta dimensión.

En las historias de la propia enfermedad o “patografías” de escritores varones viejos se destaca que aun con buenas condiciones económicas, apoyo afectivo, y buenas relaciones con médicos influyentes, todos padecieron someterse a la atención médica y recurrieron a múltiples recursos internos para mantener un sentido de individualidad, amor propio y dignidad. Incluso en muchos casos al suicidio.

La situación a nivel internacional actual acerca del suicidio muestra una alta proporción de adultos mayores, con un incremento progresivo según avanza la edad, y dentro de estos se destaca particularmente la proporción de varones con respecto a mujeres.

El Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina muestra para el año 2011 que el grupo de 80 años y más registró la tasa más elevada (tasa: 6,18 x 100.000 hab.) de suicidios, observándose una significativa diferencia de género ya que a medida que los varones envejecen, aumenta en estos la mortalidad por suicidio. En Estados Unidos los suicidios de las mujeres disminuyen después de los 60 años, pero la tasa entre los hombres sigue subiendo. El 84% de los suicidios de adultos mayores fueron cometidos por varones y fue 5,25 veces mayor que entre las mujeres de la misma edad. Los hombres blancos de edad tienen la tasa más alta: 29 por cada 100.000 habitantes, y más de 47 por 100.000 en mayores de 85 años.

Según el Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos, una de las principales causas de suicidio es la depresión, a menudo sin diagnóstico ni tratamiento, aunque los motivos más acusados son la muerte reciente de un ser querido, la enfermedad física, el dolor incontrolable o el temor de una enfermedad prolongada, la percepción de mala salud, el aislamiento social y soledad y los cambios importantes en los roles sociales tales como la jubilación. Estos resultados resultan semejantes en diversos países desarrollados y en vías de desarrollo.



De la potencia a la inhibición erótica

Las investigaciones referidas sobre el erotismo masculino dan cuenta de la incidencia de los relatos sobre la masculinidad, la erótica de una época, sus modos de goces previos y la situación actual.

Los discursos hegemónicos sobre la masculinidad presentan como características del varón la fuerza, la capacidad física, la productividad, las ansias de éxito, la competencia con otros hombres, así como el dominio y control de lo que se considera su territorio, pudiendo generar altos niveles de agresividad en su desempeño. Estos significados atribuidos se reflejarían a nivel sexual en una búsqueda que no siempre se compadece con los cambiantes recursos del varón a lo largo de su vida.

Los escenarios culturales prevaecientes estimulan a los hombres, desde sus primeras prácticas eróticas, a ver su sexualidad como un medio para reafirmar su identidad de rol masculino y su maduración hacia la adultez.

La erección es una preocupación de toda la vida que puede acentuarse en la vejez por los factores que disminuyen esta capacidad o la enlentecen. De esta manera, el conjunto de los cambios esperables en el funcionamiento genital pueden ser comprendidos como agraviantes a nivel de la identidad masculina. Los varones mayores buscan evitar cualquier fallo, incluso

a costa de abandonar la sexualidad, ya que cada relación sexual podría representar un proceso auto-afirmante que le permita retener el sentido masculino del yo. Por esta razón el declive relacionado con la edad es considerado un proceso de desmasculinización.

Toda esta expectativa de alta performance, temor por el desempeño y el centrarse en la genitalidad en detrimento del erotismo, se tornaría en una exigencia de tales proporciones que, en determinados momentos, podría contribuir a la ansiedad por el desempeño obtenido y en inhibición de la capacidad eréctil. Esta tensión sexual aumenta con parejas recientes o con menor confianza y cuando las creencias sobre sí mismos, en cuanto adultos mayores, son más negativas.

Tiefer señala que el uso del término “impotencia” refleja un momento significativo en la construcción social de la sexualidad masculina, ya que da cuenta del demandante guión sexual masculino. Esto deriva en que los trastornos eréctiles episódicos lleven a la autorrecriminación y a un ciclo de “espectador”, por el cual los hombres se miran a sí mismos en su desempeño y consecuentemente les resulta más difícil obtener y mantener una erección. De esta manera podemos reconocer la vergüenza como una emoción frente a un momento en el que el varón puede verse confrontado frente a un relato.

Los discursos hegemónicos sobre la masculinidad presentan como características del varón la fuerza, la capacidad física, la productividad, las ansias de éxito, la competencia con otros hombres, así como el dominio y control de lo que se considera su territorio, pudiendo generar altos niveles de agresividad en su desempeño. Estos significados atribuidos se reflejarían a nivel sexual en una búsqueda que no siempre se compadece con los cambiantes recursos del varón a lo largo de su vida.



Conclusión

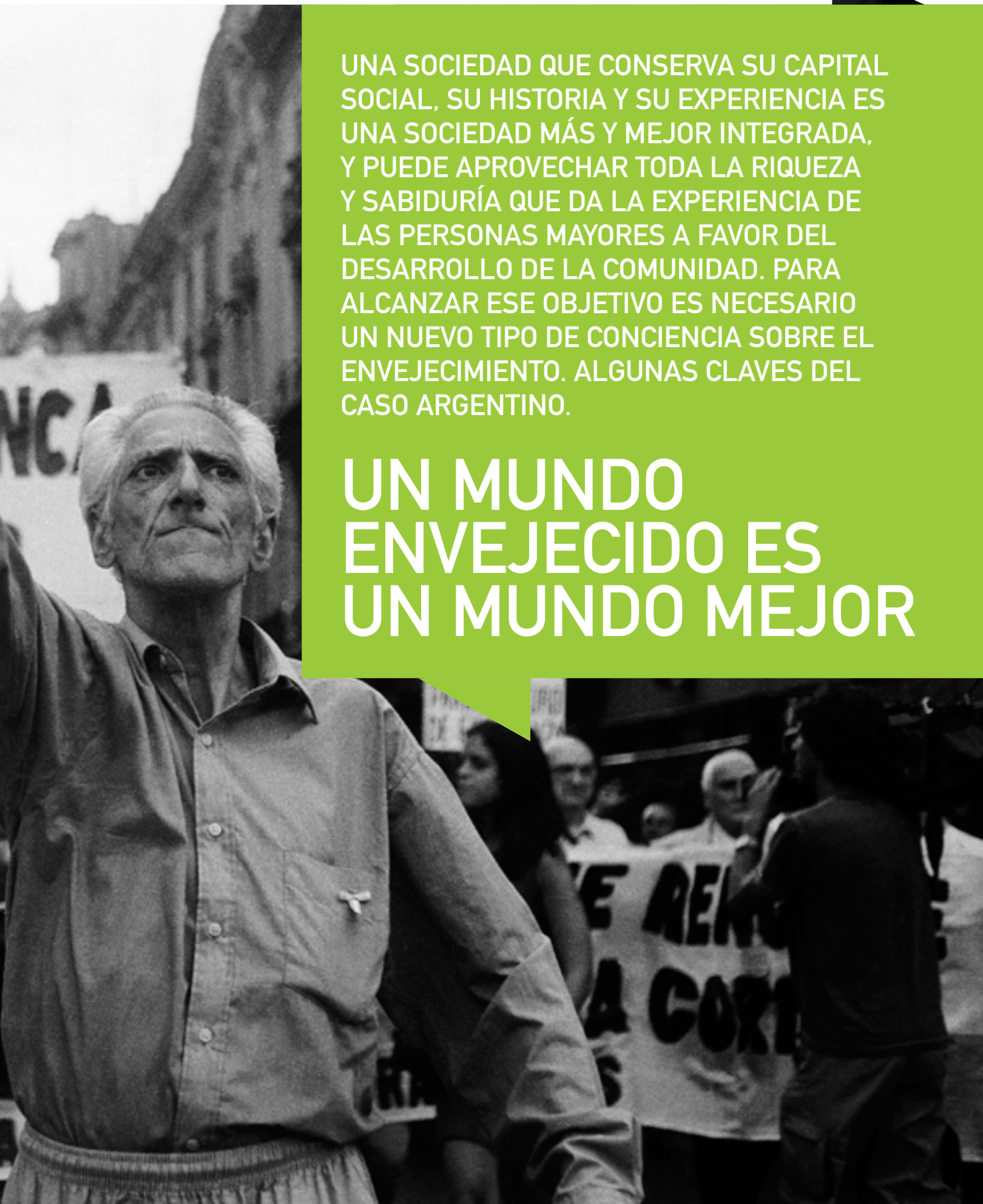
De esta manera podemos comprender de qué manera los relatos hegemónicos sobre la masculinidad pueden afectar al varón viejo, no permitiendo hallar recursos e ideales más compatibles con las cambiantes circunstancias que plantean ciertos envejecimientos. De allí que podamos hallar ciertas conductas y emociones que resultan como parte de un malestar que propician dichos relatos sociales.



por **MÓNICA ROQUÉ**. Médica Cirujana, Magister en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad y Discapacitados, OISS, UNLM. Magister en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá, España. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la SENNAF-Ministerio de Desarrollo Social. Coordinadora General del Plan Nacional de las Personas Mayores. Presidenta de la delegación Argentina ante ONU y OEA en el grupo de trabajo sobre la convención de derechos humanos para las personas mayores. Secretaria Ejecutiva del Consejo Federal de Mayores, Responsable Nacional del Proyecto Observatorio de Mayores. Directora de la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, de la Facultad de Psicología de Mar del Plata

UNA SOCIEDAD QUE CONSERVA SU CAPITAL SOCIAL, SU HISTORIA Y SU EXPERIENCIA ES UNA SOCIEDAD MÁS Y MEJOR INTEGRADA, Y PUEDE APROVECHAR TODA LA RIQUEZA Y SABIDURÍA QUE DA LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES A FAVOR DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD. PARA ALCANZAR ESE OBJETIVO ES NECESARIO UN NUEVO TIPO DE CONCIENCIA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. ALGUNAS CLAVES DEL CASO ARGENTINO.

UN MUNDO ENVEJECIDO ES UN MUNDO MEJOR



E

stamos en un momento histórico, dado que asistimos a un cambio en la posición del ser humano frente al tiempo. El alargamiento de la vida de un sujeto ya no es un tema individual sino social. Esto demuestra que se ha democratizado el acceso a los transcursores vitales más largos, con etapas más diferenciadas, y con la posibilidad de seguir construyendo un proyecto a lo largo de toda la vida. ¿Por qué un mundo envejecido es un mundo mejor? Porque es una sociedad que conserva su capital social, su historia y su experiencia como nunca antes se ha visto. Porque se puede aprovechar toda la riqueza y sabiduría que da la experiencia de las personas mayores a favor del desarrollo de sociedades más justas.

Es sabido que debido a los múltiples conocimientos científicos y los recursos socio-sanitarios, el hombre pareciera estar realizando un sueño bíblico, el poder vivir más años o “concluir sus días”, lo que ha producido un cambio demográfico al que se denomina “envejecimiento poblacional”.

Este cambio demográfico debe ser visto como un logro de la humanidad, más allá de los costos y complejidades que se deban atender. Es por ello necesario legitimar y valorizar las diversas etapas vitales desde un modelo de sociedad que permita sostener la calidad de vida y el desarrollo permanente del ser humano.

Las transformaciones que se desprenden de este cambio demográfico impactan sobre el curso de vida de los individuos y de las sociedades, razón por la cual debemos atender los múltiples requerimientos que se demandan para realizar este logro social. Todo esto nos lleva a reflexionar acerca de la importancia de un nuevo tipo de conciencia sobre el envejecimiento, las personas de edad, y los largos cursos de vida actuales. Tarea que debe imponerse esta sociedad para conformar una cultura del envejecimiento.

Esta cultura del envejecimiento debe ser el fruto de un nuevo acuerdo social a partir del cual sea posible pensar una sociedad con sujetos con edades más diferenciadas, con demandas y recursos diversos y en el que se pueda pensar en una ética compartida que logre dar cuenta de dichas diferencias para poder dotarla de un sentido positivo y transformador.

Escenarios demográficos

El estudio del envejecimiento humano se ha convertido en un tema primordial en la agenda pública mundial. En el siglo XX se ha visto una revolución en la longevidad. El informe de Estado de la Población Mundial 2011 realizado por UNFPA manifiesta que el mundo cuenta con 7.000 millones de habitantes, de los cuales 893 millones son personas mayores de 60 años. En América latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. La demografía nos muestra que nuestro país ha envejecido y que esta tendencia se profundizará en los próximos años. La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América latina, junto a Uruguay, Cuba y Chile.

La transición demográfica a partir de mediados del siglo XVIII en los países desarrollados está ligada a las transformaciones económicas vinculadas a la industrialización y a los cambios en las condiciones de vida de la población. Mientras que el envejecimiento se produjo en los países industrializados de manera pau-

latina, en los países no desarrollados se produjo aceleradamente. El tiempo para que se duplicara la proporción de personas de 65 años y más desde un 7% hasta un 14% fue de varias décadas en los países europeos (y nada menos que de 115 años en el caso de Francia). En cambio, en América latina y la mayoría de los países del Caribe este proceso está siendo mucho más rápido. No obstante, los distintos países de la región se encuentran en diversas etapas de la transición demográfica. Bolivia, Guatemala y Paraguay (5 a 7%) se encuentran en una etapa de envejecimiento incipiente. Colombia, Ecuador, México y Venezuela presentan un envejecimiento moderado (7 a 8%). Brasil (8 a 10%) moderado avanzado y finalmente Uruguay, Cuba, Chile y Argentina (más del 10%) de envejecimiento avanzado.

En los últimos 50 años la región de América latina y el Caribe pasó de una esperanza de vida de 52 años a 70 años, y una disminución de la fecundidad de 6 a 2,8 hijos por mujer, lo que produjo que el crecimiento de la población descendiera de 2,7 a 1,6% del crecimiento medio anual.

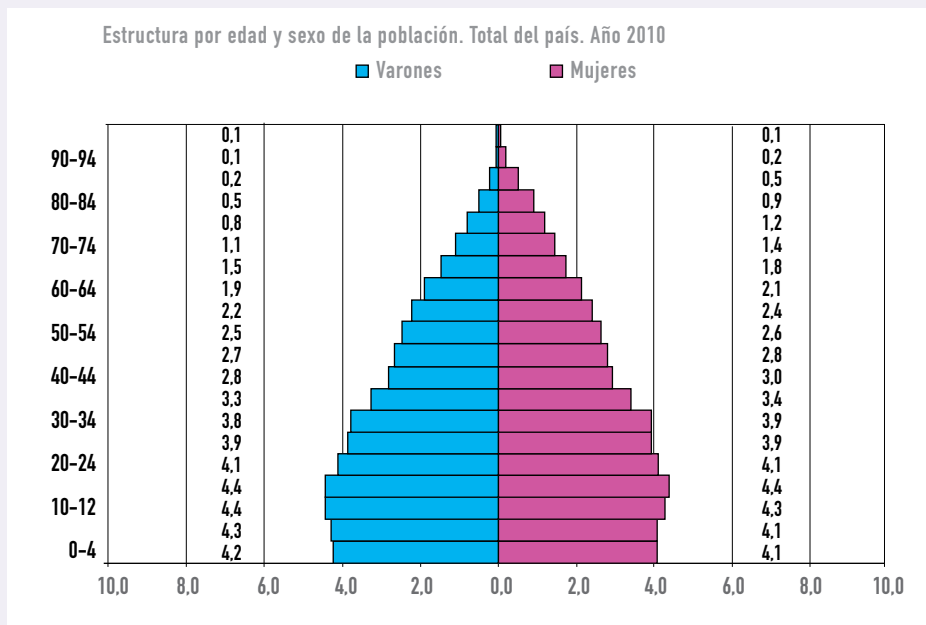
Las personas mayores en la Argentina

1. Envejecimiento poblacional:

El total de la población adulta mayor de la Argentina asciende a 5.725.838 personas y representa el 14,3% de la población total. La esperanza de vida al nacer, según el estudio de Proyecciones de población 2010-2015 del INDEC, es de 76,4 años para toda la población, siendo de 80 años para las mujeres y de 73 para el hombre. Por ello en la vejez el grupo mayoritario es el de las mujeres.

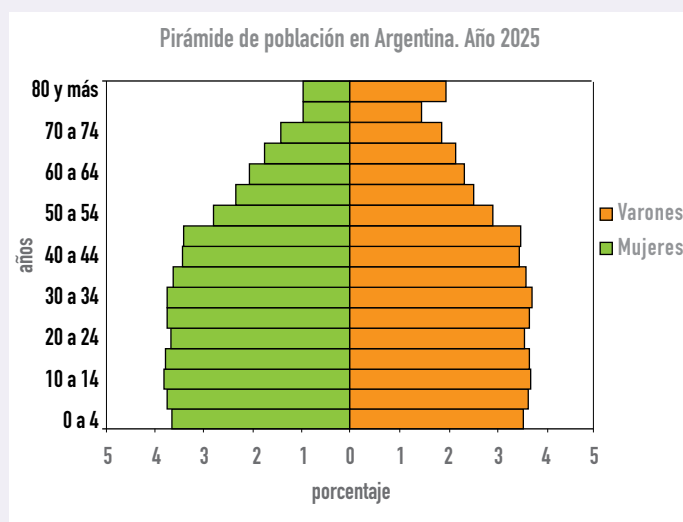
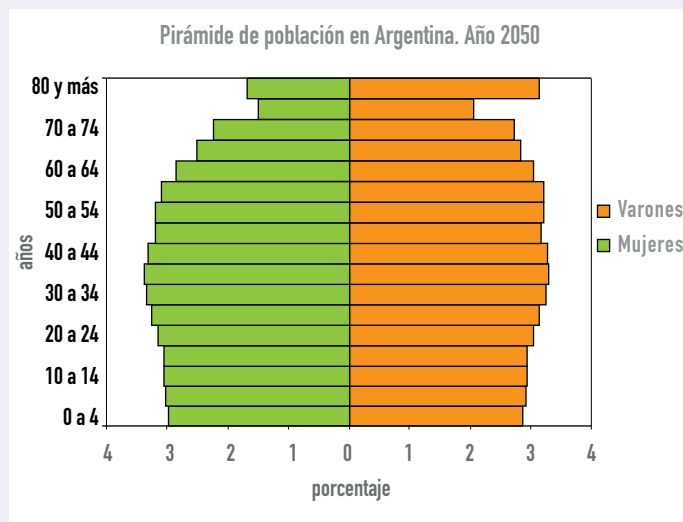
Las proyecciones poblacionales correspondientes a las pirámides de 2025 y 2050 muestran que esta tendencia del envejecimiento poblacional se acentuará en la medida en que la base que representa a los niños y jóvenes se achicará al mismo tiempo que aumentarán los grupos de edad intermedia y las personas mayores de 60 años. La sobrevivencia de las mujeres, en especial en edades muy avanzadas, continuará como tendencia general.

Gráfico 1: Pirámide de población de Argentina. Año 2010



Fuente: INDEC, Proyecciones en base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Gráfico 2. Pirámide de población de Argentina. Años 2025 y 2050



Fuente: INDEC, Proyecciones en base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

La población mayor del país es fundamentalmente urbana. Algo menos que una de cada diez personas mayores habita en áreas rurales y el resto lo hace en áreas urbanas. Cabe aclarar que el peso de la población mayor no es uniforme en todo el país: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la jurisdicción más envejecida (22% de su población tiene 60 años y más) en tanto que Tierra del Fuego es la más joven (6,4% de su población tiene 60 años y más).

2. Cobertura de jubilaciones y pensiones

Hoy la Argentina es el país de Latinoamérica con mayor cobertura previsional. La casi totalidad de la población, 95%, accede actualmente a la jubilación o pensión, dada la flexibilización en el acceso al régimen previsional a partir de haber alcanzado la edad jubilatoria, de acuerdo con las moratorias implementadas a partir de 2005 y la universalización de las pensiones no contributivas.

3. Educación

Lo que podemos observar es una notoria disminución del analfabetismo, dado que en el 2001 los datos del Censo nos mostraban que el 6% de la población era analfabeta. Es así que según datos de la Encuesta Permanente de Hogares de 2011, sólo el 1,5% de los varones y el 2,8% de las mujeres mayores no saben leer ni escribir.

Un dato inédito que nos permite ver el Censo 2010 es la utilización de la computadora. El 18% de la población mayor la utiliza y esta situación implica un importante logro y al mismo tiempo un desafío a fin de promover entre ellos una alfabetización informática mayor.

4. Salud

La primera causa de muerte de las personas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio, le siguen en importancia los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. La prevalencia de las primeras es algo mayor entre las mujeres que entre los varones, en tanto que se da una prevalencia inversa (mayor entre los varones) en los tumores. Las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres mayores son las enfermedades coronarias y el ACV, que provocan cerca del 60% de las defunciones. En los países en desarrollo la mitad de las muertes de mujeres mayores de 50 años se debe a estas enfermedades. El riesgo de una mujer de raza caucásica mayor de 50 años, con osteoporosis, de padecer una fractura se sitúa entre el

30% y el 40%. Este riesgo se multiplica por 20 al llegar a edades comprendidas entre los 60 y los 90 años. Las mujeres tienen más enfermedades crónicas que los varones, por ello es muy importante pensar en políticas y programas con perspectiva de género; las mujeres en la vejez se quedan solas, con discapacidades, muchas veces sin ingresos y sin que nadie las cuide. Afortunadamente estas situaciones desfavorables pueden ser revertidas con políticas sociales.

5. El impacto del envejecimiento poblacional en la familia

El proceso de envejecimiento poblacional imprime modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales dentro de ellas. Así es que surgen las llamadas familias “verticalizadas”, en las que como consecuencia de la baja tasa de natalidad hay menos parientes laterales (hermanos, tíos, primos). Aumentan las relaciones intergeneracionales y disminuyen las intrageneracionales por falta o disminución de dichos miembros.

6. Políticas nacionales gerontológicas

Las políticas de vejez se entienden como aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual. *Plan Nacional de las Personas Mayores*. El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación coordina la aplicación del Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016. Allí se encuentran plasmadas muchas de sus políticas y programas. Para la elaboración de este plan, el ministerio convocó a personas mayores, gobiernos provinciales, universidades, técnicos, profesionales y representantes de la sociedad civil. Por ello hablamos de un plan escrito con participación.

Entre las acciones del Ministerio de Desarrollo Social podemos mencionar:

a) *El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios*. Creemos fundamental la formación de cuidadores domiciliarios con el fin de que las personas mayores envejezcan en sus casas al cuidado de personas capacitadas. Ya hemos formado 30.000 y esperamos llegar a los 40.000. En el marco de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la dirección refuerza su compromiso con la perspectiva de género que atraviesa a todas las acciones y con la diversidad como uno de sus principios. De esta forma se promueve la incorporación de personas de la comunidad LGTTBI en todos los Cursos de Formación de Cuidados Domiciliarios.

b) La carrera de posgrado *Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional* donde llevamos formados 710 profesionales de todo el país en convenio con la Universidad Nacional de Mar del Plata. Es de carácter público, gratuito y federal.

c) Las acciones de *fortalecimiento institucional* con centros de día y residencias de larga estadía para personas mayores insertas en todo el país.

d) El *Programa Nacional de Educación, Cultura y Comunicación*: se destaca el proyecto de La Experiencia Cuenta, donde adultos mayores enseñan oficios a jóvenes permitiéndoles una salida laboral.

e) El *Programa Nacional de Promoción de la Autonomía Personal*.

f) El *Programa Nacional de Promoción del Buen Trato a las personas mayores*.

g) El *Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias*.

h) El *Programa Nacional de Voluntariado Social*.

i) El *Consejo Federal de Personas Mayores*, órgano donde todos los actores involucrados en la temática gerontológica nacional y provincial, con la participación mayoritaria de los adultos mayores, se juntan a fijar prioridades para el sector.

Lineamientos internacionales

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), viene liderando activamente en el plano internacional y regional, tanto en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como en la Organización de Estados Americanos (OEA), la elaboración de una Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores. En el ámbito de OEA se está elaborando y discutiendo el texto de la convención. La Argentina es reconocida por sus avances en materia de políticas gerontológicas por toda la región de Latinoamérica y el Caribe.

Quisiera terminar con una frase del Plan Internacional de Madrid que nos dice: “*Cuando el envejecimiento se acepta como un éxito, el recurso de las competencias, experiencias y recursos humanos de los grupos de más edad se asume con naturalidad, como una ventaja para el crecimiento de sociedades humanas maduras plenamente integradas*”.

LOS AVANCES EN LA MEDICINA Y EL DESARROLLO DE NUEVOS MEDICAMENTOS HAN FAVORECIDO EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA. SIN EMBARGO, EL USO INAPROPIADO DE FÁRMACOS SUPONE UN GRAN IMPACTO EN SALUD Y EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS, SOBRE TODO EN LA POBLACIÓN DE EDAD MÁS AVANZADA. A CONTINUACIÓN, ALGUNAS CUESTIONES A TENER EN CUENTA.

IMPACTO DE LOS FÁRMACOS EN LA PERSONAS MAYORES





por **ROMINA RUBIN**. Médica Clínica. Médica Geriatra. Magister en Gestión de Servicios de Gerontología. Directora Médica del Hogar Ledor Vador. Vicedirectora de la Carrera de Especialista en Geriatria UBA. Miembro del Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

E

n el mundo, el grupo de personas mayores de 60 años crece cada vez más con respecto al total de la población y la Argentina no escapa a dicha tendencia.

Los avances en la medicina y el desarrollo de nuevos medicamentos han favorecido el aumento de la esperanza de vida, para el 2050 se espera que las personas vivan más allá de los 80 años. La prevalencia de múltiples enfermedades aumenta exponencialmente con la edad, lo cual implica mayor número de condiciones médicas crónicas, más hospitalizaciones y por lo tanto mayor uso de fármacos.

El uso inapropiado de fármacos supone un gran impacto en salud y en la calidad de vida de las personas. Más teniendo en cuenta que la población mayor de 60 años recibe proporcionalmente el mayor número de medicamentos, y curiosamente es

el grupo de personas que tiene mayor riesgo de sufrir efectos adversos y toxicidad.

Las personas que viven en instituciones consumen en promedio 8 drogas por persona, casi el doble del consumo de los que viven fuera de las mismas.

El término “polifarmacia” es usado para describir la situación en la que se prescriben varios medicamentos. Sin embargo, un número no despreciable de personas requiere de la utilización de varios fármacos porque tienen varias afecciones o patologías que deben ser tratadas. Lo cierto es que el aumento de la expectativa de vida se acompaña del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, y el desarrollo de la ciencia encuentra actualmente nuevos y mejores tratamientos que en el pasado.

En las personas mayores se producen cambios durante el envejecimiento que modifican el metabolismo frente a los fármacos. Esto altera la distribución de los mismos en el organismo.

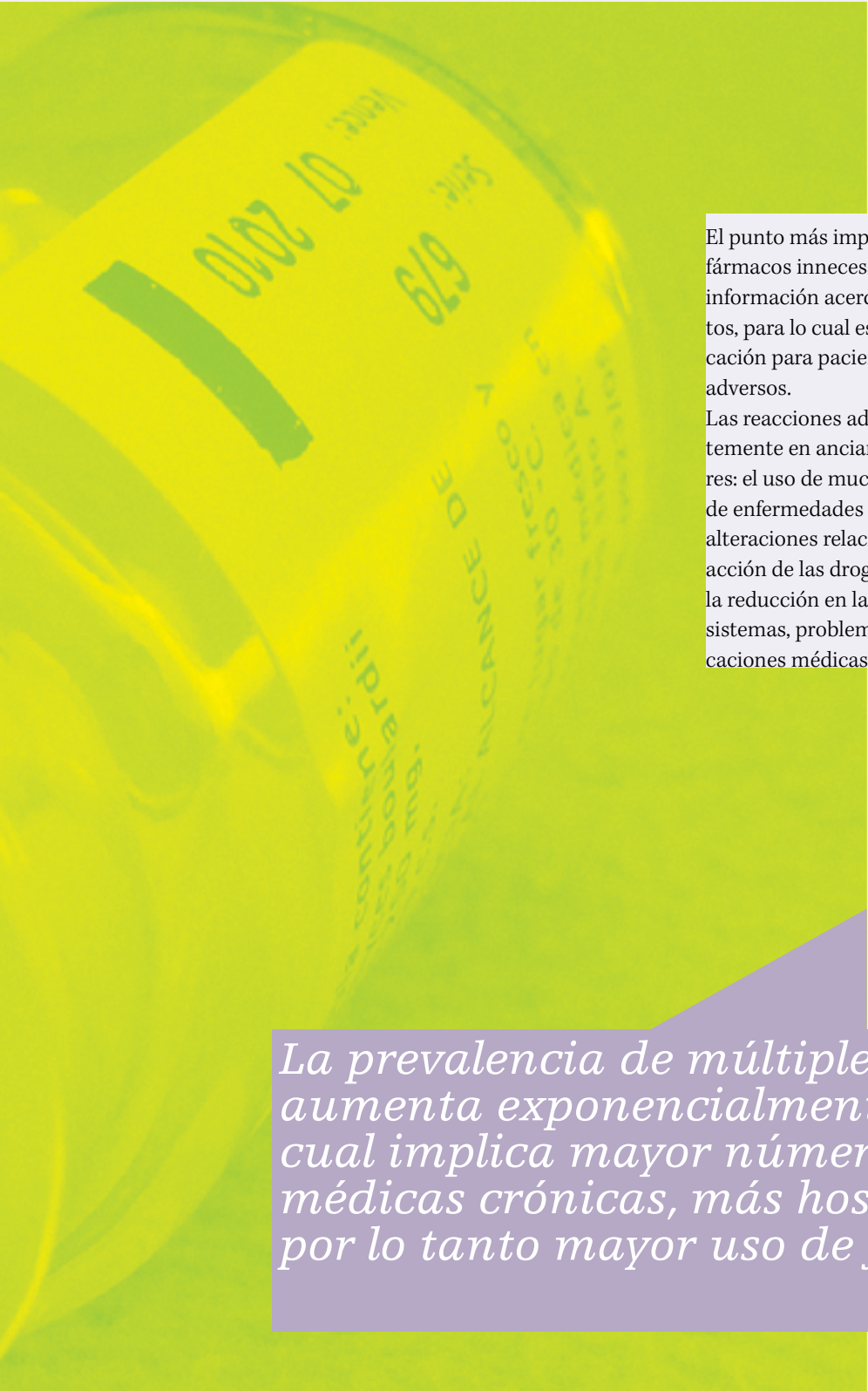
Con el envejecimiento hay una mayor sensibilidad a algunos fármacos y en estos casos, aun dosis bajas pueden producir efectos adversos en pacientes susceptibles. Por otra parte, hay casos que pueden requerir menores dosis para lograr igual efecto que en una persona más joven.

El problema de la polifarmacia se agrava cuando la persona es atendida por varios especialistas y cada uno considera su prescripción específica, sin considerar qué otros medicamentos recibe, con potenciales interacciones e incluso duplicaciones.

Las reacciones adversas aumentan en relación directa con la cantidad de drogas usadas y con la edad, hay veces en las que el mejor tratamiento es retirar un fármaco que iniciarlo.

Las reacciones adversas a fármacos son siete veces más frecuentes y tienden a ser de mayor severidad en personas de entre 70 y 79 años, que en personas de 20 a 29 años.

Entre un 5% y un 17% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas y entre el 28% al 68% son prevenibles. El 50% de las complicaciones en individuos internados se debe a la utilización de fármacos.



El punto más importante de la reducción de la polifarmacia o de fármacos innecesarios es la comunicación médico-paciente, la información acerca de ventajas y desventajas de los tratamientos, para lo cual es necesario el desarrollo de materiales de educación para pacientes y dar información acerca de los efectos adversos.

Las reacciones adversas probablemente ocurran más frecuentemente en ancianos debido a la interacción de múltiples factores: el uso de muchas drogas simultáneamente, el alto número de enfermedades concomitantes, la severidad de las mismas, alteraciones relacionadas con cambios en el metabolismo y acción de las drogas en personas de edad avanzada, al igual que la reducción en la reserva funcional (resto físico) de órganos y sistemas, problemas con la adhesión (cumplimiento de las indicaciones médicas) al tratamiento y la automedicación.

La prevalencia de múltiples enfermedades aumenta exponencialmente con la edad, lo cual implica mayor número de condiciones médicas crónicas, más hospitalizaciones y por lo tanto mayor uso de fármacos.

Algunos datos

- ▶ Más del 60% de todas las visitas al médico terminan en escribir una prescripción (receta), y la mitad de las consultas en los servicios de emergencias resultan en la adición de un medicamento.
- ▶ Muchos médicos se niegan a discontinuar tratamientos, especialmente aquellos que han sido usados por un largo período de tiempo, aun sin conocer el motivo por el cual fue indicado o cuándo.
- ▶ Otra razón de uso inadecuado y polifarmacia es que las personas habitualmente consultan a múltiples especialistas. Aquí es importante recalcar que la comunicación entre los médicos debe siempre tratar de optimizarse lo mayor posible.
- ▶ El manejo de la información médico-paciente-familia-cuidador y el efecto que causa la indicación que todavía se escucha: "Debe tomarlo de por vida"; esto no es cierto para ningún medicamento y mucho menos en geriatría, donde la revisión de la medicación y los tratamientos tienen fundamental importancia y es parte de la consulta médica.

Los problemas relacionados con medicamentos deben ser abordados como enfermedades, que bajo mirada médica deberán ser diagnosticados, para poder luego intervenir e idealmente prevenirlos. La revisión sistemática de los fármacos es una tarea imprescindible.

Los problemas relacionados con medicamentos son:

- ▶ La sobreprescripción: se denomina así a la prescripción de fármacos sin indicación precisa al momento de la evaluación.
- ▶ La subprescripción: es aquella en que el paciente debería recibir algún fármaco por la presencia de alguna patología específica y no la recibe. Se relaciona con mayor morbilidad y menor calidad de vida.
- ▶ La disprescripción: esta puede darse por dosis inadecuada, por tiempo inadecuado o porque existen alternativas más seguras.
- ▶ La detección de eventos adversos.
- ▶ La valoración de cumplimiento adherencia. La adherencia es el cumplimiento correcto del tratamiento indicado por el profesional.

La administración de medicamentos puede generar reacciones adversas en cualquier etapa de la vida, y su incidencia aumenta en personas de edad avanzada.

Los tratamientos complejos, es decir, con varios medicamentos y de duración prolongada; los defectos en la comunicación en la relación médico-paciente-familia; tener varias enfermedades crónicas; la valoración clínica inadecuada, son algunos de los factores que contribuyen a que esto ocurra.

Las interacciones medicamentosas alteran los resultados finales esperados y generan reacciones adversas prevenibles.


La prescripción de un medicamento para tratar un efecto colateral de un fármaco administrado previamente desencadena una cascada de prescripción. La suspensión del medicamento que generó el síntoma es la conducta más apropiada.



El uso inapropiado de fármacos supone un gran impacto en salud y en la calidad de vida de las personas. Más teniendo en cuenta que la población mayor de 60 años recibe proporcionalmente el mayor número de medicamentos, y curiosamente es el grupo de personas que tiene mayor riesgo de sufrir efectos adversos y toxicidad.

Principios para reducir riesgo de los fármacos

- ▶ El paciente no debe automedicarse.
- ▶ Siempre se debe concurrir al médico con todos los medicamentos que toma, aun hierbas.
- ▶ Tener presente que no siempre es necesario tomar un medicamento para alguna molestia que se sienta.
- ▶ Pedir siempre las instrucciones claras de cómo debe tomarlo y hasta cuándo.
- ▶ Preguntar acerca de cuáles son los efectos adversos que pueden aparecer.
- ▶ Solicitar al médico que revise la medicación que está tomando.
- ▶ Tener cuidado en usar nuevos compuestos del mercado, pues los efectos en ancianos generalmente no son muy conocidos. Saber que existen medidas no farmacológicas que pueden ser útiles.
- ▶ Priorizar la figura del médico de cabecera.
- ▶ Mantener una buena comunicación con su médico.



ALCANCE DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS ADULTOS MAYORES. ESPECIAL REFERENCIA A LAS JUBILACIONES Y PENSIONES

LA SEGURIDAD SOCIAL, A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS O SISTEMAS DE JUBILACIONES Y PENSIONES, BUSCA REDUCIR LOS NIVELES DE POBREZA ENTRE LOS ADULTOS MAYORES, A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DE SUS NECESIDADES ECONÓMICAS. ESTO A SU VEZ DEBE COMPLETARSE E INTEGRARSE EN UN CONJUNTO DE MEDIDAS QUE MULTIPLIQUE LA CALIDAD DE VIDA DE SUS BENEFICIARIOS Y LOS ACERQUE UN POCO MÁS A ESE IDEAL DE BIENESTAR AL QUE TODOS ASPIRAMOS.



por ALEXANDRA BIASUTTI. Abogada, Magister en Asesoramiento Jurídico de Empresas de la Universidad Austral, Magister en Dirección y Gestión de los Regímenes de la Seguridad Social de la Universidad Alcalá de Henares (España), Diplomada en Sistemas de Pensiones de la UNAM (México). Analista Principal en Seguridad Social de la Secretaría de Seguridad Social de la Nación.

La seguridad social es un instrumento de protección del hombre contra las contingencias sociales, entendidas estas como eventualidades susceptibles de disminuir o suprimir la actividad o la capacidad de ganancia y/o de imponerle cargas económicas suplementarias. Se las califica como sociales porque respecto de ellas la sociedad asume su protección, es decir que son satisfechas mediante la contribución o colaboración conjunta y recíproca de todos los integrantes del cuerpo social.

El principio liberal, individualista, egoísta, de que cada cual debe soportar las consecuencias de sus propias contingencias, destruiría el derecho a la vida o condenaría a la miseria a la mayor parte de la población del mundo.

Utilizando instrumentos y técnicas de garantía, la seguridad social distribuye las cargas económicas entre el mayor número de personas haciendo jugar el principio de la solidaridad lo más extensamente posible.

En virtud de la solidaridad, el rico ayuda al pobre, el que más tiene al que menos tiene; una generación activa a otra ya pasiva, pero sin que en ningún momento desaparezca la responsabilidad individual de cada uno.

A esta protección que brinda la seguridad social tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones dispuestos por las normas de cada Estado.

En nuestro país se tutela a la vejez a través del otorgamiento de prestaciones dinerarias (jubilaciones y pensiones) y en especie (asistencia médico-sanitaria).

Las jubilaciones y pensiones, como parte del sistema de seguridad social, constituyen, junto con el trabajo, el ahorro y las redes de apoyo, principalmente familiares, una de las fuentes formales de seguridad económica de las personas mayores.

Contar con seguridad económica es imprescindible para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia. La capacidad de disponer de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes en la vejez, es fundamental para garantizar una buena calidad de vida.

El objetivo principal de los programas o sistemas de jubilaciones y pensiones consiste en proteger a la población del riesgo de

pérdida de ingresos en la vejez. La protección puede brindarse en el marco de un esquema contributivo (financiado principalmente con los aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores) o no contributivo (financiado con impuestos o rentas generales estatales).

En los sistemas contributivos, el fundamento o razón de ser de la protección se basa en el derecho al descanso, merecido por la aportación a la actividad productiva realizada durante un largo período de tiempo. Se establece como una contraprestación en razón de los años de productividad y de servicio.

La prestación que otorga nuestro sistema contributivo es la "jubilación", la cual se configura como la suma ahorrada durante el período de actividad y detraída, con carácter obligatorio, para ser dedicada al descanso de la persona que ha entrado en el período de vejez.

La jubilación es el cumplimiento del débito que tiene la sociedad hacia el jubilado que fue protagonista del progreso social en su ámbito y en su época; que consiste en hacer gozar de un jubileo, luego de haber transcurrido una vida de trabajo.

En nuestra legislación nacional, para tener derecho a la jubilación se deben reunir dos requisitos en forma concurrente: tener cumplidos 60 años de edad en el caso de las mujeres y 65 años en el caso de los hombres, y que se hayan prestado servicios y efectuado aportes y contribuciones al sistema por un período no inferior a 30 años.

Es necesario aclarar que la jubilación no implica el retiro del beneficiario del mercado de trabajo. En el Sistema Integrado Previsional Argentino no se requiere el cese laboral para poder entrar en el goce de la jubilación.

Por eso no es exacto hablar de "retirados" o de "pasivos" cuando hacemos referencia a personas jubiladas. La jubilación ha dejado de ser el reverso de la relación laboral (el no-trabajo) y por ello es que las modernas tendencias de política de empleo a nivel mundial permiten al jubilado trabajar, tal como acontece en nuestro país, en donde puede desempeñarse tanto en relación de dependencia como en forma autónoma.

En los sistemas asistenciales o no contributivos, las condiciones de adquisición de las prestaciones están desvinculadas de la tra-

yectoria laboral. Por ello, la protección que brinda la seguridad social no se centra en el derecho al descanso sino en la situación de necesidad social producida por la vejez, en cuanto generadora de una paulatina reducción de las facultades físicas o psíquicas de las personas, que les impide continuar en el trabajo y, por lo tanto, procurarse los ingresos para su subsistencia.

Las pensiones no contributivas están diseñadas para fijar un piso o nivel mínimo de ingresos, reduciendo los niveles de pobreza entre los adultos mayores, e indirectamente en el resto de la población.

La prestación que otorga nuestro sistema no contributivo es la “pensión por vejez”, y está destinada a las personas de 70 años de edad o más, que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, sin bienes, ingresos o recursos que permitan su sustento. El desempeño de un sistema de seguridad social puede medirse

con diferentes parámetros, uno de los cuales es la tasa de cobertura. Este indicador muestra la proporción de la población mayor (60/65 años) que recibe algún tipo de beneficio previsional. Al respecto, los economistas Bosch, Melguizo y Pagés dan cuenta de que en la actualidad, en América latina, sólo el 40% de los adultos mayores goza de un beneficio previsional de carácter contributivo y el 20% tiene un beneficio de carácter no contributivo. El resto de los adultos mayores debe continuar trabajando o pasar a depender de la ayuda de su entorno familiar.

En los sistemas de carácter contributivo, el desempeño del mercado de trabajo juega un rol central a la hora de analizar la cobertura. Situaciones de alto desempleo o un alto grado de informalidad impedirán que las personas puedan cumplir con los años de aportes necesarios para acceder a los beneficios. Dado que la región tiene poca capacidad para generar empleo

La magnitud de los recursos definidos como necesarios para llevar una vejez digna no es fija ni absoluta, sino que depende tanto de las características o situación de las personas mayores (de la edad, del estado de salud, de los arreglos residenciales, de los patrones de consumo previo) como del nivel de desarrollo y los recursos con los que cuenta cada país.

formal, se verifica lo que se denomina “la paradoja de la protección”, en el sentido de que los grupos menos vulnerables (trabajadores formales con buenos ingresos) son los que acceden a más y mejores prestaciones.

En nuestro país, a causa de alto desempleo, elevada informalidad y endurecimiento de las condiciones de acceso a los beneficios, muchos adultos mayores habían quedado fuera del sistema.

A través del Plan de Inclusión Previsional se permitió a los adultos mayores en edad de jubilarse, que no cumplieran con el requisito de las contribuciones necesarias, acceder al beneficio de la jubilación mediante facilidades de pago para el descuento mensual de una parte de su haber previsional hasta completar las cotizaciones requeridas. Así se incrementó la cobertura de los adultos mayores, incorporando al sistema contributivo a 2.565.000 nuevos beneficiarios.

Según datos recientes de la ANSeS, hoy, el 95,1% de las personas mayores en edad de jubilarse están cubiertas por el sistema previsional.

Esta situación llevó a la disminución de la demanda de pensiones no contributivas a la vejez y al pasaje de quienes las percibían al régimen contributivo.

No obstante, queda un sector residual sin cobertura, puesto que las prestaciones del sistema no contributivo no son universales, sino que tienen un alcance limitado a situaciones de extrema necesidad.

Otro análisis importante desde el punto de vista de la cobertura es el de nivel de ingresos: no se trata únicamente de que la mayor parte de la población adulta mayor quede alcanzada por algún beneficio, sino también que este permita acceder a un nivel de vida digno.

La magnitud de los recursos definidos como necesarios para

Las pensiones no contributivas están diseñadas para fijar un piso o nivel mínimo de ingresos, reduciendo los niveles de pobreza entre los adultos mayores, e indirectamente en el resto de la población.

llevar una vejez digna no es fija ni absoluta, sino que depende tanto de las características o situación de las personas mayores (de la edad, del estado de salud, de los arreglos residenciales, de los patrones de consumo previo) como del nivel de desarrollo y los recursos con los que cuenta cada país.

Sin perjuicio de ello, las prestaciones económicas de la seguridad social deben cubrir las necesidades de la persona mayor de manera lógica e integral y asegurar esta cobertura en el tiempo. En los sistemas contributivos, el monto de la prestación se vincula con los ingresos que se obtuvieron a lo largo de la vida laboral, por ello debe guardar una proporción razonable con aquellos. Mientras que en los sistemas no contributivos su cuantía no está relacionada con el trabajo, sino exclusivamente con una situación de necesidad, por ello no existe un referente económico con respecto al cual calcular la cuantía de la prestación, la que se caracteriza por su contenido mínimo y uniforme.

De todas formas, en el sistema contributivo se garantiza un mínimo de haber jubilatorio basado en el principio de amparo de la necesidad y también se establece un máximo o tope de haber que respondería al mismo criterio. Así, actualmente el haber mínimo es de \$ 2.757 y el haber máximo es de \$ 20.199.

Con el dictado de la Ley de Movilidad Jubilatoria, los jubilados comenzaron a recibir actualizaciones automáticas de sus haberes, una en marzo y otra en septiembre. Desde marzo de 2009 hasta marzo de 2013, los aumentos acumulados alcanzaron un 213,8%, pero en el nuevo contexto inflacionario, dichos aumentos se diluyen.

Según un informe elaborado en octubre pasado por la Defensoría de la Tercera Edad de la Ciudad de Buenos Aires, la jubilación mínima cubre la mitad de la canasta de los jubilados (que es una canasta especialmente elaborada sobre la base de las necesidades básicas de la gente mayor). Y si bien el haber medio del sistema es de \$ 4.804, se advierte que más del 72,1% de los jubilados cobra el haber mínimo.

Más difícil es la situación de quienes perciben una pensión no contributiva por vejez, ya que su monto es de apenas el 70% del haber mínimo jubilatorio (\$ 1.929,90).

Como corolario podemos señalar que en la vejez se incrementan las probabilidades de experimentar un deterioro económico cuyo impacto puede poner en riesgo la supervivencia de las personas adultas mayores. Además de que la oportunidad de obtener ingresos dignos –ya sea por su trabajo o por su pensión o jubilación– está estrechamente ligada con su inclusión social. Por ello, la atención de sus necesidades económicas es un punto muy importante a tener en cuenta para garantizar el bienestar de este sector de la población.

No obstante, la protección social de los adultos mayores no se debe limitar exclusivamente a los medios económicos, sino que debe abarcar otros tipos de recursos que posibiliten una vida independiente, autosuficiente y productiva.

Para ello, resulta cada vez más preciso el desarrollo de una red suficiente de servicios sociales cuyas fórmulas y procedimientos pueden ser tantas cuantas atenciones se quieran prestar, desde las ayudas de alimentación, alojamiento, limpieza, guardería, promoción y entretenimiento del ocio, cuidados sanitarios, convivenciales, etcétera.

Para lograr la promoción efectiva de un nivel de vida adecuado en la vejez, las prestaciones monetarias deben ser sólo un componente de una estrategia de protección social más integral. Las medidas económicas típicas de las jubilaciones o pensiones deben completarse e integrarse en un haz de medidas que multiplique la calidad de vida de sus beneficiarios y los acerque un poco más a ese ideal de bienestar al que todos aspiramos.



CONTROVERSIAS EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE UNA PERSONA ADULTA MAYOR

LOS HOGARES PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES SON UNA MODALIDAD SOCIO-SANITARIA COMPLEJA. EN ELLOS EXISTE UNA VARIEDAD DE ACTORES QUE SE INTERRELACIONAN ENTRE SÍ, DONDE LOS RESIDENTES TIENEN DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE SE PONEN EN JUEGO CADA DÍA. A CONTINUACIÓN, UN DETALLADO ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS SOBRESALIENTES.





por **MARGARITA MURGIERI**. Médica. Doctora en Medicina. Consultor en Geriatría y en Clínica Médica. Especialista en Administración Hospitalaria. Profesora Universitaria en Medicina. Directora de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Morón. Máster en Gerontología Social Aplicada (U. de Barcelona) y Magíster en Género, Sociedad y Políticas (FLACSO). Directora de la Diplomatura Biental en Gerontología de SAGG/AMA. Directora del Complejo Hogar Martín Rodríguez Viamonte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

En principio el domicilio es el mejor lugar para vivir. Hay un viejo aforismo que reza: “En casa mientras sea posible, en la Residencia cuando sea necesario”.

Muchas veces no están claras cuáles son esas necesidades. ¿Transitorias o definitivas? ¿Sólo médicas? ¿Sólo sociales? Pilar Rodríguez define Residencia de Adultos Mayores como centro “abierto” de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia (física, mental, funcional o social).

Cuando hablamos de centro abierto nos referimos a que los Hogares deben ser de puertas abiertas y el ingreso debe ser con el consentimiento de la persona mayor.

Muchas Residencias privadas son de puertas cerradas y ello es rayano al concepto de privación ilegítima de la libertad.

Un centro residencial también debe ser abierto para el ingreso de las personas de la comunidad (para prácticas pre-profesionales, acciones de voluntariado, espectáculos musicales de danza o teatro, etc.).

Cuando se menciona “desarrollo personal” está implícito el hecho de que a la Residencia se va a vivir, no a estar internado. La vida implica proyectos, desarrollo, crecimiento.

Otro punto a tener en cuenta es que se trata de centros donde la atención es socio-sanitaria. No sólo social y no sólo sanitaria.

Más adelante nos referiremos a este desafío.

Por último, la atención es multiprofesional. Aquí podríamos cambiar el término por interdisciplinaria, lo cual establece mejor las pautas de atención integral que el adulto mayor necesita.

Martín Pérez del Molino llama a las Residencias de Personas Mayores Centro de Cuidados Continuados. Esta nueva definición pone “valor” al término Residencia.

La institucionalización de adultos mayores es una alternativa válida cuando se han explorado otras alternativas.

Otra causa de institucionalización es la sobrecarga o estrés del cuidador. Muchas familias, principalmente las mujeres de la casa, tratan de sostener el cuidado de su familiar, pero al volverse este más dependiente en sus funciones, o tornarse agresivo, surge la necesidad de delegar el cuidado.

¿Por qué “cuidar”?

Un aforismo médico anónimo del siglo XV dice: “Se cura algunas veces, se alivia con frecuencia, se cuida siempre”. A los médicos, tan apegados al modelo biológico y omnipotente, este aforismo nos llama a la reflexión. Pero el cuidado no es resorte sólo del “arte” médico o de enfermería, sino de cualquier miembro del equipo interdisciplinario.

Cuidar implica tareas específicas de cada disciplina, pero también implica relaciones y sentimientos.



La institución para personas adultas mayores es una modalidad socio-sanitaria compleja, por la variedad de actores que se interrelacionan entre sí, por los derechos y obligaciones que ponen en juego cada día, porque sus residentes son sujetos de cuidado a la vez que sujetos de derecho, porque muchas veces el principio de autonomía roza la responsabilidad que los funcionarios tienen sobre las personas que están a su cuidado.

¿Por qué el Estado es el principal encargado de “cuidar”?

La gestión pública está centrada en el ciudadano.

La función de la institución pública es crear valor público: es una ganancia o un beneficio a la calidad de vida de la población.

Así como en lo privado los beneficiarios son clientes, en las instituciones públicas los destinatarios son derecho-habientes y su principal condición es ser ciudadanos.

El valor público se alcanza cuando se logra satisfacer lo más plenamente los objetivos de la institución, en nuestro caso, el cuidado socio-sanitario equitativo y de calidad de las personas mayores.

En las residencias públicas encontramos dos grupos diferenciados de residentes:

Cuidando a los “excluidos”

- ▶ Personas que han perdido sus redes vinculares por adicción al juego, drogas o alcohol, delitos o trastornos de la personalidad que han originado desvinculación familiar.
- ▶ Personas que han perdido su trabajo, trabajadores en negro o precarizados.
- ▶ Personas en “situación de calle” porque no pudieron acceder a vivienda, la han perdido o se han desvinculado de su familia.
- ▶ Personas que han caído económicamente y socialmente producto de la movilidad descendente durante la crisis del 2001.

Cuidando a los “frágiles”

- ▶ Personas mayores con diversas patologías crónicas e incapacitantes que no pueden ser cuidadas en el hogar (amputados, diabéticos, secuestrados de ACV, incontinentes, dementes y con otras patologías psiquiátricas, con problemas mentales y funcionales complejos).
- ▶ Personas mayores en situación de alta por enfermedades agudas o reagudización de crónicas, bloqueando camas hospitalarias, sin poder externarse.
- ▶ Enviados por juzgados, por cualquiera de las razones anteriores.

En las residencias públicas la edad de los residentes es menor y predominan los varones ya que muchos de los excluidos del sistema lo son.

Con respecto al perfil de los residentes en los hogares públicos vemos que conviven entonces personas de muy distinta situación clínica, funcional, proveniencia social, nacionalidad, grado de movilidad, situación cognitiva y conductual, capacidad de comunicación, escolaridad, hábitos y orientación sexual, con lo cual es dificultosa la tarea de nuestros equipos interdisciplinarios, en cuanto a la localización y relocalización de los residentes apuntando a la mejor convivencia.

La Residencia es entonces una institución compleja

Rosa Aizen refiere, en un estudio llevado a cabo en la ciudad de Buenos Aires, que intervienen variables culturales, institucionales y psicosociales para dicha complejidad, a la vez que interactúan diversidad de actores sociales (las personas mayores que viven en la Residencia, sus familias, los empresarios, los trabajadores, el Estado y los organismos de garantía).

En todos estos actores sociales se entrecruzan derechos y obligaciones.

Con respecto a las personas mayores, como decíamos, en general no se toma en cuenta su decisión. Las familias y la institución naturalizan el hecho. Se pierde la autonomía. Las familias deciden sobre los bienes.

Con respecto a los familiares o responsables, nos encontramos que, dado el envejecimiento de la población, encontramos conviviendo más de una generación de edad avanzada. Muchos hijos mayores tienen patologías geriátricas que impiden el cuidado de sus padres.

Otra causa de institucionalización es la sobrecarga o estrés del cuidador. Muchas familias, principalmente las mujeres de la casa, tratan de sostener el cuidado de su familiar, pero al volverse este más dependiente en sus funciones, o tornarse agresivo, surge la necesidad de delegar el cuidado.

Nos vamos a encontrar con familias normales y funcionales que no tienen más remedio que hacerlo pero no abandonan al anciano, no lo “descargan” en la institución; otras familias delegan absolutamente el cuidado, y las hay también cuestionadoras (en

estos últimos casos la relación con la institución es conflictiva, alterando la dinámica institucional).

También nos encontramos, entre las privadas, con instituciones de distinta calidad y costo, así como trabajadores que tienen una alta exigencia laboral, algunos sometidos a largas jornadas laborales y falta de contención. Este personal no profesional frecuentemente no está capacitado, lo cual favorece el maltrato. En las residencias privadas los profesionales (no siempre especializados en Geriatría o Gerontología) concurren una vez por semana complicando la posibilidad de efectuar reuniones de equipo, por lo tanto no hay un plan integral de tratamiento y seguimiento como debiera ser.

El Estado aporta desde lo público la creación y sostenimiento de Hogares de Residencia Permanente. Además, la agencia gubernamental de control y fiscalización tiene el poder de efectuar clausuras socio-sanitarias con o sin traslado de residentes. Desde el Poder Judicial actúa la Asesoría Tutelar de Menores e Incapaces.

La Defensoría del Pueblo también actúa ante las quejas y reclamos de residentes o familiares.

Mi trabajo cotidiano se desarrolla en la gestión pública en un Hogar de Residencia Permanente. La mayoría de las personas que viven allí tienen un alto grado de vulnerabilidad.

Cuando hablamos de calidad relacionada con instituciones geriátricas, este término tiene dos vertientes, el de calidad de gestión y el de calidad de vida del usuario.

Un servicio es de calidad cuando además de cumplir los objetivos para los que se pensó, lo hace eficientemente y satisface al usuario, en cuanto a bienestar, necesidades y demandas y también derechos, preferencias y deseos.

Definimos en cambio calidad de vida como un *constructo* multidimensional que tiene aspectos objetivos y subjetivos. Fernández Ballesteros define varios dominios en una escala de valoración de la misma denominada Cubrecavi: salud física y psíquica, objetiva y subjetiva, integración social, habilidades funcionales, actividades y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, capacidad económica y acceso y satisfacción con los servicios socio-sanitarios.

Elementos clave del cuidado

1. Reconocimiento de la complejidad (del cuidado y organizativa).
2. Misión clara.
3. Visión: “Lograr alto grado de satisfacción en la sociedad, las personas que trabajan en la Residencia y especialmente los adultos mayores y ancianos alojados en ella. Para ello se hará una gestión eficiente, participativa, orientada a la mejora continua, cercana y ágil en la resolución de problemas, abierta a la mirada de la comunidad”.
4. Objetivos comunes: entre ellos promover, mantener y recuperar el mayor nivel posible de independencia funcional.
5. Valoración Geronto-Geriátrica Integral (a través de valoraciones y escalas validadas).
6. Intervenciones a partir de la valoración.
7. Seguimiento de enfermedades crónicas.
8. Plan de actividades preventivas.
9. Rehabilitación.
10. Política de abordaje de conflictos bioéticos.
11. Asistencia al final de la vida.
12. Elaboración de protocolos de procedimientos, registros, que aborden los aspectos más significativos relacionados con la calidad de la gestión.
13. Planes de intervención social con familias.
14. Plan de coordinación con la red hospitalaria de referencia.
15. Capacitación del personal.

La ética del cuidado necesita sostenerse a través del buen trato, la atención centrada en la persona, protocolización de las sujeciones físicas, el derecho a la información y protección de datos personales, el respeto a la diversidad y la satisfacción diferenciada de las necesidades de quienes están a nuestro cuidado.

Ética del cuidado

Es aquella que coloca a los sujetos en medio de una red de relaciones. Es un valor personal y profesional que sirve de base a la relación EID/persona cuidada.

La ética del cuidado se pone en práctica, al ingreso, a través del consentimiento informado, la aceptación de la persona, el ofrecimiento de otras alternativas, y durante la estadía, a través del respeto máximo de la autonomía, deseos, decisiones sobre la intensidad y el tipo de cuidados en el marco del mejor equilibrio entre derechos y obligaciones.

La ética del cuidado necesita sostenerse a través del buen trato, la atención centrada en la persona, protocolización de las sujeciones físicas, el derecho a la información y protección de datos personales, el respeto a la diversidad y la satisfacción diferenciada de las necesidades de quienes están a nuestro cuidado.

¿Cuáles son las controversias o desafíos que plantea el cuidado en Centros Residenciales?

1° Desafío o controversia: es aquel derivado de la heterogeneidad y la diversidad en la tipología de los residentes: Doble concepción y exigencia de ser un lugar para vivir y un espacio de atención especializada con cuidados médicos y de enfermería. Una Residencia no puede ser un efector de salud, pero este es un aspecto que no debe ser descuidado. La provisión de medicamentos, las guías preventivas, la provisión de prótesis, las interconsultas a especialistas, la evaluación médica mensual son aspectos que no pueden ser dejados de lado.

2° Un desafío derivado del anterior es la problemática de convivencia. Cuando personas mayores tan diferentes unas de otras intentan convivir ocurre lo que podemos llamar colisión de estilos de vida y colisión de derechos.

Por otro lado, las personas que provienen de situación de calle muchas veces padecen patologías psiquiátricas larvadas sin diagnóstico ni tratamiento y frecuentes trastornos de personalidad, lo que también dificulta la convivencia.

La frustración hace recurrente la queja. Al hogar se lo ama y se lo odia. Es el lugar que les da pertenencia, protección y cuidado; si no estuvieran allí, vivirían en la calle, pero por otro lado no es lo que hubieran deseado de sus vidas.

El ingreso a la institución es un factor de fragilidad como un cambio de domicilio, donde se desestructuran los mapas mentales y son desencadenantes a veces de síndromes geriátricos como las caídas.

Muchos residentes temen la pérdida de control, a la vez que se alteran los hábitos, hay que cumplir horarios y reglamentos que si bien no son restrictivos tienden a ordenar la convivencia.

A pesar de la interesante oferta de talleres y actividades que se les presentan, los residentes tienen gran cantidad de tiempo libre.

A efectos de mejorar la convivencia se efectúan intervenciones en equipo interdisciplinario. Es un gran esfuerzo lograr la compatibilidad. Es función del equipo trabajar sobre las personas ya instaladas para que mejoren su convivencia. Hay una gran tendencia al aislamiento, les cuesta mucho hacer nuevas amistades. La propuesta es que ellos puedan elegir con quién vivir (pareja o no). El personal debe entrenarse en el manejo de conflictos y habilidades de negociación.

No siempre la respuesta es la esperada por el residente, que suele tener una actitud acreedora con el hogar.

3° Desafío o controversia: clasificación según el grado de dependencia o deterioro cognitivo. En este hogar los residentes se hayan clasificados según grado de dependencia, según el requerimiento de enfermería.

Existen muchos autores a favor de crear unidades especializadas, por ejemplo para enfermos de Alzheimer, aludiendo que el personal puede tener mayor capacitación y dedicación. Por otro lado, puede adecuarse el espacio físico a pacientes con demencia.

En contra: residentes que se vuelven dependientes o se deterioran cognitivamente no pueden mantener la misma habitación durante su estadía en el centro.

Otros autores refieren que estaría demostrado que personas dementes sin trastornos conductuales se benefician compartiendo con personas sanas, aunque estos pueden perjudicarse y hay riesgo de maltrato.

4° Desafío o controversia: flexibilidad de las normas o acuerdos tácitos versus mayor rigidez de los reglamentos.

Los residentes tienen derechos pero también obligaciones. Si bien el consejo de no fumar y no beber alcohol se encuentra

dentro de las medidas preventivas, muchos de ellos lo hacen en forma oculta.

Por otro lado, ¿hasta qué punto no puede gozarse de una habitación individual? ¿Y de un animal de compañía? ¿Y de cerrar la habitación con llave?

5° Desafío o controversia: mayor autonomía versus mayor responsabilidad profesional.

Los adultos mayores en sus domicilios consultan o no a los médicos, efectúan o no interconsultas que estos solicitan, toman o no los medicamentos recetados, según la capacidad de adherencia y *compliance*.

En cuanto a los residentes institucionalizados, el manejo de la medicación es parte de nuestra responsabilidad, o ¿es parte de su autonomía? ¿Y la negativa a consultas médicas, estudios preventivos o interconsultas? Otro aspecto espinoso es el de la vacunación, por estar en un centro habría que hacerlo, hay quienes no lo desean y prefieren correr el riesgo.

6° Desafío o controversia: gestión participativa versus gestión desde la dirección.

Es una buena práctica la creación del consejo de mayores por elección democrática de representantes. Esta tarea optimiza la participación y el potencial de competencia personal. Ayuda a empoderar a los residentes, tanto en forma individual como colectiva.

En nuestro caso las primeras tareas consistieron en sugerir modificaciones al reglamento, proponer y organizar actividades y cambios en las rutinas del hogar.

Esta actividad aumenta la autoestima individual y del grupo. Se perciben como personas respetadas y consideradas, cuya voluntad y deseos son tenidos en cuenta por la dirección. Fomenta la creatividad y permite no quedarse en la queja.

Una residencia no puede ser un efector de salud, pero este es un aspecto que no debe ser descuidado. La provisión de medicamentos, las guías preventivas, la provisión de prótesis, las interconsultas a especialistas, la evaluación médica mensual son aspectos que no pueden ser dejados de lado.

Algunas conclusiones

La institución para personas adultas mayores es una modalidad socio-sanitaria compleja, por la variedad de actores que se interrelacionan entre sí, por los derechos y obligaciones que ponen en juego cada día, porque sus residentes son sujetos de cuidado a la vez que sujetos de derecho, porque muchas veces el principio de autonomía roza la responsabilidad que los funcionarios tienen sobre las personas que están a su cuidado.

Algunas personas mayores, sobre todo aquellas ingresadas desde la calle con alto grado de vulnerabilidad social, no van a vivir aquí hasta sus últimos días ya que son posibles las externalizaciones a casas de familiares, a otros hogares, a hoteles con subsidios u otra vez a la calle pasado el frío invernal. La institucionalización sirve como un lugar (antropológico) para recomponer fuerzas, cubrir sus necesidades básicas, conectarse con su interioridad, conocer la problemática de los otros, compartir, volver a sentir pertenencia y afiliación, configurar su identidad y restaurar el vínculo con la sociedad. Merklen Denis habla de "sentido de pertenencia dañado" en aquellos que viven en los márgenes y aquí les es posible repararlo.

La institucionalización es un punto de inflexión en los trayectos de las vidas de estas personas mayores. Esta relación afectiva ambigua hacia la institución hace que se la rechace y se la necesite, sentimiento acompañado del miedo a volver a la situación de marginación y exclusión a la que los arrojó el fracaso en el sistema laboral o familiar.



¿QUÉ NOS INDICA LA PROSPECTIVA GERONTOLÓGICA?

EN LAS PRÓXIMAS DÉCADAS SE INCREMENTARÁ NOTORIAMENTE EL NÚMERO DE ADULTOS MAYORES QUE DEMANDARÁN ATENCIÓN INTEGRAL. PARA ESTAR A LA ALTURA DE ESTA NECESIDAD NO ALCANZA SÓLO CON AUMENTAR EL PRESUPUESTO QUE SE DESTINA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ESTA FRANJA POBLACIONAL, SINO TAMBIÉN DESARROLLAR PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN E INCORPORAR EL ENFOQUE PREVENTIVO A FIN DE QUE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO TRANSCURRA DE UN MODO ÓPTIMO.

por **GRACIELA ZAREBSKI**. *Directora de la Especialización y Maestría en Psicogerontología y Directora de la Licenciatura en Gerontología de la Escuela de Ciencias del Envejecimiento. Universidad Maimónides. Argentina*



“Contemplando el futuro se transforma el presente”.
Gastón Berger. “Sciences Humaines et prévision”. *Review des Deux Mondes*

La prospectiva, según Godet, constituye una **anticipación** para iluminar las acciones presentes con la luz de los futuros posibles y deseables.

A fin de diseñar una prospectiva gerontológica, partiremos de analizar la realidad presente, remontándonos al 2012, año en el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) instituyó como lema del Día Mundial de la Salud que se celebra el 7 de abril:

Promover el Envejecimiento Saludable.

Lo decidió a partir de la evidencia de que para el 2017 los mayores de 65 años serán más que los menores de 5 y que para el 2050 una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años.

La mayor longevidad (tomando en cuenta, además, que la franja de mayores de 80 años es la que más crece), anticipa, como perspectiva sanitaria:

- ▶ Pérdida de la **autonomía**: se habrá cuadruplicado el porcentaje de personas dependientes.
- ▶ Personas de **edad muy avanzada que no puedan vivir solas** (problemas de salud física o mental).
- ▶ **Enfermedades puntuales** que harán sentir más su presencia, como ser las demencias, entre ellas la enfermedad de Alzheimer.

¿Cuáles son los desafíos que esta prospectiva plantea al sistema de salud?

- ▶ Necesidad de atender a más gente.
- ▶ Aumento de la atención y cuidados de forma prolongada.
- ▶ Atención domiciliaria.
- ▶ Atención comunitaria.
- ▶ Vivienda asistida.
- ▶ Atención residencial.
- ▶ Estancias hospitalarias prolongadas.
- ▶ Ayudas públicas a familias para la asistencia a domicilio.

Vemos que se justifica ampliamente la concientización que promueve este organismo internacional de salud. Se deduce con claridad que la primera estrategia será incrementar el presupuesto en políticas públicas destinadas a atender estos requerimientos.

Sin embargo –y por eso la importancia de la fecha a la que aludimos– unos días después, coincidentemente entre el 20 y el 22 de abril de ese mismo año, celebraba en Washington su reunión otro organismo internacional, el Fondo Monetario Internacional (FMI), en la que su directora gerente, Christine Lagarde, se refería al “riesgo de la longevidad”, ubicando a los jubilados como objetivo del ajuste fiscal global. Se planteó que la reunión debía alentar a los gobiernos a definir una estrategia a partir del reconocimiento de que **el envejecimiento les puede crear un serio problema en el futuro y que es un riesgo**.

Si bien se plantea la necesidad de contar con programas adecuados desde las políticas públicas o desde la iniciativa social, la inmensa mayoría de las personas que los necesitan reciben los cuidados a través del sistema informal de atención y, dentro de este, de la familia, con un peso abrumador sobre las mujeres, que siguen siendo las cuidadoras principales.

En efecto, según el FMI es “esencial” permitir que la edad de jubilación aumente tanto como la longevidad esperada, a causa del riesgo financiero que supone el envejecimiento de la población. El organismo multilateral apunta a que los gobiernos deberían imponer la medida: “*Si no es posible incrementar las contribuciones o subir la edad de jubilación, posiblemente haya que recortar las prestaciones*”.

De este modo, quienes trabajaron toda su vida pasan a la categoría de enemigos de la estabilidad económica: resultan una carga para la sociedad a cuyo sustento contribuyeron durante todo su curso vital.

En este contexto político-económico, lo que debería ser una conquista de la humanidad y la concreción del deseo de larga y fecunda vida, se va transformando en un problema. Uno de cuyos efectos dramáticos es el suicidio de jubilados en diversos países europeos, de lo cual no estuvimos exentos en la Argentina en similares circunstancias, en décadas pasadas.

Más allá de estas presiones globales, nuestra clase dirigente demuestra, en áreas de salud y de desarrollo social, tener conciencia de este futuro demográfico, pero en su mayor parte esto se trasunta en acciones más que nada declamatorias: es escaso el presupuesto, cuando no inexistente, que se destina a contener los requerimientos que no sólo se avecinan, sino que ya son hoy un hecho, especialmente en nuestro país, uno de los más envejecidos de la región.

Si bien se plantea la necesidad de contar con programas adecuados desde las políticas públicas o desde la iniciativa social,

la inmensa mayoría de las personas que los necesitan reciben los cuidados a través del sistema informal de atención y, dentro de este, de la familia, con un peso abrumador sobre las mujeres, que siguen siendo las cuidadoras principales. Las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de los cuidados.

Sin embargo, al tiempo que se incrementa el porcentaje de personas mayores de 80 años, creciendo así de manera exponencial la demanda de cuidados, disminuye la posibilidad real de atenderlos dentro del contexto familiar, debido a la caída de la fecundidad (menos hijas e hijos por cada persona mayor) y a la progresiva incorporación de las mujeres al mundo del trabajo. En un futuro muchas menos mujeres tendrán que cuidar a muchos más ancianos.

Por otra parte, está ampliamente demostrado que el cuidado de una persona mayor, sobre todo si tiene enfermedades o trastornos cuya atención es compleja (demencias, por ejemplo), exige contar con conocimientos adecuados para hacerlo de manera correcta. No sólo eso, sino que también se requiere entrenamiento en habilidades para el autocuidado (“cuidar al cuidador/a”). Es que están muy estudiados los efectos negativos que el hecho de cuidar comporta para los familiares: sobre su propia salud, sobre su vida afectiva y vincular, en su desempeño laboral. Se debe considerar, además, que un 20% de la población cuidadora de ancianos tiene más de 65 años. Se trata muchas veces de personas muy mayores que se ven forzadas a asumir una carga desmedida para sus posibilidades reales. También hay casos en los que la calidad de los cuidados realizados por las familias no está garantizada e, incluso, se detectan malos tratos debidos, unas veces, a las malas relaciones familiares preexistentes y, otras, al estrés y sobrecarga del cuidador.

Es por todo esto que, a la hora de diseñar programas de intervención, se deberán tener en cuenta los requerimientos de la población cuidadora y disponer servicios de soporte para

complementar el esfuerzo familiar, priorizando los servicios que permitan a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos: ayudas técnicas, intervenciones en la vivienda, ayuda a domicilio, centros de día, programas de formación y de apoyo a familiares.

De ahí que debemos cuestionar no sólo el presupuesto que se destina a la atención de la salud de esta franja poblacional, sino también el presupuesto que se destina a programas de capacitación. La preparación para el envejecimiento es transversal a todos los niveles educativos, desde la niñez hasta la vejez, pasando por la formación de técnicos y especialistas.

Además de preparar profesionales para atender a esta franja etaria –según lo que nos indica la prospectiva gerontológica– es imperioso que se incorpore el enfoque preventivo para ayudar a las personas, desde edades jóvenes, a prepararse para una vida longeva a fin de que el proceso transcurra de un modo óptimo. Es que también hay una prospectiva respecto del propio curso de vida: el carácter amenazante que adquiere en algunos el propio envejecer reclama encarar preventivamente el desarrollo de los factores protectores que posibiliten el trabajo de elaboración anticipada del proceso de envejecimiento y la construcción y renovación de los proyectos vitales.

La medicina actual, con la visión holística que se va instalando desde la convergencia interdisciplinaria, destaca cada vez más el valor de las intervenciones preventivas.

En efecto, en pos de favorecer la resiliencia se ofrecen propuestas socio-recreativas desde distintas disciplinas y en diversos ámbitos comunitarios, que buscan poner en movimiento físico y psíquico a las personas, al tiempo que crean las condiciones para detenerse y darse tiempo para pensar en grupo los temas que se comparten en esta etapa vital. A través de diversas propuestas, como la creación artística, el humor, las actividades recreativas, los relatos autobiográficos, el voluntariado, etc., se crean las condiciones que llevan a revisar los recursos presentes, armando la propia hoja de ruta, que irá guiando hacia el futuro deseable.

Es así como, enlazando el pasado con el presente y proyectando

al futuro, contribuyen al logro de la continuidad de la propia identidad, condición definitoria para la construcción activa de un envejecimiento normal y saludable.

Las transformaciones corporales por el paso del tiempo, la edad del climaterio y el período de la prejubilación son temas que requieren cada vez más el asesoramiento profesional. La inquietud por la pérdida de la memoria y la superación de las pérdidas suelen interrogar a las personas acerca del carácter normal o patológico del envejecimiento propio o de algún familiar o allegado. Estos temas dieron lugar en las últimas décadas al desarrollo de programas de prevención en los cuales se trabajan grupalmente, mediante talleres y disertaciones, los diferentes puntos de preocupación.

Además de requerirse capacitación para coordinar estos programas y talleres en hospitales, centros de salud, hogares de día y centros universitarios y comunitarios de todo tipo, hay otras situaciones que, por el grado de dependencia que implican, amplían la demanda de personal formado. Desde la dirección de una residencia hasta la supervisión de los cuidadores, pasando por la coordinación del equipo interdisciplinario y el asesoramiento a los familiares, se requiere de profesionales con visión gerontológica interdisciplinaria.

Se cumplirá así con las recomendaciones de la Revisión del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MI-PAA, 2004), según las cuales “es imprescindible que la formación de profesionales incorpore nuevos componentes orientados a la existencia y desarrollo de las habilidades y aptitudes **que faciliten la creación, y en su caso la transformación, de los sistemas de atención** para dar respuestas al reto que supone el envejecimiento en el conjunto de los países”.

Esta referencia da cuenta del consenso mundial acerca de la necesidad de diversificar y ampliar la formación de profesionales en el tema.

El resultado será: mejor preparación para el envejecimiento desde los gobiernos, desde las instituciones, desde las familias; una comprensión más integral de los problemas y herramientas más eficaces de intervención.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los compromisos contraídos en los acuerdos internacionales en la materia, se sugieren propuestas de acción posibles de implementar en nuestros países:

- ▶ Destinar recursos que el envejecimiento poblacional está reclamando.
- ▶ Diseñar políticas públicas y fomentar investigaciones gerontológicas.
- ▶ Programar acciones preventivas que enfrenten la preparación y acompañamiento al sujeto y su familia para esa perspectiva de vida longeva, a fin de que el proceso transcurra de un modo óptimo.
- ▶ Capacitar técnicos y profesionales para atender a esa franja etaria.
- ▶ Fortalecer las redes de apoyo y encarar acciones compartidas con las organizaciones de la sociedad civil.

Desde nuestra perspectiva gerontológica, si no hacemos nada, también estaremos construyendo nuestro futuro, esta vez por inacción.

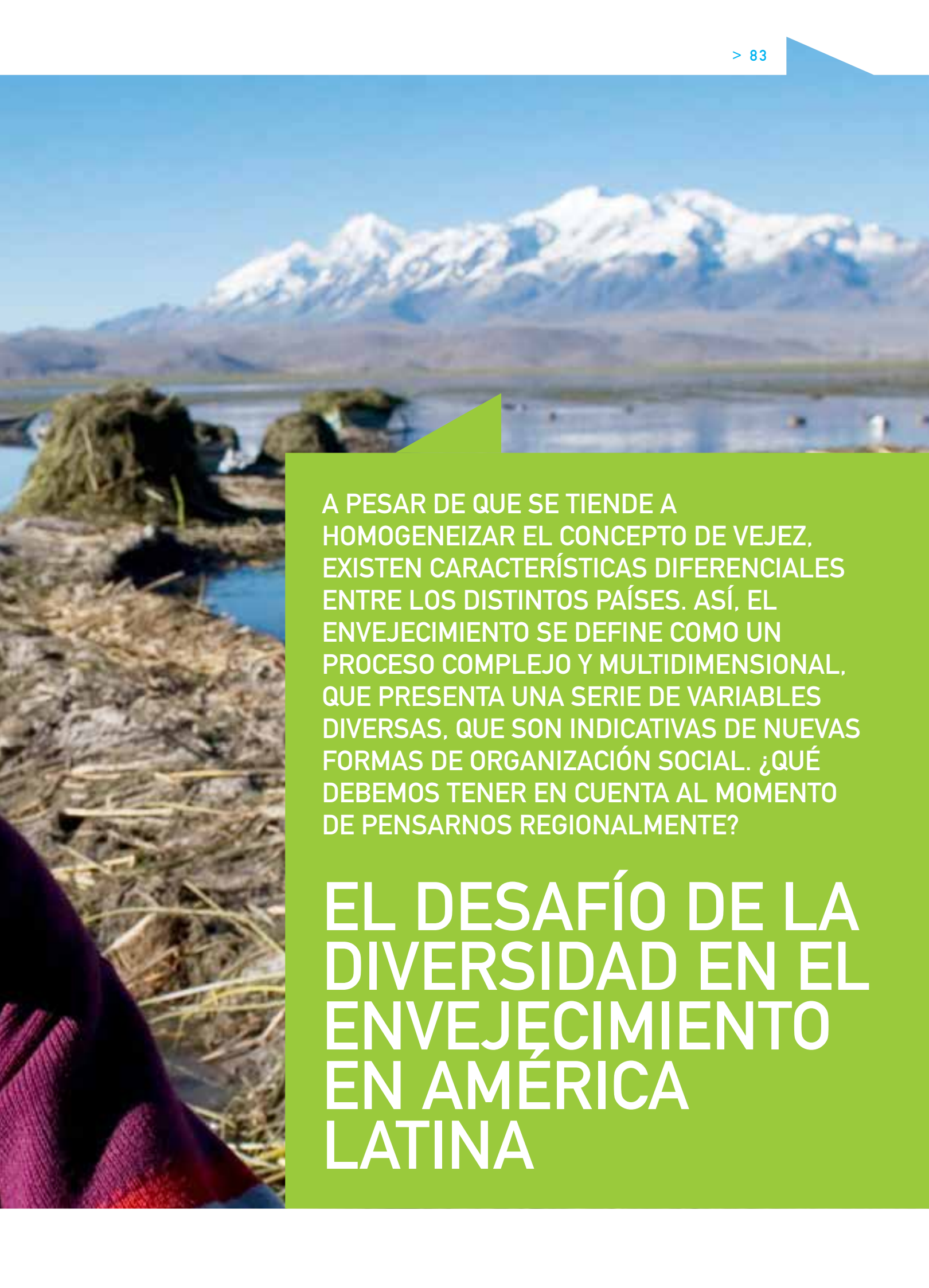
La buena noticia es que, más allá de los problemas económicos y sanitarios que se anticipan a nivel global, e incluso del carácter amenazante que para algunos representa el propio envejecimiento, todo es solucionable si se lo encara a tiempo. La anticipación de los cambios permitirá destinar los recursos preventivos que posibilitarán que la mayor longevidad constituya un premio que nos regala la vida.

En esencia, según Balbi, “se trata de entender los nuevos paradigmas, utilizar otras herramientas, con estrategias claras, flexibles, innovadoras y creativas”.

A la hora de diseñar programas de intervención, se deberán tener en cuenta los requerimientos de la población cuidadora y disponer servicios de soporte para complementar el esfuerzo familiar, priorizando los servicios que permitan a las personas permanecer en su domicilio y en su entorno, mediante una planificación individualizada de los casos.

por **MARÍA JULIETA ODDONE.**
*Investigadora Principal CONICET/FLACSO.
Profesora titular UBA/Facultad de Ciencias
Sociales*





A PESAR DE QUE SE TIENDE A HOMOGENEIZAR EL CONCEPTO DE VEJEZ, EXISTEN CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE LOS DISTINTOS PAÍSES. ASÍ, EL ENVEJECIMIENTO SE DEFINE COMO UN PROCESO COMPLEJO Y MULTIDIMENSIONAL, QUE PRESENTA UNA SERIE DE VARIABLES DIVERSAS, QUE SON INDICATIVAS DE NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN SOCIAL. ¿QUÉ DEBEMOS TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE PENSARNOS REGIONALMENTE?

EL DESAFÍO DE LA DIVERSIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA

E

l abordaje de la diversidad implica ampliar la mirada que dé cuenta de la heterogeneidad del envejecimiento. Este es el rumbo que se intenta

tomar desde la investigación interesada en aquellos procesos de la estructura social que generan desigualdad. Se trata de evaluar los distintos grupos de viejos en el contexto de poder. Las primeras respuestas surgieron de parte de quienes adoptaron el enfoque de la economía política, cuyas explicaciones de la desigualdad se basaron en razones socio-estructurales. Lo que pretendieron destacar es la forma en que las instituciones de los Estados, a través de sus políticas, han ido construyendo a la vejez como una etapa delimitada de la vida y, al mismo tiempo, como un problema. En este artículo queremos mostrar las características del envejecimiento como un proceso complejo y multidimensional que se produce entre los diferentes países que conforman la América latina. A pesar de que se tiende a homogeneizar el concepto de vejez y envejecimiento, cuando focalizamos sobre las realidades regionales y/o locales, observamos características diferenciales entre los países y, muchas veces, al interior de un mismo país, localidad o, también, en los grupos de personas mayores.

Como sabemos, en todas las sociedades siempre existieron personas viejas, pero actualmente una particularidad a destacar consiste en que, por primera vez en la historia del mundo, las “viejas” son las sociedades. Y esto implica una serie de cambios de importancia en las políticas de los Estados.

A pesar de que se tiende a homogeneizar el concepto de vejez y envejecimiento, cuando focalizamos sobre las realidades regionales y/o locales, observamos características diferenciales entre los países y, muchas veces, al interior de un mismo país, localidad o, también, en los grupos de personas mayores.

Cuando planteamos el envejecimiento poblacional de América latina decimos que, durante las últimas décadas, la población ha experimentado un aumento considerable en el grupo de personas de 60 años y más, teniendo en cuenta la definición de la Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Viena en 1982. De este modo, en el año 2012, un 10% de la población estaba compuesta por personas de 60 años y más (63 millones de viejos) y es esperable que para el año 2050 este mismo grupo conforme un 25% del total (187 millones). Ello significa que una de cada cuatro personas será vieja.

El proceso de transición demográfica ocurrido en la segunda mitad del siglo XX provocó un aumento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de los 52 a los 70 años y, al mismo tiempo, se produjo una disminución de la tasa global de fecundidad pasando de 6 hijos a 2,8 hijos por mujer, entre los intervalos compuestos por los años 1950-1955 y 1995-2000.

Si tenemos en cuenta la teoría en relación a los datos demográficos sobre el envejecimiento de la población, una política sanitaria regional debería enfocarse sobre las enfermedades crónicas y su prevención. No obstante, una encuesta realizada por la CEPAL en 2006 a los ministros de Salud latinoamericanos mostró que en los países de menor nivel de ingreso –Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Nicaragua– la mortalidad materno-infantil y las enfermedades infecciosas constituyeron el principal problema de salud. Mientras que en los países con mayores ingresos –Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay– los problemas cardiovasculares o las enfermedades crónicas son las que aparecían como relevantes de la política sanitaria.

Otro tema a considerar es que dentro del grupo de 60 años y más, el subgrupo que más crece proporcionalmente es el de las


personas que superan los 80, es decir, los denominados “viejos-viejos”. Según el Centro Latinoamericano de Demografía, actualmente hay menos de 80 hombres por cada 100 mujeres en la población añosa. Efectivamente, la esperanza de vida a los 60 años es de 16,9 años para los varones y 20,9 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida a los 80 años se estima entre 5,6 y 6,9 años, respectivamente. Un hito importante en este proceso es el crecimiento de los centenarios que, en la Argentina por ejemplo, pasó de 1.855 personas en 2001 a superar las 3.500 en 2010. En este grupo, según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, son mujeres 2.703. Entonces, el incremento que se observa de la esperanza de vida contribuye a una mayor diversidad que se ve reflejada en una feminización de la vejez.

Estos cambios demográficos que se producen en las sociedades latinoamericanas son indicativos de nuevas formas familiares, que presentan en la actualidad una coexistencia de varias generaciones. No se trata solamente de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas, sino de que estas tienen en su seno cada vez más personas viejas (abuelos, bisabuelos y tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad). Existen ejemplos de familias compuestas por cinco generaciones vivas, es decir que son familias que se caracterizan por tener muchos ascendientes y, concomitantemente, pocos descendientes en comparación con la familia tradicional de inicios del siglo pasado. Estos cambios se acompañan, muchas veces, de nuevas necesidades, entre ellas es de vital importancia la relación de cuidado. A nivel estructural, la evolución de las necesidades de cuidado por edad nos muestra una disminución de la demanda social para con los niños y un incremento por parte de los ancianos.

nos. Esto debería motivar un cambio en la mirada de las políticas sociales que no pueden desatender a los niños pero que, al mismo tiempo, deben girar su atención a las nuevas demandas que estos cambios producen.

Otro factor importante a tener en cuenta, cuando se habla de vejez en América latina, es el lugar de residencia donde los viejos desarrollan su existencia. En efecto, en el caso de los países del cono sur como son Argentina, Chile y Uruguay, los mismos cuentan con un alto grado de población urbana (más del 85%) mientras que países como Bolivia, Costa Rica, Colombia, Perú o México, por ejemplo, se encuentran en un estadio medio, entre el 60% y 80%. Por último, países como Haití, Guatemala, Paraguay, Honduras y Nicaragua tienen una población urbana menor al 30 por ciento.

Si atendemos a la cuestión de lo urbano-rural, lo que se destaca en la región es que los sectores urbanos suelen tener mayor accesibilidad a los servicios socio-sanitarios específicos. Así, por ejemplo en la Argentina, un 95% de las personas viejas residen en ámbitos urbanos, y sabemos que en todas las ciudades del país cuentan con una representación de organismos de la se-



Por lo general, en los países donde los viejos no reciben ni jubilaciones ni pensiones existe una tendencia a permanecer por más tiempo en el mercado de trabajo. Ello implica, en muchos casos, continuar con tareas penosas que afectan el bienestar físico de los mayores.



guridad social. No obstante, no hay que olvidar que aun en los países con mayor urbanización de la población vieja coexisten situaciones donde muchas personas permanecen en áreas rurales aisladas. Y también en las propias ciudades se pueden observar enclaves de población rural con dificultades en el acceso a los servicios básicos.

Al tener en cuenta el acceso a la seguridad social, particularmente los sistemas de jubilaciones y pensiones, observamos diferencias importantes en el contexto latinoamericano. Esto es así porque tener o no tener una jubilación o pensión produce variabilidad y condiciona el modo de vida de las personas de mayor edad. En especial en lo referido a la dependencia económica con otros miembros de la familia, el acceso a bienes y servicios públicos y privados, y en torno la disponibilidad de sistemas de salud y protección social.

En la mayoría de los países, los sistemas de seguridad social no cubren a la totalidad de la población, dejando por fuera a una parte significativa de esta, en especial aquellos sectores sociales más bajos. Por ejemplo países como Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Venezuela alcanzan apenas a cubrir el 25% de los viejos. En contraste, son pocos los países donde la cobertura de la seguridad social supera el 60% de la población añosa, por ejemplo se destacan Argentina (que cubre 95%), Brasil, Cuba, Chile y Uruguay también con altos índices de protección. Por lo general, en los países donde los viejos no reciben ni jubilaciones ni pensiones existe una tendencia a permanecer por más tiempo en el mercado de trabajo. Ello implica, en muchos casos, continuar con tareas penosas que afectan el bienestar físico de los mayores.

Retomando el tema de los arreglos residenciales de los viejos, en la región, la gran mayoría vive en hogares multigeneracionales, alcanzando porcentajes que van del 67% al 87%. Las excepciones a estas características corresponden a Argentina y Uruguay, donde más de la mitad de los adultos mayores viven en hogares conformados por personas de este grupo etario. Esto puede explicarse debido a que los países que tuvieron una tradición política de más larga data focalizada en la seguridad social, muestran que los ancianos viven en hogares de menor tamaño.

Se puede mencionar entre ellos a Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay.

Concomitantemente con estas características de habitabilidad, son indicativas las bajas proporciones de personas que viven en hogares geriátricos en Latinoamérica (Ecuador 0,8%, México 0,9%, Bolivia 1%, Cuba 1%, Argentina 2%, Uruguay 3,6%). Esto se explica debido a la fuerte tradición familiar vigente en el continente. Tal es así que, en contraposición a los bajos niveles de institucionalización, se observa que muchas de las personas mayores dependientes reciben cuidados especiales en el seno de sus hogares. Por ejemplo, en el caso de Argentina, se trata de un 5% de la población.

La familia implica la provisión de cuidados y ayuda de diverso tipo más allá de las situaciones críticas que producen las cuestiones ligadas al proceso de salud-enfermedad por el que transitan las personas. Las familias no sólo comparten recursos materiales, sino que también brindan recursos afectivos: amor, sentimientos y afectos personales; expresivos: de comprensión, escucha, y atenciones, y de apoyo mutuo: protección y acompañamiento.

Tal como hemos expresado anteriormente, la cuestión del envejecimiento de las familias y la convivencia entre las genera-

ciones hacen que los aspectos relacionados con la emotividad y el intercambio de servicios adquieran cada vez mayor relevancia. En efecto, la familia es casi de forma natural un lugar de solidaridad. Sin embargo, el envejecimiento de la población ha cambiado el contenido de la solidaridad, dado que hay más personas mayores que cuidar pero también hay más personas mayores para cuidar a otros. De hecho, existen personas de 80 años que cuidan a personas más ancianas que sufren dependencia y/o discapacidad. Justamente, la coexistencia prolongada de distintas generaciones dentro de las familias ofrece un potencial importante de solidaridad familiar que se puede manifestar en la vida cotidiana pero, sobre todo, en momentos de crisis.

Hasta aquí nos hemos referido a los cambios de importancia que genera el envejecimiento de las poblaciones, tanto a nivel de las sociedades como a nivel de las familias y las personas. Ahora bien, como se observa, uno de los temas relevantes es la cuestión de la carga de cuidado y de quién o quiénes deberían hacerse cargo de asumir esa responsabilidad. En este sentido, un estudio realizado en la Argentina mostró que existe una concordancia entre las opiniones de las personas viejas y de sus familias sobre este tema. En efecto, estos manifestaron que la responsabilidad debe ser compartida entre el Estado y la familia,

El proceso de transición demográfica ocurrido en la segunda mitad del siglo XX provocó un aumento de la esperanza de vida al nacer que pasó de los 52 a los 70 años y, al mismo tiempo, se produjo una disminución de la tasa global de fecundidad pasando de 6 hijos a 2,8 hijos por mujer.



mientras que un tercio de la población entrevistada expresó que el Estado debe ser el principal responsable del bienestar de los mayores.

Si tenemos en cuenta lo expresado a lo largo del artículo, esto puede originarse debido a los múltiples cambios que se han producido en la familia, incluida su propia verticalización. En la actualidad, muchas acciones programáticas son diseñadas siguiendo la imagen tradicional de la familia sin atender a sus transformaciones. En consecuencia, aquellos que diseñan o implementan políticas a nivel macro deben contemplar los cambios demográficos que impactan micro-socialmente. Por último, cabe señalar que la diversidad en el envejecimiento de las poblaciones nos enfrenta a otra serie de desafíos, por ejemplo, considerar una educación permanente, adecuar el mercado de trabajo a su propio envejecimiento, etc. Algunas de estas propuestas se enmarcan en la ya existente perspectiva del “envejecimiento activo” acorde a sus tres pilares fundamentales: bienestar, participación y salud integral. Sin embargo, el impacto de los cambios de la estructura demográfica es de tal envergadura que se torna imperioso apelar a la creatividad regional en la implementación de políticas orientadas al envejecimiento y la vejez en su doble dimensión: estructural e individual.



por ROSANA G. DI TULLIO BUDASSI.

Abogada. Docente de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario en las materias Derecho de la Vejez y Derecho de Familia. Secretaria del Centro de Investigaciones en Derecho de la Ancianidad en la misma facultad

LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA SE VE AFECTADA PRINCIPALMENTE POR SU ALTA DEPENDENCIA ECONÓMICA, LA CARENCIA DE VIVIENDA PROPIA Y LA DEPENDENCIA EMOCIONAL. LAS FORMAS EN QUE EL MALTRATO Y ABUSO PUEDEN MANIFESTARSE SOBRE ESTA POBLACIÓN SON DIVERSAS: FÍSICA, PSÍQUICA, ECONÓMICA, LA NEGLIGENCIA O EL ABANDONO. A CONTINUACIÓN, UN ANÁLISIS DE ESTA SITUACIÓN DESDE LA LEGISLACIÓN.

ASPECTOS LEGALES DEL ABUSO Y MALTRATO EN LA VEJEZ

La violencia, el abuso y el maltrato son un fenómeno social negativo que, estadísticamente, coloca a los niños, las mujeres y las personas mayores como los grupos más propensos a padecerlo. En este último caso en particular, el punto neurálgico de la problemática de la violencia en la vejez es, sin duda, la valoración negativa que la sociedad tiene de las personas ancianas. Los prejuicios, los mitos y el desvalor en torno a este ciclo vital contribuyen a incrementar situaciones de maltrato vinculadas primordialmente a la discriminación, la indiferencia y el abuso –prioritariamente el económico– de las personas mayores.

En la actualidad, los datos demográficos revelan que la calidad de vida de las personas de edad avanzada se ve afectada porque padecen una alta dependencia económica –falta de ingresos personales–, carencia de vivienda propia y dependencia emocional. Todo ello hace de estos sujetos una población especialmente vulnerable a las situaciones de abuso y maltrato cotidiano. Las formas en que el maltrato y abuso pueden manifestarse sobre esta población son diversas: física, psíquica, económica, la negligencia en su cuidado o atención, el abandono material y afectivo, la indiferencia ante sus deseos o necesidades, no contemplar sus opiniones, no aceptar sus decisiones, controlar sus gastos e incluso administrar su dinero de forma abusiva, coartarle su libertad de circulación, relegarlo dentro de su propio hogar, para dar sólo algunos ejemplos. Por ello, será de suma importancia que la legislación vigente sea interpretada y aplicada en atención a la especial situación de padecimientos que pesa sistemáticamente sobre este sector de la población. Además, respecto de los mayores, la violencia opera, princi-

palmente, a través de la manipulación, que es un mecanismo psicológico de control. El maltrato se instala, en primer término, a través del lenguaje. Así se recurre a diminutivos, a un lenguaje infantil, o imperativo. O se utiliza un vocabulario ambiguo, entre protector-paternal y controlador. También, la manipulación viene dada por lo que Dabove ha definido como la “teoría de los hechos consumados”. Al anciano se le presentan las situaciones ya resueltas, a las que no puede oponerse. Entonces, nos encontraremos con casos de ventas de bienes de las personas ancianas sin su consentimiento, o el ingreso a una institución geriátrica recurriendo a maniobras de presión psicológica, por dar sólo algunos ejemplos.

En este trabajo limitaré mi análisis respecto de la regulación legal de nuestro país en materia de violencia familiar.

Debe recordarse que en el transcurso de la historia la familia ha sido considerada como una esfera cerrada, donde la discusión de sus asuntos se daba en forma privada, y por ende, la resolución de los mismos dentro de su órbita. Esta concepción, sin embargo, ha ido variando, dando paso a la discusión abierta de los comportamientos violentos que en ella se producen. En este avance han nacido convenciones internacionales y leyes nacionales que protegen a la víctima de violencia doméstica, dejando de ser este flagelo, una cuestión puramente “privada”.

Cuando el equilibrio entre el trato digno y respetuoso se quiebra, dando lugar al maltrato, el abuso y la violencia, un Estado debe contar con herramientas eficaces que protejan a la víctima, la auxilien y acompañen en la difícil tarea de denunciar el maltrato, sobre todo cuando proviene de un ser querido.

Legislación nacional de protección contra la violencia familiar

En este sentido, en la Argentina coexisten dos tipos de normas que sancionan en el ámbito civil la violencia familiar: por un lado la ley nacional, y por el otro, las leyes provinciales en la materia. La ley nacional 24.417 de protección contra la violencia familiar sólo describe la situación de violencia, las personas intervinientes y brinda una serie de pautas procesales a seguir cuando la violencia ya ha sido ejercida. En cierto punto, coloca a la persona mayor junto a los incapaces y niños. Cuestión que nos induce a pensar que la persona mayor es equiparada al incapaz. En este sentido, enormes son los vacíos legales que encontramos en lo que respecta al tratamiento de la violencia familiar en la vejez. De allí se deriva la necesidad de considerar a los ancianos como sujetos de derecho plenos y, como tales, pertenecientes a un grupo separado de los niños, o de quienes han sido declarados judicialmente incapaces y merecedores de tratamiento legal específico. En este entramado, la ley no trata en forma expresa la problemática de la violencia familiar que puedan sufrir las personas mayores. Por eso, creemos que en forma desacertada en el art. 2º se los equipara a los menores, incapaces y discapacitados. Este tratamiento no es apropiado, atento a las distintas problemáticas existentes en materia de menores, incapaces y discapacitados, que no son las de los ancianos. Esta ley fue sancionada el 7 de diciembre de 1994 y publicada el 3 de enero de 1995, siendo reglamentada por medio del decreto 235/1996, del 8 de marzo de 1996.

Como antecedentes de esta legislación puede decirse que la violencia familiar se encontraba ya tratada en la Declaración

Universal de los Derechos Humanos, en la Convención sobre la Eliminación de todo tipo de Discriminación contra la Mujer (ley 23.179) y en la Convención de los Derechos del Niño (ley 23.849). Un antecedente directo de la ley nacional fue la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como “Convención de Belem do Pará” suscripta por nuestro país en el año 1994. Esta convención refiere a la protección de la mujer ante la violencia dentro de la familia o por parte de la comunidad.

El decreto 235/1996 se dicta a fin de implementar un sistema que permita la plena aplicación de la ley 24.417. En este texto se establece que, previo a la decisión sobre las medidas cautelares que podrá tomar, el juez deberá contar con el pertinente apoyo técnico, que le permitirá abordar en forma más precisa la situación concreta de violencia familiar. Ello, debido a que no se pueden establecer parámetros comunes en estas situaciones.

Además, se observa que para complementar la actividad jurisdiccional, el decreto ordena la creación de un cuerpo policial especializado, dentro de la Policía Federal Argentina, y de un registro de ONGs. Todos ellos afines a esta temática y habilitados para brindar asesoramiento jurídico gratuito y recibir denuncias por agresor y víctima.

Por último, cabe mencionar, en el ámbito de la legislación civil, la entrada en vigencia en el año 2009 de la ley 26.485, de *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Se define a la violencia contra las mujeres como *toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas por el Estado o por sus agentes.*

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja respecto al varón (Artículo 4).

Lamentablemente, en esta ley tampoco se realiza un tratamiento explícito del abuso, violencia y maltrato que puedan sufrir las mujeres ancianas, como sí lo hace respecto de las niñas y adolescentes en relación al procedimiento en esta materia. De todas formas, cabe subrayar que esta legislación es de aplicación prioritaria respecto de la ley nacional de violencia familiar conforme lo establece su artículo 42.

Ahora bien, en el ámbito penal, además de la normativa contenida en el Código Penal, sancionatoria de conductas lesivas a lo corporal o moral de las personas, debemos destacar la ley 13.944 de “Incumplimiento de los deberes de asistencia familiar”. Esta ley contempla como conductas punibles el incumplimiento respecto de las obligaciones alimentarias, que constituye un modo de violencia económica. Encuadran en esta ley las siguientes conductas omisivas de la prestación de alimentos: a) el padre respecto de los hijos menores de 18 años o impedidos; b) el hijo, con respecto a los padres impedidos; c) el adoptante, con respecto al adoptado menor de dieciocho años, o de más si estuviere impedido; y el adoptado con respecto al adoptante impedido; d) el tutor, guardador o curador, con respecto al menor de dieciocho años o de más si estuviere impedido, o al incapaz, que se hallaren bajo su tutela, guarda o curatela; e) el cónyuge, con respecto al otro no separado legalmente por su culpa.

El incumplimiento alimentario de los abuelos hacia sus nietos o viceversa no tiene sanción penal por medio de esta ley.



La mirada de los documentos internacionales

Por último, queremos destacar que fueron los instrumentos internacionales los que han abordado de forma específica el maltrato de las personas ancianas y, aun cuando no resulten vinculantes para los países suscriptores, conforman un valioso aporte para el diseño de políticas y estrategias públicas además de servir de guía y modelo para el diseño de legislación específica. En primer término corresponde mencionar que la *Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas* ha plasmado la trascendencia de la problemática y ha instado a los países miembros a buscar soluciones a la misma. Se pone allí de manifiesto los diferentes tipos de violencias que pueden sufrir los ancianos: violencia física, emocional, abandono, abuso sexual, violencia familiar, violencia económica, y abuso de medicamentos. También se exponen los diferentes ámbitos donde la violencia es ejercida. Así, se distingue entre los malos tratos institucionales (hospitales, geriátricos) y el maltrato familiar. Para este organismo, la solución viene de la mano de la sensibilización y comprensión del problema, de la promoción del respeto y la dignidad de los ancianos, y por ende, la protección de sus derechos.

En el mismo sentido se ha abordado la problemática en el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento 2002*.

Reflexión final

La cultura del buen trato se erige, aún hoy, como un ideal a alcanzar. Cuando el equilibrio entre el trato digno y respetuoso se quiebra, dando lugar al maltrato, el abuso y la violencia, un Estado debe contar con herramientas eficaces que protejan a la víctima, la auxilien y acompañen en la difícil tarea de denunciar el maltrato, sobre todo cuando proviene de un ser querido. En la actualidad, el acceso a la Justicia es la gran barrera que las personas mayores deben atravesar. La existencia de vacío legal que estuvimos analizando en el tema en estudio, sumado a la estructura judicial, los procesos litigiosos y la inexistencia de tribunales especializados para dar soluciones rápidas y eficaces a las personas mayores, conspira contra el reclamo efectivo de sus derechos.

La futura convención internacional que proteja los derechos de las personas de edad se avizora como una herramienta vinculante de gran valor para enaltecer los derechos humanos de este grupo etario, obligando así a que todos los países que la suscriban deban adecuar sus legislaciones y sus sistemas judiciales en pos de lograr la mayor cobertura a los derechos de las personas ancianas.

Los datos demográficos revelan que la calidad de vida de las personas de edad avanzada se ve afectada porque padecen una alta dependencia económica –falta de ingresos personales–, carencia de vivienda propia y dependencia emocional.

LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS PERMITEN QUE LOS ADULTOS MAYORES PUEDAN COMUNICAR SUS PREFERENCIAS Y DECISIONES RELATIVAS A SU SALUD EN SITUACIONES CRÍTICAS, EN LAS CUALES NO ESTARÍAN EN CONDICIONES DE EXPRESARSE. A SU VEZ, ESTO PERMITIRÍA ALIVIAR LA CARGA EMOCIONAL DE QUIENES INTERVIENEN EN DECISIONES DE TAL ENVERGADURA Y MEJORAR EL ENTENDIMIENTO ENTRE LOS PACIENTES, SUS FAMILIARES Y EL EQUIPO DE SALUD. UN DEBATE QUE CONTINÚA ABIERTO EN LA SOCIEDAD.

REFLEXIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. DIRECTIVAS ANTICIPADAS, EXPECTATIVAS Y REPERCUSIONES

por **LAURA C. PEZZANO PEGORER.**
*Médica Clínica. Presidente del Comité de
Bioética del Hospital Italiano de Buenos Aires*



La medicina moderna ha puesto en manos de los servicios asistenciales un conjunto de prácticas que los profesionales debemos administrar con criterios que, si bien en teoría son puramente médicos, tienen un gran componente discrecional. El reconocimiento de esta problemática representa hoy un enorme desafío y requiere de un verdadero cambio cultural que permita a los profesionales de la salud poder reconocer valores y perspectivas propias de sus pacientes y priorizarlas por sobre las propias. Ello nos enfrenta a demandas y resistencias propias de un proceso de cambio complejo y apasionante a la vez.

Por otro lado, al analizar los fenómenos del envejecimiento poblacional podemos entender que las estrategias para introducir herramientas que permitan la planificación del cuidado al final de la vida, resultan hoy una tarea impostergable. Así se refleja en las frecuentes discusiones sobre la autonomía de las personas en el ámbito de la salud que exceden los claustros médicos y trascienden al seno de la comunidad.

Propongo en esta oportunidad abordar las cuestiones sobre el complejo proceso de toma de decisiones al final de la vida con especial foco en algunas de las herramientas que se han dispuesto para resguardo de la autonomía, como lo son las Directivas Anticipadas.

Las cuestiones de la autonomía

El abordaje sobre la consideración de la autonomía lleva décadas pero pareciera no agotarse. Los cambios más vertiginosos de la historia de la medicina han ocurrido desde la mitad del siglo pasado en adelante. Unos tienen relación con los avances tecnocientíficos; los otros, no menos trascendentes, tienen que ver con la reorganización del modelo médico tradicional, de aquel centrado en el paternalismo (definido como la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a otros ámbitos, en este caso a la relación médico-paciente), a este otro modelo que no entiende a la beneficencia (el deber profesional de hacer el bien) sin respeto a la autonomía (el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones).

Resulta ampliamente aceptado que los individuos tienen derecho de tomar decisiones importantes que afectan sus vidas y las sociedades modernas, por lo menos en Occidente, encuentran en ello un aspecto particularmente valorado de su cultura. Esta misma valoración acerca de su libertad religiosa, su modelo de familia, su organización social, entre otras cuestiones trascendentes, interpela el modo de ejercer la medicina en la actualidad. Por este motivo no debiera sorprendernos que los individuos quieran decidir sobre cuestiones atinentes a su salud, al cuidado de su cuerpo, a si desean aceptar o no determinados tratamientos. Encontrarse circunstancialmente en el rol de paciente no es una razón para ser privados de ese derecho.

Las políticas de Consentimiento Informado han reflejado esta necesidad de participación del paciente en el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud, y han constituido un

En el contexto de la Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias, las Directivas Anticipadas constituyen herramientas útiles a la hora de preservar la autonomía de los pacientes al final de la vida y si bien se reconoce su valor desde hace más de 30 años, su utilización aún presenta una aceptación dispar.

medio para respetar los derechos de los pacientes a ser informados y de este modo poder tomar decisiones autónomas. Llevar adelante el adecuado proceso de información y consentimiento es hoy una responsabilidad del profesional. Con el tiempo y la mayor disponibilidad de medios de sostén vital que prolongan la sobrevivencia de pacientes gravemente enfermos o con grave e irreversible daño neurológico, se pensó en nuevas herramientas. Es así como surgieron lo que hoy conocemos como Directivas Anticipadas (DA).

Las Directivas Anticipadas surgen como herramientas que buscan preservar la autonomía de las personas, ellas representan un medio para advertir al médico sobre preferencias del paciente cuando el mismo no está en condiciones de expresarlas.

Si bien existen diferentes denominaciones: Directivas Anticipadas (DA), Voluntades Anticipadas (VA), Testamentos Vitales (TV), etc., todas ellas hacen referencia a **la manifestación escrita hecha por una persona capaz quien, consciente y libremente, expresa las opciones e instrucciones que deben respetarse en la asistencia sanitaria a recibir cuando se produzcan circunstancias clínicas que le impidan comunicar personalmente su voluntad.**

Las DA resultan entonces del esfuerzo para comunicar a quienes nos brindan atención médica qué tipo de tratamientos aceptaría o no recibir si uno se volviera incompetente.

En el contexto de la Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias, las Directivas Anticipadas constituyen herramientas útiles a la hora de preservar la autonomía de los pacientes al final de la vida, y si bien se reconoce su valor desde hace más de treinta años, su utilización aún presenta una aceptación dispar.

Sus orígenes

En los Estados Unidos, la experiencia con los testamentos vitales (*living wills*) comienza a mediados de los años '60. La idea de un documento escrito se propuso por primera vez en 1967 en una reunión de la Euthanasia Society of America; en dicho documento el paciente podía expresar la forma en la que deseaba ser tratado cuando él no pudiera decidir por sí mismo. Diversos acontecimientos fueron dando forma a estas disposiciones tanto desde el punto de vista legal como en el de su aplicación en la práctica clínica; un ejemplo de ello es el caso Cruzan.



El caso Cruzan

En la mañana del 11 de febrero de 1983 Nancy Cruzan, de 24 años, perdió el control de su vehículo, salió despedida del mismo y cayó boca abajo en una zanja llena de agua donde permaneció por más de diez minutos. Finalmente su daño derivó en lo que conocemos como Estado Vegetativo Permanente. Luego de cinco años, sus padres llegaron a la conclusión de que su hija no se recuperaría y consideraron que ella no hubiese aceptado que la mantuviesen con vida en esas condiciones.

Fue así que pidieron a sus médicos que suspendiesen la alimentación e hidratación artificiales que la mantenían con vida. Las diferencias entre la opinión de sus padres y la visión de los médicos del centro asistencial derivaron en una larga disputa judicial. La Corte Suprema de Missouri argumentó que los padres de Nancy no tenían derecho a poner fin a su tratamiento médico en ausencia de “pruebas claras y convincentes” de que esta elección reflejaba los deseos de su hija.

Cuando el caso fue llevado finalmente ante la Corte Suprema de los Estados Unidos (*Cruzan v Director, Missouri Department of Health*, 1990), el tribunal confirmó la sentencia de la Corte Suprema de Missouri, sobre la base de que un Estado puede establecer altas exigencias frente a la decisión de suspender o limitar tratamientos en los casos de pacientes incompetentes en los que los mismos no hayan expresado claramente su voluntad. Finalmente, luego de muchas audiencias en las que participaron familiares y amigos de Nancy, el tribunal encontró la evidencia que buscaba sobre las preferencias de la joven, y autorizó la suspensión del soporte vital. Nancy moría 14 días después. Más tarde, el Tribunal Supremo de Justicia de Estados Unidos reconoció, en noviembre de 1990, el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico no deseado y

fijó un procedimiento para la toma de decisiones por parte de los sustitutos o representantes (*Patient Self-Determination Act* –Ley de Autodeterminación del Paciente–). Desde entonces en Estados Unidos todos los hospitales, residencias de la tercera edad, etc., tienen la obligación legal de desarrollar directrices escritas en relación con las DA y de educar a los profesionales sanitarios sobre la cuestión, así como de preguntar a los pacientes en el momento del ingreso si han redactado su Directiva y de informarles del derecho que tienen a hacerlo.

Con el tiempo fue madurando el concepto de que el futuro de la toma de decisiones de sustitución –es decir, aquellas que se toman en lugar de la persona que ya no puede hacerlo–, sobre todo en el final de la vida, no debería descansar de manera única en el desarrollo de las Directivas Anticipadas, sino en una concepción más amplia e integral del proceso de toma de decisiones. Esto es lo que se ha dado en llamar Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias. Con ello se busca dejar de estar centrados en el acto formal del documento en sí, para en su lugar desarrollar amplios procesos de comunicación entre profesionales, pacientes y familiares que ayuden a mejorar la calidad de las decisiones al final de la vida.

En esos procesos las Directivas Anticipadas juegan un papel muy importante, pero no son el único objetivo, sino una herramienta más a disposición de una mejor comunicación.

Entender las Directivas Anticipadas como un elemento que contribuye a una mejor comunicación y de importancia en el proceso de toma de decisiones fue lo que se permitió una mayor aceptación. De hecho, en abril de 2010 se publica en una prestigiosa revista científica, el *New England Journal of Medicine*, un estudio que analiza lo ocurrido con los pacientes mayores de 60 años fallecidos entre 2000 y 2006. El estudio refleja cómo mu-

En el seno de la relación médico-paciente, las Directivas Anticipadas son un medio para el abordaje de estos temas que puede facilitar un diálogo llano, respetuoso y plural que permita que las preferencias de los pacientes tengan un rol protagónico en el complejo proceso de toma de decisiones al final de la vida.

chos adultos mayores requieren de decisiones de sustitución al final de la vida, cuando han perdido la capacidad para tomar sus propias decisiones. En ese contexto, los pacientes que han dejado sus Directivas Anticipadas, reciben cuidados más acordes a sus preferencias que quienes no lo han hecho. Además señala que otro objetivo valioso de la implementación de las DA ha sido también el de aliviar la carga emocional de los que intervienen en decisiones de tal envergadura y mejorar la sensación de confort y mutuo entendimiento entre los pacientes, sus familiares y el equipo de salud.

En ese estudio queda reflejado que los adultos mayores están familiarizados con ese tipo de documentos, que les resultan accesibles y aceptables, valor compartido por familiares y médicos.

El marco legal en la Argentina

Las Directivas Anticipadas encuentran fundamento jurídico suficiente en preceptos de orden constitucional como el que emerge del art. 19 de la Constitución nacional y otras leyes vigentes atinentes a la dignidad humana, a la autonomía personal y al derecho a la privacidad.

En el marco de la regulación específica para los profesionales de la salud, La Ley de Ejercicio de la Medicina, pensada en los inicios de la revolución de la autonomía, también hace referencia a la obligación del médico de respetar la negativa de un paciente a recibir un tratamiento poniendo de manifiesto la necesidad de permitir la participación del paciente en la toma de decisiones sanitarias (ley 17.132, art. 19). Es también de destacar que a partir de entonces abunda la jurisprudencia que sostiene el deber profesional del respeto a la autonomía de las personas. En este sentido las prácticas del Consentimiento Informado han sido ampliamente aceptadas y, a pesar de las necesarias mejoras en su proceso de implementación, no se conocen muchas opiniones contrarias a las razones y ventajas que ellas entrañan.

En nuestro país hace más de 15 años que reconocemos el valor de las DA, de tal modo que, estas disposiciones preventivas han ido instrumentándose de diversas maneras, tanto a través de la historia clínica como en otras formas de registros públicos como lo hizo el Colegio Público de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires en el denominado “Registro de Actos de Autoprotección” creado por resolución del consejo directivo del Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, con fecha 8 de octubre de 2004, y con vigencia a partir del 1/1/2005. A ello le sucedieron otras legislaciones provinciales que muestran algunos antecedentes en la materia tanto en la provincia de Río Negro –ley 4.263– como en la de Neuquén, en el marco de la ley 2.611.

Las Directivas Anticipadas en la ley 26.529

En el mes de octubre de 2009 se dicta la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. En su artículo 11 del capítulo III, “Del Consentimiento Informado”, la norma establece:

“Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.

Desde la promulgación de esta ley, la discusión sobre la legalidad de estos documentos podría haberse zanjado, pero una vez más las cuestiones de la autonomía presentan ciertas dificultades en su aceptación, por lo que nuevamente se discutió en el Parlamento otra ley con la renovada pretensión de dar forma a este derecho.

Fue así que en el año 2012, impulsado por familiares de pacientes que pedían suspender las medidas de soporte vital en el caso de una menor en Estado Vegetativo Permanente, y ante la negativa de la institución que los asistía, se impulsó lo que se conoció a través de los medios de comunicación como “Ley de Muerte Digna”. Detrás de su título, de fuerte impacto en la opinión pública, se trató estrictamente de la modificación de algunos artículos de la ley 26.529, ley 26.742 y su decreto reglamentario 1089/2012. Esta vez, a pesar de reconocer el valor de las Directivas Anticipadas, se estableció la necesidad de dar intervención a escribanos o jueces de primera instancia. Estas modificaciones imponen que su formulación se efectúe fuera del ámbito de la atención sanitaria con el riesgo de desnaturalizarlas como acto médico e imponiendo requisitos que probablemente llevarán a su burocratización. En mi opinión, esta modificación resulta innecesaria y de carácter arbitrario ya que en ninguna otra circunstancia de la atención médica se había impuesto con anterioridad la intervención de terceros ajenos a la relación médico-paciente como resulta en este caso. Lejos de favorecer

el ejercicio de la autonomía, estas reglamentaciones estarían cercenándola.

De este modo es probable que las expectativas surgidas de la discusión pública de esta ley no puedan ser cumplidas. Difícilmente una ley pueda resolver por sí sola la complejidad de los escenarios donde estas decisiones deben ser tomadas. El texto de esta nueva norma resulta naturalmente inconsistente para valorar el peso de la opinión familiar a la hora de tomar decisiones, no modifica la necesidad de reflexionar sobre el rol profesional al momento de proponer determinados tratamientos, ni el margen de acción de la propia familia para consentirlos o rechazarlos. Se trata de una discusión sobre la que podríamos anticipar su proceso pero difícilmente su resultado.

Las Directivas Anticipadas surgen como herramientas que buscan preservar la autonomía de las personas; ellas representan un medio para advertir al médico sobre preferencias del paciente cuando el mismo no está en condiciones de expresarlas.

Conclusiones

El caso Cruzan resume las preocupaciones de muchas personas y pone en evidencia una vez más las dificultades que se presentan en el complejo proceso de toma de decisiones al final de la vida, cuestión particularmente relevante en la población de adultos mayores. ¿Quiénes participan en ese proceso? ¿Qué peso tienen sus opiniones? ¿Qué habilidades poseen para hacerlo no ya desde sus propios valores o intereses sino centrados en los del paciente?, son interrogantes con variadas respuestas. Las Directivas Anticipadas se presentan como herramientas que permitirían a los adultos mayores preservar su autonomía porque constituyen un valioso aporte a la hora de considerar sus preferencias en situaciones críticas. En el seno de la relación médico-paciente ellas son un medio para el abordaje de estos temas que puede facilitar un diálogo llano, respetuoso y plural que permita que las preferencias de los pacientes tengan un rol protagónico en el complejo proceso de toma de decisiones al final de la vida. Ellas representan un medio para advertir a los profesionales sobre preferencias del paciente que este no está en condiciones de expresar y la forma en que ello se implemente no debiera convertirse en un obstáculo sino en un medio accesible para médicos y pacientes. Lamentablemente las condiciones actuales de nuestra legislación nos enfrentan a nuevos desafíos para poder seguir ofreciendo el ámbito necesario para el adecuado proceso de toma de decisiones. En este contexto, contar con la expresión clara del propio paciente no sólo representa un derecho sino también un elemento que contribuye a la calidad de tales decisiones y es de esperar que esta discusión se instale en la comunidad local para adoptar los mecanismos que permitan difundir y facilitar su aplicación.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TENDRÁ UN FUERTE IMPACTO EN LA SUSTENTABILIDAD FISCAL ASÍ COMO EN LA ESTABILIDAD POLÍTICA DE UN PAÍS, AFECTANDO LA VIDA Y EL DESARROLLO DE LA SOCIEDAD MODERNA. ES HORA DE ASUMIR Y CONSIDERAR COMO UN DESAFÍO LA PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CORRESPONDIENTES PARA LOS PRÓXIMOS 30 AÑOS.

¿A QUIÉN LE IMPORTA EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN? UNA VISION REGIONAL PARA UNA RESPUESTA LOCAL





por **DIEGO BERNARDINI**. *Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca. Director Ejecutivo de Mayores.org. www.diegobernardini.com*

E

l mundo está envejeciendo. Lo hacen las personas y también las poblaciones. Personas longevas ha habido siempre a lo largo de la historia, la diferencia hoy radica en la cantidad creciente de personas que llegan a edades avanzadas. Hoy, por primera vez en la historia, las personas mayores de 65 años son más que los niños menores de 5 años. Podemos afirmar, casi con total certeza, que es el único momento en la historia en que conviven cuatro generaciones de la misma familia, y esto debería ser motivo de celebración. Por lo tanto, el envejecimiento de las personas debe ser visto como un triunfo en el desarrollo de la humanidad y una oportunidad para las sociedades.

El fenómeno del envejecimiento en la población se origina fundamentalmente por dos fenómenos: el aumento de esperanza de vida y la caída en las tasas de fertilidad. La expectativa de vida se está incrementando prácticamente en todos los países del mundo pero especialmente en aquellos en vías de desarrollo como es la Argentina y la región a la que pertenece: América latina. Sin embargo, cuando se habla del fenómeno del envejecimiento se lo suele relacionar con los desafíos, oportunidades y riesgos que entraña para las personas, pero también y en especial para los gobiernos y las políticas públicas. Por lo tanto, cuando uno se pregunta *¿a quién le importa el envejecimiento?*, la respuesta puede resultar más compleja de lo esperado. Poder observar, analizar y actuar considerando estas tendencias como un entramado que afecta y afectará el curso de vida de las personas y así el desarrollo de la sociedad, ayudará a un mejor entendimiento de un fenómeno que escapa a un considerando sanitario y/o social y que debe ser visto bajo el paradigma del desarrollo, la inclusión y la equidad.

El envejecimiento se impuso como parte en la agenda mundial. Sirva como parte de ello que en 2012 la Organización Mundial de la Salud declaró el "Día Mundial de la Salud" dedicado al *"Envejecimiento saludable"*; ese mismo año la Unión Europea declara *"Año Europeo de la Solidaridad Intergeneracional"*. Mientras tanto, según las Naciones Unidas, se calcula que en 2012 el 10% de la población de América latina era mayor de 60 años; estimando este organismo las proyecciones para 2025 en más de



100 millones a las personas mayores a esa edad. En la Argentina, según el censo de 2010, el 10,2% es adulto mayor, concentrándose el mayor porcentaje en la ciudad de Buenos Aires, con un 16,4%; además, se calcula que hay 3.500 personas mayores de 100 años.

Como mencionamos anteriormente, la expectativa de vida es la principal variable del envejecimiento. En nuestro país la expectativa de vida es de 75 años aproximadamente, mientras que en la región es de 73 años. El porcentaje de mayores de 60 años, edad que Naciones Unidas toma como referencia para medir adultos mayores, es del 15% en nuestro país –concentrándose el mayor porcentaje en la ciudad de Buenos Aires con un 16,4%– y siendo el más alto de la región (11%) sólo superado por nuestro vecino Uruguay con 19 por ciento.

Dentro de estos porcentajes es relevante señalar al grupo de las personas mayores de 80 años que alcanza hoy, en nuestro país, cerca del 2,7% de la población, y que será uno de los grupos de mayor crecimiento, estimándose que en 2030 sean, según la CEPAL, el 3,5% del total de la población. De esta manera, el número de personas mayores de 60 años que se espera para 2030 en nuestro país está en torno a 8,5 millones aproximadamente. El país vive una etapa avanzada de la transición demográfica. Un par de cifras más para dar mayor comprensión a este fenómeno de cambio demográfico. De los mayores de 60 años, el 45% vive de manera independiente, el 50% de las mujeres mayores de 60 años están casadas, y de los hombres, el 80 por ciento.

El envejecimiento para las personas de manera individual encierra desafíos y consecuencias. Sin embargo, el envejecimiento es mejor comprendido si se mira el pasado. Por ello, considerar la noción y perspectiva de “curso de vida” es fundamental en este sentido, ya que las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta. Esto significa que la exposición a factores nocivos para la salud, así como las posibilidades de fortalecerla y/o protegerse están condicionadas socialmente, debido a que las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen están condicionadas por factores sociales, políticos y económicos, de manera tal que el envejecimiento ha dejado de ser un tema sanitario o social para convertirse en un tema, área de estudio o espacio vinculado al desarrollo de la sociedad.

Cuando se trata de caracterizar al envejecimiento se suele decir que es “femenino”, “solitario” y “pobre” y mucho de cierto hay en ello. La mujer suele vivir más que el hombre y esto es lo que hace que el perfil demográfico de la población y por tanto en la sociedad, sea diferente a medida que pasan los años. Gran parte de la explicación a esto se haya no sólo en su mayor expectativa de vida, sino que históricamente la mujer ha estado a cargo de la mayor cuota de trabajo no remunerado, lo cual en la etapa de vejez tiene serias implicancias para su autonomía. Estas obligaciones del hogar disminuyen la posibilidad de participar en el mercado laboral, lo cual limita los recursos financieros pero también, muchas veces, el acceso a recursos de la protección social. Para muchas personas la etapa del envejecimiento está marcada fundamentalmente por el momento del retiro laboral “formal”. La jubilación se impone como una medida administrativa que no sólo entraña la salida del mercado laboral, sino también una adaptación a una nueva condición económica que se trasladará al resto de su vida diaria. La población económicamente activa tiene diferentes vías de ingreso económico: el trabajo formal, la actividad informal, el capital, la pensión o las transferencias. A medida que la persona envejece el ingreso por labor formal se reduce. ¿Cómo se reemplaza en América latina y en nuestro país este ingreso? Por medio de las pensiones. Países como el nuestro, Brasil, Uruguay, Bolivia, Chile o Costa Rica tienen una larga tradición en sistemas de pensiones con coberturas que alcanzan entre el 50% y más del 70% de la población. Sin embargo, la desigualdad existente en la región también se manifiesta a través de la baja cobertura que se observa en Honduras, Paraguay o Colombia, donde, según datos del Banco Mundial, apenas sobrepasa el 10%; y esto se debe a que la fortaleza de un sistema de pensiones contributivas y no contributivas se expresa en la incidencia de la pobreza en los mayores, de allí su significancia. En aquellos países donde el sistema de protección social es fuerte, la pobreza entre adultos mayores es menor. En cambio y como compensación a sistemas frágiles, las transferencias privadas en



forma de remesas se convierten en el principal método de sustento o ayuda familiar en países como los de América Central. Lo mencionamos y lo remarcamos, la participación en el mercado laboral de los mayores es una variable a considerar. En la Argentina, de los mayores de 60 años de ambos sexos, el 66% aproximadamente trabaja, pero es importante señalar que entre aquellos que reciben pensión la participación es de apenas el 10%, mientras que en aquellos que no la reciben esta participación alcanza más del 40%. Las motivaciones de los adultos mayores por tener una labor retributiva son variadas. En la población de adultos mayores de Estados Unidos el principal motivo de la generación *baby boomer* –nacida entre 1946 y 1964– es la preocupación de no estar preparados financieramente para el retiro. Según McKinsey, el 85% de ellos se ve trabajando más allá del límite de edad. Claramente, el retiro del mercado laboral que entraña el envejecer se plantea como un momento de urgencia no solo en cómo ahorrar sino en cómo sobrellevar una nueva etapa de la vida donde el ingreso económico disminuye de manera considerable y los roles sociales se desvanecen.

De esta manera, a quienes primero les importa el fenómeno del envejecimiento es a las propias personas, a los individuos, a nosotros mismos. El “concepto” de envejecimiento para una persona es personal, individual y está modulado por las experiencias del propio curso de vida; de manera tal que podemos sintetizar en tres puntos principales el origen personal de esa preocupación: a) la seguridad por un ingreso económico; b) el acceso a servicios de salud; c) entornos propicios para el desarrollo de su vida diaria. Para los gobiernos y hacedores de políticas públicas el desafío no será menor. Existe evidencia robusta sobre la necesidad de cambio en varias de las estructuras, sistemas o instituciones vinculadas a la protección social. El aumento en el costo de las pensiones podría acarrear déficit fiscal, de manera que el equilibrio en la provisión de servicios será crítico. Siguiendo nuevamente a McKinsey, tomamos como ejemplo el caso de los Estados Unidos, donde el retiro que ya ha comenzado de la generación de los *baby boomers*, motores de la economía norteamericana por un cuarto de siglo, podría implicar un impacto de hasta el 0,8% de su PBI. Este reordenamiento al que se verá obligada la agenda social no estará exento de tensiones sociales, pudiendo disparar conflictos intergeneracionales; por otro lado, sociedades más “envejecidas” son reacias a cambios y por lo tanto tienden a comportarse de manera más conservadora en tiempos de decisión política. El envejecimiento de la población tendrá muy posiblemente impacto en la sustentabilidad fiscal así como en la estabilidad política de un país, lo cual involucrará cambios en la política pública con transformaciones culturales y sociales sobre cómo viviremos en relación con esta nueva dinámica de las relaciones humanas.

El fenómeno del envejecimiento en la población se origina fundamentalmente por dos fenómenos: el aumento de esperanza de vida y la caída en las tasas de fertilidad. La expectativa de vida se está incrementando prácticamente en todos los países del mundo pero especialmente en aquellos en vías de desarrollo como es la Argentina y la región a la que pertenece: América latina.

A modo de conclusión. Una de las posibilidades de vivir una “vida global” es la posibilidad de tener mucha más información que en el pasado. Parte de esa información es conocimiento y por lo tanto sirve para la toma de decisión. Desde una aproximación amplia, si se debieran enumerar las tendencias que definirán el escenario de la salud pública, y con ello gran parte de la protección social del futuro, estas serían: el proceso de envejecimiento poblacional, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y con ello la necesidad de cuidados de larga duración, las migraciones, el fenómeno del cambio climático (especialmente los episodios climáticos extremos) y el proceso de urbanización no planificada que recrea y acentúa desigualdades. Este es el escenario que condicionará el futuro de la protección social para las próximas generaciones. América latina es la región más urbanizada del mundo con cerca del 80% de su población viviendo en núcleos urbanos. La Argentina supera este promedio con el 93% de su población en ciudades, según Naciones Unidas. Este dato es relevante. Como se mencionó, vivimos en una época donde las personas mayores de 60 años son más que la franja entre 1 y 14 años, pero además y por primera vez, hay más personas en el mundo viviendo en las ciudades que en el campo. El mayor porcentaje de adultos mayores es ligeramente mayor en el medio rural que en la ciudad, pero la ciudad es un escenario a considerar ya que en ella se reproducen los escenarios de mayor desigualdad social, especialmente cuando las proyecciones dicen que para el año 2025, de las 30 ciudades más populosas del mundo, 9 estarán en América latina. El proceso de envejecimiento poblacional que se está dando no tiene precedentes y afectará la vida y el desarrollo de la sociedad moderna. Se debe asumir y considerar como un desafío de alta incumbencia social y determinantes consecuencias económicas

que nos afectará en la forma de pensar, planificar e implementar las políticas públicas de los próximos 30 años cuanto menos. En ello, la solidaridad de la sociedad, la que incumbe a las personas y la que hace al vínculo del Estado con ellas, será determinante. La solidaridad intergeneracional habla de uno de los valores humanos por excelencia. Solidaridad significa colaboración. En este caso la colaboración entre las distintas generaciones se torna imperiosa de cara al futuro. Que el grupo de personas retiradas del mercado productivo o laboral formal sea mayoría, encierra una serie de tensiones y desafíos para el sistema social. Estas tensiones sólo podrán ser resueltas con el compromiso de toda la sociedad, de allí que sin un sentido solidario los esfuerzos puedan volverse vanos. El envejecimiento involucrará cambios en la política pública con transformaciones culturales y sociales sobre cómo viviremos en relación con este significativo cambio de las relaciones humanas. Se verán afectadas cada una de las estructuras que conforman la sociedad. Desde la dinámica y constitución familiar hasta el orden geopolítico. Muy posiblemente tendrá un impacto inmediato en la sustentabilidad fiscal así como en la estabilidad política de un país, sólo hay que recordar que las sociedades envejecidas son más conservadoras y rígidas a la hora de la decisión política. Quizás y de una manera más operativa, deberíamos responder a la pregunta de si la sociedad tendrá las habilidades necesarias para brindar un estándar de vida aceptable a la gran cantidad de personas mayores que se avecina, sin por ello generar un riesgo en el desarrollo de las generaciones más jóvenes.

Un error habitual que se lee y que hace a la forma de pensar general es que *“la sociedad está envejeciendo”*. Eso es un error conceptual de magnitud. Las que envejecen son las personas y por lo tanto la población, no la sociedad, ya que ella puede o no adaptarse a ese cambio. El desafío y la oportunidad son: ¿cómo hará esa sociedad para sacar provecho de la transformación demográfica?

Vejez y envejecimiento son fenómenos biopsicosociales, por lo tanto es imposible una comprensión acabada de este fenómeno si se parte de una visión parcial y sesgada que no implique transversalidad, integración y perspectiva amplia. Debemos resolver cómo hacer para que los adultos mayores sean participantes activos en la sociedad y en su economía. Un mayor activo y “conectado” con la sociedad es una oportunidad y un recurso sumamente valioso. Desde una visión macro, el envejecimiento es un tema que no atañe sólo a los *“seniors”*, y desde lo individual, así como se aprende a caminar en la infancia o conducir un vehículo en la juventud, debemos considerar la necesidad de “aprender a envejecer”. Por eso cuando nos preguntamos ¿a quién le importa el envejecimiento? deberíamos responder: a todos y cada uno.



LA DEMANDA DE GERONTÓLOGOS SE IRÁ INCREMENTANDO CONFORME CREZCA LA POBLACIÓN MAYOR. EL DESAFÍO ES NO SÓLO FORMAR A ESTOS PROFESIONALES SINO TAMBIÉN DIFUNDIR UNA NUEVA IMAGEN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES, COMO SUJETOS DE DERECHO, PROTAGONISTAS DEL CAMBIO SOCIAL Y CIUDADANOS RESPONSABLES Y PARTICIPATIVOS EN SU COMUNIDAD.

LA FORMACIÓN EN GERONTOLOGÍA COMO UNA POLÍTICA SOCIAL



por **SUSANA ORDANO**. *Coordinadora Nacional del Programa Educación, Cultura y Comunicación de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM)*

La necesidad de la formación en Gerontología está relacionada con los avances mundiales en la temática, con la notoriedad del reclamo de las personas mayores y con la decisión política que en la Argentina comenzó hace una década con la definición de una perspectiva de derechos en el abordaje de las políticas sociales.

Debido a que el envejecimiento es un proceso que debe ser considerado desde el nivel biológico, psicológico y fundamentalmente social, las nociones de género, diversidad, situación sociocultural y económica son importantes al momento de la planificación social y de las formas de intervención.

La República Argentina presentaba serios déficits en la formación gerontológica: poca inclusión de la Gerontología y de la Geriátrica en las carreras de grado, y dentro de la oferta de posgrado se puede contar con especializaciones y maestrías, de modalidad presencial y semipresencial con costos no accesibles para los profesionales que se dedican al trabajo con personas mayores y que viven en el interior de las provincias.

Atendiendo a esta realidad, el Ministerio de Desarrollo Social, en articulación con la Universidad Nacional de Mar del Plata, viene desarrollando desde el año 2007 la Carrera de Especialización en

Gerontología Comunitaria e Institucional, llevada a cabo por la Facultad de Psicología y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

En agosto de este año concluye la tercera cohorte, sumando a la actividad laboral un total de 750 gerontólogos profesionales, quienes después de cursar durante dos años y aprobar 12 asignaturas y un trabajo de integración final reciben su título de Especialistas en Gerontología Comunitaria e Institucional. La mayoría de los profesionales formados se desempeñan en las áreas de adultos mayores de los gobiernos provinciales, en universidades, en organismos nacionales o provinciales y en organizaciones no gubernamentales.

El objetivo de haber formado profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, médicos, abogados, arquitectos, terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, pedagogos, comunicadores sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, contadores, licenciados en enfermería, etc.) es el de propiciar la generación de conocimientos en gerontología desde una profundización teórica actualizada, sumada a una práctica enmarcada en la situación laboral de cada especializando.

En este sentido, la propuesta consiste en generar un aporte

El modelo de abordaje gerontológico comunitario considera que para poder ampliar propuestas de diagnóstico e intervención en la realidad local hay que considerar las diversas formas de envejecimiento, así como las múltiples situaciones regionales y sociales para que ante cada problemática se realice un estudio apropiado y conveniente.

comprometido con nuestra realidad nacional que esté orientado al fortalecimiento comunitario e institucional de los equipos gerontológicos y para ello esta carrera de posgrado constituye un espacio profesional innovador, transformador y democrático de participación.

La apertura de la tercera cohorte de esta carrera ha sido reconocida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como lo había sido en las anteriores cohortes, por el avance de la Argentina en el cumplimiento de los compromisos internacionales a favor de las personas mayores.

La respuesta a las realidades regionales y provinciales se resuelve en los encuentros que allí se realizan, donde se toman en cuenta las problemáticas más específicas de las distintas regiones que conforman el país.

El modelo de abordaje gerontológico comunitario considera que para poder ampliar propuestas de diagnóstico e intervención en la realidad local hay que considerar las diversas formas de envejecimiento, así como las múltiples situaciones regionales y sociales para que ante cada problemática se realice un estudio apropiado y conveniente. Es por ello que el profesional especializado en Gerontología Comunitaria e Institucional cuenta con:

- ▶ Una perspectiva biopsicosocial del que envejece.
- ▶ Un enfoque gerontológico integral en los múltiples desempeños que propone la práctica con adultos mayores.
- ▶ Habilidades de diseño, formulación, gestión y evaluación de líneas de actuación y proyectos en Gerontología.
- ▶ Conocimientos en el trabajo interdisciplinario en gerontología.
- ▶ Herramientas para el gerenciamiento de residencias, centros de día, etcétera.

El esfuerzo de formación puesto en la concreción de esta política social debe ser continuado con las acciones multiplicadoras de los especialistas y especializandos que tuvieron la oportunidad de estudiar y actualizar sus conocimientos en Gerontología. La demanda de gerontólogos capacitados seguirá *in crescendo*, como lo hará la población mayor, así es que nuestro desafío en el ámbito de las políticas públicas es difundir una nueva imagen social de las personas mayores, como sujetos de derecho, protagonistas del cambio social y ciudadanos responsables y participativos en su comunidad.

CADA CULTURA COMPONE SU PROPIA IMAGEN DE VEJEZ. AL MISMO TIEMPO, EL ENVEJECER ES UN PROCESO SUBJETIVO, POR LO CUAL CADA UNO ENVEJECE DENTRO DE SU TIPICIDAD. ENVEJECER ES, ENTONCES, UNA EXPERIENCIA ÚNICA E IRREPETIBLE.

NOSOTROS Y LA VEJEZ



por **SOLCHI LIFAC**. *Psicóloga clínica. Especialista en Adultos Mayores. Coordinadora del Dpto. de Adultos Mayores de la Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Miembro del Comité Académico y del Comité de Referato de la misma institución*



Nada debería ser más esperado, nada es tan imprevisto como la vejez”, enfatizó inmejorablemente Proust. En verdad, de todas las realidades que nos atañen esta es, tal vez, aquella de la que guardamos durante más tiempo una noción puramente abstracta. ¿Qué es lo que avala este hecho significativo de que, debiendo ser la propia vejez algo natural y esperado, sea tan sorpresivo y hasta disruptivo? Conocedor de su destino, el hombre, desde sus orígenes mismos, tuvo que encarar el tema de su finitud. Aun cuando se le dio diferentes tratamientos, la decrepitud, sin duda, conmovió al ser humano. En función de ello cada cultura compuso su imagen de vejez a la que fue preciso ajustarse. De ahí que la actitud frente a los viejos no fuese unívoca; en algunos casos se los veneró, en otros se los eliminó, así como en otros prosperó su condición de tabú.

Se envejece dentro de un contexto; contexto que, como tal, implica un sistema de valores e instituye a partir de ahí el sentido y el valor del envejecimiento. Pero también, e inversamente, por la manera como cada sociedad se comporta con sus ancianos devela la verdad de sus principios y sus fines.

El comportamiento frente a los viejos, sin ser unívoco, mantuvo, en todos los casos, un valor testimonial. Comenta Emilio Dur-

kheim que entre los antiguos escandinavos la práctica del suicidio fue un hecho usual. Más aún, correspondía que los hombres se quitaran la vida arrojándose al vacío cuando, extenuados por los años, ya no eran capaces de sostener la espada. De hecho, la propensión a identificar la vejez con la incompetencia para las tareas de la juventud no se ha extinguido y las cruentas prácticas gerontocidas se han modificado, pero tan sólo en apariencia. Todos estamos familiarizados con las recomendaciones de respeto y cuidado que nuestra sociedad preconiza en relación a sus viejos, como también con el maltrato y la humillación a los que ella misma los somete. Las manifestaciones de esta violencia, y no vale la pena redundar en ejemplos, van desde los modos más sutiles hasta las prácticas más aberrantes.

Tema entonces de todos los tiempos y tema de actualidad, ¿qué es lo que incorpora nuestra sociedad en relación al mismo?

El ser humano ha hecho y sigue haciendo denodados esfuerzos para negar su finitud. Si hemos llegado a los 100 años, ¿por qué no a los 150, a los 200 o más? ¿Acaso es impensable un yo inmortal? Una anécdota ilustra la apuesta. Woody Allen llega a su lugar natal luego de una larga ausencia, y al recibir la noticia de que muchos ya no están, exclama entre azorado y contrariado: “¿Cómo que se han muerto? ¿Acaso no comían arroz integral?”. “No envejecer” tiene su correlato en este nuevo imaginario social “cuerpo sin fisuras, cuerpo inmutable e inmortal”; en este producto bizarro de mujeres sin edad. Pero ahí está el viejo para desmentir la desmentida. “Los viejos ponen en evidencia a la vejez”, denunció Bioy Casares. ¿Qué hacer con esto que nos estropea el infinito? El rechazo es experimentado como poder soberano, y si bien asume múltiples expresiones, todas están puestas al servicio de “no tengo nada que ver con esto”. El yo expulsa lo inadmisibile.

¿Cómo incide este imaginario en el sujeto al que le toca transitar su propio envejecer? ¿Cómo recibe el aparato psíquico la marginación, la desubjetivación? Las humillaciones son fuente de resentimiento. La coartación de derechos, la pérdida de dignidad, activan la violencia desde sus lugares más remotos. En las construcciones defensivas, a menudo la depresión suplanta la toma de conciencia de los sentimientos reivindicativos. La resignificación de lo dado imprime el sello de lo singular y define cada caso en particular.

Pedro tiene 75 años. Empresario exitoso, sigue trabajando en colaboración con sus hijos. Tiene novia; hasta ahí con el beneplácito de su entorno. El escándalo estalla cuando Pedro anun-

cia su intención de casarse. ¿Para qué te querés casar? La estás nombrando heredera. Y sí, reconoce Pedro, porque la quiero. Abreviando: Pedro no se va casar bajo un argumento irrefutable: “No les puedo hacer esto a mis hijos”.

¿Por qué tengo que pelear por mis derechos? ¿Por qué no puedo hacer lo que quiero de mi vida?, se escucha decir a más de uno preso de su circunstancia. ¿Por qué no me puedo casar a los ochenta? ¿Por qué no puedo seguir siendo el dueño de mi empresa? Preguntas todas que señalan la vacilación dentro del par “dependencia-autonomía”. ¿Por qué no puedo? Al poner en juego el propio deseo se pone en riesgo un vínculo. El miedo a no ser querido, el miedo al desamparo es arcaico y no perime. Todo fenómeno debe ser entendido dentro del contexto que lo incluye. La presencia de una realidad nueva, como es la de edades muy avanzadas, con sus consecuencias socioculturales y económicas, nos obliga a nuevas formulaciones, a reformulaciones de lo dado.

Alargar la vida, sostener la utopía de que no hay límites, plantea costos, arrastra consecuencias, impone paradigmas. Nos preguntamos, a partir de ahí, si la violencia de y hacia la vejez no es la respuesta, también, a estos nuevos paradigmas que se nos imponen y para los que aún no tenemos respuestas.

¿Cómo definir un buen envejecer? ¿Quiénes son aquellos a los que, más allá de sus edades cronológicas, coincidimos en llamar “eternamente jóvenes”? Para responder a esta cuestión hay que renunciar a comprender el envejecimiento psíquico a partir de sus solos síntomas y considerar al aparato psíquico en su función específica: la vida de relación. La vida psíquica es, fundamentalmente, vida de relación.

Al margen de su valor vincular, el envejecer es un proceso subjetivo. Cada uno envejece dentro de su tipicidad. De ahí que ser viejo es, también y fundamentalmente, la relación que cada subjetividad entabla con sus realidades inapelables. Dentro de cada estructura cada cual combinará, a su manera, la dependencia afectiva, el despliegue narcisista. Cada uno resignificará su dolor frente a los duelos y desinversiones que acompañan y definen el proceso. El potencial de resignificación convierte a cada caso en único, singular, irrepetible.

Este es un caso entre tantos. Una pareja de 91 años cada uno se acerca al Centro Cultural Rojas con la intención de iniciar un curso sobre computación. Al informarse que no quedan vacantes, responden al unísono: “Bueno, entonces volveremos el año que viene”...



UNA DE LAS FORMAS DE INVESTIGAR EL MIEDO A LA VEJEZ ES ANALIZANDO SUS ASPECTOS SOCIALES Y SUBJETIVOS EN EL CONTEXTO DE LOS ESTEREOTIPOS SOBRE LA VEJEZ Y EL VIEJISMO COMO CONCEPTO QUE ENGLOBA LOS PREJUICIOS HACIA LAS PERSONAS MAYORES POR EL SOLO HECHO DE SU EDAD CRONOLÓGICA.

EL MIEDO A LA VEJEZ



por DANIEL L. MINGORANCE.

Licenciado en Psicología, UBA. Magister en Gestión de Servicios de Gerontología, U.ISALUD. Profesor e Investigador de la U. de M.M. Profesor de Aspectos Psicológicos del Envejecimiento en la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología, U.ISALUD



El viejismo

Definido como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los adultos mayores exclusivamente en función de su edad, el viejismo (*ageism*) fue desarrollado inicialmente por Robert Butler en la década de 1970.

El estudio sobre el viejismo ha sido introducido en la Argentina por el psicoanalista y geriatra Leopoldo Salvarezza, quien lo ha definido como “el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos”.

Butler ha planteado que “el viejismo, el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro. Vemos a los jóvenes temiendo a envejecer y a los viejos envidiando a la juventud. El viejismo no sólo disminuye la condición de las personas mayores, sino la de todas las personas en su conjunto. Por último, por detrás del viejismo encontramos un narcisismo corrosivo, la incapacidad de aceptar nuestro destino futuro. Estamos enamorados de nosotros mismos jóvenes”.

En su trabajo *Viejismo y discriminación*, Thomas McGowan explica que en las culturas en las cuales este prejuicio tiene lugar, el envejecimiento avanzado es definido negativamente y se encuentra en la base de la devaluación del estatus social de las personas mayores. Este proceso de devaluación puede tomar la forma de una discriminación interpersonal (micro) o institucional (macro). Para la discriminación institucional se encuentran ejemplos en la discriminación laboral, la estereotipia en los medios de comunicación, la segregación intergeneracional, evitación de contacto y la existencia de un trato interpersonal condescendiente o abusivo.

Según su contenido, los prejuicios y estereotipos sobre el enveje-

cimiento pueden agruparse en tres conjuntos principales:

- ▶ Contenido negativo: identifican a la vejez como una etapa de enfermedad, de soledad o involución.
- ▶ Contenido positivo o idealizante: entienden a la vejez como una edad dorada y se excluyen las pérdidas naturales que acontecen en este período de la vida.
- ▶ Prejuicios confusionales: se considera que llegar a viejo es sinónimo de retorno a la niñez o de promover a la vejez como una eterna juventud, dificultando la comprensión de las características propias de la etapa.

La creencia de que las personas de edad más avanzada son sujetos incapaces de contribuir a la sociedad, y que consecuentemente son miembros prescindibles de la comunidad, prevalecen. Estas actitudes surgen del miedo de las generaciones jóvenes a su propio envejecimiento y su rechazo a enfrentar los retos económicos y sociales relacionados con el incremento de la población de mayor edad dentro de la estructura poblacional.

La existencia de un prejuicio activo, no basado en hechos, sino en el desconocimiento y la deformación de las potencialidades de las personas mayores en la sociedad actual, constituye el primer paso hacia la discriminación real de las personas. Esto es peor aún cuando la propia persona vieja los acepta y los incorpora a su visión personal.

La intersección del prejuicio hacia la vejez con la modernización trae como resultado lo que McGowan ha denominado una “dislocación social de los viejos”, es decir, un proceso en el cual los roles existentes hasta el momento se pierden y el estatus social decrece como resultado de cambios en la organización de las instituciones sociales.

La dislocación social restringe la participación de las personas mayores en el manejo de la actividad social al redefinir sus roles sociales y económicos. Esto se manifiesta a través de la discriminación existente en el mercado laboral y de la segregación

por edad en las relaciones sociales. Al decrecer el acceso a las fuentes de trabajo se les niega a las personas mayores el rol de trabajador y, por consiguiente, los merecidos ingresos, beneficios personales, sociales y económicos de tales roles.

El pasaje a la situación de jubilado, en la medida que implica una considerable merma en los recursos económicos disponibles, no alcanza a operar como un paliativo verdaderamente digno ante la circunstancia de quedar excluido del circuito productivo y termina empujando a la situación de pobreza a un sector preocupantemente numeroso de los jubilados.

Cabe preguntarse quiénes podrían no tener miedo a quedar en esa condición en una cultura que cada vez tiene mayor adherencia a la ética de la productividad y que juzga a sus integrantes en base a su rendimiento económico y su disponibilidad de recursos para el consumo.

El viejismo condiciona la existencia de distintas formas de violencias, especialmente en el ámbito institucional. Por ejemplo, la limitación directa o indirecta de servicios, como en el área de salud, donde ciertas prácticas médicas no están disponibles a partir de determinada edad. Los mitos sobre la vejez influyen desde la oferta de políticas públicas hasta su exclusión de los medios de comunicación, la educación, y en la desvalorización de su aporte a la sociedad.

El viejismo positivo, como toda idealización, consiste en una generalización abusiva que impide el conocimiento de las reales características interindividuales de los sujetos viejos. Se basa en una visión benévola o indulgente de sus capacidades y tiende a sobrevalorar los aspectos virtuosos que sí poseen algunos sujetos y lo generaliza a todos los integrantes de este grupo de edad. Los estereotipos que más comúnmente forman esta clase de prejuicio son aquellos que atribuyen sabiduría y una ganancia de provechosa capitalización de la experiencia por la sola acumulación de años por parte de las personas a medida que envejecen.

El viejismo, el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro.

Evolución histórica del viejismo

Desde los albores de la especie humana las condiciones de vida han sido más desfavorables para aquellos que no fueron los más aptos para desenvolverse en un medio adverso. Siguiendo una matriz darwiniana, en períodos en los cuales el acceso a los alimentos y el abrigo fueron más limitados, el destino de la especie se inclinó rápidamente hacia la supervivencia del más fuerte.

En épocas de escasez, la provisión y el cuidado a los débiles, incluidos los ancianos, fue una carga. En cambio, en los períodos de abundancia y en las sociedades que tuvieron mayor grado de organización, la protección de los mayores fue más extendida.

La orientación de la investigación sobre el origen histórico de los prejuicios hacia los mayores fue desarrollada por Konrad Lorentz en su trabajo sobre la presencia de componentes etológicos en la enemistad entre generaciones. La misma tiene mucho en común con la que puede observarse entre dos grupos étnicos hostiles.

La diferenciación cultural que se encuentra entre diferentes grupos étnicos es un proceso normal e incluso deseable, debido a que cierto grado de aislamiento respecto de los grupos vecinos puede funcionar como una ventaja para el desarrollo cultural.

Sin embargo, posee un aspecto negativo muy peligroso: puede ser causa de guerra. Lorentz escribía en 1972: "La cohesión de grupo efectuada por la estima común hacia normas sociales y ritos específicos del grupo se halla combinada inseparablemente con el desprecio e incluso el odio hacia el grupo rival comparable". Si la divergencia del desarrollo cultural entre dos grupos ha ido demasiado lejos, conduce a la horrible consecuencia de que uno de los mismos no considere al otro como del todo humano. Hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX, con el nacimiento de la sociedad de mercado burguesa, los mayores perdieron los roles económicos tradicionales, a partir de ello se sentaron las bases materiales para su devaluación social y cultural.

A partir de ese momento, la caracterización cultural que se hacía de las personas viejas cambió de favorable a desfavorable. La extensión de las actitudes viejistas coincide con la rápida expansión industrial y económica y favoreció a los intereses de los propietarios de los medios de producción interesados en tener una fuerza de trabajo maleable constituida por trabajadores jóvenes mal pagos. La emergencia de actitudes contra las personas mayores fue de naturaleza ideológica para legitimar la discriminación en el mercado laboral.

En los inicios de la gerontología se consideró al envejecimiento como un problema social, no porque las personas mayores fueran discriminadas, sino porque este sector aparecía demandando de manera creciente a la sociedad y a los gobiernos el cuidado de su salud, alojamiento y otros servicios sociales, al mismo tiempo que crecía la competencia intergeneracional en el campo laboral. La población vieja era un problema porque demandaba recursos y la provisión de servicios en un amplio espectro de la sociedad, algunos de ellos indeseables para aquellos que estaban en condiciones de controlar el poder.

Viejismo implícito

Muchas de las manifestaciones del prejuicio contra las personas viejas no son conscientes o no son reconocidas como expresiones del mismo por sus portadores. En las personas que se presenta de esta forma, el prejuicio suele estar mucho más tenazmente defendido, a diferencia de los demás prejuicios en los cuales no hay nada que temer porque no es posible que cambie el color de su piel, ni es probable que cambie de sexo si así no lo desea. En el caso del viejismo, si el tiempo transcurre, como planteaba Salvarezza, "todos los prejuiciosos llegarán a ser víctimas de su propio prejuicio". Por el hecho de desconocerlo no dejarán de tener un severo y negativo efecto para su salud.

Esta modalidad del prejuicio lleva a los integrantes de las generaciones jóvenes a ver a las personas viejas como diferentes a sí mismos, a desconocerlos como seres humanos con igualdad de derechos, y dificulta el adecuado proceso identificatorio que les permitiría llegar sin temores a esa etapa de su vida.

Según las investigadoras Becca Levy y Mahzarin Banaji, deben señalarse dos aspectos que hacen más insidiosos los efectos del viejismo.

El primero es que puede operar sin ser advertido, controlado y sin la intención de provocar daño de manera consciente. El viejismo tiende a ser naturalizado.

El segundo aspecto es que todos los seres humanos, en diferentes grados, se encuentran implicados en la práctica del viejismo

Los estereotipos adjudicados a las personas que han llegado a la vejez producen un sinnúmero de efectos sobre el desempeño en las actividades cotidianas y sobre el nivel de autoestima de la persona.

implícito. Los procesos y comportamientos mentales que demuestran sensibilidad por la edad se producen automáticamente en los pensamientos cotidianos, sentimientos, juzgamientos y decisiones de la gente común.

Los académicos que estudian el envejecimiento deben mantenerse alerta sobre las formas en que sus propias creencias y suposiciones acerca del proceso de envejecimiento guían cada una de las etapas de investigación, desde la generación de hipótesis hasta la interpretación de resultados.

Los estereotipos adjudicados a las personas que han llegado a la vejez producen un sinnúmero de efectos sobre el desempeño en las actividades cotidianas y sobre el nivel de autoestima de la persona.

Por ejemplo, en investigaciones sobre el funcionamiento de la memoria, la influencia de los estereotipos hacia el envejecimiento fue hallada en los más viejos, pero no en los participantes jóvenes. Esto suele traer como consecuencia que las personas mayores desconfién de su capacidad mnémica y se inclinen por desentenderse de tareas que impliquen algún esfuerzo que la incluya. En algunos casos, ocasiona que cesan en el desarrollo de estrategias para optimizar su capacidad cognitiva. Puede generarse una expectativa ansiosa de que los otros detecten sus fallos de memoria. Esta misma expectativa produce una división en la concentración de su función atencional y, justamente, trae como consecuencia el cumplimiento del fallo mnémico tan temido.

Constitución personal del viejismo

Los prejuicios o estereotipos se conforman en los seres humanos a partir de aportes proporcionados por un diverso y complejo arco de elementos. Algunos son generados desde los medios de comunicación, las políticas públicas, el sistema educativo, por supuesto, la transmisión intergeneracional.

Los prejuicios contra la vejez, como otros prejuicios o creencias, son adquiridos en etapas infantiles a través del proceso identificatorio y luego se van asentando en la personalidad mediante su racionalización a lo largo de la vida. La identificación con las conductas, pensamientos u otros significantes prejuiciosos es incorporada al núcleo primitivo del desarrollo de la identidad, se asimila en sintonía al yo del sujeto. Debido a ello, no forma parte del pensamiento racional, ni es sometido a revisión crítica. Se restringe a generar una respuesta emocional directa ante la presencia del estímulo que la dispara.

El origen de este proceso identificatorio pasa a ser reprimido en el inconsciente y a los sujetos impregnados de prejuicios les resulta difícil o imposible reconocer el alto grado de determinación que tiene sobre sus pensamientos o acciones.

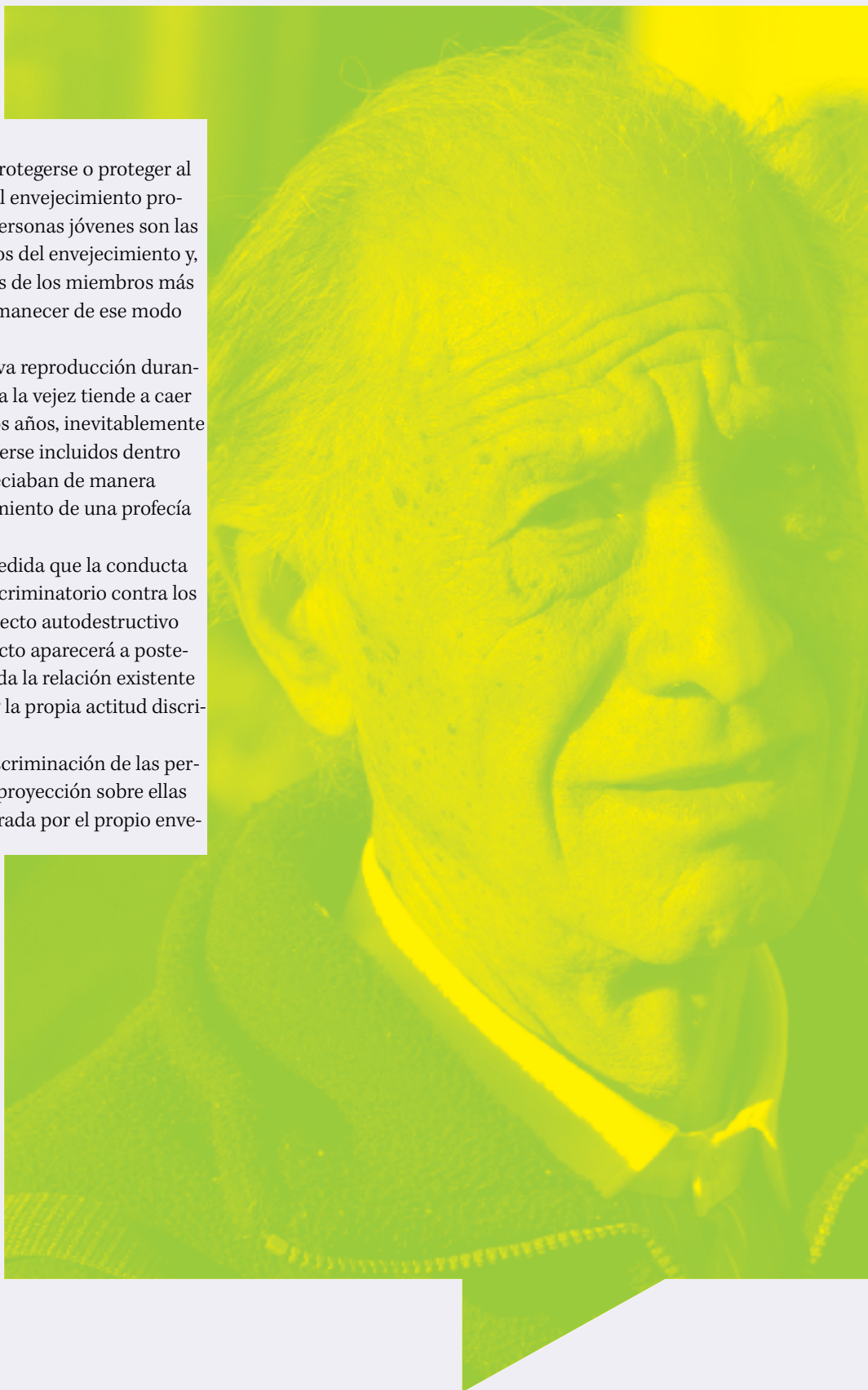
Profecía autogenerada

Los estereotipos tienden a operar para protegerse o proteger al propio grupo. Los prejuicios contrarios al envejecimiento protegen a aquellos que no son viejos. Las personas jóvenes son las beneficiarias de los estereotipos negativos del envejecimiento y, en la medida que reflejan las necesidades de los miembros más jóvenes de la sociedad, les permiten permanecer de ese modo hasta llegar a la vejez.

La continuidad de la exposición y la activa reproducción durante largo tiempo de los estereotipos contra la vejez tiende a caer sobre los propios actores que, pasados los años, inevitablemente envejecen. Consecuentemente pasan a verse incluidos dentro del grupo de edad que ellos mismos apreciaban de manera negativa. Se observa entonces el cumplimiento de una profecía autogenerada.

Salvarezza señalaba en 1987 que en la medida que la conducta vejista resulta eficaz en su propósito discriminatorio contra los mayores, al mismo tiempo reniega el aspecto autodestructivo que tiene sobre el mismo sujeto. Este efecto aparecerá a posteriori y muchas veces sin que sea entendida la relación existente entre el padecimiento de ese momento y la propia actitud discriminatoria.

La conducta social que consiste en la discriminación de las personas viejas es el resultado de la masiva proyección sobre ellas de la intensa angustia persecutoria generada por el propio envejecimiento personal.



Recomendaciones para la reducción de prejuicios

Para la reducción de los prejuicios hacia la vejez y el miedo asociado a esta etapa vital existen diversas estrategias no excluyentes entre sí.

La exposición a estereotipos positivos sobre las personas mayores podría ser beneficiosa y limitar los estereotipos negativos. El estudio de la historia de la humanidad muestra que la reducción de la discriminación se ha alcanzado a través del reconocimiento social y la acción política. Las mejoras en los derechos civiles de diversos grupos aminorados como las poblaciones afroamericanas y los movimientos feministas fueron lideradas mayormente por miembros de los propios grupos marginados.

En el caso que estamos estudiando, según lo encontrado por Levy y Banaji, la tarea puede ser más difícil de cumplir porque, a diferencia de otros grupos, los viejos no son sus mejores abogados. Al menos con respecto a sus actitudes y estereotipos implícitos.

Para la modificación del actual estado de situación se sugiere que las personas mayores deberían ser conscientes de las visiones negativas hacia su grupo dentro de la sociedad y desarrollar conscientemente una identidad de la vejez y de sus atributos positivos, utilizándolos para compensar los efectos generadores de debilidad que ocasiona el vejeísmo implícito.

Resulta auspicioso apreciar un proceso de transición existente en distintas áreas de nuestra sociedad que, en buena medida a partir de los *baby boomers*, ha podido cambiar los modelos que se habían transmitido desde las generaciones anteriores en las cuales el modelo deficitario era predominante.

Los programas sociales intergeneracionales buscan el beneficio

mutuo en la experiencia de contacto entre los mayores y los no-viejos tratando de involucrarlos directamente. Estos programas no solamente sirven para combatir las actitudes negativas sino también para recolocar a los viejos en roles sociales significativos. Esto provee a los más jóvenes de la oportunidad de una experiencia de contacto intergeneracional que los ayuda a la práctica de la interacción con mayores y a desarrollar su conocimiento sobre el envejecimiento.

Con respecto a las situaciones de abuso y maltrato, tanto a nivel micro como sobre todo a nivel macro, es decir desde las grandes instituciones de la sociedad, en la medida que tengan la sanción correspondiente con la consecuente modificación hacia prácticas de buen trato, el devenir en una persona vieja podrá dejar de vislumbrarse como una situación temida.

Como ya se ha mencionado, tanto los portadores de los prejuicios contra la vejez de otros grupos de edad como las propias personas viejas no suelen ser conscientes de la eficacia de los estereotipos en sus actitudes. Desde la perspectiva psicoanalítica, en la medida que estos prejuicios no son gobernados por los procesos que rigen el funcionamiento consciente, los mismos no pueden ser considerados de manera crítica. El pensamiento crítico depende del proceso secundario que determina la lógica existente en los sectores Preconsciente y Consciente del sujeto. Los prejuicios son reprimidos hacia el Inconsciente y sólo en la medida que las creencias se vuelvan conscientes podrán ser abandonadas o modificadas.

El abandono de las creencias que tenemos sobre la vejez implica un duelo y no todos los sujetos están en condiciones de hacerlo. El duelo que se hace necesario implica la aceptación de nuestro propio proceso de envejecimiento.

Al decrecer el acceso a las fuentes de trabajo se les niega a las personas mayores el rol de trabajador y, por consiguiente, los merecidos ingresos, beneficios personales, sociales y económicos de tales roles.

LOS ADULTOS MAYORES PRESENTAN UN ABANICO DE VULNERABILIDADES VINCULADAS A LA SALUD, LA VIVIENDA, LA SEGURIDAD SOCIAL, LA EDUCACIÓN, Y LOS SERVICIOS BÁSICOS, ENTRE OTRAS. ES FUNCIÓN DE TODOS, COMO SOCIEDAD, PENSAR EN LA RESOLUCIÓN DE ESTOS DESAFÍOS PARA LOGRAR UN FUTURO CON UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA AL MOMENTO DE ENVEJECER.

RETOS ECONÓMICOS DEL ENVEJECIMIENTO





por **SONIA ARIAS**. Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, y Maestra en Dirección Estratégica de Capital Humano por la Universidad Anáhuac México Sur.

por **DIEGO BERNARDINI**. Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca. Director Ejecutivo de Mayores.org. www.diegobernardini.com

E

l tema del envejecimiento se ha abordado recurrentemente en los últimos tiempos y suele hablarse de ello como un problema. Sin embargo, envejecer es un gran logro. El que las personas tengamos una vida cada vez más longeva es resultado de los grandes avances en la ciencia, la salud, la tecnología y otras áreas que impactan positivamente en nuestra calidad de vida y en nuestra forma de envejecer; por lo tanto, poder vivir 80 o 100 años es algo que debe celebrarse. En 2010 había 58 millones y medio de personas mayores de 60 años en América latina; en 2030 serán 120 millones que representarán más del 16% del total de la población. Llegar a esas edades implica una serie de retos que debemos enfrentar como sociedad. Debemos pensar y colocar en la agenda de discusión temas como el acceso y sustentabilidad del sistema de pensiones, sean estas contributivas o no; también debemos pensar en servicios de salud adaptados a las personas mayores, en el cuidado y la atención en instituciones residenciales o de larga estancia o la prevención y penalización de todo tipo de abuso, violencia o maltrato al mayor. Estas instancias deben ser valoradas y discutidas bajo la perspectiva de los derechos de las personas mayores.

En el caso de la salud, el deterioro relacionado con la edad suele traer complicaciones como la discapacidad, a ello sumado el aumento de enfermedades no transmisibles, como la diabetes o procesos articulares que representan una carga para las personas que las padecen, hace que, en muchas ocasiones, no se cuente con los recursos necesarios para enfrentar esta situación. Una particularidad en este grupo es que en los cuidados de las personas mayores se requiere de otras personas para cumplir estas tareas durante más tiempo, así como de una red de protección social que brinde un conjunto de servicios básicos para su contención.

Los adultos mayores presentan, en su mayoría, vulnerabilidades no sólo en temas de salud, sino en vivienda, seguridad social, educación y/o servicios básicos. Si no pensamos como sociedad en la resolución de estos desafíos, el futuro será mucho más incierto para los que lleguemos al 2050 siendo mayores. Esta situación nos lleva a otro de los retos que estamos enfrentando como región, los costos y el impacto económico de una población envejecida. Las condiciones de salud y de vida prolongada conllevan una serie de gastos que muchas familias no pueden afrontar, ya sea porque no cuentan con una fuente fija de ingresos, o bien porque la pensión que reciben es insuficiente para cubrir sus gastos. En la región los sistemas de pensiones aún están en muy dispares grados de desarrollo, lo que sumado a la alta informalidad laboral condiciona el estatus de más de la mitad de las personas adultas mayores, donde aquellas que sí reciben una pensión, al ser esta mínima, requieren de otra fuen-



Debemos pensar y colocar en la agenda de discusión temas como el acceso y sustentabilidad del sistema de pensiones, sean estas contributivas o no; también debemos pensar en servicios de salud adaptados a las personas mayores, en el cuidado y la atención en instituciones residenciales o de larga estancia; o la prevención y penalización de todo tipo de abuso, violencia o maltrato al mayor.

te de ingresos para continuar con su vida. Esta situación nos invita a reflexionar sobre la situación que vivimos y el futuro que se viene. Cada vez serán más las personas que van a vivir más tiempo y los sistemas de seguridad social serán insuficientes. Como consecuencia de la transición demográfica, el número de personas económicamente activas que sostengan el aporte a los sistemas de pensiones disminuirá, agravando el desequilibrio fiscal del sector.

¿Qué hacer ante este panorama? Se han buscado diversas alternativas en los países. Por ejemplo las pensiones no contributivas, que se han implementado en 12 países de la región durante los últimos 10 años, son una opción principalmente para aquellas personas que no cuentan con un sistema de seguridad social que les garantice una pensión al momento de su retiro. Sin embargo, se queda en una acción generosa y con fines de apoyo, pero que no da solución ni cubre las necesidades de la población

que envejece. En México, por ejemplo, dicha pensión asciende a un monto de 50 dólares al mes, un pequeño apoyo para las personas, pero definitivamente no es una cantidad con la que se pueda subsistir. Otra opción de solución son los fondos para el retiro, que se implementaron en México hace algunos años. Sin embargo tampoco ofrecen una respuesta a las necesidades económicas de la población, dado que las comisiones que cobran las administradoras son muy altas y el monto que se recibe al momento del retiro es insuficiente para cubrir las necesidades, llegando a un máximo de 40% del salario que se percibía al momento del retiro.

Adicional al tema de ingreso económico, hay dos elementos que se presentan en el momento del retiro: el deterioro físico y el deterioro cognitivo. Existen estudios que demuestran que en el momento en que las personas dejan su actividad productiva presentan un deterioro en sus funciones tanto físicas como cognitivas, debido a la inactividad, a la falta de situaciones que requieran un esfuerzo físico y mental para resolverlas, a la falta de interacción social con el grupo de personas de su lugar de trabajo, incluso a la falta de sentido de utilidad y productividad ante la sociedad. Esto, visto desde la perspectiva del Estado como prestador, puede generar un doble gasto: el de la propia pensión, sea contributiva o no, y el de la atención a la dependencia producto del deterioro como consecuencia de la salida del mercado laboral.

Todo lo anterior nos lleva a pensar que necesitamos pensar de forma diferente para enfrentar estos retos del envejecimiento. Definitivamente los enfoques asistenciales y de cuidado de los adultos mayores fueron la mejor solución durante algunas décadas, cuando la distribución de la población permitía sostener económicamente estas actividades y con el apoyo de las familias. Hoy esta situación ha cambiado. Las familias son más pe-



Los adultos mayores presentan, en su mayoría, vulnerabilidades no sólo en temas de salud, sino en vivienda, seguridad social, educación y/o servicios básicos. Si no pensamos como sociedad en la resolución de estos desafíos, el futuro será mucho más incierto para los que lleguemos al 2050 siendo mayores.

queñas, cada vez hay más personas que deciden no tener hijos o tener sólo un hijo, por lo que no necesariamente tendrán a alguien que los cuide y los apoye durante su vejez. Los enfoques asistenciales, centrados en modelos hospitalarios de atención aguda, tampoco ofrecerán solución para los millones de personas mayores de edad que habrá en los próximos años, dado que la economía de los países se verá frente a una encrucijada para cubrir el gasto generado por la atención de los mayores y la dependencia. Pensar de forma diferente sobre el envejecimiento y sobre el retiro, incluso sobre la enfermedad y la discapacidad asociadas con el envejecimiento, es una premisa de actualidad insoslayable.

La situación actual en la región nos da una ventana de tiempo, producto del bono o dividendo demográfico, que es este momento actual en que vivimos donde todavía la mayor parte de la población es joven y económicamente activa. Aun cuando hay países con un envejecimiento moderado e incluso avanzado, todavía la mayoría de los países de la región tenemos un período de aproximadamente 15 años para tomar acciones antes de que seamos más adultos mayores que jóvenes. Países asiáticos como Japón tomaron ventaja de esta oportunidad llevando a sus países a un crecimiento sostenido durante varias décadas que les permitiera enfrentar el envejecimiento poblacional con mayores recursos económicos.

Si pensamos como individuos y consideramos que viviremos 20 o 30 años más que nuestros abuelos, ¿en verdad nos vemos descansando esos 30 años? Cuando hablamos con personas de 60 o 70 años, su respuesta es: “Yo no estoy cansado, tengo mucha energía y quiero hacer muchas cosas más en el futuro”, “cuando ya no pueda, entonces consideraré retirarme”. Pensar en adultos mayores como personas discapacitadas, decrépidas, enfermas e inútiles es una visión errónea de la realidad. Todo lo contrario, los adultos mayores son personas fuertes, creativas, trabajadoras, con profesiones o no, pero activas, que tienen años por delante. Tenemos ingenieros, abogados, médicos, arquitectos, maestros, comerciantes, servidores públicos y muchos más, ¿de verdad los imaginamos en un asilo, o en un parque sentados en una banca dando de comer a los pájaros?

¿Qué hay de todas esas personas que siguen trabajando en edades avanzadas? Mi gastroenterólogo, por ejemplo, tiene 69 años y da consulta, da clases, realiza cirugías, tiene un puesto administrativo en la universidad y los fines de semana asiste a conciertos y eventos culturales, además por supuesto de convivir con sus hijos y sus nietos. ¿Deberíamos decirle que se jubile y deje de hacer lo que le apasiona, siendo que entre más experiencia tiene, es mucho mejor médico y mejor persona?

Estas situaciones nos llevan a pensar en el curso de vida que se plantea para el futuro, donde las personas necesitamos cambiar



nuestro pensamiento tradicional –estudio, trabajo y me retiro– a un pensamiento nuevo, en donde estudio y trabajo al mismo tiempo, viajo, aprendo, cuido a otros, vuelvo a trabajar y a estudiar en edades avanzadas de la vida.

Un adulto mayor productivo es un adulto mayor integrado y participativo de su comunidad. Incluso debemos considerar el hecho de aprender durante toda la vida, así como de trabajar hasta edades avanzadas, que ese trabajo sea menos demandante que el trabajo que realizamos mientras somos jóvenes; posiblemente aprendamos y hagamos cosas que siempre quisimos hacer y será el momento de realizarlas. Tener un negocio propio, trabajar medio tiempo, ser consultor para empresas (aprovechando la amplia experiencia que acumulamos durante nuestros años de trabajo). Realizar trabajos en conjunto con los jóvenes, aprovechando su energía y nuestra experiencia para ofrecer productos o servicios que se requieran en el mercado.

Japón es el país más envejecido del mundo en este momento y llama la atención la población de centenarios de Okinawa, por un lado precisamente porque viven 100 años y más, pero por otro lado y, lo que todo el mundo se ha preguntado sobre ellos, ¿qué hacen para llegar a los 100 años en condiciones de excelente salud física y mental? Hay varias actividades que ellos realizan: trabajan toda su vida, la palabra “retiro” no existe en su vocabulario; hacen actividad física todos los días, dado

que viven de la agricultura y se transportan en bicicleta todo el tiempo; comen variado, frutas, verduras, carne, pescado, pero lo más importante es que lo hacen moderadamente; tienen un propósito de vida, cada mañana tienen una razón para levantarse y realizar sus actividades, su “para qué” los acompaña todo el tiempo; van en grupos toda su vida, tienen una red de amigos que están ahí para ellos en todo momento; cultivan su espiritualidad, con meditación, religión o con aquello que le haga sentido a cada uno de ellos. La pregunta entonces es: ¿qué de esas actividades podemos tomar y aprovechar? ¿Qué podemos hacer en Latinoamérica para envejecer de forma exitosa? ¿Cómo fomentar un envejecimiento sano, autónomo e independiente en todos los sentidos?

Definitivamente el mundo está cambiando y Latinoamérica, aunque tiene un poco más de tiempo que los países europeos, también va a cambiar y va a envejecer a un ritmo más acelerado cada vez. No esperemos al 2025 o al 2050, cuando ya seamos más viejos que jóvenes, para empezar a pensar qué vamos a hacer para enfrentar estos retos económicos. Pensemos desde ahora las opciones que se pueden proponer para el futuro. Pensemos como individuos qué puedo hacer yo para estar bien y llegar sano a edades avanzadas; como familia, qué podemos hacer para planear el futuro y las formas en que vamos a organizarnos para el envejecimiento; como comunidades, qué podemos hacer para construir una comunidad que apoye a todos los integrantes; como universidades, qué acciones o programas podemos ofrecer para promover un envejecimiento exitoso; como gobiernos, qué acciones podemos tomar desde ahora para enfrentar los retos económicos asociados con el envejecimiento de la población; como región, como conjunto de países que compartimos una cultura, qué podemos hacer para apoyarnos unos a otros y crear el futuro que todos queremos para los adultos mayores, que seremos nosotros mismos dentro de poco tiempo.

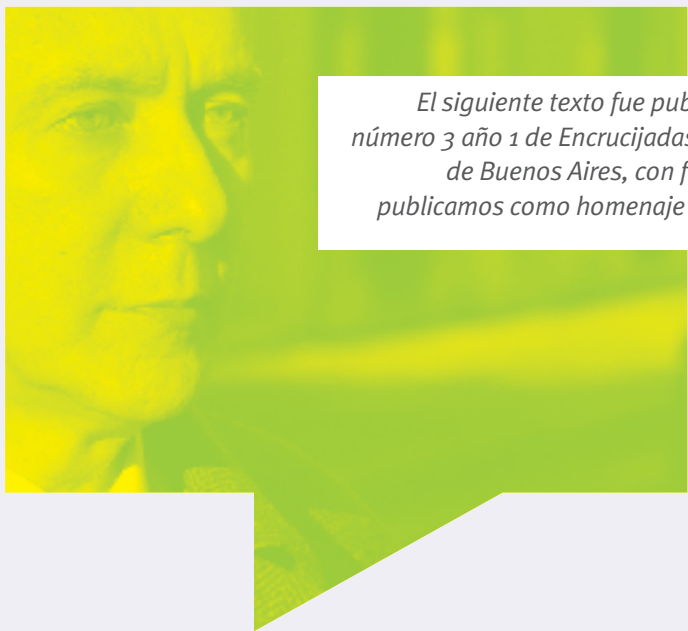
TABÚES TAN ANTIGUOS COMO EL MUNDO CONDENARON DESDE SIEMPRE A LOS ANCIANOS A DOS MODELOS IGUALMENTE ERRADOS: EL DE ASEXUADOS O EL DE "VIEJOS VERDES". EN MEDIO DE ESTAS DOS EXAGERACIONES, LOS HOMBRES Y LAS MUJERES DE EDAD PRETENDEN SEGUIR DISFRUTANDO DEL SEXO CON TODO LO QUE ELLO IMPLICA. IGUAL QUE CUALQUIER OTRO SER HUMANO DE TODAS LAS EDADES. PORQUE DESDE EL PUNTO DE VISTA FÍSICO LAS DIFERENCIAS NO SON IMPEDIMENTOS.

EL PLACER EN LA TERCERA EDAD. VALIDEZ DE UN IMPULSO SALUDABLE



por **LEOPOLDO SALVAREZZA**. *Médico, psicoanalista, psiquiatra y geriatra. Especializado en Psicogerontología. Ex Profesor Titular Regular de la cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, Facultad de Psicología, UBA. Miembro titular de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica de la Asociación Médica Argentina. Miembro fundador y Vicepresidente 1º de la Asociación Latinoamericana de Psicogeriatría y Psicogerontología (ALPP)*





El siguiente texto fue publicado originalmente en el número 3 año 1 de Encrucijadas, revista de la Universidad de Buenos Aires, con fecha de enero de 2001 y lo publicamos como homenaje al Dr. Leopoldo Salvarezza

La sexualidad humana ha estado, desde épocas remotas, envuelta en una fuerte capa de represión, tanto individual como sociocultural y especialmente religiosa. Esto ha llevado a que existiera un desconocimiento pronunciado sobre ella, que recién comenzó a develarse a principios de este siglo gracias a los aportes del psicoanálisis, y que se aceleró rápidamente en la década de los '60 cuando apareció la así llamada revolución sexual.

Sobre esta conducta generalizada viene a insertarse el tema que nos ocupa: la sexualidad con el paso de los años. Y aquí, sumado a lo anterior, nos encontramos con los mitos y prejuicios que recaen sobre la vejez –el viejismo– y que tornan mucho más dificultoso el entenderla.

El imaginario social piensa a los viejos en extremos opuestos: o son asexuados o son perversos o asquerosos. Este recorrido les recorta la dimensión del deseo y deja al amor sin objeto. La ignorancia juega un papel importante en este punto: todo lo que no se conoce científicamente, es decir, todo aquello sobre lo que no se puede hacer un juicio adecuado, da lugar a un prejuicio. Este desconocimiento lleva inevitablemente a que la gente que envejece tenga que enfrentarse con preguntas tales como: ¿dis-

minuye la sexualidad con el curso del tiempo? ¿Los seres humanos se vuelven cada vez menos activos, menos interesados, menos inquietos sexualmente? ¿Debemos prepararnos para gozar menos de nuestra sexualidad en nuestros últimos años?

Para responder a estas preguntas debemos comenzar por considerar que en la vida humana hay conductas donde la obtención del placer depende exclusivamente del funcionamiento de los órganos genitales; a esto lo llamamos genitalidad. Pero hay otra serie de excitaciones, enraizadas en la infancia, como el tocar y ser tocado, el acariciar y ser acariciado, cierta forma de mirar y ser mirado, el buscar y ser buscado, la intimidad, la comprensión, que producen un placer que no puede reducirse a la simple satisfacción de una necesidad fisiológica primaria. Estas formas eróticas pueden estar presentes o no en la actividad meramente genital. De esta forma la genitalidad queda subsumida en el movimiento más abarcativo de la sexualidad, de la cual sólo será un representante, pero no el único.

Se comprende que así definida, la sexualidad no tiene límite de edad para su exteriorización: desde el nacimiento hasta nuestra muerte siempre estará con nosotros. Podrán variar sus manifestaciones; podrá aumentar, disminuir, desplazarse, dando

En la vida humana hay conductas donde la obtención del placer depende exclusivamente del funcionamiento de los órganos genitales. Pero hay otra serie de excitaciones, enraizadas en la infancia, como el tocar y ser tocado, el acariciar y ser acariciado, cierta forma de mirar y ser mirado, el buscar y ser buscado, la intimidad, la comprensión, que producen un placer que no puede reducirse a la simple satisfacción de una necesidad fisiológica primaria.

contenido a infinidad de conductas que, para un observador no experto, podrían pasar inadvertidas o llevarlo a pensar que nada tienen que ver con la sexualidad. Ya sea que se busque la descarga de tensión, o el placer compartido con el otro, o una afirmación narcisista de sí mismo o todos estos fines al mismo tiempo, la dialéctica del deseo no se interrumpe nunca; solamente la represión, interna o cultural, la distorsiona de manera nefasta, produciendo no sólo los graves trastornos que vemos diariamente en los viejos privados del deseo de desear, sino también nuestras absurdas creencias prejuiciosas sobre ellos.

Los individuos que soportan una disminución o desaparición de sus funciones genitales no por eso son asexuados, y deberán realizar su sexualidad a pesar de estas limitaciones. Justamente, este es el problema del viejo. Dos investigadoras brasileñas, Adriana Teixeira y Helena Balbinotti, consideran esto como una nueva fase de la evolución libidinal y proponen denominarla posgenital. Agregan que esta fase no debería ser considerada como un movimiento meramente regresivo, en dirección al narcisismo y ligado a la introversión de la libido, sino que, recalcan, hay necesidad del otro para obtener placer.

Para entender esto tendremos que pensar, de acuerdo con las investigaciones actuales, que hay que poner en tela de juicio la frecuencia del coito como la medida tradicional de la actividad sexual y reemplazarla por las actividades tendientes a la búsqueda de placer, ya que estas promueven, en lugar de inhibir, la gratificación sexual. La erección, el coito y el orgasmo son hechos deseables, pero ellos no son los únicos necesarios para brindar placer.

Ramos y González citan algunos estudios recientes muy demostrativos: "En el trabajo de Laury se informa que los ancianos pueden sentir placer y llegar a la eyaculación sin tener erección y se comenta un estudio en el que el 25% de los hombres se había masturbado sin llegar a la erección. Para la mayoría de las ancianas del estudio de Conway Turner, las caricias, besos y otras formas de contacto corporal resultaban ser una fuente de placer, y eran los aspectos que más valoraban en sus relaciones íntimas. La exploración fenomenológica de Hite revela que muchos hombres prefieren el sexo oral al coito, a pesar de que este es considerado más importante a la hora de demostrar su masculinidad. En cuanto a la mujer, estas disfrutaban más del prejuego o posjuego del coito, de las caricias y otros aspectos íntimos de la relación que del coito per se".

Hay un concepto que conviene introducir en este momento y es el de intimidad, que comprende los lazos afectivos compuestos por el cuidado mutuo, responsabilidad, confianza y una comunicación abierta. Tal vez una de las necesidades básicas del ser humano es la de afecto y de cuidado desde y hacia otra persona. Joven o viejo, sano o enfermo, en el ser humano que deja de tocar y ser tocado, el afecto y la confianza en la conexión humana se deterioran lentamente y se muere emocional y/o físicamente. El significado de las relaciones íntimas para el viejo es el de acrecentar su autoestima, una razón para existir y la seguridad de que alguien puede estar allí para él, así como para satisfacer la necesidad de saber que él está allí para otro.

Las relaciones íntimas dentro y fuera del matrimonio sirven de protección y soporte contra los sentimientos de soledad y de la

disminuida demostración de afecto que ocurre durante muchos años de estar juntos. En forma creciente, las personas viejas hacen esfuerzos para establecer lazos con amigos y confidentes, conexiones íntimas que pueden ser emocionales, intelectuales, espirituales y potencialmente sexuales (físicas) y que los satisfacen y energizan.

Si adoptamos el punto de vista de la búsqueda de placer podremos encontrar otras formas válidas de estimulación que proporcionan un rango más amplio para la satisfacción sexual de los sujetos, por ejemplo la masturbación. Según Starr, “esta práctica, especialmente entre los viejos sin pareja, se ha convertido en una creciente y aceptable forma de sexualidad y es ampliamente practicada. Un alto grado de masturbación es relatado por viejos solteros, viudos o divorciados, así como también por muchos que son casados. Los expertos acuerdan con que la masturbación en los viejos es una actividad saludable que puede reducir los sentimientos de frustración y soledad. A pesar de que muchos de los viejos de la presente generación se han desarrollado bajo severos tabúes hacia la masturbación y que esto los lleva a experimentar una considerable cantidad de culpa al realizarla, existe evidencia de que el factor culpa está naufragando a la luz de la popularización de la masturbación realizada a través de las terapias sexuales y la actividad del movimiento feminista. Dados el alto grado de interés sexual expresado por los viejos y las dificultades que relatan para encontrar pareja, la masturbación continúa siendo una importante salida sexual para muchos de ellos”.



Mitos y prejuicios

Palmore ha insistido en que un estereotipo constante es la creencia en que la mayoría de los viejos no tienen actividad ni deseo sexual y que aquellos pocos que la tienen son moralmente perversos o, por lo menos, anormales (viejo verde). Aun los médicos, que deberían saberlo mejor, frecuentemente asumen la postura de que la sexualidad no es importante ni necesaria en la vejez. El hecho es que muchos viejos creen en estos estereotipos, lo que los hace sentirse avergonzados de sus urgencias sexuales y los lleva a no poder gozar de una actividad sexual normal o a renunciar a ella. Esto también juega en contra del rehacer parejas a los viudos y viudas en la vejez.

El origen de los mitos y prejuicios se asienta en varios elementos. Entre otros debemos señalar que la enorme mayoría de los padres guardan en secreto su sexualidad ante sus hijos, de manera que podríamos preguntarnos: ¿por qué los jóvenes deberían asumir que las personas mayores ejercen su capacidad sexual si la ocultan tan celosamente? Esto llevaría a que neguemos la sexualidad de nuestros propios “viejos” y después, por extensión, la de todos los viejos. A esto se le suma la conducta represiva impuesta por patrones socioculturales muy extendidos, entre los cuales juega un papel predominante la idea religiosa de que la procreación es el único fin de la sexualidad. Ramos y González señalan que la Cruz Roja Española subraya que entre las inhibiciones para el desarrollo de la vida sexual de las personas mayores de 65 años en España, se encuentran en primer lugar las religiosas, que afectarían en mayor grado a las mujeres que a los hombres.

Haciendo un rápido resumen histórico centrado en nuestro mundo occidental y cristiano podemos decir, siguiendo a Weg, que el judaísmo encontró que el sexo era algo más que el deber de procreación y que el placer a través de la expresión sexual debía ser apreciado por el hombre y la mujer dentro de la santidad del matrimonio. Los primitivos griegos, orientados hacia el placer e identificados con actitudes positivas hacia el sexo, seguían considerando a las mujeres sólo para “tener niños”.

En la medida en que se fue desarrollando el cristianismo, la idealización del celibato y la percepción del sexo como pecado se fueron fortaleciendo. Al encontrar al sexo como no pecaminoso, y pocas virtudes en el celibato, se impusieron las ideas del Renacimiento y apareció la Reforma Protestante.

Sin embargo, las mujeres siguieron siendo vistas como “tenedoras de niños” y fuente de satisfacción sólo para los deseos sexuales de los hombres. En 1840, la era victoriana inició un largo período de contradicciones, modestia, mojigatería y reserva (especialmente entre las mujeres), ideología que aún prevalece en el siglo XX. La prostitución era legal, pero apareció la primera ley antipornografía.

La masturbación fue considerada la causa de una amplia gama de enfermedades mentales y de insania. La mujer era considerada siempre en desventaja: menos inteligente que el hombre desde el punto cognitivo, mínimamente libidinosa y con menos capacidad para la respuesta sexual. La virginidad era esperable de la mujer y el atletismo sexual para el hombre. Durante este período, la expresión sexual era generalmente discutida en términos genitales: coito, orgasmo y embarazo, dejando de lado las expresiones de satisfacción erótica personal como concepción global.

Todas estas creencias irracionales chocan con los hechos de la realidad. Está comprobado científicamente que la mayoría de las personas mayores de 60 años continúan teniendo interés en el sexo y que la capacidad para mantener relaciones sexuales satisfactorias puede continuar más allá de los 70 u 80 años en las parejas saludables.

Muchos viejos manifiestan que el sexo después de los 60 es tanto o más satisfactorio que cuando eran jóvenes. Las razones dadas para esto incluyen una mayor y mejor apreciación sobre lo que es el sexo, la pérdida del temor a embarazos no deseados, menos estrés laboral, menos preocupaciones por el cuidado de los hijos, sentimientos de mayor libertad, más tiempo para el ocio, mayor variación en el tiempo para tener relaciones y relaciones más maduras.

No hay duda alguna –como veremos después– de que existen cambios fisiológicos a medida que las personas envejecen, pero es importante saber que estos cambios, por sí solos, no deberían llevar a que la función sexual sea afectada negativamente. Aparte de la programada terminación genética de la fertilidad con la menopausia, los cambios son mínimos. La falta de relaciones sexuales en la vejez no es el resultado de la pérdida de capacidad sino de las represiones y de la ausencia de oportunidades. Alex Comfort es quien más ha insistido en que la capacidad del viejo para mantener una vida sexual activa se debe, en parte, a su experiencia sexual en épocas anteriores.

Envejecimiento sexual masculino y femenino

En este tema hay que hacer una distinción fundamental para no incurrir en inexactitudes al confundir términos. Tanto en la mujer como en el hombre aparecen, alrededor de los 50 años, una serie de cambios multidimensionales en sus aspectos circulatorios, neuronales y psicosociales, entre otros. Este período se llama climaterio y se extiende durante varios años. Un particular estado dentro del climaterio femenino se caracteriza por la cesación, gradual o súbita, de las menstruaciones, debida generalmente a la pérdida de la función ovárica, que lleva a una continua disminución de la producción de estrógeno y progesterona. Junto con otros factores, esto puede afectar directamente la función sexual femenina. Este estado se llama menopausia y presenta síntomas tales como jaquecas, nerviosismo, calores, accesos de llanto y otras respuestas desagradables.

Sin embargo, Weg señala que el porcentaje de mujeres que sufren estos síntomas ha sido exagerado. En una investigación reciente, el 75% de las entrevistadas dijo no tener síntomas, en tanto que en otro estudio solamente lo dijo el 26%, lo cual muestra que la respuesta de la mujer a su menopausia es altamente idiosincrásica. Por otra parte, factores psicosociales aparecen relacionados con las dificultades asociadas con la menopausia. Un estudio muestra que las mujeres que trabajan o que tienen intereses adicionales sufren menos dificultades que aquellas cuya única función es la de ser amas de casa o madres.

De los numerosos estudios realizados, pero especialmente de los de Masters y Johnson de 1978, se desprenden las principales características de estos cambios. Empecemos por las mujeres. Disminuye la reacción normal de vasodilatación de los senos frente al aumento de tensión sexual y, por consiguiente, no se produce el característico aumento de tamaño de los mismos. Sin embargo, la erección del pezón como signo de excitación sexual se sigue manteniendo como respuesta a cualquier tipo de estímulo. La vasodilatación superficial corporal, que se traduce en el enrojecimiento de algunas partes del cuerpo (“calentura”) y el aumento de la tensión muscular estriada van disminuyendo lentamente con la edad.

La respuesta clitorídea –aumento del cuerpo esponjoso por va-

No hay ninguna duda de que existen cambios fisiológicos a medida que las personas envejecen, pero es importante saber que estos cambios, por sí solos, no deberían llevar a que la función sexual sea afectada negativamente.

sodilatación– continúa en las mujeres de 70 años, pero la reducción hormonal produce una pérdida del tejido adiposo y elástico de los labios mayores así como una pérdida de reacción de la piel sexual de los labios menores. La secreción de las glándulas de Bartholin, responsable de la lubricación vaginal, se hace más lenta desde el envejecimiento y decrece paulatinamente hasta llegar a su extinción. Sin embargo, existe la impresión clínica, como lo recalca Comfort, de que la actividad sexual regular y el orgasmo son, por lo menos, tan efectivos como los estrógenos externos para prevenir cambios secretorios o atróficos. Donde se producen las mayores modificaciones, que en definitiva provocarán la aparición de trastornos, es en los órganos genitales externos. Después que el ovario disminuye o cesa su producción, las paredes vaginales comienzan a involucionar. En lugar del aspecto rugoso, grueso, rojo purpúreo de la vagina bien estimulada, se observa un adelgazamiento pronunciado de las paredes que pierden estas características de nido y toman un color rosado pálido y se hacen tan delgadas que dan la impresión de que se pudiera ver a través de ellas. Además, disminuye en longitud y anchura y se hace menos expansiva. El útero

involuciona notablemente en su tamaño y las contracciones rítmicas que acompañan al orgasmo siguen produciéndose pero espasmódicamente, lo cual puede provocar molestias dolorosas. La plataforma orgásmica, cuyas contracciones son las responsables de las reacciones correspondientes al orgasmo, ocurre en la mujer de edad de la misma manera que en la joven, con la diferencia de que duran menos tiempo.

De todas estas consideraciones se puede decir que las razones más comunes para la inactividad sexual de las mujeres viejas no son los cambios morfológicos de la menopausia sino las convenciones sociales y la falta de pareja.

El enlentecimiento en las respuestas suele ser un punto característico de muchos procesos de la vejez y, en consecuencia, afecta también a la sexualidad masculina. “En el hombre de edad, las mayores diferencias en la respuesta sexual se relacionan con la duración de cada una de las fases del ciclo sexual. En oposición al joven, que presenta una erección casi inmediata, rápido acoplamiento y rápida eyaculación, el hombre añoso (en particular después de los 60) es lento en la erección, en el acoplamiento y en la eyaculación, y advierten que no pueden desarrollar otra

erección por un período de 12 a 24 horas después de una eyaculación”, sintetizan Masters y Johnson. La erección comienza a depender cada vez más de la estimulación directa del pene y el ángulo de ella, medida desde la pared abdominal, se hace cada vez mayor (90 grados contra 45 en la juventud). Una vez alcanzada esta erección puede mantenerse durante un largo período antes de eyacular pero esto, por supuesto, no incluye a aquellos que han tenido eyaculación precoz a lo largo de su vida.

El orgasmo masculino tiene su expresión biológica en la expulsión del semen por los órganos primarios y secundarios de la reproducción. Esto se realiza en dos etapas:

1. La expulsión del semen desde los órganos accesorios hacia la uretra prostática.
2. El progreso del semen a través de la uretra membranosa y esponjosa hasta llegar al meato uretral.

Desde el punto de vista subjetivo, en la primera etapa se produce la sensación de inevitabilidad eyaculatoria. En ese momento ya no se puede demorar ni controlar el proceso y entre esto y la salida del semen al exterior hay un breve intervalo de dos a tres segundos. A medida que se envejece este proceso reduce su efi-

De acuerdo con las investigaciones actuales, hay que poner en tela de juicio la frecuencia del coito como la medida tradicional de la actividad sexual y reemplazarla por las actividades tendientes a la búsqueda de placer, ya que estas promueven, en lugar de inhibir, la gratificación sexual. La erección, el coito y el orgasmo son hechos deseables pero ellos no son los únicos necesarios para brindar placer.

ciencia fisiológica y en vez de ocurrir en dos tiempos se reduce a una sola etapa. Suele no existir la sensación de inevitabilidad y puede no existir la satisfacción psicosexual de las contracciones penianas. En otras palabras: no siempre se llega al orgasmo.

Estos cambios son extremadamente variables en cada individuo, y la importancia de esto reside en que mientras un hombre sexualmente activo y poco ansioso, acostumbrado a un largo juego amoroso durante el coito, puede experimentar estos cambios como una ganancia en el control, aquellos otros cuyo estereotipo de virilidad depende de la rapidez de la erección seguida de un coito rápido, pueden interpretar la lentitud como una pérdida de la función y, consecuentemente, la ansiedad puede hacerles perder la erección. Ahora bien, puede decirse con seguridad que la impotencia nunca es solamente la consecuencia de la edad cronológica. Su frecuente incremento con la edad se debe a una variedad de causas:

- 1.** La creciente prevalencia de diabetes, de la cual la impotencia suele ser su síntoma de presentación.
- 2.** Un incremento en la incidencia de una insuficiencia vascular autónoma.
- 3.** Condiciones tales como la hipertensión y agrandamientos

prostáticos, los que pueden llevar a problemas a través del uso de medicaciones (especialmente la reserpina y algunos agentes bloqueantes ganglionares), de los cuales la impotencia es un efecto colateral.

4. Operaciones radicales innecesarias o mal realizadas y, sobre todo, la expectativa de la impotencia con la edad reforzada por pérdida, enfermedad o envejecimiento de la pareja, obesidad, ingesta creciente de alcohol e incidencia creciente de depresiones. Lo que se puede ver es una exacerbación de los problemas psicosexuales comunes a hombres más jóvenes, como la pérdida de interés en la actividad sexual, que refleja la pérdida de una autoestima competitiva y que resulta como una excusa bienvenida para abandonar la actividad sexual en todos los que han sentido la sexualidad como fuente de culpa o ansiedad. Aquellos individuos para quienes la sexualidad ha sido siempre positiva seguirán potentes y activos a través de toda su vida.

La deficiencia androgénica no parece jugar un papel preponderante en la declinación de la función sexual ni son los suplementos androgénicos los más indicados para remediar los problemas de potencia. La fertilidad puede persistir en los hombres hasta la décima década.

La sexualidad en personas viejas con discapacidades

No hay nada que podamos agregar, desde el punto de vista de la vejez, a lo que ya sabemos con respecto a la sexualidad en discapacitados de cualquier edad: cada uno hará lo que pueda y como pueda. Pero sí debemos dedicarle un párrafo al ejercicio de la sexualidad en una enfermedad altamente discapacitante y de enorme importancia en la vejez: la demencia.

Para esto recurriremos a los estudios recientes de Flores Colombino, quien nos familiariza con el concepto de función erótica, que junto con la función reproductiva constituirían la función sexual. Esta función erótica abarca el placer sexual, el lenguaje sexual de la comunicación y el vínculo afectivo del amor. Es esta función erótica la que está conservada en todos los ancianos, a cualquier edad y aun dentro de una patología demencial, aunque “la más alterada es la capacidad de amar a medida que se profundiza el déficit intelectual y simbólico. Pero la capacidad de sentir placer sexual está conservada, así como buena parte de lo más primitivo del lenguaje sexual, como el tacto, por ejemplo (...) Sabemos que el contacto físico es fundamental para estos pacientes, pues así lo expresan generalmente. También los cónyuges de estas personas pueden sentir deseos de abrazar y ser abrazados, de besar y ser besados, de tocar y ser tocados. No solamente las manos, estrecharlas con afecto, sino también de tocar y ser tocados en las zonas erógenas sexuales; y esto es normal, no debe ser motivo de vergüenza o de culpa”... pero... “la tarea que tienen las personas que acompañan a los pacientes demenciados, sobre todo si se trata del o la cónyuge, es una de las más duras, difíciles, complejas y sacrificadas que se conocen. Si no la más dura, difícil, compleja y sacrificada de todas”.

¿Qué ocurre durante las relaciones sexuales de una pareja con uno de los miembros demenciados? Dependerá, fundamentalmente, de cómo haya sido la historia de la sexualidad entre ellos. En aquellas parejas con una actitud positiva hacia la sexualidad, esta se seguirá manteniendo con afecto y cariño mientras sea posible y dentro de ese marco se podrán superar las inevitables dificultades que se irán presentando: desconocimiento del otro, no recordar su nombre, pérdida de la iniciativa u olvido de las etapas del acto sexual.

Pero “debemos saber que, en cualquier etapa de la demencia, tenemos tratamientos para los problemas sexuales que se plantean, que van desde simples consejos u orientaciones o la prescripción de conductas sexuales específicas hasta terapias sexuales de variado formato, según el caso” (...) “Muchas veces, el conocimiento de la fisiología sexual de las personas mayores, la adecuación de valores, la remoción de mitos y prejuicios equivocados sobre la sexualidad permiten grandes logros en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas demenciadas, así como para preservar la de los acompañantes, cónyuges o no, lo que, sin duda, tiene la mayor importancia”.

Conclusiones

Un estudio detallado de las aportaciones producidas desde los campos de la sociología, fisiología y psicología, sumado a la experiencia clínica diaria, nos permite extraer tres premisas fundamentales que es importante recalcar:

a) No hay ninguna causa para que un sujeto, en un razonable buen estado de salud general, no pueda continuar experimentando deseos sexuales y ejercitando su función genital anterior hasta estadios de edad muy avanzada.

b) La posibilidad de que esto ocurra efectivamente está en razón directa de la actitud que el sujeto haya tenido para con su sexualidad a lo largo de toda su vida. Aquellos que han sabido gozar de ella, convirtiéndola en fuente de placer en el goce compartido y de autoafirmación de su identidad deseante más allá de los tabúes, prejuicios e imposiciones socioculturales, son los que se mantienen activos durante más tiempo. Por el contrario, los que han actuado con temor, repugnancia, rechazo o los que la han acatado sólo como imposición de cualquier índole, son los que antes invocarán las razones de la edad para retirarse. “Una identidad de género en la infancia (la forma en la que el individuo siente su individualidad como hombre o mujer) positiva y consistente, junto a unos primeros encuentros sexuales valorados y disfrutados por el joven, son dos aspectos que abrirán las puertas a una extensa e intensa vida sexual en la época adulta. Esta, a su vez, será la mejor garantía del mantenimiento y satisfacción de la actividad sexual hasta edades muy avanzadas de la vejez”.

c) En ningún caso debe tomarse comparativamente como medida de normalidad la actividad de la juventud o la adultez joven. A este respecto no hay que olvidarse de que el peor enemigo del viejo suele ser la comparación con él mismo joven.

vocesenelfenix.com