

Envejecimiento y sociedad una perspectiva pluridisciplinar

Joaquín Giró Miranda (coord.)



UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA

ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD

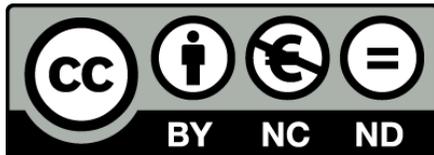
Una perspectiva pluridisciplinar

BIBLIOTECA DE INVESTIGACIÓN
n° 40

ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD
Una perspectiva pluridisciplinar

Joaquín Giró Miranda
(Coordinador)

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA
2004



Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar

de Joaquín Giró Miranda, coordinador, (publicado por la Universidad de La Rioja) se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© Los autores

© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2011
publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es

ISBN: 978-84-693-0770-0

ÍNDICE

LOS AUTORES.....	9
PRESENTACIÓN	
<i>Joaquín Giró Miranda</i>	13
EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ	
<i>Joaquín Giró Miranda</i>	19
LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES	
<i>Cristina Santamarina Vaccari</i>	47
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ANCIANO	
<i>Javier Iruzubieta Barragán</i>	77
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES	
<i>María Victoria Hernando Ibeas</i>	103
EJERCICIO FÍSICO Y TERCERA EDAD	
<i>José María Urraca Fernández y Oscar Calvé San Juan</i>	143
ACERCAMIENTO A LA DEMENCIA. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
<i>Alicia Fernández Sáenz de Pipaón</i>	157
ENFERMEDAD TERMINAL Y VEJEZ	
<i>José Javier Soldevilla Ágreda</i>	179
LA ASISTENCIA PALIATIVA A LOS ANCIANOS	
<i>Wilson Astudillo Alarcón</i>	207

LOS AUTORES

Dr. JOAQUÍN GIRÓ MIRANDA (Coordinador del Curso)

Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, especialidad de Antropología Social.

Doctor por la Universidad de La Rioja

Director de la Unidad Predepartamental de Ciencias Sociales del Trabajo

Profesor de Sociología en la Universidad de La Rioja

Dra. CRISTINA SANTAMARINA VACCARI

Licenciada en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, especialidad de Psicología Social

Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid

Profesora de Sociología del Departamento de Sociología III de la Universidad Complutense.

D. JAVIER IRUZUBIETA BARRAGÁN

Licenciado en Humanidades por la Universidad de La Rioja

Diplomado en Enfermería por la Universidad de Zaragoza

Diplomado en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid

Experto Universitario en Promoción de la Salud en la Comunidad por la UNED

Profesor de Salud Pública y Enfermería Comunitaria de la EU de Enfermería de la UR

Dña. MARÍA VICTORIA HERNANDO IBEAS

Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca

Experta en Gerontología (Universidad de Salamanca)

Master en Gerontología (Universidad de Salamanca)

Profesora de Trabajo Social en la UR

Dr. JOSÉ MARÍA URRACA FERNÁNDEZ

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo.

Premio Fin de Carrera de la Especialidad en Medicina de la Educación Física y Deporte. Premio extraordinario de Doctorado del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Jefe de los Servicios Médicos del Club Deportivo Logroñés S.A.D.

Profesor de Medicina y Salud Pública de la UR.

D. OSCAR CALVÉ SAN JUAN

Licenciado en INEF.

Profesor titular de Educación Física de IES

Director del Centro Spa Columnata donde se imparten clases de gerontogimnasia.

Fue Director General de Juventud y Deportes del Gobierno de La Rioja

Dña. ALICIA FERNÁNDEZ SÁENZ DE PIPAÓN

Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca

Master en Gerontología Social. (Universidad de A Coruña-Fundación Española de la Tercera Edad).

Master en Intervención Psicosocial, especialidad Gerontología. (UPV)

Psicóloga de la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de La Rioja (AFA Rioja)

Coordinadora de la Comisión de Psicología del Envejecimiento del Colegio oficial de Psicólogos de La Rioja.

Profesora de Psicología Social de la UR

D. JOSÉ JAVIER SOLDEVILLA ÁGREDA

Licenciado en Antropología Social y Cultural (UPV)

Diplomado en Enfermería

Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Secretario General de la Sociedad Riojana de Geriátrica y Gerontología

Secretario del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja
Profesor de Enfermería Geriátrica/Sociología del Envejecimiento de la EU de
Enfermería de la UR

Dr. WILSON ASTUDILLO ALARCÓN

Licenciado en Medicina. Especialista en Neurología

Fundador y Presidente de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos

PRESENTACIÓN

Joaquín Giró Miranda

Este libro recoge parte de las ponencias que se expusieron y discutieron en el curso de Gerontología Social “Envejecimiento y Sociedad” celebradas en la Universidad de La Rioja durante el mes de marzo de 2003, organizadas por profesores de la Unidad Predepartamental de Ciencias Sociales del Trabajo en colaboración con profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de La Rioja. Estas Jornadas han contado con el apoyo financiero de la convocatoria para la realización de actividades de extensión universitaria lo cual ha redundado en beneficio de los alumnos que debieron abonar unos derechos de inscripción muy inferiores a su coste real. A propósito de la inscripción en el curso, como coordinador del mismo debo dejar patente mi sorpresa ante el éxito de la convocatoria pues, si bien nuestras previsiones se encontraban en torno a un número equilibrado a fin de darle un formato de seminario al curso, tuvimos que admitir un 50% más y dejar fuera una demanda inicial cinco veces superior. Ante el interés suscitado por esta primera convocatoria los profesores participantes en el curso han decidido seguir ofertando otros cursos de diferentes niveles. En este, decidimos darles prioridad a los profesionales, principalmente de la salud y el trabajo social, así como alumnos de último año.

Este curso de Gerontología Social pretendía ser una introducción en la comprensión de la realidad de las personas mayores, integrando lo social lo psicológico y lo físico desde tres perspectivas diferentes, pero complementarias, que podríamos resumir como percepciones, vivencias y alternativas sobre el proceso de envejecimiento. En este sentido:

1. Las percepciones sociales sobre la vejez, o cómo la sociedad percibe y valora diferentes aspectos significativos sobre las personas mayores, comenzando por la propia vejez y descendiendo a aspectos más concretos como la actividad-inactividad, la sexualidad, el papel de la familia, los servicios sociales y un largo etcétera de temas que no sólo nos permiten comprender mejor el

entorno social, político y económico que rodea al proceso de envejecimiento, sino que condiciona también la propia autopercepción de los mayores.

2. La vivencia de la vejez, o la forma en que las personas mayores enfrentan su situación social, económica y personal. Los aspectos que condicionan sus actitudes, las estrategias vitales que desarrollan o la falta de ellas manifestadas, nuevamente, a través de las múltiples dimensiones que les afectan: utilización del tiempo, relaciones personales, adecuación al entorno etc.

3. Salud y bienestar en la vejez, es decir, una visión sobre los recursos internos y externos con que cuentan las personas mayores para enfrentar su vida de forma plena. Los cuidados físicos, los recursos sociosanitarios, el desarrollo de actitudes positivas hacia sí mismos y hacia su entorno, los posibles cambios sociales orientados a mejorar el entorno y el lugar de los mayores en nuestra sociedad.

Por eso, nos ha parecido que, como profesores universitarios preocupados por el devenir y las nuevas realidades sociales, era nuestra obligación un análisis pausado y serio de los diferentes perfiles del fenómeno del envejecimiento.

Son numerosas las cuestiones que atraviesan el fenómeno del envejecimiento, como lo son también los enfoques desde los que pueden analizarse. En las páginas que siguen, se habla del significado de la vejez (**Giró**), que inicia su exposición el siglo pasado, cuando el porcentaje de personas ancianas sobre la población total era escaso, es decir, la esperanza media de vida era sensiblemente más reducida que hoy en día, especialmente entre la clase obrera. No existía la jubilación. Quien llegaba a viejo tenía muchas posibilidades de vivir en la indigencia. Por ello, en la actualidad, el problema de la vejez no es estrictamente un problema biológico, médico o físico, sino que es también, principalmente, un problema social y cultural, es decir, la vejez es una construcción social. Hoy en día la vejez no es una fuente de reverencia, sino más bien lo contrario. Las personas de edad son apartadas del desempeño de tareas que perfectamente podrían realizar. Y esto, a pesar de que la realidad y la opinión pública parecen no compartir la idea de la inutilidad de los mayores.

Para hablarnos de formas de convivencia, soledad y relaciones sociales en la vejez, (**Santamarina**) nos indica cómo podemos adentrarnos en el conocimiento de la forma en que las personas mayores enfrentan sus relaciones sociales a través de dos vías: Conocer lo que hacen, es decir, cuáles son sus condiciones materiales, con quién se relacionan, con qué frecuencia, cuántos viven solos y cómo valoran estas situaciones; y conocer como viven estas situaciones, es decir, si se sienten o no solos, qué motiva esos sentimientos, cómo se sienten tratados, cómo les gustaría ser tratados, etc.

Continuando con estas reflexiones se introduce en el estudio de las actividades, actitudes y valores de las personas mayores, abordando en primer lugar algunas precondiciones, como los recursos de que disponen tanto económicos como intelectuales, y rastreando posteriormente en sus actividades más habituales y en otros aspectos que nos permiten conocer mejor el conjunto de actitudes y valores desde el que enfrentan su situación vital.

El objetivo es comprender mejor a las personas mayores en tanto que seres sociales activos con sus expectativas y necesidades pero contempladas no aisladamente, sino en el marco específicamente social, es decir, en el de la interacción con los demás.

Para desarrollar la ponencia sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los ancianos (**Iruzubieta**), nos situamos en la última etapa de la vida del ser humano, que se caracteriza, entre otros aspectos, por el aumento de la prevalencia de patologías con un denominador común, la cronicidad, a veces invalidante pero, en cualquier caso, limitante. ¿Hasta qué punto limitante? A esta pregunta responde, pero no fijando exclusivamente la atención en la patología, sino que abordando la salud, asociada a funcionalidad y bienestar. Se identifica qué puede aportar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en este contexto y cómo, de algún modo, el bienestar del anciano estará vinculado a la capacidad que tengamos para desarrollar estas acciones.

Se analizan factores sanitarios y sociales implícitos en las acciones de promoción y prevención que condicionan la capacidad funcional del anciano y, en última instancia, determinan su calidad de vida y su nivel de bienestar. Establece cómo vive el anciano sus problemas de salud y cómo se pueden modificar para conseguir que esta última etapa de la vida sea satisfactoria, e incluso, productiva. Este concepto de funcionalidad entronca directamente con la nueva visión en el abordaje de las enfermedades que la Organización Mundial de la Salud explicitó en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en noviembre de 2001.

Por su parte, la ponencia sobre habilidades de comunicación con las personas mayores (**Hernando**) presenta la comunicación como una herramienta de vital importancia en el desempeño de la labor profesional de todos aquellos que interactúan frecuentemente con personas mayores. Se plantea la toma de conciencia sobre el “poder” y efecto de nuestras habilidades comunicativas en el bienestar/malestar del usuario/paciente y, se pretende dotar al alumnado de estrategias y pautas concretas de actuación útiles para la resolución de “conflictos” en su escenario cotidiano y de forma general, para el desempeño de su profesión.

A fin de entender la relación existente entre actividad física y deportiva de los mayores (**Urraca y Calvé**), partimos de la situación actual donde el 85% de los ancianos de nuestro país llevan una vida sedentaria. Este sedentarismo es un factor de riesgo que implica un incremento de la incidencia de enfermedades como hipertensión, obesidad, diabetes, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, etc. La práctica habitual de ejercicio físico va a producir una serie de mejoras en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Algunas de estos beneficios son el ejercicio de carga de peso (como, por ejemplo, caminar, bailar, nadar, montar en bicicleta...) que puede prevenir, e incluso invertir, la pérdida de hueso. El ejercicio hace mejorar los músculos, articulaciones, ligamentos, tendones... Se puede reducir el riesgo de ataque cardiaco y/o accidente cerebrovascular (tolerancia a esfuerzos bruscos y sobresaltos, quema calorías que no se acumulan en el organismo en forma de grasas, reduce la presión sanguínea...). Disminuir la pérdida de calcio en los huesos con el consiguiente retraso de la aparición de fracturas por osteoporosis. Algunos estudios demuestran que cuando se hace ejercicio, la glándula pituitaria libera unas hormonas beneficiosas llamadas endorfinas que mejoran el estado percibido de salud.

Una de las patologías de mayor prevalencia en la actualidad (más de 500.000 casos de Alzheimer en España), necesita de una formación especializada, que (**Fernández**) utiliza ahondando en la comprensión del enfermo, en las consecuencias para la familia, ofreciendo herramientas para el adecuado manejo y atención del enfermo y su familia.

Por último, para tratar la relación entre enfermedad terminal y vejez (**Soldevilla**) y de los cuidados al final de la vida (**Astudillo**), entienden que si complejo, incluso extraño en ocasiones, es el proceso de enfermar en el anciano, qué decir en cuanto a la situación de terminalidad en él, tanto en el plano de su demarcación como del abordaje de sus cuidados. El hecho de tratarse de una persona de edad avanzada puede con mucha frecuencia condicionar los planteamientos éticos en la atención al anciano moribundo. Numerosos prejuicios sociales respecto a la vejez pueden reflejarse a la vez en conductas profesionales inadecuadas.

Los últimos años de desarrollo de la asistencia específica y la formación de distintos profesionales en la atención de los más mayores de nuestra sociedad han permitido erradicar el empleo indiscriminado de todos los medios al alcance, diagnósticos y terapéuticos, que conllevan sufrimiento, para salvar la vida al anciano, deteniéndose a evaluar lo que supone de alienación ante un derecho universal como es el de morir con dignidad.

Cuando no es posible curar, es injusto el abandono a su suerte al paciente, anciano o no y a sus familiares, es exactamente en ese momento cuando

se abre todo un arsenal de cuidados. Ese es el espacio en el que se mueven los cuidados paliativos. La enfermera, el profesional del cuidado, a buen seguro es, entre todos los miembros del equipo, la más próxima al enfermo, estando en una posición ideal para la detección de problemas, monitorización del tratamiento, provisión de apoyo psicológico y especialmente de información, asesoramiento y educación al paciente y su familia, establecer la continuidad del tratamiento desde la institución a la comunidad y coordinar la necesidad de intervención de otros profesionales en este proceso de cuidar.

Los profesionales gerontológicos y de cuidados paliativos han de estar entrenados para integrar la enfermedad y la muerte como fenómenos naturales relacionados con la vida. Deben haber lidiado y vencido limitaciones y fantasmas en relación con la muerte y el propio proceso de su envejecimiento que finaliza ineludiblemente con la muerte. Han de poseer la formación técnica y la destreza para actuar eficazmente en el control de varios y simultáneos problemas que requieren de una certera intervención, especialmente sobre los que conllevan sufrimiento para el paciente y los que le rodean, pero, la verdadera profesionalidad no exige solamente competencia técnica sino sobre todo competencia comunicativa (manejando el silencio y el tacto con la misma habilidad que la palabra) de interpretación y de mediación.

Deberá poseer las bases de la terapéutica, el uso de técnicas y fármacos para el control de síntomas paliando sus efectos penosos. Todo esto es ciencia (saber y conocer) pero la dotación del buen cuidador deberá nutrirse además de otros valores de corte humano que habremos de cultivar: la actitud positiva y la alegría, ver lo bueno de las personas y situaciones, la calma, el autocontrol, el consuelo y la compasión, la creatividad, la disponibilidad y acompañamiento, la prontitud en dar respuesta, la compañía atenta y solícita, la empatía, sensibilidad como gran sintonía humana, sencillez en las personas, los procedimientos y los tratamientos, el silencio como mejor discurso y el tacto.

Es así como los profesores y profesionales de la Gerontología Social ofrecen un arsenal teórico-práctico con el fin de introducir al lector, tanto novel como profesional, en el contexto del envejecimiento en nuestra sociedad. Ese es el objetivo con el que iniciamos los cursos de Gerontología Social en la Universidad de La Rioja, y de cuyo desarrollo es fruto este ejemplar.

EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ

Joaquín Giró Miranda

INTRODUCCIÓN

La sociología, hasta muy recientemente, apenas ha prestado atención a las personas mayores y eso a pesar de que cada vez es mayor el número de años que transcurre desde la jubilación hasta el fallecimiento, hasta el punto de añadir a la tercera edad el término de cuarta edad.

¿Por qué la sociología clásica apenas ha prestado atención a la vejez? Primero, porque en el siglo pasado, el porcentaje de personas ancianas sobre la población total era escaso, es decir, la esperanza media de vida era sensiblemente más reducida que hoy en día, especialmente entre la clase obrera. En segundo lugar, porque no existía la jubilación. Quien llegaba a viejo tenía muchas posibilidades de vivir en la indigencia. Finalmente, las teorías sociológicas clásicas se han centrado en el estudio de aquellos grupos que trabajan en la economía productiva y monetaria, lo que explica su incapacidad para analizar cabalmente la problemática de mujeres, jóvenes y mayores. En el caso de los mayores, además, existía el prejuicio de que eran conservadores.

Hoy en día las personas de edad son apartadas del desempeño de tareas que perfectamente podrían realizar, y esto, a pesar de que la realidad y la opinión pública parecen no compartir la idea de la inutilidad de los mayores. Sabemos que el problema de la vejez no es estrictamente un problema biológico, médico o físico, sino que es, principalmente, un problema social y cultural; es decir, la vejez, su significado, es una construcción social.

Si en un principio la jubilación respondía a la necesidad de garantizar la subsistencia de quienes por razones de edad estaban incapacitados para trabajar adecuadamente, hoy en día esta idea carece de validez, dado que es cada vez más frecuente que las personas que se jubilan lleguen a la edad de jubi-

lación en plenitud física y mental. Además, el índice de empleo¹ de las generaciones de 55-64 años ha descendido desde la década de los setenta de modo significativo, por lo que el comienzo de la inactividad definitiva y la jubilación se desvinculan, hasta el punto de observar que los subsidios de desempleo o las prejubilaciones anticipadas se han convertido en una fase que conecta con la fecha oficial de jubilación.

Aunque toda clasificación está basada en un principio de arbitrariedad, estamos ya en disposición de ordenar el aparato teórico que desde la sociología de la vejez se ha producido en los últimos años del siglo pasado. De este modo, autores como López Jiménez² agrupan las teorías que explican el apartamiento de las personas de edad en dos tipos: teorías del consenso y teorías del conflicto, aunque también se puede utilizar otra clasificación que giraría en torno al funcionalismo y el marxismo. En este sentido, la socióloga María Teresa Bazo³, señala que las teorías de corte funcionalista parten de la perspectiva de que la gradación por edades es un elemento estructural de nuestra sociedad, que asegura diferentes tipos de funciones.

Los elementos que resultan comunes en el paradigma funcionalista, son la imagen de la vejez como un problema social que resulta de la jubilación obligatoria, los cambios estructurales en la familia y los procesos de industrialización y urbanización, así como el énfasis puesto en el ajuste individual al envejecimiento. Las teorías funcionalistas tratan en consecuencia de mantener la integración de las personas ancianas en una sociedad que cambia rápidamente. Estas teorías dan por sentado que lo característico de la vejez es la jubilación y la decadencia, y se centran en cómo pueden los individuos lograr un envejecimiento satisfactorio.

En este conjunto de teorías propias del paradigma funcionalista sobresalen: *La Teoría de la Desvinculación* (también teoría del *Desenganche*)⁴ desarrollada por Elaine Cumming y William Henry⁵. Para esta interpretación (la más explícita del estructural-funcionalismo), el proceso de retiro es biológica y psicológicamente inevitable y universal. El individuo y la sociedad se preparan

1. Guillemard, A.M. (1993): "Edad, empleo y jubilación: nuevos datos internacionales", en *Papers*, nº 40.

2. López Jiménez, J.J. (1992): "La jubilación: opción o imposición social", en *REIS*, nº 60.

3. Bazo, M^a T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau Llibres, pág. 17 y 18.

4. Kehl, S., y Fernández, J.M. (2001): "La construcción social de la vejez", en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 14, pp. 125-161.

5. Cumming, E. y Henry, W.H. (1961): *Growing Old. The Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Books.

para la muerte del primero, de todo punto inevitable, mediante un proceso de separación progresivo, gradual y satisfactorio para ambos. Esto es funcional para la sociedad porque así se liberan roles que pasan a ser ocupados por personas más jóvenes, se facilita la vida del anciano al disminuir las expectativas dirigidas sobre él y se minimizan los costes sociales y emocionales de la muerte. La teoría tuvo numerosos detractores pues no logra explicar las proporciones altas de personas que no se desvinculan⁶. Pese a sus limitaciones la teoría tiene sus méritos, al poner de manifiesto el papel de la sociedad al excluir a las personas ancianas de sus roles sociales considerados más valiosos, como el proporcionado por el trabajo, que dota al individuo de estatus e identidad.

Otra teoría de corte funcionalista es *La Teoría de la actividad* que considera la jubilación como una etapa marcada por el ocio creativo. Se basa en la idea de que en la vejez la satisfacción es directamente proporcional al nivel de actividad y sobre todo de interacción social mantenido. Este nivel de actividad, a su vez, depende del estilo de vida anterior y de los factores socioeconómicos. La disminución de la actividad no es una decisión del individuo, sino una imposición de la sociedad. Si se ven apartados de sus actividades anteriores, la satisfacción dependerá entonces de la posibilidad y la capacidad de sustituirlas por otras nuevas. Las personas tienden a sustituir los roles perdidos por otros nuevos a fin de mantener un autoconcepto positivo. La teoría de la actividad se asienta sobre grandes dosis de optimismo y un cierto grado de idealismo, pues extiende a la voluntad del conjunto de la población mayor, una solución a sus problemas que en realidad depende exclusivamente de las estructuras sociales, económicas y políticas.

Basada en el marxismo está *La Teoría de la Economía Política de la Edad*, que en las dos últimas décadas se aplica al estudio de la vejez. Los fundamentos⁷ sobre los que surgen desarrollos posteriores están en el aumento de los análisis en economía política, como el impacto de los cambios en los modelos de empleo y jubilación y el rol del estado como mediador entre la edad y el mercado de trabajo; la crítica a la biomedicalización de la gerontología; los estudios sobre las relaciones entre vejez y género y el estímulo al resurgimiento de la Gerontología Social. Al examinar la creación de diversos programas sociales dirigidos a las personas ancianas, los teóricos de la Economía Política sostienen que los efectos de tales programas han sido más beneficiosos para los intereses capitalistas que para las propias personas ancianas, para quienes incluso pueden llegar a tener efectos adversos (por ejemplo la

6. Bazo, M^a T. (2001): *opus cit.*, pág.17.

7. Bazo, M^a T. (2001): *opus cit.*, pág.21.

institucionalización de la jubilación). Desde esta perspectiva crítica se cuestiona pues la creación de programas que ayudan más a crear puestos de trabajo –lo que alimenta el sistema capitalista– que a asegurar mejores condiciones de vida a las personas ancianas. Los temas que más han interesado a esta perspectiva teórica han sido los de clase y género, aunque en la actualidad se han sumado aquellos que tratan las diferencias de tipo étnico o cultural en el diferente acceso a los recursos básicos o de consumo. La investigadora más conocida de esta perspectiva crítica es Anne-Marie Guillemard⁸, que considera que el retiro resulta negativo para los jubilados. Se refiere al retiro como una muerte social, como la negación del derecho al trabajo. Otros autores conocidos son Peter Townsend⁹ (dependencia estructurada) y Alan Walker¹⁰ (creación social de la dependencia en las personas ancianas)

Otras perspectivas teóricas se encuentran enmarcadas por el interaccionismo simbólico. Nos referimos a la teoría del etiquetado (anciano=dependiente), por la que entendemos que se etiqueta de forma negativa, se estigmatiza a las personas mayores, produciendo en los mismos una conducta y un carácter propios de esa etiqueta concebida por los otros, los más jóvenes, los normales. Otra teoría dentro de esta perspectiva es la subcultura de la vejez, considerando que los grupos de mayores pueden reconocerse como grupo cultural tanto desde la óptica de la exclusión propiciada por los otros grupos culturales, como desde el desarrollo de una cultura propia a partir de intereses colectivos.

Una perspectiva postmoderna¹¹ del envejecimiento que analiza la vejez como una dimensión importante del cambio social es la que representa *La Gerontología crítica*. Desde esta perspectiva ya no tiene tanta importancia el estatus socioeconómico; se hacen más difusos los límites entre juventud, madurez y vejez. De hecho asistimos en estos momentos a la creación de un nuevo espacio generacional y de grupo de edad dentro del ciclo vital; este espacio vendría definido por lo que ya algunos autores denominan cuarta edad y dentro del ciclo vital agruparía a los mayores de ochenta años. Surgen

8. Guillemard, A.M. (1972): *La retraite: une morte sociale*. París: Ecole Pratique des Hautes Etudes. También (1977): *A critical Analysis of Governmental Policies on Ageing from a Marxist Sociological Perspective: The Case of France*. París: Centro para el Estudio de los Movimientos Sociales. Más recientemente (1997): *Re-writing social policy and changes within the life course organisation. A European perspective*. La Revue canadienne du vieillissement, vol. 16, nº 3, pp. 441-464.

9. Townsend, P. (1970): *The Family Life of Old People*. Middlesex: Penguin Book.

10. Walker, A. (1980): *The social creation of poverty and dependency in old age*. Journal of Social Policy, 9 (1): 49-75.

11. Bazo, M^a T. (2001): *opus cit.*, pág.22.

múltiples estilos de vida que no están basados en la productividad sino en el consumo; se produce una tendencia creciente a abandonar el modelo de vejez como patología social y surgen aproximaciones teóricas emancipatorias que tienen más en cuenta la posibilidad de dar poder a las personas mayores. El futuro inmediato, con el aumento imparable de las personas de edad, va a protagonizar cambios estructurales y de perspectiva acerca del valor social de las edades, hasta el punto de vaticinar que el poder político y social estará en manos de personas maduras y ancianas.

Otro tema de interés dentro de la gerontología crítica es la relación entre las generaciones tanto a nivel familiar como social, ante los temores de un desequilibrio entre población activa e inactiva que colapse el Estado del Bienestar. Por cada persona activa y ocupada dentro del mercado formal de trabajo habrá más personas fuera de él, por lo que las relaciones en la prestación de servicios de bienestar deberán reformularse desde otros argumentos que los actuales que oponían a los dos sectores de población. Por último, el aumento de la esperanza de vida conlleva la feminización de la ancianidad dados los comportamientos de vida y salud de las mujeres; aunque tan buena noticia vital no se ve acompañada de una situación socioeconómica equilibrada, dada la situación actual de la mujer que se ve enfrentada a una posición de inferioridad económica respecto al varón, pero además, porque de ella depende mayoritariamente el funcionamiento de la economía doméstica, así como el cuidado de las personas dependientes. Esta situación de responsabilidad interna (en lo privado) y de falta de reconocimiento externo (en lo público), puede conllevar en la ancianidad una situación de precariedad y de pobreza, hasta contextos que se han conceptualizado como de feminización de la pobreza.

EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ

Antes de internarnos en el significado de la vejez resulta necesario que abordemos, en primer lugar, la explicación sobre qué grupos de edad entendemos como de personas mayores. A efectos estadísticos, los grupos de edad se dividen en torno a la potencialidad productiva, y en este sentido nos encontramos con población activa (16-64), y con población no-activa o dependiente (<16 y 65 y +). Siguiendo esta división, los mayores de sesenta y cuatro años son los viejos y los de edades por debajo de dieciséis años son los menores; en el gran grupo interior se encontraría la población madura y apta para el trabajo productivo.

Han sido los sistemas de jubilación quienes han contribuido al ordenamiento y jerarquización del ciclo de vida en tres etapas principales, con el tra-

bajo como etapa central que define el contenido social de la vida adulta, y que está enmarcado por la juventud dedicada a la formación para el trabajo, y por la vejez, asociada a la inactividad. De forma paradójica, al situar la productividad como valor central en la sociedad actual y la valía individual en función de la aportación realizada al producto social, nos encontramos con que la actividad laboral y productiva es el instrumento y rasero desde el que se mide el estatus social, el poder, la utilidad social, etc., pero a su vez, declaramos de forma arbitraria que se es viejo cuando se cesa en la actividad laboral al cumplir los sesenta y cinco años, constatando de este modo que la jubilación se traduce culturalmente por inactividad social y en correspondencia, un estatus social bajo con escasa capacidad de influencia social dada la consideración de inutilidad.

Autores como Lorenzo Cachón¹² distinguen tres tipos de personas mayores: los viejos activos (mayores de 55 años) a los que van dirigidos algunos de los programas específicos de las políticas de mercado de trabajo; los viejos pensionistas, y los muy viejos que es un colectivo con problemas específicos (de salud y soledad), compuesto básicamente de mujeres. Por su parte, la socióloga Cristina López¹³ reconoce que el umbral de los sesenta y cinco años resulta obsoleto y que ya han aparecido autores que hablan del *tercer cuarto* de la vida y sitúan esta etapa entre los 50 y los 75. El intervalo se fija en estos límites, pues se considera que alrededor de los cincuenta se producen cambios muy importantes en la vida de las personas y alrededor de los setenta y cinco comienza a tener incidencia los problemas de salud física y mental derivados de una edad avanzada.

En el contexto mundial también se comienzan a apreciar estos cambios en la clasificación de los grupos de edad, señalando los sesenta años como punto de inflexión, dado que para los países en vías de desarrollo el umbral de los sesenta y cinco es demasiado elevado cuando las expectativas de vida son menores a las de los países desarrollados; y para estos últimos porque las estrategias productivas del mercado laboral están empujando a que la edad de jubilación se adelante a los sesenta años, y por otro lado porque dentro del ciclo vital constituye un tiempo para la asunción de otros roles distintos de los desempeñados hasta ese momento. Según Naciones Unidas, el envejecimien-

12. Cachón Rodríguez, L. (1992): "El envejecimiento de la población en Europa y las políticas comunitarias para las personas de edad avanzada". *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, nº 18, pág.116.

13. López y Villanueva, Cristina (2002): "Perspectivas del envejecimiento mundial", en *Educación Social*, nº 22, pág. 38.

to de la población se habrá duplicado a mediados de este siglo logrando que uno de cada cinco personas tenga más de sesenta años.

Así pues, el proceso de envejecimiento de la sociedad es uno de los fenómenos más notables, sobre todo entre las sociedades más desarrolladas, y se debe a la combinación de una serie de factores como el aumento de *la esperanza de vida* de la población (descenso de la mortalidad), junto a un descenso de la de los índices de fecundidad de esa población y, por tanto, de *la natalidad*, y al cese de *los movimientos migratorios* (en cuanto pérdida de la población joven).

El factor migratorio, en el sentido de cambio permanente de residencia, pese a que en la actualidad no tiene el peso que tuvo en épocas pasadas (de hecho, en los países desarrollados la inmigración es un fenómeno más incisivo que la emigración), sí que ha ocasionado cambios sustanciales del paisaje humano. Desde la década de los sesenta del siglo XX, la mayor parte de la población rural ha emigrado a las zonas industriales y urbanas, despoblando de jóvenes las zonas rurales y agrícolas, y convirtiéndolas en lugares residenciales para mayores al desaparecer el equilibrio necesario para el relevo generacional.

La esperanza de vida se prolonga. En las sociedades más desarrolladas, las personas no mueren en la infancia por enfermedades infecciosas, como ocurría en el pasado, sino en la ancianidad¹⁴. Esto se debe, sobre todo, a la mejor alimentación, a los cambios en las pautas de higiene, a la mejora de las infraestructuras, a la instalación de agua corriente en los hogares y los sistemas de eliminación de aguas residuales; y ya algo más tarde, a los avances de la medicina: descubrimiento de vacunas, invención de antibióticos, progresos en la cirugía, la educación sanitaria y el aumento y calidad en las condiciones de vida materiales. El aumento de la esperanza de vida es, pues, una conquista, un avance económico y social, y no un mero cambio demográfico. Entre los países desarrollados, España cuenta con una de las esperanzas de vida más elevadas.

En **el descenso de la natalidad** influyen varios factores. En primer lugar el descenso de la mortalidad infantil conlleva el que no sea necesario mantener un alto nivel de fecundidad¹⁵. Los procesos modernos de industrialización (trabajo

14. Bazo, M^a T. (1999): *Los mayores en Europa*. Madrid: Estudios de Política Exterior. Biblioteca Nueva, pág. 18.

15. El *Diccionario de Sociología* de Giner, Espinosa y Torres (1998) distingue entre los conceptos de fecundidad y natalidad. Mientras que la natalidad es el fenómeno demográfico relacionado con el total de nacimientos habidos durante un período temporal en una población humana, la fecundidad hace referencia a los nacimientos tenidos por individuos pertenecientes a subpoblaciones en riesgo de engendrar (p. ej. mujeres en edad fértil).

femenino y autonomía de las mujeres), y urbanización (viviendas de pequeñas dimensiones que favorecen grupos familiares reducidos), así como los cambios sociales y de valores (mayor capital cultural y educativo de las mujeres, uso de métodos anticonceptivos, emancipación tardía de los jóvenes, individualismo), han contribuido en distinta medida a la reducción de la natalidad.

El descenso de la fecundidad¹⁶ se ha visto acompañado, además, por un retraso de la maternidad, ya que la integración sociolaboral de la mujer se ha efectuado a costa de sus deseos anticipados de maternidad. Las respuestas generalizadas al porqué del retraso en la maternidad señalan principalmente motivos económicos y de oportunidad laboral (promoción y mejora del status laboral, seguridad, etc.). También se ha comprobado que las mujeres que se casan más tarde tienden a tener menos hijos que las que se casan antes. Por supuesto que en las sociedades desarrolladas el comienzo de la actividad sexual no coincide con el matrimonio, sin embargo, y en general, la edad de acceso al matrimonio continúa siendo un importante determinante de los niveles de fecundidad.

Si estos tres factores se combinan en el sentido apuntado, estaremos asistiendo al mayor proceso de envejecimiento de la humanidad pese a que los países desarrollados son los que marcan las pautas en dicho proceso. Esto trae consigo cambios estructurales en torno a las relaciones laborales, de la salud, la educación, familiares, pero, sobre todo, entre las generaciones, dado que la sociedad moderna capitalista está organizada en torno a la actividad productiva de la población madura, de la cual dependen sectores de población como los jubilados y los más jóvenes, en definitiva, un amplio sector de población que se caracteriza por su dependencia del anterior.

A este respecto, Lorenzo Cachón¹⁷ señalaba hasta cuatro aspectos del envejecimiento que era preciso destacar:

1. Cada vez es mayor el número de personas de edad avanzada así como el peso que tienen en el conjunto de la población. Sin duda, un elemento que

16. Para Díez Nicolás, la intensa caída de la fecundidad en España se debe a las variaciones en el sistema de valores, que ocurre paralelamente a los procesos de industrialización y urbanización. La mayor permisividad social, la inseguridad en el futuro, el hedonismo y egoísmo, frutos de la sociedad de consumo, unido a la crisis económica de los años 70, hacen a los jóvenes evitar cualquier tipo de responsabilidad que signifique una reducción de sus posibilidades o expectativas de consumo. Díez Nicolás, J. (1990): "La población española", en Giner, S. et al., *España. Sociedad y política*. Madrid: Espasa Calpe, pp. 75-108

17. Cachón Rodríguez, L. (1992): "El envejecimiento de la población en Europa y las políticas comunitarias para las personas de edad avanzada". *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, nº 18.

está contribuyendo a despertar un interés creciente sobre las personas de edad, es su elevado porcentaje respecto al total de la población y el modo en que va a repercutir esto sobre las pensiones; se calcula que hacia el año 2020 el 20% de la población comunitaria tendrá más de sesenta y cinco años, y los más jóvenes de entre los sexagenarios serán los primeros jubilados del baby-boom demográfico¹⁸ de los años sesenta del siglo XX, por lo que estos porcentajes se dispararán a partir de entonces.

2. El único de los grandes grupos de edad que aumentará hasta el 2025 será el de mayores de sesenta y cinco años, y esto es válido para cada uno de los estados miembros de la Unión Europea.

3. Los viejos (sobre todo a partir de los ochenta años) son un grupo muy feminizado, dada la mayor esperanza de vida de las mujeres por su resistencia a la enfermedad, el dolor y la muerte.

4. El envejecimiento de la población en Europa es un fenómeno muy marcado en las zonas rurales donde en la actualidad más del 50% de la población tiene más de sesenta años.

Del mismo parecer es Cristina López¹⁹ cuando dice que hay que tener en cuenta cinco grandes principios:

1. El incremento del volumen de mayores. En la actualidad la población de personas de sesenta años y más está creciendo a un ritmo anual del 2% y se prevé que seguirá creciendo en los próximos 25 años.

2. El crecimiento no homogéneo en todas las edades de la vejez. De hecho, el grupo de edad que presenta el crecimiento más rápido es el de las personas que tienen más de ochenta años.

3. La inversión de la jerarquía entre jóvenes y ancianos. El aumento de la población mayor de sesenta años va acompañado de una disminución de los jóvenes menores de quince años.

4. La diferencia del envejecimiento por sexo, que se caracteriza por la feminización de la vejez sobre todo en las edades más avanzadas al disponer de unas expectativas de vida superiores.

18. El *baby boom* (desde 1960 hasta 1975) en España nunca significó una vuelta a las familias numerosas de antaño, sino que, por el contrario, durante estos años descendió la proporción de mujeres con más de cuatro hijos. Lo que sucedió fue que una proporción mayor de gente joven decidió casarse, hacerlo antes y tener hijos.

19. López y Villanueva, Cristina (2002): "Perspectivas del envejecimiento mundial", en *Educación Social*, nº 22, pp. 32-50.

5. La generalización del envejecimiento en el contexto mundial. Pues aunque los países en desarrollo son los que han mostrado en primer lugar los problemas del envejecimiento de su población, el ritmo de envejecimiento de los países en vías de desarrollo es muy superior al de los primeros.

Como se puede observar, la coincidencia a grandes rasgos entre estos autores sobre el fenómeno del envejecimiento de la población nos lleva a concluir que este es uno de los grandes cambios sociales que se están produciendo en este momento a escala mundial²⁰, y que esto ha llevado a cambios en la propia estructura social (cambios en la organización laboral, productiva, de seguridad, en la cultura y su jerarquía de estatus y roles, en los valores, en las actitudes ante la vida, etc.), así como en el conjunto de las relaciones sociales (familiares, intergeneracionales, de género, etc.).

Ya en el *Foro de ONG de mayores* celebrado en Madrid²¹ se presentaron las siguientes proyecciones demográficas de la ONU:

- En 2050 habrá 2.000 millones de personas mayores en lugar de los 600 que hay actualmente. (El 22% de los habitantes del planeta será mayor de sesenta años en 2050).
- Un millón de personas, aproximadamente, llegan cada mes a los sesenta años, el 80% de ellas en los países en desarrollo.
- Se espera que para 2050 el porcentaje de personas mayores de edad aumente del 8% al 21%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 20%. Tengamos en cuenta que todas las personas que serán ancianas en el año 2050 ya han nacido y, por lo tanto, el único factor que puede afectar al número total de ancianos en el cálculo de estas proyecciones es el nivel de mortalidad. Es decir, las estimaciones pueden ser muy fiables.

20. Según el *Population Data Sheet* de 1999 (Population Reference Bureau, 1999), en los países más desarrollados la población menor de quince años representaba el 19%, la de quince a sesenta y cuatro años el 67% y la mayor de sesenta y cinco años el 14%. Estas mismas cifras para los países en desarrollo eran: 34%, 61% y 5%, respectivamente. África es el continente con la población más joven (43%, 54% y 3%, respectivamente), mientras que Europa es el más envejecido (18%, 68% y 14%, respectivamente).

21. Con el lema "*Construir una sociedad para todas las edades*" se celebró en Madrid, del 8 al 12 de abril, la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento con el objetivo de revisar el Plan de Acción Internacional adoptado en 1982 en Viena en el marco de la I Asamblea Mundial y aprobar un nuevo Plan que diera respuesta a los retos del proceso de envejecimiento que está sucediendo a escala mundial. Aparte de la Asamblea se celebraron dos Foros complementarios: uno paralelo a la Asamblea, el Foro de las ONG implicadas en este sector (celebrado en Madrid) y otro previo organizado por la Asociación Internacional de Gerontología (AIG) y la Sociedad Española de Gerontología y Geriatría, celebrado en Valencia unos días antes.

- El segmento de más rápido crecimiento es el de las personas de ochenta años o más; su número es de 70 millones y se espera que en los próximos 50 años esa cifra se quintuplique.
- Actualmente hay 81 hombres por cada 100 mujeres mayores de sesenta años, y esta proporción baja a 53 hombres por cada 100 mujeres mayores de ochenta años o más.
- La esperanza de vida al nacer ha aumentado en todo el mundo en unos 20 años, hasta llegar a los sesenta y seis años, gracias a los avances y conocimientos médicos y tecnológicos.

Por su parte, en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se constataron las diferencias existentes entre países desarrollados o en vías de desarrollo; entre otras, que el crecimiento del número de personas ancianas no se distribuye de manera homogénea por todos los países o regiones del mundo. Para el año 2025 se espera que las dos terceras partes de la población anciana vivan en países en desarrollo. El crecimiento absoluto más importante se da en Asia, aunque en términos relativos el crecimiento es mayor en África²² e Iberoamérica.²³

Desde el punto de vista de la tasa de crecimiento de la población anciana, el envejecimiento de la población mundial se espera que sea del 2,6% anual durante los próximos 30 años. La mayor parte de este crecimiento se deberá a la tasa de crecimiento de la población anciana en el Tercer Mundo, como consecuencia de la inercia demográfica producida por la alta fecundidad del pasado y por la mejora en las tasas de supervivencia. Estas tasas indican que el proceso de envejecimiento se está convirtiendo en un fenómeno mundial que exige la atención de los responsables políticos de los países desarrollados y en desarrollo, para la provisión de instrumentos políticos y medidas económicas y sociales que permitan encarar esta situación; sin embargo, las conclusiones de

22. Se calcula que la población de ancianos en África supera actualmente los 38 millones de personas, y se prevé que podría alcanzar los 212 millones en 2050, según palabras de Pamela Mboya, presidenta de HelpAge Kenya, quien añadió que la idea de que en los países subdesarrollados no hay personas mayores, debido a la escasa esperanza de vida, es un mito. Esta tendencia demográfica podría atribuirse al hecho de que la atención sanitaria en África ha mejorado. Conferencia intergubernamental de la OUA (Organización para la Unidad Africana) sobre el envejecimiento, que tuvo lugar en Nairobi del 3 al 6 diciembre del 2001.

23. Las implicaciones que conlleva el creciente envejecimiento de la población Latinoamericana fueron debatidas en un seminario internacional que se celebró en octubre de 2001 en Santiago de Chile. Se trata de un proceso generalizado en el que la proyección de población de sesenta o más años presenta un incremento sustancial, pasando de un 8% en el año 2000 a un 22,6% para el 2050. Es más, el nivel de envejecimiento demográfico que Europa logró en dos siglos, América Latina lo alcanzará en apenas cincuenta años.

la II Asamblea sólo son aplicables en el mundo desarrollado que dispone de los medios humanos y financieros necesarios para aplicarlas.

Los porcentajes que representan las personas mayores de sesenta y cinco años con respecto al total de la población nos presentan una visión distinta de la situación en los países desarrollados y en los menos desarrollados. La población de ancianos es en la actualidad tres veces mayor en los países desarrollados que en los menos desarrollados. La tendencia que nos indican las proyecciones de las Naciones Unidas para el año 2025 es que los porcentajes de población anciana seguirán creciendo a lo largo y ancho del mundo (19% en los países desarrollados y 8% en los menos desarrollados). Por regiones, Europa seguirá siendo la región más envejecida (20,1%) en el año 2025.

EL ENVEJECIMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Si el siglo XIX y anteriores se caracterizaron demográficamente por la mortalidad catastrófica y el derroche de vida (muchos nacimientos y mucha mortalidad sobre todo infantil), y el siglo XX se ha caracterizado por el proceso de envejecimiento, el siglo XXI será el del cambio de la tradicional pirámide de población.

La estructura poblacional española presenta las mismas tendencias que el resto de países de la Unión Europea aunque de forma más tardía.²⁴ La pirámide poblacional se aproxima al denominado crecimiento negativo o estructura de población regresiva. La figura de pirámide desplaza su base ancha hacia los grupos de edad superiores, hasta que en un escenario no deseado la figura señale una pirámide invertida donde los grupos de más edad son los más numerosos, una vez finalice la actual figura con forma de rombo.

La evolución futura de la estructura poblacional apunta a una continuación de ese fuerte crecimiento de efectivos entre los más mayores, al menos hasta el primer lustro del siglo XXI. A partir de ese momento habrá una ralentización del proceso durante unos años, para continuar posteriormente. Con el actual ritmo de nacimientos y fallecimientos España empezará a perder población en torno al 2010, a no ser que los comportamientos reproductores se modifiquen o el crecimiento provenga del aporte demográfico de la inmigración.

24. Hasta la segunda mitad del siglo XX la población española creció más lentamente que la media de los países europeos y ello se debió, sobre todo, a una transición demográfica más tardía y a una continua presión migratoria. Almarcha, A., y otros (2001): "Envejecimiento, natalidad y empleo: cambios demográficos del nuevo milenio", en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 14, pág. 165.

Lo previsible indica que hacia el año 2020 empezarán a llegar a las edades de jubilación las generaciones del baby-boom español (los nacidos entre 1957 y 1977), hecho que acontecerá con una media de diez años de retraso respecto al mismo fenómeno en Europa y EEUU. De este modo, también es previsible que el año 2040 se presente como otra fecha clave: los abultados efectivos de la generación del baby-boom habrán alcanzado la jubilación. Además, los octogenarios (principalmente mujeres) superarán en número a la generación de mujeres de edad intermedia (45-60 años) en las que tradicionalmente recae la asistencia familiar, dándose la paradoja de que las potenciales personas dependientes, que han sido las potenciales cuidadoras de la población mayor y/o dependiente en el pasado, se encontrarán con la no existencia de un relevo generacional para su propia atención. Claro está, salvo que se desarrolle una política pública de bienestar social de atención a las personas mayores que descargue de ciertas responsabilidades de protección social a las familias (como los servicios de acompañamiento), y que dentro de ellas se asuman las relaciones de igualdad entre los géneros que libere definitivamente a las mujeres de la doble actividad y/o carga social.

Según el *“Informe 2000 sobre personas mayores”* del IMSERSO el proceso de envejecimiento en nuestro país ha sido tal que, si bien en un siglo la población ha duplicado sus efectivos, el número de personas de edad ha crecido casi siete veces (6,7) y los octogenarios se han multiplicado por trece. Sabemos que si bien a principios del siglo XX las personas mayores suponían el 5,2% de la población, en 1991 pasaron a constituir el 13,7% y en 1998 ya eran el 16,2%. Un año después (1999), suponían 6,6 millones de personas y todo parece indicar que en la actualidad nos encontramos próximos a los siete millones, lo que está determinando el progresivo envejecimiento de la población.²⁵ Durante el siglo XX, los españoles con sesenta y cinco y más años han crecido en volumen poblacional 6,4 veces, especialmente los muy viejos que se han multiplicado por casi diez. El aumento de la esperanza de vida de los mayores de sesenta y cinco años en España ha sido uno de los mayores del mundo, superior al aumento observado en otros países desarrollados, dado que se partía de niveles más bajos.

La prolongación de la esperanza de vida del cada vez más numeroso grupo de población de más de sesenta y cinco años, se manifiesta de forma más espectacular en la proporción creciente de población mayor de ochenta años. Si la población española mayor de sesenta años en 1991 sumaba 7,5

25. Según datos del INE (1998) había en España 6.503.768 personas de sesenta y cinco y más años, de los que 2.723.277 eran varones y 3.780.491 eran mujeres.

millones de personas, en el 2010 se habrá elevado a 9,6 millones y podrá alcanzar los 10,9 millones en el 2020, llegando a superar los 14 millones en el 2040. Dentro de este grupo, el colectivo de mayores de ochenta años se duplicará entre 1991 y el año 2010, pasando de suponer de 1,1 millones a 2,2 millones de personas. En el año 2020 superará los 2,4 millones de personas para alcanzar los 3,1 millones de efectivos en el horizonte del 2040.

El envejecimiento en España podría resumirse en el siguiente principio: hay más personas mayores porque llegan más supervivientes a la edad de sesenta y cinco años (descenso de las tasas de mortalidad infantil y de la mortalidad general), con lo que crecen las tasas de dependencia senil (o de vejez); y hay más envejecimiento porque hay menos jóvenes, es decir descenso de las tasas de dependencia juvenil y caída de la natalidad, lo que hace subir el peso proporcional de los mayores en el conjunto de la población.

El índice de envejecimiento, es decir, la proporción de personas de más de sesenta y cinco años de edad en relación al conjunto de la población, en la actualidad conduce a un cambio fundamental en la distribución porcentual entre personas mayores y menores. En 1997, las personas mayores suponían el 15,9%, mientras que la población menor de 20 años suponía el 23%. Sin embargo, estos siete puntos porcentuales de diferencia se irán acortando en los próximos años, pues el peso de los mayores de cincuenta y cinco años en el conjunto de la población activa aumentará a partir del 2004, pasando del 16,2% en el 2000 a un máximo del 29,4% en el 2035. En el otro extremo, el grupo de 20-29 años tendrá un peso cada vez menor: del 27% en 2000 pasará a un mínimo del 16,2% en torno al 2018. Esto significará una menor presión sobre el mercado de trabajo de los jóvenes, lo que puede suponer una ventaja al disminuir las cifras de paro, pero terminará erigiéndose en un inconveniente, al tener que soportar la población activa un mayor índice de dependencia senil.²⁶

Otro aspecto del envejecimiento en nuestro país es que la España interior está más envejecida que la periférica como consecuencia de los patrones de migración vividos en nuestro país en la segunda mitad del siglo XX y el comportamiento reproductivo de la población migrante, que se tradujo en un gran rejuvenecimiento de los centros urbanos e industriales de la periferia y un estancamiento, cuando no declive demográfico del interior.²⁷

26. Almarcha, A., y otros (2001): *opus cit.*, pág. 180.

27. En La Rioja, la pirámide poblacional ha sufrido un gran estrechamiento, porque si en 1991 el 17,3% de la población tenía menos de quince años, en 1998 el porcentaje era del 13,8%. Al contrario, si en 1991 los mayores de sesenta y cinco años eran el 16,5%, en 2002 son ya el 19,6% (54.268 mayores), superando a los más jóvenes en tres puntos porcentuales. Los mayores de ochenta años son ya 13.060 (24%), donde destacan veintidós mujeres y nueve hombres cen-

Por otra parte, el descenso de la mortalidad infantil es un indicador destacado en España, como se deduce de las cifras de 1997 cuando se registraron tan sólo 5,5 muertes por debajo del año de edad por cada 1000 nacidos vivos. La menor mortalidad infantil se combina con la menor mortalidad en general de la población para definir el aumento de la esperanza de vida, la cual nos indica que, si bien a principio de siglo tan sólo un 26% de los nacidos llegaba a viejo, hoy lo consigue el 85% del total de la población. La vida media o esperanza de vida al nacer, ha pasado de los 33,9 y 35,7 años en 1900 (hombres y mujeres respectivamente), a los 75,5 para los varones y los 82,7 para las mujeres (en la actualidad). Las perspectivas para el año 2020 es que la esperanza de vida aumente hasta los 77,7 años para los varones y 83,8 años para las mujeres según proyecciones medias.²⁸

Como se puede observar por los datos anteriores, si bien la esperanza de vida de las mujeres siempre ha superado a la de los varones, esta diferencia se va incrementando, pasando de una viudedad media de algo menos de dos años a más de siete años en un siglo como consecuencia de su menor mortalidad y de un efecto cultural que puede pasar inadvertido: la costumbre social de separación de varios años respecto al varón al tiempo de celebrar los esponsales matrimoniales. Por su parte, la mayor mortalidad masculina se ha debido a razones laborales, al mantenimiento de hábitos no saludables (alcohol y tabaco), o de carácter violento (contiendas y guerras).

En definitiva, todos estos factores han supuesto un aumento de la longevidad que ha permitido que vivan al mismo tiempo más generaciones de la misma familia (y con más miembros). Sin embargo, un menor tamaño familiar entre las jóvenes generaciones (por el descenso de la natalidad o los índices de fecundidad) no permitirá el grado de asistencia y cuidados que tradicionalmente la familia (es decir, la mujer) prestaba a los miembros dependientes. Se puede dar la paradoja de que aquellas mujeres que sacrificaron sus vidas en beneficio de la independencia de sus hijas y del cuidado de otros miem-

tenarios, una cifra desconocida en su historia demográfica hasta hoy. En la capital, Logroño, a uno de enero de 2003, la población menor de dieciocho años era de 21.925 logroñeses (15,6%), mientras la población mayor de sesenta y cinco años alcanzaba los 23.458 empadronados (16,7%), demostrando de manera contundente que Logroño es una población con un alto índice de envejecimiento. En cuanto a la natalidad se observa una cierta recuperación, pues ésta ha subido unas décimas desde la tasa de 8,4 nacidos por cada mil habitantes del año 1991, hasta los 8,7 en el año 2000.

28. Un informe de Naciones Unidas sitúa a España en el sexto lugar en cuanto a la esperanza de vida sana, es decir, sin enfermedades ni discapacidades. Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (2001): "Psicosociología del anciano", en Martínez Lage, J.M. et al., *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson, pág. 35.

bros dependientes de la familia, se encuentren de mayores o dependientes sin personas que las reemplacen en su cuidado o dependencia.

Y es que la sociedad no puede pedir un aumento de la natalidad o una mejora de los índices de fecundidad y, a su vez, mantener la estructura tradicional de dominación y subordinación en las relaciones de género; ni tampoco se puede pedir la emancipación e inserción laboral y social de la mujer en condiciones de igualdad, sin cambiar los roles tradicionales en el seno de la familia y en la organización social. El desarrollo de unos servicios públicos que liberen a la mujer de los papeles tradicionales como suministradora de servicios familiares y domésticos, es una condición necesaria si se quiere allegar una situación de independencia e igualdad. Es preciso crear las condiciones necesarias mediante la puesta en pie de servicios sociales y de salud para que las personas mayores o dependientes permanezcan en su domicilio y en su entorno comunitario.

Es cierto que, aunque conseguir que las personas mayores sigan residiendo en sus hogares sea el principal objetivo de la prestación de servicios comunitarios, existe una proporción significativa de personas mayores que tienen serias limitaciones y que precisan de internamiento residencial o atención clínica continuada.²⁹ Por ello, la responsabilidad pública debe contar con una amplia provisión de recursos residenciales que mejoren la calidad de vida de las personas mayores física o mentalmente dependientes, y sin penalizarlas con gastos adicionales ni a ellas ni a sus familiares.

Un grupo de mujeres,³⁰ investigadoras sociales, concedoras de los problemas que enfrentan el pensamiento neoliberal con el desarrollo del Estado del Bienestar, y comprometidas en la lucha contra las desigualdades en razón

29. García, A., y Martínez, J.B. (2002): "Nuevas perspectivas en el trabajo socioeducativo con personas mayores", en *Educación Social*, nº 22, pág. 64.

30. "Alrededor de 4.700.000 personas son mayores de 70 años (INE, junio de 2002), y sin embargo, España cuenta con, aproximadamente 200.000 plazas de asistencia en residencias públicas, 10.000 en centros de día, 120.000 de asistencia a domicilio y 80.000 de teleasistencia. Con estos servicios no es posible atender a las 1.685.140 personas que precisan ayuda porque tienen una dependencia severa. Se está muy lejos de la media de la Unión Europea, donde los servicios públicos ayudan a un 25% de la población de más de 65 años. La escasa oferta de servicios sociales en este ámbito, y en otros, se suple con el esfuerzo de las familias, o lo que es lo mismo, de las mujeres, que son todavía, y de una forma mayoritaria, las que se ocupan de los niños, de los mayores y, en general, de las personas dependientes en el ámbito familiar". Elena Arnedo, Cristina Alberdi, Inés Alberdi, Carmen Alborch, Duca Aranguren, Milagros Candela, Elvira Cortajarena, Patrocinio de Las Heras, Rosa Escapa, Pilar Escario, M^a Teresa Gallego, Teresa Riera, Marta Rodríguez, Amparo Rubiales, Ana M^a Ruiz Tagle y Françoise Sabah. *El País*, sábado 9 de noviembre de 2002, pág. 14.

del género, se vienen manifestando en la prensa denunciando la situación paradójica a que se ven abocadas por su condición y situación social.

En conjunto, las repercusiones del envejecimiento de la población española, más que directamente en el mercado laboral, se dan en los sistemas sanitarios y en los mecanismos de respuesta de la organización social (familias e instituciones), a la hora de afrontar los cuidados de un grupo fuertemente dependiente como es el de los más longevos. No hay más que pensar en los factores que permiten la independencia de las personas mayores (ingresos, salud, formación y vivienda) para saber hasta qué punto la protección social del Estado (servicios sociosanitarios y servicios sociales) es básica si queremos descargar a las familias o reducir las cargas de sus cuidados directos según sean los diferentes grados de dependencia de los más longevos. Porque la máxima indica que a más protección social, menos dependencia de los miembros de la unidad familiar.

Respecto a la caída de las tasas de natalidad, sabemos por la *Encuesta de fecundidad* de 1999 que ésta ha venido produciéndose en España desde 1976. En 1970 España tenía una *tasa de natalidad* de 2,9 hijos, el nivel más alto en Europa con excepción de Irlanda, sin embargo, en 1997, con una tasa de 1,2 hijos, España registraba la tasa más baja del mundo.

En cuanto al *índice de fecundidad*, los datos señalan que en 1970 la media era de 2,24 hijos por mujer en edad fértil (entre 15 y 49 años); en 1995 este índice había caído a 1,25 hijos, descendiendo en 1997 a los 1,10, llegando incluso a los 1,07 en 1999. Tan sólo se observa en 2000 que, quizás debido a la presencia de un cierto número de mujeres inmigrantes en nuestro país, se ha comenzado a recuperar ligeramente la natalidad al alcanzar los 1,23 hijos por cada mujer en edad fértil. Pese a ello, estas medias aún están lejos de la considerada tasa de reposición o reemplazo generacional establecida en 2,1 hijos por mujer.

Más grave que la tendencia descendente que nos indican estos datos sobre fecundidad, son las respuestas que las mujeres ofrecen en todas las encuestas respecto al número de hijos deseados que son dos, y por tanto, lejos de modo contradictorio con ese porcentaje apreciado en las encuestas de fecundidad; porcentaje que aún sería menor si tuviéramos en cuenta las apreciaciones del INE que, en una encuesta reciente, señalaban que hasta el 46% de las mujeres en edad fértil no tiene ningún hijo.³¹ También resulta contradictorio el deseo y

31. Según el INE los principales motivos por los que las mujeres en edad fértil han tenido menos hijos de los deseados son: los insuficientes recursos económicos (30,82%), los problemas de salud (17,08%), el deseo o necesidad de trabajar fuera de casa (14,06%), las preocupaciones y problemas de criar hijos (9,78%), etc.

la realidad en la edad de la concepción, pues mientras los datos señalan que las mujeres españolas retrasan su primer hijo hasta los 29 años de media,³² su deseo de concepción indica edades anteriores a los 25 años.

La baja fecundidad de España desde los años ochenta es el resultado de un descenso en la tasa de matrimonios, además del aumento en el uso de métodos anticonceptivos. El descenso en la tasa de matrimonios³³ se suele atribuir a variables diversas pero interrelacionadas, como el retraso en la independencia de los jóvenes (hasta los 30 años), debido a la precariedad laboral y el desempleo, el difícil acceso a la vivienda, el aumento de la presencia de la mujer en el mercado laboral, cambios en los valores familiares, en los roles de género, etc. En conclusión, las dificultades para conciliar la vida laboral en condiciones de independencia e igualdad, con la vida familiar (constitución de hogar y natalidad).

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL ENVEJECIMIENTO: EL MODO Y MEDIO DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

La vejez no es un problema, sino un logro sanitario, cultural y social. Es la primera vez que en la historia de la humanidad grandes grupos de personas mayores llegan a edades avanzadas sin problemas de salud o dependencias económicas gracias a la solidaridad intergeneracional. El problema es que no tenemos una sociedad ni una economía que se estén adaptando a ese logro. *“La existencia de grupos de personas ancianas con diversos problemas y la persistencia de la pobreza en los hogares de algunas de ellas, hace evidente la importancia que tienen las políticas públicas en las condiciones de vida de las personas”*.³⁴ Señalar las deficiencias en protección social se puede inferir del análisis descriptivo de los modos y medios de vida de estos grupos de población.

El Modo de Vida

Los modos de vida de nuestros mayores se pueden explicitar a través de los resultados ofrecidos en el *Informe 2000 sobre personas mayores* del IMSERSO,³⁵ el estudio del CIS³⁶ sobre *La Soledad de las Personas Mayores*, así como el

32. Eurostat, octubre de 2002.

33. La tasa de matrimonios ha descendido desde 7,3 matrimonios por mil habitantes en 1970 hasta 4,9 en 1997. La edad media de las mujeres en su primer matrimonio ha ascendido de 24,7 años en 1970 a 27,0 en 1995. Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (2001): *opus cit.*, pág. 35.

34. Bazo, M^a.T. (1999): *opus cit.*, pág. 21.

35. IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid, 2 volúmenes.

36. CIS-IMSERSO (1998): *La Soledad de las Personas Mayores*, estudio 2.279, febrero.

retrato transversal que muestra los estudios del catedrático de sociología Juan Díez Nicolás.³⁷

Comenzando por el estado civil de los mayores españoles, aproximadamente el 60% están casados, el 35% son viudos, el 5% están solteros y el 1% están divorciados. Claro que si atendemos a las diferencias según el sexo se observan grandes desequilibrios.³⁸ Así, entre las personas de edad existen 2.390.400 de varones casados y sólo 1.868.900 mujeres casadas. Pero las mujeres viudas son casi tantas como las casadas: 1.732.900 frente a 362.300 viudos. A partir de los setenta años existe un viudo por cada cinco viudas.

Se estima que alrededor del 80% del tiempo (superior en personas de edad avanzada) pasan los mayores en su domicilio, de ahí la importancia que en materia de vivienda adquieren las condiciones de habitabilidad. En su generalidad son propietarios de una buena parte del parque inmobiliario, pues disponen de la misma en régimen de propiedad (84,6%), porcentaje que asciende hasta el 91,3% en el caso de La Rioja.³⁹ Las viviendas de las personas mayores suelen ser grandes (claro está, según sea el espacio o barrio urbano donde se edificaron y según sea la fecha de construcción), aunque con deficiencias en equipamientos básicos (falta de calefacción central o colectiva⁴⁰ y teléfono), así como en los más avanzados y recientes (vídeo, lavavajillas y microondas).

Pese al peculiar régimen de tenencia de la vivienda (en propiedad), esto no ha impedido que la proporción de hogares unipersonales haya crecido,⁴¹ aún así, los mayores están presentes en un tercio de los hogares y viven fundamentalmente en familia, en los hogares que ellos fundaron, en compañía del cónyuge (40%) y en menor medida con hijos y otros familiares (aunque más de dos tercios de los que viven con sus hijos residen en sus propias casas, no en casa de sus hijos). Hay hogares familiares donde a pesar de ser un núme-

37. Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (2001): *opus cit.*, pág. 36-38.

38. Sancho Castiello, M^a. T., y otras (2001): "Las personas mayores en España. Algunos indicadores básicos", en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 14, pág. 223.

39. INE. Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-1991.

40. En la Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-1991 se señala para La Rioja que tan sólo el 13% de las viviendas de mayores disponen de calefacción colectiva, mientras el 37% disponen de calefacción individual pero no colectiva. La situación de gravedad por la inhabilitación de las viviendas se da en el 15% que no disponen ni de calefacción, ni aparato que permita elevar la temperatura.

41. Hasta el 13,4% en 1991 debido al creciente número de personas mayores que viven independientemente de sus parientes hasta una edad avanzada. Así, del más de un millón y medio de hogares unipersonales registrados en el censo de 1991, un 35% estaban formados por mujeres de más de 70 años, y un 8% por varones de la misma edad. Fernández Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (2001): *opus cit.*, pág. 35.

ro de residentes pequeño, llegan a convivir tres generaciones y en ocasiones se hacen extensivas a una cuarta generación. Entre el 14% y el 16% viven solos.⁴² De estos, el 30% no tiene hijos y su soledad está obligada por las circunstancias.

Los mayores conforme avanzan en edad tienden a reducir sus actividades, disminuyendo sus contactos e interrelaciones con el exterior (la frecuencia se reduce entre las mujeres y entre los más mayores), pasando un alto número de horas en el hogar; de ahí la importancia que cobra el entorno físico y ambiental en el mantenimiento de los indicadores de salud y calidad de vida. Los contactos con los hijos son frecuentes y satisfactorios. También lo son con nietos y otros familiares, pero más de la mitad de los contactos son con personas ajenas a su vivienda, particularmente vecinos.

Los contactos familiares provienen de un cambio en las responsabilidades filiales, al asumir las instituciones públicas algunas de las responsabilidades y obligaciones tradicionales de los hijos para con sus padres ancianos. Este cambio propiciado por los cambios socioeconómicos y culturales de las sociedades desarrolladas, encuentra diferencias según sean los modelos familiares donde se insertan. Así, las visitas y los contactos telefónicos se dan en un modelo de familia extensa transformada,⁴³ donde la unidad familiar se ha transformado en una red de unidades familiares en permanente contacto. Los nuevos hogares fundados por los hijos tras su emancipación del domicilio paterno, suelen buscarse en el entorno de la vivienda de los padres (mismo barrio o en la misma manzana), organizándose como una red de apoyo mutuo.

La familia se constituye en una red de solidaridad y apoyo necesario ante la escasa protección social del Estado de Bienestar actual, donde el discurso neoliberal impera deslegitimando la protección social y cargando sobre la familia la necesaria satisfacción de toda clase de necesidades básicas, sobre todo de grupos sociales vulnerables por razones de edad, desempleo, discapacidad o cualquier dependencia. Se reconoce que los principales cuidadores de niños y adultos son personas entre 30 y 40 años, generalmente mujeres, aunque también el 5,6% de los mayores se dedica al cuidado de niños y el 6,4% al cuidado de

42. El CIS (*La soledad de las personas mayores*, febrero de 1998) señala el 14,2% de mayores viviendo solos, mientras que el INE (1999) a partir de la información de la EPA señala el 15,86% (1.026.400 mayores).

43. Esta tendencia posiblemente se refuerce dadas las dificultades en el medio urbano para establecer relaciones primarias satisfactorias. Puede destacarse el mantenimiento de lazos más estrechos por parte de los padres con las hijas casadas que con los hijos varones casados y que en caso de traslado de alguno de los padres, éste tiene lugar al hogar de una hija casada. Bazo, M^a T. (1999): *opus cit.*, pág. 34.

otros adultos. También en este grupo de mayores cuidadores las mujeres son mayoría⁴⁴ (hay siete mujeres cuidadoras por cada tres hombres).

Los valores relacionados con la familia son más altos que en otros grupos de edad,⁴⁵ a pesar de lo cual apoyan las nuevas realidades y nuevas formas de familia (parejas de hecho, homosexuales, divorcio, hijos fuera de matrimonio, etc.).

En cuanto al capital educativo, alrededor del 10% de los mayores españoles son analfabetos, la mitad de ellos no completó la enseñanza primaria (sólo lo hizo un 25%), y cerca del 5% dispone de un título universitario. Estos porcentajes cambian rápidamente conforme se van incorporando al grupo de mayores, generaciones con más formación y educación, lo que conllevará una actitud más crítica y reivindicativa.

Las actividades más frecuentes son ver la TV (96,9%) y escuchar la radio (71,4%), mientras que las menos frecuentes son hacer ejercicio, ir al teatro y los entretenimientos de carácter artístico. Diariamente el 70% pasea y realiza compras o recados; la mitad lee, y uno de cada tres acude a bares y cafeterías; finalmente, uno de cada cuatro acude a clubs de mayores, hogares, centros de día, o establecimientos similares.

Uno de cada tres mayores pertenece a una asociación, aunque con claras diferencias según el sexo, pues mientras sólo el 25% de las mujeres mayores pertenece a una asociación, este porcentaje se eleva hasta el 40% en el caso de los varones. Una proporción importante está dispuesta a seguir aportando sus conocimientos profesionales a la sociedad.

Demuestran poco interés por la política pero son los que más votan en las elecciones. Son más fieles en sus decisiones que otros grupos de edad y supo-

44. Esta promoción de mujeres *cuidadoras* ha ejercido un rol de necesaria complementariedad para que sus hijas puedan insertarse en el mercado laboral y hayan invertido en ellas haciendo posible la generación de mujeres más bien formadas de la historia. Por consiguiente, constituyen una generación bisagra en un doble sentido: en primer lugar, porque en torno a ellas pueden articularse las atenciones hacia tres generaciones distintas. Pero, por otro lado, porque constituyen una promoción de paso que ha hecho posible que la generación de sus hijas hayan podido asumir un nuevo papel, que se hayan incorporado al mercado laboral, que hayan equiparado los derechos con los hombres y que hayan gozado de autonomía para organizar su vida. López, C. (2002): *opus. cit.*, pág. 46.

45. Según el CIS (1998), el 87% de los mayores cree que la mejor forma de establecer una pareja es a través de la boda por la Iglesia, frente al 62% de los españoles de todas las edades. Sin embargo, el 44% apoya la libertad de las mujeres para tener hijos fuera del matrimonio, el 63% apoya el divorcio como solución a los problemas de pareja y el 38% está de acuerdo con que la homosexualidad es una opción válida, y más de la mitad considera que las parejas de hecho deben equipararse a los matrimonios.

nen un alto porcentaje de la fuerza electoral, con las consecuencias que ello tiene en las campañas electorales; aspecto del que son conscientes los encargados de su diseño en los partidos políticos. Aún así no disponen de representación política propia, salvo fallidos intentos de convertirse en grupos de presión.

Los mayores son creyentes en muy altas proporciones y además muy practicantes (50% de las mujeres y 30% de los hombres cumple con los preceptos de asistencia a misa u otros oficios religiosos). No parecen tener demasiado miedo a la muerte (el 55% no le preocupa en absoluto y el 22% les preocupa un poco, 14% bastante y 8% mucho).

En materia de salud, la población mayor se queja fundamentalmente de problemas de los huesos (enfermedades del sistema osteomuscular) e hipertensión, aunque la morbilidad hospitalaria se centra en problemas circulatorios (cerebrovasculares), tumores y digestivos. El riesgo de enfermar y padecer discapacidades aumenta con la edad, lo que repercute por igual en la familia y en los servicios sociosanitarios. Si bien la familia es la principal proveedora de cuidados y apoyo al anciano enfermo o dependiente, también es verdad que ha aumentado el número de servicios que prestan las instituciones e igualmente las organizaciones de voluntariado. El problema se manifiesta cuando se observa que estos servicios ni están desarrollados ni se aplican por igual en todas las comunidades autónomas, organizando desigualdades en función de la residencia y en función de la política pública de atención sociosanitaria. Además, mientras algunos programas como los de la ayuda domiciliaria o la teleasistencia se han implantado recientemente, siendo los porcentajes de beneficiarios aún escasos, otros programas como los cuidados y asistencia de enfermería en domicilio están más descuidados cuando no inexistentes. El apoyo especial a personas discapacitadas se encuentra en manos del voluntariado, mientras otros servicios como la comida a domicilio o los centros de día están sujetos a las previsiones de la política autonómica, siempre a remolque de la demanda de los ciudadanos, en este caso de los familiares, que son en definitiva quienes prodigan los cuidados necesarios ante la ausencia de la responsabilidad pública, principalmente de los servicios sociales.

Las muertes asociadas a infartos o ataques al corazón son más propias de los varones, mientras que entre las mujeres destacan las muertes por enfermedad cerebrovascular. Estas variaciones son debidas a los diferentes estilos de vida de unos y otras. El 10% de los mayores fuma, alrededor del 25% no fuma pero ha sido fumador, y dos tercios afirman no haber fumado nunca. Aproximadamente el 40% bebe por lo menos un par de vasos de vino al día, y sólo alrededor del 10% realiza un ejercicio físico constante mientras que el 75% no realiza ejercicio físico alguno.

El Medio de Vida

Los niveles de desigualdad y dependencia de las personas mayores disminuyeron desde que se universalizaron la sanidad y las pensiones. Posteriormente y hasta que se firmó el pacto de Toledo, el sistema de protección a la vejez acusó las variaciones demográficas (proceso de envejecimiento y aumento del índice de dependencia senil) con el trasfondo posible de la quiebra del sistema, dado que este sistema de protección se había basado en transferencias intergeneracionales (aproximadamente dos cotizantes por cada pensionista). En la actualidad se ha acudido además al sistema de capitalización (la hucha de los mayores) por lo que el sistema parece tener vida hasta al menos la mitad de siglo. Además, se han buscado otros medios de acceder, junto al seguro de vejez, a una situación económica más desahogada, mediante ciertas inversiones realizadas, planes privados de pensiones, etc.

Las personas mayores de sesenta y cinco años dependen para su subsistencia de los ingresos provenientes de su jubilación (rentas del trabajo), siendo menos del 10% los que manifiestan tener como ingreso principal las rentas provenientes del capital u otros sistemas de ahorro, así como de otros empleos remunerados.

Sin embargo, la existencia de dos tipos de pensiones (contributivas y no contributivas, dado que las asistenciales han descendido hasta hacerse inapreciables) marca el comienzo de un nuevo tipo de desigualdad que indica algo sobre las diferencias entre personas dependientes e independientes. La seguridad económica viene marcada por el tipo de relación laboral mantenida durante el periodo activo, así como por el cálculo económico establecido en el sistema de pensiones. En este sentido existe una discriminación hacia las mujeres, a causa de su menor participación en un mercado laboral definido y organizado en torno a los hombres; además se ha reconocido a través de numerosos indicadores, que las personas más ancianas y las que viven solas son las que generalmente viven con menos ingresos, dos grupos que en su generalidad están compuestos por mujeres (por su mayor esperanza de vida, por su viudedad, etc.), lo que ocasiona por la confluencia de estos indicadores una situación de marginación económica y social de la mujer longeva.

Así pues, entre los mayores, los grupos más vulnerables por la incertidumbre económica y la dependencia derivada de la misma son los de las mujeres, los grupos con más edad (principalmente mujeres), y también, los grupos de mayores que son sustentadores principales de su hogar. En la actualidad, se puede hablar de una nueva vejez caracterizada por su nivel de renta, que hace de ellos objetivo de intereses comerciales; pero también por su con-

tribución a la vida asociativa, o por el papel que juegan en la vida familiar. El pensionista está organizado en el conjunto de las estrategias familiares para el sostenimiento de la unidad familiar. Se ha detectado cómo muchos hogares no disponen de otro ingreso que el suministrado por las pensiones, que les permite en ocasiones sortear los umbrales de la pobreza.⁴⁶ Las relaciones de dependencia entre pensionistas y miembros de la unidad familiar son recíprocas pues a la demanda de satisfacción de algunas de las dependencias que las personas mayores sostienen se unen las necesidades económicas del ingreso pensionista para el entramado familiar.

Según la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares del INE, treinta y nueve de cada cien familias en España tenían como perceptor principal a un pensionista (1996). No sólo ha crecido el porcentaje de familias sustentadas por un pensionista (en 1980 eran el 27,6% y en 1990 del 34,4%), sino que también ha aumentado la proporción total de familias que tienen un pensionista.⁴⁷ Además, si tenemos en cuenta que decrece el número de hogares a cargo de un activo donde vive un pensionista tendremos como resultado que ha aumentado el número de hogares familiares que dependen del ingreso de un pensionista.

Otra importante conclusión que se extrae de la comparación entre las Encuestas de Presupuestos Familiares de 1980 y 1990, es el crecimiento del grupo de hogares sostenidos por un pensionista mayor de sesenta y cinco años; es decir, sostenidos fundamentalmente por viudas y jubilados.

La pensión media de jubilación de los varones de sesenta a sesenta y cuatro años alcanzaba el uno de enero de 2002 los 768,99 euros mensuales, mientras que esta prestación para los mayores de ochenta y cinco años no superaba los 469,88 euros. Esta diferencia de 300 euros se debe a que las nuevas pensiones proceden de salarios más altos.

Para finalizar, tomaremos de modo ejemplar la situación de una comunidad próspera como La Rioja (en comparación con el resto de comunidades), para observar el comportamiento económico de las pensiones, según los datos que proporciona el INSS referidos a fines de octubre de 2002. En esta fecha, La Rioja se posicionaba en el undécimo lugar con una pensión media por jubilación de 549,96 euros, lejos por tanto de las posiciones de cabeza que por su

46. Se considera pobre a una persona que vive con menos de la mitad de la renta media: en España eso significa con menos de 260 euros al mes. Según Cáritas Española, el porcentaje de la población española en esas circunstancias es el 20% de la población, aproximadamente 2,15 millones de hogares.

47. Jiménez Hernández, P. (1999): "Personas mayores con ingresos escasos", en Tezanos, J.F., *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Editorial Sistema, pág. 415.

renta per cápita así como por su productividad se supone debería observar en su régimen de pensiones. Resulta enormemente contradictorio, que a pesar de mejorar los indicadores sobre nivel de vida, las pensiones pierdan poder adquisitivo; claro está, que La Rioja ha sido durante la última década una de las regiones más inflacionistas en el conjunto nacional, aspecto que deteriora aún más las condiciones de acceso a la independencia económica de los más mayores; y si a esto sumamos que una buena parte de las pensiones de jubilación riojanas son pensiones provenientes del régimen agrario o de autónomos (dos regímenes claramente discriminatorios respecto al régimen general de la Seguridad social en materia de pensiones), obtendremos algunas respuestas sobre el porqué una comunidad rica sitúa a sus mayores en una zona lejana y desigual respecto al conjunto de la población activa (en algunos casos, próxima o bajo los umbrales de pobreza).

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, I. (1999): *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- ALMARCHA, A. et al. (2001): “Envejecimiento, natalidad y empleo: cambios demográficos del nuevo milenio”, en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 14, pp. 163-183.
- ARQUIOLA LLOPIS, E. (1995): *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid: CSIC.
- BAZO, M^a T. (1999): *Los mayores en Europa*. Madrid: Estudios de Política Exterior. Biblioteca Nueva.
- BAZO, M^a T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau Llibres.
- BEAUVOIR, S. (1970): *La vejez*. Buenos Aires: Sudamérica.
- CACHÓN RODRÍGUEZ, L. (1992): “El envejecimiento de la población en Europa y las políticas comunitarias para las personas de edad avanzada”, en *Revista de Economía y Sociología del Trabajo*, nº 18.
- CIS-IMSERO (1998): *La Soledad de las Personas Mayores*, estudio 2.279, febrero.
- CUMMING, E. y HENRY, W.H. (1961): *Growing Old. The Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Books.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (1990): “La población española”, en GINER, S. et alt., *España. Sociedad y política*. Madrid: Espasa Calpe, pp. 75-108.
- DURÁN, M^a A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.

- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y DÍEZ NICOLÁS, J. (2001): “Psicosociología del anciano”, en MARTÍNEZ LAGE, J. M. et al., *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson, pp. 33-39.
- GARCÍA, A. y MARTÍNEZ, J. B. (2002): “Nuevas perspectivas en el trabajo socioeducativo con personas mayores”, en *Educación Social*, nº 22, pp. 52-70.
- GARCÍA SANZ, B. et al. (1997): *Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones*. Madrid: IMSERSO.
- GINER, S., LAMO de ESPINOSA, E., y TORRES, C. (1998): *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza.
- GUILLEMARD, A. M. (1972): *La retraite: une morte sociale*. París: Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- GUILLEMARD, A.M. (1977): *A critical Analysis of Governemental Policies on Ageing from a Marxist Sociological Perspective: The Case of France*. París: Centro para el Estudio de los Movimientos Sociales.
- GUILLEMARD, A. M. (1992): *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid: INSERSO.
- GUILLEMARD, A. M. (1993): “Edad, empleo y jubilación: nuevos datos internacionales”, en *Papers*, nº 40.
- GUILLEMARD, A. M. (1997): “Re-writting social policy and changes within the life course organisation. A European perspective”, en *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 16 nº 3, pp. 441-464.
- IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid, 2 volúmenes.
- JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, P. (1999): “Personas mayores con ingresos escasos”, en TEZANOS, J.F., *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Editorial Sistema, pp. 407-428.
- KEHL, S. y FERNÁNDEZ, J. M. (2001): “La construcción social de la vejez”, en *Cuadernos de Trabajo Social* nº 14, pp. 125-161.
- LÓPEZ JIMÉNEZ, J. J. (1992): “La jubilación: opción o imposición social”, en *REIS*, nº 60.
- LÓPEZ y VILLANUEVA, Cristina (2002): “Perspectivas del envejecimiento mundial”, en *Educación Social*, nº 22, pp. 32-50.
- MIRANDA, M^a J. (1985): *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- MORENO, L. (comp.) (1993): *Intercambio social y desarrollo del bienestar*. Madrid: CSIC.

- MORENO, L. (2000): *Ciudadanos precarios. La "última red" de protección social*. Barcelona: Ariel.
- PÉREZ ORTIZ, L. (1997): *Las necesidades económicas de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid: INSERSO.
- PÉREZ-DÍAZ, V., CHULIA, E. y ÁLVAREZ MIRANDA, B. (1998): *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*. Madrid: Argenteria-Visor.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2000): *La protección social a la dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, J.E. (1979): "Perspectiva sociológica de la vejez", en *Revista Española de Sociología*, nº 7, pp. 77-97.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, J. (2000): "El futuro del pasado. Notas sobre sociología de la vejez", en *Archipiélago* nº 44, pp. 25-32.
- SANCHO, M^a T. et al. (2001): "Las personas mayores en España. Algunos indicadores básicos", en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 14, p. 223.
- TEZANOS, J.F. (1999): *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema.
- TOWNSEND, P. (1970): *The Family Life of Old People*. Middlesex: Penguin Book.
- TOWNSEND, P. (1981): "The structured dependency of the elderly: creation of social policy in the twentieth century", in *Ageing and Society*, nº1, pp. 5-28.
- WALKER, A. (1980): "The social creation of poverty and dependency in old age", in *Journal of Social Policy*, nº 9 (1), pp. 49-75.
- YUBERO, S. (1999): *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.
- ZUBERO, I. (coord.) (2002): *Envejecimiento, empleo y sociedad. Las personas mayores de 45 años y su situación ante el empleo en Euskadi*. Madrid: Fundación FOESSA.

DIRECCIONES DE INTERNET

<http://www.valenciaforum.com/vfr.html>

<http://www.imsersomayores.csic.es/basisbvdocs/documentos>

<http://www.forumageing.org>

http://www.gerontologia.org/html/Declaracion_Final_foro_mundial_de_ongs.htm

<http://www.losmayores.com>

LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES

Cristina Santamarina Vaccari⁴⁸

La investigación realizada sobre la imagen y percepciones sociales sobre las personas mayores, fue concebida desde sus orígenes como una investigación que realizara un acercamiento múltiple, tanto en perspectivas de consideración como en el tipo de interlocutores que deberían intervenir en la misma. Por este motivo, fueron ejecutados los siguientes trabajos y propuestas específicas de investigación:

- ◆ Un seguimiento de prensa de circulación nacional a lo largo de un mes.
- ◆ Un total de dieciséis (16) grupos de discusión con diferentes segmentos de edad: niñas/os, preadolescentes, adolescentes, jóvenes, adultos y mayores.
- ◆ Un total de cuatro historias de familia en diferentes tipos de ámbitos socio-culturales., que representan en cada caso, a tipos de familias estándar en España: abuelos, padres, nietos.
- ◆ Cuatro historias de vida con personas mayores de uno y otro sexo.
- ◆ Un total de dieciséis (16) entrevistas en profundidad a diferentes profesionales y especialistas vinculados a las personas mayores.

Y a su vez, esta amplia diversidad de trabajos de interlocución fueron realizados en cuatro tipos de hábitat diferentes:

- ◆ ÁMBITO RURAL: (ARAGÓN)
- ◆ ÁMBITO COMUNITARIO: (CUENCA MINERA ASTURIANA)

48. El texto que se presenta a continuación es la síntesis final de la investigación que lleva por título LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES y que fue realizado para el IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales durante el año 2002 en el marco de la celebración de la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la que España fue país anfitrión. La totalidad de los materiales resultantes de dicha investigación han sido publicados íntegramente por IMSERSO bajo el título PERCEPCIONES SOCIALES SOBRE LAS PERSONAS MAYORES con el ISBN 84-8446-051-7.

- ◆ ÁMBITO URBANO: CÓRDOBA
- ◆ ÁMBITO METROPOLITANO: MADRID

LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Del barrido bibliográfico llevado a cabo (desde un enfoque más descriptivo que analítico) sobre las publicaciones que en España se han ocupado más recientemente del estudio de las percepciones sociales hacia las personas mayores, podemos concluir lo siguiente: en primer lugar, que el número de las obras que se ocupan de estas cuestiones de un modo central es todavía muy escaso aunque parezca estar aumentando últimamente; en segundo lugar, que predominan los espacios de encuentro y los enfoques comunes entre las distintas disciplinas desde las que estas obras han sido concebidas y producidas. Esto nos podría hacer pensar que, hasta la fecha, la mayoría de las aproximaciones al estudio de las imágenes sociales sobre las personas mayores se han efectuado desde planteamientos y enfoques globalizadores relativamente vastos, muy poco definidos o especializados, que antes que explorar aspectos concretos y particulares, han tratado de hacerse cargo en primer lugar de las cuestiones más genéricas.

Estas dos primeras conclusiones reflejan el estado incipiente de este tipo de estudios en nuestro país y nos conducen a una tercera cuestión que tiene que ver con los resultados a que este tipo de planteamientos han conducido, que en la mayoría de los casos han sido también bastante coincidentes y redundantes. Efectivamente, la mayoría de los ensayos e investigaciones coinciden en afirmar que las percepciones, las imágenes o las valoraciones sociales sobre las personas mayores son, en general, negativas, así como las actitudes, conductas o comportamientos a que éstas conducen. A explicar estas imágenes negativas –que parecerían estar mejorando paulatinamente en los últimos años– contribuiría la existencia de todo un conjunto de tópicos, mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos, que de algún modo harían que las imágenes se desvinculasen de la realidad a la que se refieren, el mundo de las personas mayores.

Desde nuestro punto de vista, a explicar estos resultados tan coincidentes podrían estar contribuyendo las siguientes cuestiones: en primer lugar, una concepción reductora de las personas mayores por parte de los estudiosos, como un colectivo relativamente homogéneo de personas inscritas en una misma realidad vital: la vejez. La segmentación del colectivo en torno al eje envejecimiento/vejez, tal y como han propuesto los interlocutores de esta investigación, podría ayudar a abrir esta mirada y a enriquecer el estudio del imaginario colectivo sobre las personas mayores. Así, quizás tuviese más sentido investigar de

manera independiente, aunque interrelacionada, las imágenes sociales existentes sobre las/os mayores, las/os longevas/os y las/os ancianas/os, de modo que las percepciones sociales sobre cada uno de estos colectivos no contaminasen las de los demás. En segundo lugar –en la línea de lo ya apuntado por otros autores como M^a Teresa Bazo–, habría que decir que detrás de unos resultados tan homogéneos y coincidentes podría encontrarse también el uso generalizado de la metodología cuantitativa como única herramienta de estudio de este tipo de cuestiones. Nosotros, a la luz de los resultados de este mismo estudio, proponemos cuando menos el empleo complementario de las prácticas cualitativas como las historias de vida, las entrevistas en profundidad o las propias reuniones de grupo como modo de abrir la mirada del investigador a la rica y diversa realidad de las personas mayores.

LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA PRENSA

El seguimiento de prensa se realizó sobre la base de cinco periódicos: ABC; EL CORREO ESPAÑOL; EL MUNDO; EL PAIS y LA VANGUARDIA. En ellos buscamos diferentes perspectivas de presentación y construcción de la imagen de las personas mayores diferenciando: imágenes, roles, estereotipos y escenarios. La primera de las perspectivas que se hace más patente en el trabajo de análisis de prensa, es la existencia de una profunda dualización en la visión en la personas mayores, dualización que se materializa sobre el eje personas mayores nominadas y no nominadas, siendo éstas últimas las que se incluyen más pertinentemente dentro del colectivo de ancianos y/o tercera edad. Lo que lleva a construir, de manera implícita, una línea descendente desde el concepto de persona mayor cargada de experiencia, energía y sabiduría (las nominadas) hacia lo contrario, personas desvalidas, reblandecidas e infantilizadas para significar, de forma reiterada, al colectivo en su conjunto. De manera subsidiaria con este eje principal, aparecen otros dos ejes de importante solvencia y gran reiteración, es el que separa a las personas mayores en activos (trabajan) y pasivos (jubilados y pensionistas), eje que se superpone al de nominados y no nominados de forma simétrica. Y finalmente, el tercer eje es el que articula la separación topológica entre espacios urbanos y rurales. El eje activo/pasivo es el factor fundamental a la hora de otorgar nominación o identidad personal (nombre y apellidos, rostros, voces propias, etc.) a las personas mayores, aspectos que desaparecen cuando se alcanza la jubilación, o “se abandona la actividad” y pasan a formar parte del colectivo anónimo, sin voz y sin rostro que caracteriza a las personas mayores en los soportes mediáticos escritos.

En efecto, mientras los activos son personas mayores con nombres y apellidos, con voz, con un yo definido que habla de su saber hacer, autosuficientes y con identidad propia como para ser presentados en fotografías de primeros planos, cargados de dignidad y vinculados a un amplio abanico de saberes: negocios, cultura, artes.... los pasivos, por su parte, jubilados y/o pensionistas son anónimos, no llegan a decir nada (porque nada se les pregunta) son parte de escenarios sociales desprestigiados o en situación deficitaria (residencias, transporte público, inseguridad ciudadana, etc.), perdidos en el sentido de su ser social, sin dignidad y relacionados con los ámbitos indicativos de dependencia como son los servicios sociales, las ofertas de salud, las pensiones y todo un amplio despliegue de situaciones y enfoques en los que la variable edad es negativa. Esta situación tiende a agravarse en el sistema de representaciones de las personas mayores en la prensa diaria cuando se enfocan los ámbitos urbanos y metropolitanos, más societarios y modernos y tiende a ser más flexible y menos enfática en los medios rurales y tradicionales de factura más comunitaria. De esta forma, y presumiblemente de manera inconsciente, las personas mayores tratadas por la prensa diaria aparecen mayoritariamente incluidas en la exclusión en tanto colectivo sin voces y sin rostros, vaciadas de personalidad identitaria, carentes de referentes a los que adscribirse y vinculados de forma constante con los valores de la tradición y el inmovilismo. Por su parte, la presencia de nominaciones personales recae mayoritariamente sobre los varones, mucho más aptos por educación y por historia a ocupar –en estos segmentos de edad– el lugar de la excelencia necesaria para poder ser nominados y diferenciados del resto del colectivo.

LOS INTERLOCUTORES DIRECTOS: LOS ASPECTOS ESTRUCTURALES A PRIORI

De forma coincidente, los diversos y diferentes sectores consultados para la presente investigación (niñas/os, preadolescentes, adolescentes, jóvenes, adultos y las propias personas mayores) señalan, la total imposibilidad de situar en un mismo conjunto a las personas mayores, dada la gran heterogeneidad existente entre ellas. Sin ninguna duda, los diversos sectores de edad y de ámbitos consultados parten de un umbral de consideración común, que no es otro que señalar la importancia de las caracterologías de personalidad en la articulación de la identidad de las personas mayores. En efecto, formas de ser, grados de simpatía, nivel de vitalidad, culturas de socialización, etc. dan productos tan diversos que les resulta imposible pensar en las personas mayores como en un todo homogéneo y único. Pero también para estos sectores sociales la diversidad y la heterogeneidad está presente en las formas de hacer y de ser de los jóvenes, de

los niños, de los adultos. Por lo que, sin saberlo, van a apuntar a la consideración del actual momento histórico como un momento caracterizado por la fragmentación y más aún, por la atomización social entre los diferentes fragmentos de edad, pero también dentro de cada una de las tradicionales culturas de edades. De esta forma, el contexto vivencial de una sociedad fragmentada –no sólo en España sino en el conjunto de sociedades desarrolladas–, predispone a actitudes inhibitorias para expresar opiniones perceptivas sobre los demás colectivos, incluidos el propio. Y finalmente otra característica generalizada entre los interlocutores, con excepción de las/os niñas/os, es la destacada posición victimista frente a los otros segmentos de edad: los adolescentes frente a los adultos, los jóvenes ante los centros de poder y decisión que les marginan, los adultos ante las exigencias de los hijos y de los padres, las personas mayores por saberse al margen de los cambios sociales y culturales. Por lo que estos tres factores, inhibición perceptiva, fragmentación social y victimismo generacional deben ser concebidos como factores estructurales que caracterizan los discursos posicionales desde los que parten los diversos colectivos cuando se les convoca acerca de la imagen de las personas mayores.

LA DIFERENCIA PROFUNDA ENTRE PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

Todos los segmentos consultados son contundentes al señalar que existe una diferencia substancial entre proceso de envejecimiento y vejez. Mientras el primero es un proceso que además se ha transformado en los últimos años, cargándose de vitalidad y expectativas, la vejez es un estado definitivo, irreversible y sobre todo, carente de horizontes de futuro que es lo que más cierra el sentido de sus posibles transformaciones. Esta consensuada diferenciación entre envejecimiento (proceso) y vejez (circunstancia irreversible) se afianza, a su vez, en una profunda transformación de la imagen de las personas mayores con acuerdo a dos grandes perspectivas de consideración: la primera, de tipo diacrónico, va a caracterizar los cambios que se han producido en este colectivo en los últimos veinte años y la otra, de consideraciones sincrónicas, va a extender su mirada sobre las actuales circunstancias en las que viven y se hacen mayores, las mujeres y los varones en España.

En efecto, desde el punto de vista diacrónico, los diferentes colectivos, con más énfasis, –claro está–, los adultos y los propios mayores, señalan que antes era considerado mayor (o viejo, de manera indistinta) cualquier sujeto que superase los sesenta años. Estos mayores de sesenta años, se caracterizaban por sus actitudes conservadoras; por tener una historia (con independen-

cia del grupo social de referencia) marcada por la austeridad y la escasez, signados por un talante exigente pero a la vez despreciativo ante las otras generaciones más jóvenes, incapacitados para comprender las realidades nuevas y sus cambios; religiosos activos (fundamentalmente católicos); intransigentes; autoritarias/os; solitarias/os y vinculados a una imagen global de pobreza material en sus formas y signos de presentación pública.

Sin embargo, ahora, es decir en estos últimos años, esa misma imagen de vejez se ha retrasado hasta después de los setenta y cinco u ochenta años, y hasta esa franja de edad, las personas mayores se caracterizan por su disparidad, diversidad y heterogeneidad como sucede en todos y cada uno de los otros colectivos sociales existentes. Lo común a estos “nuevos” mayores que aún no son considerados viejos es que presentan actitudes muy disímiles, intentan disfrutar y situarse en el bienestar particular de sus vidas, parecen ser mayoritariamente aperturistas en sus posiciones, muy interesados en todo lo que sucede a su alrededor, permisivos, tolerantes, grupalistas y secularizados frente a la dominante fuerza de la religiosidad en sus perfiles pasados.

De manera muy global, la sociedad española sitúa el comienzo del envejecimiento, es decir la tendencia a ser mayores, alrededor de los cincuenta y cinco años, la longevidad a partir de los setenta años y la vejez o ancianidad a partir de la siguiente década, los ochenta años. Por lo que sin ninguna duda puede afirmarse que se ha producido un proceso de rejuvenecimiento real de los mayores y, sobre todo, una profunda fractura en la ya tradicional noción del concepto tercera edad que, a todas luces, resulta insuficiente, inoportuna y poco eficaz para señalar al atomizado colectivo de personas mayores. En términos más estructurales y reales, puede afirmarse que el principal eje diferenciador entre proceso de envejecimiento y vejez es el que marca la distancia entre ocupación y desocupación, siempre que entendamos estos términos en relación al trabajo productivo remunerado, que en España, a pesar de las transformaciones que se están produciendo en el ámbito laboral, siguen siendo centrales para la identidad de los sujetos.

Por su parte, en la perspectiva sincrónica, más articuladora de la mirada de los segmentos más jóvenes e infantiles de la sociedad y que carecen de referencias comparativas, el punto de llegada es el mismo: los ancianos son los mayores de ochenta años y antes de llegar a esa frontera más circunstancial que cronológica, es decir más significada por la pérdida de autonomía que por la edad en sentido estricto, lo que se produce es un proceso de envejecimiento, pero en ningún caso perciben que las llamadas personas mayores sean, en sí mismos, sujetos desvitalizados.

Más jóvenes y más mayores, van a señalar, –cada uno a su manera– diferentes factores en la caracterización de esto que hemos dado en llamar la revitalización de las personas mayores. Sin ninguna duda, la extensión y mejora de la sanidad pública integral en nuestro país, ha jugado un papel importantísimo, especialmente en todo lo referente a la formación de una cultura preventiva en salud y autocuidados (desde la medicina preventiva hasta las cada vez más frecuentes prácticas estético-cosméticas).

Otro factor de importancia crucial en la revitalización de las personas es el conjunto de mejoras que se han operado y se siguen operando en los espacios domésticos que provocan mejores condiciones y calidad de vida, desde los aspectos climatológicos internos hasta la adecuación para prácticas de higiene y bienestar pasando por el amplio y complejo concepto de confortabilidad.

Sin ninguna duda, en tercer lugar por su importancia y por la masividad de su incidencia socio-cultural, la posibilidad de incorporación de las personas mayores a la cultura del ocio a través de los planes de vacaciones y descanso que promueve el propio IMSERSO junto con otras instituciones, asociaciones y administraciones locales y autonómicas, ha significado uno de los hitos de la cultura de los mayores españoles de los últimos veinte años, aspecto que es resaltado como un factor esencial, incluso por aquellos mayores que nunca han realizado alguno de estos viajes, y por adultas/os, jóvenes y niñas/os que no tienen en su entorno inmediato a personas mayores que hayan participado de estas propuestas. Política de inserción en los cánones de la cultura actual que en los últimos años no sólo se ha situado en el campo el ocio recreativo sino que ha abierto una importante brecha con la planificación y gestión de planes formativos, desde convenios con universidades hasta cursos bajo el formato de módulos para desarrollar conocimiento en diferentes áreas del saber, diseñados específicamente para personas mayores.

Pero también ha influido en los cambios de las personas mayores, la nueva forma de asunción de roles tradicionales dentro del grupo familiar, roles que han pasado de la pasividad de la representación de la autoridad gerontocrática (característico de la cultura familiar tradicional) al desempeño de formas muy activas de relación con los otros miembros de la unidad familiar y más aún, de la propia comunidad de convivencia, especialmente en los ámbitos rurales y comunitarios. Las personas mayores han ido, lentamente, incorporándose a las modernas formas de consumos culturales extradomésticos: cine, teatro, lectura, visitas a exposiciones, participación en fiestas populares, actividad en ONGs, etc. todo lo cual ha estado acompañado de una notable mejora en los procesos de autocuidado y presentación pública de éstas/os,

avalado por la flexibilidad de los mercados que han incorporado, de forma muy rentable, la oferta de productos y servicios para este amplio colectivo.

Todos estos aspectos han sido claves para aunar otro más, que por su gran importancia debe ser concebido como producto, pero también como productor de estos cambios. Nos referimos al profundo proceso de apertura y secularización moral de las actitudes, percepciones y formas de sentir y de ser de las personas mayores. Sin ninguna duda sería extremo decir que estos diferentes factores han influido de forma positiva y unidireccional en la totalidad de las personas mayores en España. Sin embargo, es incuestionable que estos procesos de transformación social, han llegado a la mayoría de los sectores sociales, incluidos los segmentos medio bajo de la actual estructura socioeconómica de España, y que tienen su principal representación en las amplias clases medias y medias altas de nuestra sociedad. Para dar mayor énfasis a estos cambios y estas profundas transformaciones, sólo habrá que tener en cuenta el amplio y masivo volumen de personas mayores que demandan actualmente acceso a las nuevas tecnologías de la comunicación (internet) sin perder de vista la importancia de la red de sujetos vinculados a los sistemas de teleasistencia y el amplio segmento de mayores que disponen de telefonía móvil y tarjeta de crédito.

LO FEMENINO Y LO MASCULINO EN LA ARTICULACIÓN DE LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES

Como venimos señalando, la imagen global de las personas mayores presenta una notable revitalización. Ahora bien, si nos adentramos en la dimensión del género (femenino y masculino), encontramos que los cambios más substanciales se han producido en beneficio de las mujeres. Si para los varones, la experiencia de la jubilación (más aún de la pre-jubilación) representa una quiebra en la valía de su identidad, las mujeres se sitúan bajo el paraguas de una autodefinición que por su elocuencia resulta altamente significativa: "...las mujeres no nos jubilamos nunca."

Si comparamos los aspectos que articulan una y otra identidad de género, descubrimos que la identidad femenina es heterónoma, es decir, marcada por una amplia diversidad de roles y actividades. El espacio doméstico como gran espacio de responsabilidades femeninas es significado por la fungibilidad de los haceres y estos, sin ninguna duda, caracterizan al conjunto de las mujeres, incluso a aquellas que tienen o han tenido trabajo remunerado. Las mujeres padecen la salida de las/os hijas/os del hogar familiar (síndrome del nido vacío), o por el contrario, soportan –en diversos sentidos de interpretación– la perpetuación de la presencia de éstas/os en el espacio doméstico. Mucho más

propensas a los desajustes emocionales, son también las mujeres las que más cronifican sus deterioros físicos y/o sensoriales y así lo demuestran con claridad las estadísticas demográficas y con más detalle la última investigación sobre Discapacidad en España realizada por el IMSERSO. Pero son también ellas, las más dispuestas a la sociabilidad y al emprendizaje lúdico, las que buscan actividades dentro de redes femeninas, todo lo cual indica que las mujeres viven más pero llegan peor.

Por su parte los varones (por efecto de la cultura en la que se socializan) tienden a situar su identidad preferentemente en el hacer laboral, por lo que la “pérdida” de esta actividad significa muchas veces perder el espacio público como ámbito hegemónico de su autovaloración. Finalizada la actividad de su trayectoria laboral con la jubilación, pierden a un mismo tiempo la identidad personal y el espacio de pertenencia desde el cual, se relacionan con el mundo. La vinculación con los hijos, incluso con los nietos, parece estar, en términos generales, vinculada a las actividades extradomésticas, es decir a la realización de recados (fuera de casa) y a intentar mantener el espacio público, como lugar de su recreación social y relacional. En el extremo contrario, cuando estas circunstancias no se producen, es decir, cuando no se sienten depositarios de tareas fuera del hogar, suelen estar más predispuestos a la soledad, al encierro disciplinado, al aburrimiento, por lo que terminan estando más expuestos a enfermedades graves y definitivas.

EL HÁBITAT EN LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES

A pesar de la importancia del género en el conflicto de la identidad de las personas mayores (y de todas las edades), resulta sumamente interesante verificar que el hábitat propone muy bajas diferenciaciones de formas de ser y de hacer entre mujeres y varones. En los ámbitos rurales y en general en los enclaves más comunitarios, la distancia entre roles femeninos y masculinos es más rígida y más pronunciada. Las mujeres son aquí, con más énfasis, si cabe, las responsables del hogar y de las relaciones familiares de la misma forma en que lo son de la reproducción de roles. Por su parte los varones, son los representantes del linaje en el espacio público. Lo que más destaca en los ámbitos de tipo comunitarista es que tanto varones como mujeres esperan ser cuidados en su vejez por otras mujeres de la familia: hijas, nueras, nietas, aunque ya se perciben cambios importantes en éstas otras mujeres con respecto a esta responsabilidad que se les avecina.

Por su parte en los ámbitos urbanos y metropolitanos, tiende a existir cada vez más una cierta intercambiabilidad de roles tanto en el espacio doméstico

como en el público, a pesar de la fuerza de la diferenciación entre ambos, tendencia que seguramente, se flexibilizará aún más, en los próximos años. Aunque las mujeres son las responsables de hecho del funcionamiento de los hogares, ellos participan cada vez más en la gestión de las tareas cotidianas, lo que provoca que ellas estén presentes en las calles y ellos, en la organización (aún cuando sólo sea como ayuda) de las tareas del hogar. Frente a la vejez, ellos esperan ser cuidados por ellas (sus esposas y/o hijas) y ellas, cada vez más, están dispuestas a las nuevas formas de cuidado externo y/o de pago porque conciben que las actuales pautas de actividad de las mujeres jóvenes (trabajo, hijos, hogar, etc.) no les permitirá asumir el cuidado de las/os ancianas/os.

LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL SEGMENTO INFANTO-JUVENIL

En este amplio, diverso y complejo colectivo social, la imagen de las personas mayores emerge, fundamentalmente, a partir de las experiencias personales en el seno de la vida familiar. Una de las primeras puestas en evidencia de esta investigación, señala que la mayor relación entre las cohortes propicia una mejor imagen de las personas mayores, mientras que la falta de relación, de contacto, incluso de "roces", auspicia el desconocimiento mutuo y una mayor subordinación a los estereotipos sociales. Si bien frente a las/os niñas/os, así como ante los preadolescentes, la actitud de los adultos para con los mayores representa un factor realmente importante y significativo en la tendencia de sus propias actitudes, esta influencia tiende a debilitarse paulatinamente en los otros segmentos de edad, los adolescentes y jóvenes. La construcción de la imagen de las personas mayores en tanto colectivo está limitada a la gran importancia que le concede (cada subgrupo a su manera) a los factores o estilos subjetivos de formas de ser de los mayores concretos y peculiares que ellos conocen, aquellos con los que se relacionan, aspecto que si bien dificulta la construcción de imágenes globales, tiene, por el contrario, el beneficio de debilitar los estereotipos. En estos aspectos subjetivos, van a destacar de forma muy explícita, la importancia del carácter de las personas mayores, pero también el tipo de vida que han transitado tanto en lo relacional como en lo laboral y en lo afectivo; la actitud personal ante la vida, el tipo de actividad que desarrollan las personas mayores en el amplio y diverso periodo de envejecimiento y, finalmente, la capacidad económica para combatir el deterioro físico que, en estas edades juveniles y más aún en la percepción de ellas antes que de ellos, está directamente vinculado al deterioro estético. Al igual que para el resto de sectores consultados, también para los jóvenes (incluidos niñas/os y adolescentes) la vejez está marcada por la pér-

dida de la autonomía personal total o parcial y por los cambios psico-sociales, es decir, por las pérdidas afectivas de diverso signo e intensidad.

En la percepción que este colectivo juvenil tiene de las personas mayores, es destacable la normalización que realizan de ellos al equipararlos con las otras cohortes existentes y en este sentido, reconocerles y valorarles normas de conducta social propias cuya expresión es conveniente, aunque resulte conflictiva con ellas/os, ya que estas expresiones son una forma de identificación de una cultura de roles. De esta forma, perciben la presencia de las personas mayores dentro de sus espacios cotidianos, –tanto los públicos como los domésticos– como una presencia necesaria y favorable aunque en algunos casos, especialmente ante los preadolescentes y los adolescentes, resulte conflictiva. Ante los otros sectores de edad, niñas/os y jóvenes, la conflictividad se agudiza cuando implica interferencias con el espacio propio, falta de respeto reiterado hacia los gustos y costumbres de la población menor, o cuando se incrementan los perfiles autoritarios. Sin embargo es altamente expresivo el hecho de que los desencuentros generacionales sean más intensos, justamente, en las edades intermedias (adolescentes y preadolescentes), mediando una muy buena relación con las edades inferiores y volviendo a articularse en positivo, tendencialmente, en las más altas de este segmento.

En los ámbitos comunitarios la forma más frecuente de nominación hacia las personas mayores por parte de este colectivo (más aún ante los casos de vejez) es la utilización del término “abuelas/os” y sus derivas idiolécticas. Por el contrario en los ámbitos urbanos y en los más cosmopolitas, el término “mayores” y más tarde el término “ancianas/os” les parece el más correcto ya que el más peyorativo de “viejas/os” lo reservan como mediación descalificadora.

Otro aspecto importante que vincula de manera espontánea a este diverso y complejo colectivo juvenil, es el referido a sus consideraciones sobre la responsabilidad familiar ante el cuidado y atención de los mayores, incluyendo el acogimiento de éstas/os cuando pierden autonomía, aspecto este último que, sin embargo, tiende a desdibujarse o más exactamente a abrirse como debate cuando superan la barrera de los veinte años y cuando las proyecciones ya no recaen en sus abuelas/os sino en el futuro envejecimiento de sus respectivos progenitores.

Finalmente otro aspecto común en este colectivo es el que les lleva a valorar la actividad de los mayores como un elemento esencial de su bienestar hasta el punto de considerar que es un deber de la sociedad, o en su defecto de la familia, procurar a las personas mayores de algún tipo de actividad socialmente útil como forma de dotarles de sentido social y por lo tanto de calidad de vida. Esta dimensión que resulta de gran importancia en su consi-

deración (especialmente entre adolescentes y jóvenes) por lo que aporta de novedad perceptiva y por lo que implica de nuevas posibilidades de verdadera inserción e inmersión social no logra, sin embargo, plasmarse en propuestas concretas de vehiculización ya que la imagen que tienen de las personas mayores en tanto función social desarrollada, está limitada al cuidado de las/os nietas/os como expresión cuasi única de su identidad.

La proyección de cambios futuros para las personas mayores, entre los interlocutores más jóvenes consultados

De manera sintomática, es decir como expresión de lo que el conjunto de la sociedad valora, las/os niñas/os, preadolescentes, adolescentes y jóvenes son también conscientes de los cambios que se producen entre las actuales generaciones adultas y las personas mayores, todo lo cual, les lleva a augurar importantes cambios de cara al futuro de las próximas generaciones de mayores. Uno de los primeros aspectos que señalan es que las mujeres (sus madres, sus tías, sus vecinas, etc., trabajan todas (o al menos quieren hacerlo) en algún empleo remunerado y esta realidad plantea cambios muy importantes de cara a la construcción del entorno familiar. Al respecto dice una niña de nueve años: "... cuando mi mamá sea mayor, va a ser diferente porque mi madre trabaja tiene su dinerito y ella siempre dice que no quiere que nadie la cuide, que ella tendrá para cuidarse ella sola y aunque la queramos mis hermanos y yo, que ella no quiere depender de nadie." En términos más elaborados, expresan lo mismo, los diferentes sectores de edad.

Este segmento más joven, percibe, de forma muy clara, que las actuales condiciones de vida –en comparación con el discurso que les llega de las personas mayores y más aún de las/os ancianas/os– son, desde todos los puntos de vista de mayor capacidad de ocio, de consumo, de mejores condiciones de vida y de trabajo, todo lo cual, repercute en una mejora substancial de la calidad de vida cara a su futuro como mayores. Y al mismo tiempo son conscientes –por información mediática substancialmente– de la importancia estratégica que tendrán las personas mayores en los próximos años, en el contexto de un país que tiene la tasa de natalidad más baja del mundo y una fuerte tendencia al envejecimiento poblacional. En este mismo horizonte perceptivo, son también conscientes, especialmente los sectores jóvenes con edades alrededor de los veinte años, de la importancia significativa de los cambios en el cuidado de la salud y de los avances en el campo de la medicina, todo lo cual, sumado a un más alto nivel de educación y una masiva capacidad de vinculación con las

nuevas tecnologías, depara, sin ninguna duda, un posible futuro más halagüeño y vital.

La percepción de las personas mayores en cada uno de los segmentos de edad juvenil

Las/os niñas/os: Tienen, sin duda, la visión más positiva de las personas mayores y les definen, de forma global, como divertidos, pacientes, amables y generosos. En negativo van a señalar que son “antiguos” en sus gustos, en su aprecio por el color negro, en su falta de interés por las nuevas tecnologías, es decir por los juegos electrónicos y los nuevos soportes informáticos. La evidencia del deterioro físico no les aleja de este segmento social y tampoco señalan especial distanciamiento por sus peculiares formas de emocionalidad. Comparten con los mayores tanto el espacio privado como el público, y en este último las abuelas y los abuelos (todos los mayores en general) tienden a ser generosos y acompañarles a los lugares de su interés (parques, hamburgueserías, kioscos de chuches, etc.). Las relaciones entre estos dos extremos generacionales –niñas/os y mayores– es de alta intensidad sustentada en el afecto y en la función de cuidadores que realizan las personas mayores y que se materializa en el acompañamiento de algunas tareas escolares, ocasionalmente en los juegos de mesa, en las vacaciones de verano, en las fiestas y eventos familiares.

Preadolescentes y adolescentes: Sin ninguna duda, el subsegmento juvenil que más conflictos presenta frente a las personas mayores. Son quienes más destacan las apreciaciones negativas hasta el punto de señalar que en general son aburridas, gruñonas y cotillas. Soportan muy mal, la tendencia a expresar discursos morales (de moralidad tradicional para ellas/os) por parte de las personas mayores ante todo lo que hacen. Son también quienes más señalan el deterioro físico como un síntoma poco agradables para la convivencia y la relación. En efecto, las arrugas, el encorvamiento, las canas... resultan aspectos negativos de la imagen de las personas mayores. La pérdida de fuerzas y de vitalidad, propias del envejecimiento, apuntan hacia una imagen de decadencia de las personas, lo mismo que la sensación de soledad y tristeza y lo que van señalar como un bajo apego a la vida: “... no sé, no me molesta tanto que sean mayores pero eso que te das cuenta que no les gusta nada de la vida, eso de que hablan de la muerte y tal, eso me molesta mucho, me da como grima...”

Predomina en estos dos segmentos la sensación de que las personas mayores están dominadas por el carácter autoritario y el anquilosamiento en

épocas pasadas y al mismo tiempo, los y las adolescentes son los más sensibles ante el deterioro emocional de las personas mayores.

El espacio de relación por excelencia entre las personas mayores y estos sectores de edad es el ámbito privado, mientras que en el público es donde más claramente se hace expresiva la conflictividad generacional ya que es aquí donde se sienten socialmente observados y criticados pero sobre todo, es el ámbito donde la reafirmación precaria de su identidad juvenil les aleja abruptamente de sus abuelas y abuelos por temor a ser considerados niñas/os ante los ojos de sus amistades. Se trata de una época en la que desciende de manera abrupta la anterior comunicación que tenían y los tipos de vinculación quedan limitadas a recepción de propinas y aceptación de monólogos por parte de las personas mayores, aunque este nivel de violencia simbólica tiende a mitigarse con el acceso a una situación de mayor seguridad una vez transitada la difícil etapa de la adolescencia. Es, sin ninguna duda, una etapa de mutuos desencuentros: a los mayores no les gustan estas edades de afirmación y carencia a un mismo tiempo y a las/os preadolescentes y adolescentes no les gusta el perfil normativo de las personas mayores. De allí que de forma sintomática, estas cohortes de edad valorarán como positivas, aquellas experiencias vitales en las que prácticamente no existe relación con el colectivo que nos ocupa.

Las/os jóvenes: Por su parte este sector de edad (en nuestra investigación contiene a los interlocutores con edades comprendidas entre los diecisiete y diecinueve años) presenta una posición muy comprensiva de la complejidad que implica la realidad de este segmento de personas mayores y sobre todo, muy conscientes de la dificultad para encontrar formas de relación verdaderas con ellos. Consideran que en general se trata de un colectivo muy bien tratado por la sociedad y por la administración (central, autonómica, local) de forma más específica. La falta de autonomía personal y la consecuente dependencia de los sectores más ancianos, es el aspecto que considera más conflictivo, negativo y difícil, aunque reconocen que el grueso de las personas mayores ha logrado un muy buen nivel de normalización e integración social. Las relaciones entre estos dos colectivos, son predominantemente en el ámbito privado dado que en el espacio público se mantiene lo que ellos mismos dan en llamar “los lugares especializados por edades” y en consecuencia, la posibilidad de encuentro o de acompañamiento depende de una planificación previa y se hará desde cánones relacionales distintos: las/os jóvenes acompañan (como cuidadores) a las personas mayores. Las relaciones suelen ser por cantidad y por intensidad de tipo bajo y esporádicas y el principal eje comunicante entre “ambas culturas” se produce ante el televisor dentro del seno del hogar: ver el fútbol, la teleserie, alguna película “de época”. En cualquier caso

se trata de una relación con capacidad de reconocerse en un pasado común (nietas/os abuelas/os) y de estar, ya en estas edades, preparados para un reencontro generacional de características peculiares: suficiente distancia relacional, pero un afecto estable y mutuamente respetuoso.

El habitat de las personas mayores en la percepción del colectivo infanto-juvenil

Consideran que el hogar propio de las personas mayores es el hábitat más adecuado y la opción de hábitat más favorable, –para ellos y para el resto de la familia– cuando se deban afrontar las dependencias de la vejez. Para poder hacer frente a la vejez desde el propio hogar de las personas mayores, el colectivo infanto juvenil tiene muy claro –en cada uno de los segmentos de edad consultados– que debe existir algún tipo de ayuda externa, que si no son “las hijas” o “las nueras” deberá ser “alguna mujer” a la que se le pague por su trabajo. La segunda opción para la vejez de las personas mayores que señala este colectivo es la estancia en casa de las/os hijas/os, pero de una forma estable, rechazando explícitamente el sometimiento a estancias rotativas en casas de diferentes familiares.

Existe un rechazo manifiesto hacia las residencias en general, a pesar de que a medida que van creciendo en edades, racionalizan los matices que llevan a la inevitabilidad de estas opciones cuando la vejez es ya muy avanzada y la dependencia es muy alta o incluso, total. Sin embargo es digno de destacar la mala imagen y la baja estima que tanto las/os niñas como preadolescentes, adolescentes y jóvenes tienen sobre las residencias para la ancianidad. Quienes no las conocen, argumentan en función de las imágenes que desde los adultos y desde los medios de comunicación les llegan. Pero más negativa aún, es la imagen de las residencias entre los adolescentes y jóvenes que alguna vez han estado (por pertenecer al voluntariado o por visita a algún familiar) en una residencia. Aún despejando la imagen patética que pueden transmitir los medios de comunicación en su vocación por construir la noticia, lo que les lleva al rechazo estructural, es la tristeza que les produce la apatía relacional entre quienes están residiendo en ese lugar, la ausencia de alegría, la falta de sentido vital, la sensación de final que sin ninguna duda perciben. Al respecto, decía un joven de dieciséis años: “... en la que yo he estado (se refiere a una residencia), la verdad es que estaba bien, todo muy limpio, además veías que los trataban con cariño, pero el problema es que son muy mayores y todos están nada más que esperando a morirse y eso es muy triste, son lugares para esperar la muerte.” Por lo que difícilmente puedan imagi-

nar es que algunos de los mayores de referencia a los que ellos conocen, y a los que valoran, puedan querer vivir en un lugar que les trasmite esta sensación. De allí que por la vía directa o indirecta de conocimiento, todos el segmento infanto-juvenil, distantes del cúmulo de responsabilidades que implica el cuidado y atención de la vejez, se posicionan favorablemente por la atención de los ancianos a través de las alternativas de apoyo en las propias viviendas, o en su defecto, por la estancia en casa de familiares. Percepción muy real, que sin embargo, no coincide totalmente con la que tienen los adultos –incluidos algunos segmentos jóvenes– para quienes resulta más un conflicto de orden variable, entre lo moral, lo pragmático y lo económico y menos un problema en la proyección de futuro posible que realizan las propias personas mayores, los adultos y los jóvenes.

LOS ÁMBITOS COMO ESPACIOS DE RELACIÓN INTERGENERACIONAL

En los ámbitos más cosmopolitas o urbanos, la relación de las personas mayores con el segmento infanto-juvenil pasa por un canon de mayor distanciamiento, mientras que son percibidos por los infantes como sujetos más pasivos que tienden a permanecer en los espacios cerrados (las casas, preferentemente) y a utilizar la calle con carácter operativo, aún cuando se instalan en los parques y plazas ya que lo hacen de manera disciplinada con horarios y lugares preferenciales. De manera más esporádica, los ven tendencialmente cada vez más vinculados a las prácticas de ocio y consumos culturales (cine, teatro, espectáculos, vacaciones, etc.) Por su parte, en los ámbitos rurales y comunitarios los varones mayores son vistos preferentemente en la calle, en las plazas de los pueblos, en los lugares estratégicos de “control”, mientras que las mujeres mayores, están preferentemente en relación con sus tareas domésticas y la calle es el espacio del tránsito para cumplimentar sus haceres femeninos. Las fiestas populares son el espacio por excelencia de interrelación generacional.

Las personas mayores en los medios de comunicación, percibidos por el segmento infanto-juvenil

Las personas mayores en los diversos soportes y medios de comunicación, son percibidas de manera dualizada por este segmento. Por un lado, se les presenta en el espacio ficticio en función de una idealidad que poco o nada tiene que ver con la realidad de las y los mayores que conocen. De esta forma, se los presenta en el cine como poseedores de una sabiduría y una carga de experiencia que siempre desemboca en resultados positivos, (de manera paradigmática, el cine norteamericano). En la televisión, aparecen de forma más

desgarrada e incluso, en algunos casos, son percibidos por estos jóvenes como en situación de ridiculización. En la publicidad se les proponen mayores con actitudes juveniles que impactan por lo poco verosímiles. Y por otro lado, cuando aparecen las personas mayores reales, tienden a tener dos dimensiones diferentes: o son clak de programas, sin voz y sin diferenciación personal o por el contrario, son personas nominadas en función de su excelencia laboral (escritores, músicos, actrices y actores, políticos). Entre una y otra tendencia, para el colectivo infanto-juvenil, destaca la tendencia ficticia que poco o nada tiene que ver con la posibilidad de proyectar sobre ella, la imagen de las personas mayores reales con las que conviven y que conocen.

LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL COLECTIVO DE INTERLOCUTORES ADULTOS

Sin ninguna duda, se trata del colectivo en el que es más destacada la importancia de las experiencias y los sistemas de relación con las personas mayores, como antecedente fundante del tipo de imagen que tengan de ellas. Cuanto más positiva es, y ha sido, la relación con las personas mayores, mejor será la imagen que se tenga de este colectivo. Sin embargo, en ningún caso se fusionan ambas imágenes, la peculiar de tipo experiencial y la global, de perfil más perceptivo y valorativo.

El segmento adulto va a ser el más categórico a la hora de afirmar la importancia de las caracterologías personales de las personas mayores (talante, estado físico, solidez mental, etc.) para poder tener con éstas, una relación de tipo igualitario y una imagen positiva del colectivo. Sin ninguna duda también, son los más enfáticos a la hora de señalar la importancia de los cambios que se han producido –y se están produciendo– de cara a la revitalización de las personas mayores. Tanto por relación como por proyección personal, los adultos (ellas y ellos) son los que más ponderan y señalan la dominancia de los ejes ocupación/desocupación y autonomía/dependencia en la valoración y percepción de las personas mayores y en el tránsito hacia la vejez.

LA PERSPECTIVA DEL GÉNERO EN LA VALORACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES:

El colectivo femenino adulto

La mirada de las mujeres sobre las personas mayores resulta, a todas luces, más despiadada y descarnada dado el mayor peso que implica para ellas la relación, los cuidados, la responsabilidad, la implicación con este colectivo.

Mucho más que sobre los varones, recae sobre las mujeres el peso de la historia relacional (con sus aspectos positivos y negativos) y sobre todo, la proyección futura de deber “hacerse cargo” dados sus roles de hijas, nueras, nietas de futuros ancianos.

Las mujeres consideran a los varones (mayores y ancianos) “más fáciles de llevar y contentar” que a las mujeres (sus madres, sus suegras, sus abuelas) a las que saben o presuponen más autoritarias, más competitivas y más insatisfechas con los cuidados que puedan prodigárseles. Sin ninguna duda, habrá que tener en cuenta que para las mujeres adultas, el ingreso en la ancianidad de sus propios mayores (por sangre o por relaciones políticas) les implica un cúmulo de nuevas responsabilidades y tareas que han de sumarse a las que ya ostentan por ser esposas, madres, trabajadoras, amas de casa, consumidoras, etc. Pero sobre todo porque la situación de dependencia de la ancianidad anuncia un profundo conflicto moral en el que el margen de opción queda muy restringido: o se hacen cargo ellas mismas de las nuevas demandas de dependencia o se ven abocadas a optar por una residencia que está desprestigiada en el sentido profundo del término, ante la sociedad e incluso, ante ellas mismas. Sin ninguna duda, es un debate crucial al que se enfrentan estas mujeres adultas que deben en la plenitud de sus vidas y del desarrollo de otros roles vinculares y autorreferenciales tener que asumir un lugar tradicional que entorpece sus actuales trayectorias de autoafirmación. El conflicto se agudiza cuando no hay pares (hermanas o similares) que puedan, en la perspectiva de la prefiguración del problema, acompañar la nueva situación que prevén, pero más aún se agudiza la conflictividad moral, cuando se trata de asumir la responsabilidad de los cuidados y hacerse cargo de ancianas/os con los que se ha tenido una mala relación vital a lo largo de la propia historia.

El colectivo masculino adulto

También, al igual que el resto de colectivos, los varones adultos perciben a las personas mayores cargadas de vitalidad “...como nunca antes en la historia”, por lo que sus valoraciones y apreciaciones están a tono con la amplia diversidad de consideraciones ya expresadas anteriormente. Las mejoras generales en el nivel y en la calidad de vida del conjunto de los españoles han beneficiado de forma particular al colectivo de personas mayores, y más aún, a los ancianos mismos. Sobre éstos últimos, tiende a centrarse el debate sobre las personas mayores que se les propone ya que sus mayores de referencia van acercándose a la condición de ancianidad de forma acelerada. Y de manera muy hegemónica y más específica, el debate masculino se sostiene sobre los gastos económicos o las inversiones que implica el cuidado de los ancia-

nos ya se trate de residencias (públicas y/o privadas) o de personal encargado de dichos cuidados. De allí que sean los más proclives a reclamar a las administraciones una mayor carga de responsabilidad y ejecutividad en la forma de resolver la atención a las personas mayores, anteponiendo tanto la condición de ciudadanos que contribuyen con sus impuestos o de clientes consumidores que exigen en función de sus capacidades de pago.

Las expectativas ante la administración son, sin ninguna duda, el signo diferencial de este colectivo que llega expresar: "... está bien que les lleven de viaje y de excursión y todo eso, pero sobre todo lo que tienen que hacer es resolverles la vida de todos los días, a ellos y por lo tanto a nosotros que somos los que pagamos".

Se trata de un colectivo que, a diferencia de las mujeres que son las demandadas para actuar desde el cuidado directo, desde el cuerpo a cuerpo, desde la actitud maternal, los varones son demandados a exigir propuestas estructurales en el espacio público, a pagar los cuidados como pagan otros servicios, a cubrir, en definitiva, la parte simbólica de la participación en la atención de los mayores, y más aún, de los ancianos intercambiando no su tiempo y su saber doméstico, sino sus dineros como representación de su saber estar en lo público.

LA IMPORTANCIA DEL HÁBITAT EN LA CONSIDERACIÓN QUE REALIZAN LOS ADULTOS

La mirada de los adultos (de ambos géneros) en relación con el tipo de hábitat va a destacar la existencia de una mayor y mejor integración de las personas mayores y de las/os longevas/os y ancianas/os en los ámbitos rurales y comunitarios en los que conviven "productivamente" hasta más allá de las edades de jubilación o en su defecto, –como sucede en muchos ámbitos comunitarios– porque sus pensiones y jubilaciones pasan a ser parte integral del sustento familiar. Por lo que en estos tipos de ámbitos, la integración es REAL con todos sus conflictos de intereses y sus debilidades pero, es de bajo o carente cuestionamiento dada la importancia de sus formas de inserción.

Por su parte en los ámbitos urbanos y metropolitanos, los adultos aprecian una integración de los mayores, longevos y ancianos más simbólica que real dada la mayor digresión del grupo familiar, la existencia de unidades nucleares familiares más autónomas, e incluso, en muchos casos, la necesidad de forzar al conjunto de los miembros de la estructura familiar para incorporar la realidad cultural diferencial de los mayores. La vida moderna y las pau-

tas de relación de las estructuras urbanas, dejan un bajo margen de tiempo y espacio para la convivencia con las cohortes superiores.

De manera incierta, todo el bloque adulto interlocutor (de uno y otro género) en los diferentes tipos de hábitat, tiende a desestimar o mejor aún, a expresar un rechazo pasivo ante las residencias como espacio de cuidado para los longevos y los ancianos y a expresar su mayor preferencia por el acogimiento familiar como forma paliativa de acompañar a los más mayores. Dicha posición tiende a resquebrajarse en los grandes ámbitos metropolitanos y de forma particular en el discurso femenino y en el de los adultos más jóvenes que tienen una perspectiva más lejana de co-responsabilidad sobre las personas mayores, las longevas o las ancianas. Por el contrario este subsegmento adulto joven (que abarca de los veinticinco a los cuarenta y cinco o cincuenta años) es el más radical a la hora de expresar sin tapujos la “imposibilidad” real de hacerse cargo de cualquier tipo de cuidados, dadas las ocupaciones y responsabilidades diarias de mujeres y varones en la vida moderna. Desde esa misma perspectiva, proyectan que su propia vejez será, sin duda, autónoma e independiente y quienes han constituido grupos familiares asumen que los actuales jóvenes serán incapaces de responsabilizarse de los cuidados de los mayores, más allá de sus voluntades y fantasías actuales.

La relación de las personas mayores con diferentes colectivos de edad desde la percepción adulta

Sin ninguna duda, en la percepción que los adultos tienen de las formas de relación e integración de las personas mayores con los otros segmentos de edad la relación entre ellos (adultos de uno y otro género) y las personas mayores, ocupa un lugar diferencial, dada su importancia e implicación. Existe, tendencialmente, una relación igualitaria entre personas mayores y adultos, limitada sin embargo, muchas veces, por la existencia de vinculaciones conflictivas debido a las trayectorias históricas de relación en común (padres, madres, suegras/os, etc.), pero en lo que respecta a lo generacional como tal, valoran la existencia de una mutua y buena imagen hasta el punto de que lo sitúan como un colectivo más entre todos aquellos con los que se relacionan.

Con las personas longevas que se encuentran en el tránsito entre autonomía y dependencia, comienza a producirse una inversión de roles, según la cual los adultos pasan a ser los cuidadores de los otros, de los mayores, situación que agudiza hacia un mayor conflicto, las relaciones existentes y con aquellos con los que no media una relación cercana o vincular, tiende a

primar la imagen de un sector muy solitario y que es proclive a la automarginación y al desinterés por lo que sucede a su alrededor. Con los más ancianos, es decir con aquellos que se encuentran en situación de dependencia estructural, la relación asume su mayor carga de conflictividad desde la perspectiva de este colectivo adulto en su conjunto, pero especialmente para las mujeres de este segmento. Sin ninguna duda, el esquema relacional se expresa en el dilema entre la culpa o la esclavitud. La investigación realizada pone en evidencia que se trata de los segmentos que con mayor carga de conflictividad asumen sus formas y responsabilidades relacionales y al mismo tiempo que, si bien en cada una de ellas existe un universo peculiar de problemas, no por ello deja de ser un problema social y masivo. Frente a los ancianos que no son vínculo directo o responsabilidad de los adultos interlocutores, media la imagen de un sector social con baja o nula vitalidad y sobre todo, sin horizonte de existencia lo que provoca un importante desapego en la perspectiva discursiva.

Los adultos tienen también una mirada importante sobre las formas de relación que las demás cohortes mantienen con las personas mayores. Así, ven que las/os niñas/os tienen con las personas mayores una relación fluida y dinámica que resulta mutuamente estimulante y, –al igual que les sucede a ellos– con los longevos, el segmento infantil invierte los roles relacionales y son más cuidadores que cuidados, mientras que con los más ancianos se rompe o se anula la relación a pesar de la actitud cariñosa y compasiva que los menores sienten hacia aquellos.

Entre los preadolescentes y adolescentes y las personas mayores, las formas de relación son –en la percepción adulta– muy conflictivas dado el choque entre esquema de valores y culturas no sólo diferentes sino muchas veces, antagónicas; con los longevos la relación es más afectiva pero cegada por la incomunicación mientras que con los más ancianos es muy escasa (dificultades expresivas de los más jóvenes e incapacidad de los otros) por lo que la articulación comunicativa se sustenta, en igual medida entre la piedad y el rechazo.

Finalmente los adultos valoran en la relación entre jóvenes y personas mayores que el grado de conflictividad existente tiende a diluirse por inhibición de los segundos que se someten a la potencialidad y la fuerza expresiva de los más jóvenes. Por su parte, con los más longevos la relación se retrae y se desdibuja como tal debido al distanciamiento comunicativo que se produce y con los más ancianos, prevalece una relación afectiva y piadosa –por parte de los jóvenes– aunque distante y vacía dados los diferentes momentos vitales.

LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES ACERCA DE SÍ MISMAS

De manera totalmente coincidente con el resto de colectivos interlocutores, las personas mayores se perciben a sí mismas atravesadas por los mismos ejes estructurantes de su identidad y sus tránsitos vitales: entre ocupación y desocupación se articula el proceso de envejecimiento, mientras que entre la autonomía y la dependencia, se transita hacia las circunstancias de la vejez.

Se trata de un colectivo que globalmente se percibe revitalizado y mucho más integrado que sus mismas cohortes en décadas anteriores y sobre todo, mucho más activo y dinámico que la imagen que social y culturalmente existe de la llamada tercera edad. De manera sintomática y afianzando esta misma consideración resulta muy ilustrativo que los interlocutores de entre sesenta y setenta años, consideran que las personas mayores son otros, de mayor edad que ellos, dada la buena salud, el buen ánimo, las expectativas vitales que les motivan y que les hace muy incomprensible el reconocerse como tales: "... es que no te crees que seas una persona mayor, alguien de la tercera edad... yo me siento como un chaval lleno de ganas, de fuerzas, incluso de ímpetus que es una palabra que parece imposible a los sesenta y siete años". "Creo que estoy en el mejor momento de mi vida, tengo sesenta y tres años y me siento llena de vida, con una claridad para ver las cosas mías y de mi alrededor como nunca he tenido, de verdad"

En cuanto a sus formas y niveles de integración social, se sienten bien relacionados en términos generales, muchas veces mejor con los más distantes que con los más cercanos (eje familiar - extrafamiliar) integración que tiende a ser más positiva y satisfactoria entre quienes comprenden y valoran la relación familiar como una red de sujetos en vinculación afectiva y solidaria, antes que como una estructura rígida de roles: " se acabó eso de que porque es mi hijo o mi hija o mis nietos tienen obligaciones para conmigo, todos tenemos obligaciones con todos y lo que debe haber es afecto y sobre todo mucho respeto, pero a todos incluido a los niños, los jóvenes todos.." Resulta muy elocuente comprobar que las personas mayores que mejor se relacionan con la realidad en la que están inmersas son las que se saben rodeadas de amistades, de actividades y de responsabilidades extradomésticas –tanto ellos como principalmente ellas– porque de esta forma ratifican una existencia propia capaz de superar la cultura de roles que tradicionalmente se les ha asignado.

Son las propias personas mayores las que perciben lo social como un mosaico de culturas de edades en las que cada segmento generacional prefiere relacionarse con sus iguales, con sus pares, antes que con las otras cohortes, motivo que les lleva a tener una visión normalizada (o al menos

normalizante) cuando expresan las dificultades de relación con las/os adolescentes, con los jóvenes e incluso, con las/os adultos. Esta buena comprensión de la realidad en la que viven (en ningún caso puede extenderse a la totalidad de los segmentos mayores españoles pero sin ninguna duda alcanza a amplias mayorías sociales de esta edad) es más intensa y verdadera cuando sustentan su identidad desde fuera de los roles de linaje, cualquiera que éstos sean. Y, contrariamente, su comprensión y valoración de la realidad así como el grado de interés en la inserción es más endeble y rencorosa entre quienes mantienen solo relaciones intrafamiliares.

EL GÉNERO EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Uno y otro género dan muestras de que el talante positivo y el buen estado físico y anímico es el factor central del posicionamiento vitalizante en esta edad. Estos aspectos no sólo son vividos como tales sino que, sobre todo, son concebidos como los verdaderos motores de sus posibilidades relacionales e integradoras a la vida.

Las mujeres expresan mantener los roles tradicionales más vinculados a los quehaceres domésticos y a las responsabilidades de linaje hasta que ingresan en el periodo de dependencia propio de la ancianidad. Las responsabilidades domésticas si bien sugieren una forma de mantenerse activas y sentirse útiles, no deben ocultar que es también fuente de depresiones y de carencias en el sentido más vital y relacional del término. La casa como responsabilidad, con su constante fungibilidad, es sólo de forma parcial, un espacio de satisfacción. La extensión del rol maternal hacia los nietos es, sin ninguna duda, fuente de satisfacciones espacialmente hasta la etapa de la niñez de éstos, pero se agudiza y pasa a ser poco o nada gratificante cuando las/os nietas/os buscan una autoafirmación diferencial con el ingreso en la etapa de la adolescencia. Por otra parte, la asunción de este “segundo rol maternal” hacia la tercera generación, suele ser fuente de conflictos y competencias con sus hijas y/o hijos.

De manera muy elocuente van a señalar, con claridad meridiana y sin parangón con el discurso masculino, su insatisfacción ante la escasa o inexistente vida sexual en la que se encuentran sumidas, aspecto que sin lugar a dudas, en nada se corresponde con la vitalidad –e incluso la sensualidad– que demuestran tener. Como parte de esta misma sensualidad van a gratificarse en la cada vez mayor apertura del mercado de consumo de indumentaria y de cuidados personales que con asiduidad, exhibe propuestas para ellas, para esa edad en la que... no eres vieja porque no te sientes así, te sientes que aún te comes el mundo y eso está bien que haya desde cremas hasta ropa pensadas

para nosotras, eso antes en este país no pasaba”. Animosas y abiertas al consumo, son más propensas que los varones a iniciarse en procesos de aprendizajes y participar en formas de asociacionismo relativas a diferentes temáticas. Tal vez, la excepción en este orden de intereses se sitúe en la apertura hacia las nuevas tecnologías de la comunicación, con las cuales, sin embargo, ya existen importantes núcleos de interés y de deseos de integración.

Para los varones, la jubilación, más aún si es pre-jubilación, implica una experiencia de fuerte ruptura de su identidad y la consecuente necesidad de asumir nuevas formas de construcción de ésta. La adecuación a las nuevas formas de relación post-jubilación implica una profunda redefinición del tiempo y del espacio que suele ser muy traumática y poco gratificante porque es vivida más como una pérdida que como una ganancia: “... Tu lo ves, sabes que es algo nuevo, pero te quedas mucho tiempo pendiente de que tu eras lo que trabajabas y que eso ha sido el sentido de tu vida y entonces, ahora, eres un trasto, alguien que molesta en casa y que no tiene nada que hacer en la calle y que los días son eternos y son siempre iguales, ya no hay esa diferencia que antes añorabas con tantas ganas de que llegara el fin de semana para descansar, para ver a los tuyos, ahora el tiempo es siempre igual”

La asunción de nuevos roles participativos en el hogar, suele ser aceptada, pero en ningún caso asumida con interés –menos aún con placer– por parte de los varones. En cualquier caso, salvo en aquellas circunstancias de pérdida de la pareja y obligatoriedad de asumir las responsabilidades domésticas, éstas suelen quedar bajo el dominio femenino y ellos asumen, en el mejor de los casos, el papel de auxiliares, “mandados” colaboradores de las responsabilidades del hogar.

La relación con los nietos, aunque afectuosa y activa les potencia principalmente su tradicional lugar de mediadores en el espacio público lo que suele amparar una muy buena relación con las/os niñas/os pero que pierde intensidad y calidad cuando los infantes crecen y buscan una mayor autoafirmación, lejos de los roles familiares. En términos generales, los varones suelen refugiarse en la búsqueda de actividades disciplinadas como ser los responsables de los recados familiares, la vehiculización de nietos, la gestión de trámites, etc. y en menor medida participar en las actividades de la casa.

La tendencia más generalizada entre los varones es atravesar la etapa de la ocupación a la desocupación con una fuerte caída anímica, incluso con profundas depresiones, todo lo cual suele llevarles al aislamiento, a una marcada tendencia hacia la soledad por lo que resulta importante entender que esta forma de asumir el proceso de envejecimiento implica no sólo una transfor-

mación en sus hábitos cotidianos sino, sobre todo, una profunda pérdida de la autoestima y más aún del sentido vital de sus existencias futuras.

LOS HÁBITAT EN LA AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

En el ámbito rural, las mujeres suelen seguir con sus roles domésticos, e incluso, una vez que los hijos son mayores, suelen asumir un mayor cúmulo de tareas productivas aunque en ningún caso se les reconoce su participación en las explotaciones rurales. Ellos prosiguen, más allá de la edad de jubilación, realizando actividades y tareas productivas y tienden a asumir las limitaciones físicas (y en menor medida anímicas) con mejor predisposición que los varones de otros ámbitos. En los hábitat de tipo comunitario, las mujeres incrementan la importancia de su rol femenino ante la casa, las/os hijas/os, las/os nietas/os pero sobre todo, lo que más destaca es la incompatibilidad que experimentan con la presencia del varón en las casas cuando éstos dejan de vincularse a la disciplina laboral. La tendencia femenina a asumir tareas de cuidado de todos los que están en su entorno, lleva a que se autoperciban ante sus parejas más desde una dimensión maternal que horizontal y complementaria.

En los ámbitos comunitarios relacionados con fuerte tradición de cultura obrera (la investigación en este tipo de ámbitos se realizó en la cuenca minera asturiana) la pérdida de la identidad laboral y el tránsito a la vida doméstica es muy mal vivida y percibida por los varones. Suelen refugiarse en salidas ociosas cotidianas como encuentro en los bares o en los casinos con otros varones en igual situación y sobre todo, suelen intensificar el hábito del consumo de alcohol como forma de paliar la nueva realidad que experimentan.

En el ámbito urbano, las mujeres incrementan a un tiempo los roles de linaje pero se vinculan más (y mejor que ellos) a formas de asociacionismo local y a estar más predispuestas para el aprendizaje, e, incluso, el emprendizaje de nuevas actividades gratificantes y disciplinadas. Ellos, por su parte, están más retraídos que ellas, son menos participativos, pierden interés por grandes aspectos de la realidad y se refugian en formas regresivas de integración: ver el fútbol, jugar partidas de carta o encerrarse en una monotonía temática sin apertura: la política, los toros, etc.

Finalmente en los ámbitos metropolitanos las mujeres intensifican la búsqueda de formas expansivas de participación y de acción social, sin abandonar, como ya hemos reiterado, las responsabilidades de los roles familiares (amas de casa, esposas, madres, abuelas, etc.) a pesar de que la realidad hostil de las grandes ciudades articule un discurso inhibitorio y temeroso del afuera (lo público) social. En los varones es mucho más evidente que en otros ámbitos, la

tendencia a la pérdida de vitalidad y el sentimiento de marginación (incluso de exclusión social) y la búsqueda de refugio en los aspectos lúdicos de su propia cohorte generacional.

Las personas mayores y su autopercepción de la relación con otros segmentos de edad

Sin ninguna duda, la percepción de las personas mayores en relación a las formas de vinculación y comunicación con otros segmentos de edad, coincide con las múltiples miradas ya expuestas en páginas anteriores: con las/os niñas/os muy buena afectividad y dimensión comunicativa; con las/os preadolescentes comienza a marcarse una distancia conflictiva que se agudiza en proporción a las intensidades de cambio de los más jóvenes. Con las/os adolescentes la situación alcanza su mayor grado de hostilidad comunicativa, marcado por un desencuentro mutuo e incluso, por una ausencia de respeto por ambas partes. Con el segmento joven tiende a producirse una posible vía de reencuentro afectivo, sobre todo en el marco intrafamiliar, pero también un temor ante la potencialidad (y la no poco frecuente violencia) de este sector en los espacios públicos. Y con el colectivo adulto, parecen destacar la existencia de conflictos en lo intrafamiliar (especialmente en el binomio madres/hijas) y una gran cordialidad y comunicabilidad fuera del marco familiar estricto.

LAS PERSONAS MAYORES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Se sienten (y se saben) poco o nada representados en los medios de comunicación en tanto colectivo, cohorte o sector de gustos, necesidades e intereses particulares y peculiares. Son conscientes que representan a las llamadas audiencias pasivas ante los medios de comunicación, –especialmente ante la TV– aquellas que tienen una presencia marginal en los estudios de audiencias y en la articulación de propuestas programáticas concretas. Los varones muy pendientes de las retransmisiones (visuales o auditivas) de fútbol y en menor medida de películas mientras que ellas forman el segmento más fiel de las audiencias de TV de tarde, telenovelas, teleseries y películas españolas. En radio, los programas participativos y las tertulias son sus principales intereses aunque también destacan en el gusto por programas musicales tradicionales.

Señalan de manera muy positiva, la identificación con figuras que representan formas a un tiempo maduras pero vitales de alcanzar las edades más altas y se regocijan especialmente con quienes siguen en activo por sobre los setenta años (actrices, actores, presentadores de TV, políticos, etc.). En la misma línea de consideraciones, van a rechazar por negativo (e incluso, por

patético) las figuras mayores que deniegan de sus edades relacionándose en su pública intimidad con personas más jóvenes de uno y otro sexo.

LA VEJEZ EN LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Ratificando el conjunto de miradas y percepciones de los otros segmentos interlocutores, la vejez para las personas mayores está asociada a la pérdida de autonomía y a las circunstancias de dependencia. Frente a la vejez, sus potencialidades discursivas (muy expresivas en toda la investigación) tienden a desdibujarse y a presentarse como un balbuceo del que prefieren no hablar. La principal dimensión genérica que expresan, es su intención de no convertirse en “una carga” para las hijas, para los hijos, aunque fundamentalmente los varones, no dudan en proyectar hacia las mujeres sus profundas expectativas de cuidados dentro del hogar y a éste como el último escenario de sus vidas: “Morirme en mi casa, tranquilamente, y que sea mi mujer la cuide... y basta”

La expectativa ante las mujeres –por parte de los varones pero también por parte de muchas mujeres que van acercándose a la vejez– se establece hacia éstas en tanto cuidadoras y ante la casa, en tanto lugar definitivo de la vida, aspecto que se incrementa en los ámbitos rurales y comunitarios y, aunque persiste, tiende a ser menos rígido en los ámbitos urbanos. En las culturas metropolitanas y cosmopolitas, es evidente que se trata de una expectativa en fuerte regresión tanto por parte de los varones como de las mismas mujeres. De allí que en los ámbitos más masivos (urbanos y metropolitanos) cobra cada vez más importancia y presencia discursiva la oferta de servicios públicos y privados de atención a la vejez en los hogares como nueva vía de opcionalidad frente a las desprestigiadas (por escasas pero también por demonizadas) residencias.

LA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES ENTRE LOS PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS

Finalmente, habría que decir que los especialistas y profesionales subrayan también, ante todo, la gran heterogeneidad del colectivo de las personas mayores. Para los especialistas, hablar de este colectivo supone hacerse cargo, en todo momento de la historia de vida o la biografía de cada una de estas personas y tener presente las variables sociodemográficas que pesan sobre ellas/os como sobre el resto de la sociedad. Así diferencian entre proceso de envejecimiento y vejez. Los profesionales consultados entienden el envejecimiento y la vejez como dos realidades distintas de la vida de las personas

mayores y, desde ese momento, construyen dos imágenes diferentes sobre cada uno de estas etapas. Estas realidades pueden ser explicadas recurriendo a otros ejes que cruzan el envejecimiento y la vejez. Y estos son, fundamentalmente, la ocupación/desocupación y la autonomía/dependencia. Pero además, la actividad/inactividad y la utilidad/inutilidad social. La articulación de todos estos ejes es la que permite diferenciar la realidad de las/os mayores de la realidad de las/os ancianas/os, pero también las diferencias de géneros y las diferencias entre los ámbitos más tradicionales y los más modernos. Las imágenes sobre el envejecimiento y la vejez aluden también a la realidad de su salud física, psíquica y sensorial y a las condiciones ambientales de las que esta salud depende, condiciones de índole tanto material como simbólica.

Para estos interlocutores, la vejez es un estado definido por la dependencia total o parcial de las personas mayores con respecto a terceras personas e instituciones. Por tanto, perciben la vejez como un producto natural que se inscribe en el ciclo vital de los seres humanos. Se trata de una etapa inevitable a la que toda persona llega irremediabilmente como consecuencia del deterioro de sus facultades físicas y mentales. Este deterioro hace que las condiciones sociales de vida de los ancianos y las ancianas sean problemáticas y conflictivas. En la vejez, por tanto, la naturaleza impone su ley a la sociedad. Ante esta situación irreversible, los profesionales se muestran en general resignados, derrotados: la sociedad, es decir, los propios ancianos, sus familiares y las instituciones, poco pueden hacer para afrontar a esta situación tan negativa.

El deterioro se inicia y desarrolla paulatinamente durante el envejecimiento, proceso que empieza con la jubilación y termina con la dependencia. Se trata, por tanto, de un fenómeno social, que tiene consecuencias negativas sobre las condiciones de vida de las/os mayores. En esta etapa de la vida los imperativos sociales dominan sobre la naturaleza de estas personas y así merman su buena predisposición natural a vivir en positivo. La sociedad, por tanto, acelera el envejecimiento y lo iguala con la vejez. La sociedad es valorada por los profesionales como la responsable de que el envejecimiento se convierta en un problema o, cuando menos, en un reto para las/os mayores. Denuncian que el punto de inflexión instituido por la sociedad –la jubilación– no coincida con el hito marcado por la naturaleza –la dependencia–. Si lo denuncian es porque consideran que la jubilación acelera el deterioro psicofísico de las personas mayores y, de este modo, adelanta la llegada de la dependencia y de la vejez. Partiendo de este presupuesto, los especialistas reivindican, como algo ideal, que se produzca una inversión de la situación actual del envejecimiento en la que la sociedad domina sobre la naturaleza. Para ellos, en definitiva, las cosas

deberían ser de otro modo: las personas sólo deberían considerarse mayores, cuando sus condiciones naturales así lo dictasen.

Lo más importante es que, en cualquier caso, estas imágenes son por encima de todo, realistas, al nutrirse principalmente del contacto con las personas mayores. Así, las diferencias entre unas imágenes y otras se deben fundamentalmente al modo en que se produce este contacto: cada especialista habla, principalmente, del colectivo de personas mayores que mejor conoce y, en base a este conocimiento parcial, por inducción, conforma la imagen global de este colectivo. Podemos decir que las imágenes de los profesionales son realistas, pero también algo sesgadas y homogeneizantes. Los atributos de cada uno de estos dos subsectores (mayores y ancianos) tienden a caracterizar al conjunto por más que de una manera más fría y racional ellos mismos insistan en la heterogeneidad y consideren conveniente evitar estos sesgos, criticando duramente esta tendencia en otros colectivos sociales. Así, los profesionales que mayor contacto tienen con las/os mayores, generalizan la realidad del envejecimiento al conjunto de las personas mayores y tienden a entender la vida de éstas, en positivo, como un reto. Los que, por el contrario, mantienen mayor contacto con los ancianos y ancianas tienen una imagen más negativa, por proyectar los problemas específicos de la vejez al conjunto de los mayores.

Lo que resulta más significativo es que en la imagen dominante sobre el envejecimiento se oculta el deterioro natural de la salud de las/os mayores en un intento por subrayar la continuidad positiva de la vida. Lo que se procura es hacer desaparecer cualquier sombra de negatividad en una realidad que ellos creen que podría y debería ser más positiva, si no fuera por la influencia perversa de la sociedad. Al confundir lo real con lo ideal, los interlocutores ponen también tierra de por medio con respecto a la sociedad, que creen que tiene una imagen en general negativa del conjunto de las personas mayores.

Los interlocutores profesionales y especialistas que, por otra parte, mayor contacto tienen con las personas mayores de los ámbitos más modernos, generalizan las condiciones de vida de estos entornos al conjunto de las personas mayores, por más que en un ejercicio racionalizador señalen diferencias muy significativas entre unos y otros hábitats. Los que se relacionan con mayores de ámbitos más tradicionales, realizan la operación contraria, aunque son más conscientes de la existencia de otras realidades distintas de las que ellos mejor conocen.

La imagen de todos ellos, por otra parte, se encuentra absolutamente sesgada en lo que al género se refiere: en la mayoría de los casos, efectivamente, sus imágenes se conforman en torno a la realidad más propiamente masculina –la que tiene en la jubilación uno de sus hitos fundamentales–, que-

dando relegadas las mujeres a desempeñar un papel secundario como complemento o contrapunto de las circunstancias más propias de los varones mayores.

Las imágenes más globales de estos interlocutores dependen, en última instancia, de la intensidad del contacto en sus relaciones con las personas mayores: cuanto mayor es el contacto, más positiva y optimista es esta imagen, y cuanto más débiles son los lazos profesionales que les unen con los mayores, peor es la valoración de este colectivo. Por otra parte, las miradas de los especialistas que se consideran a sí mismos como agentes de cambio de esta realidad, son en general más optimistas que las de aquellos que no creen tener posibilidades de cambiarlas.

En definitiva, lo que nosotros debemos subrayar como conclusión principal es que las imágenes de los especialistas y profesionales consultados no son imparciales y objetivas, sino que se encuentran mediadas por una serie de filtros que las convierten en imágenes más o menos sesgadas. En este sentido, resulta significativo comprobar cómo existen elementos comunes entre estas imágenes y las que ellos mismos valoran negativamente en nuestra sociedad. Tratando de ser gráficos podríamos decir que desde las posturas más positivas y optimistas, se denuncia la existencia de imágenes negativas sobre el conjunto de las personas mayores. Imágenes que procedentes de la mirada sobre la vejez, se generalizan al conjunto del colectivo. Ellos, los profesionales, para tratar de corregir esta situación, la invierten. El modo de hacerlo consiste en reforzar las imágenes positivas del envejecimiento –negando sus aspectos más negativos, a pesar de que los reconozcan formalmente– y proyectándolos sobre el conjunto de las personas mayores.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL ANCIANO

Francisco Javier Iruzubieta Barragán

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, a parte de ser una evolución lógica de un proceso biológico, psíquico y social, es una cuestión de imágenes y actitudes. Para la mayoría de la sociedad, la juventud y la edad adulta representan un continuo proceso de desarrollo de nuevas oportunidades, capacidades, intereses y satisfacciones. Aquellas personas que consiguen un envejecimiento satisfactorio, mantienen esas actitudes a lo largo de la última etapa de su vida, obteniendo un enorme beneficio de esta situación. Otras sin embargo, ceden ante un cúmulo de imágenes falsas y pesimistas que frustran sus últimos años.⁴⁹ Esto se explica, en parte, porque la sociedad occidental considera la muerte, y por extensión el envejecimiento, un tema tabú.⁵⁰

Una actitud positiva ante la vida es probablemente la mayor ventaja que podemos tener a cualquier edad, pero quizás lo es más a una edad avanzada que en los años más jóvenes. Aquellos que tienen esa actitud no sólo obtienen el mayor provecho de sus capacidades e intereses, sino que también crean constantemente nuevas oportunidades y satisfacciones para sí mismos, incluso en las situaciones más restrictivas. Para quienes se enfrentan a la vida con ese espíritu, los últimos años constituyen una época de continuo desarrollo,

49. "En muchas culturas, en la antigüedad, los ancianos eran los más importantes, formaban el consejo rector de la comunidad (en la Iglesia eran los presbíteros o ancianos); hoy, la cultura productiva ha relegado sus estatus social..." "...en las sociedades democráticas, ante el número de jubilados con voto, los políticos han procedido a mejoras en las pensiones y en la asistencia social." Aguirre, A. (1993): *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Boixareu, p. 107-8.

50. Eseverri, C. (2002): "La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura", en *INDEX de Enfermería*, nº 39, p. 37.

para el cual disponen de experiencia, sabiduría, intereses, conocimientos y tolerancia acumulada durante muchos años. También constituye un proceso de suma más que de resta, de madurez creciente más que de pérdida de juventud, de evolución más que de regresión.

Uno de los ingredientes fundamentales para un envejecimiento satisfactorio es aceptar que las distintas edades conllevan diferentes calidades, roles y satisfacciones. Una parte importante de la identidad del ser humano viene definida en función de nuestro papel económico como empresario o asalariado, vendedor o comprador, en el cual el jubilado soporta poco peso. Del mismo modo, los ancianos ya no están integrados en una familia amplia de tres generaciones, como ocurre en las sociedades tradicionales. En cierto sentido, nuestro éxito al conseguir una vida más larga y sana ha generado el problema de definir funciones significativas y útiles para esos “años de más”.

Sin embargo, el principal obstáculo no radica en unos prejuicios contra el anciano, sino en la adopción de una imagen propia negativa conforme se avanza en edad, que en su forma extrema se convierte en la creencia irracional de que la ancianidad es una pesadilla de decadencia, soledad, pobreza, inutilidad y desamparo. Una imagen propia de esas características puede fácilmente auto alimentarse. La decadencia de muchas personas no viene determinada por haber agotado su potencial, sino porque las demandas impuestas sobre ellos por sí mismos y por otros son insuficientes. Es importante saber aceptar la ayuda apropiada, pero si ésta es excesiva puede hacer disminuir la independencia y la autoestima, y dar lugar a un incremento de la pasividad y de la confianza en los demás para que asuman el rol que le corresponde a cada uno. Es evidente la importancia, en esta situación, de la asociación del concepto de enfermedad al de anciano.

Términos como salud, bienestar, plenitud o satisfacción entre otros, parecen ser patrimonio exclusivo de unos tramos vitales desde un punto de vista cronológico, muy alejados del anciano. Éste es un error muy frecuente, incluso entre profesionales de lo sociosanitario, que impide afrontar de una forma adecuada las necesidades que se plantean en la última etapa de la vida del ser humano.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Probablemente pueda parecer paradójico abordar aspectos eminentemente preventivos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el declive de la vida del ser humano. Sin embargo, no olvidemos que nuestros esfuerzos deben encaminarse a la mejora de las condiciones de vida del ser humano, sea cual sea su edad. Ciertamente puede resultar difícil pen-

sar en términos de vida y de salud cuando ambos conceptos tienden a escasear a partir de una cierta edad, sin embargo, esta aproximación no puede ser más errónea, fruto de un profundo desconocimiento de la situación de una población cada vez más numerosa y con unas necesidades a las que debemos dar respuesta.

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de estas últimas décadas, desde aquella definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos planteaba la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad”,⁵¹ que nos daba una visión de la salud estática y, en gran medida utópica. Así lo afirmaba Milton Terris,⁵² que propugnaba la desaparición del término “completo” de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto. Hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad. Así mismo, para Terris, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo, el bienestar (sentirse bien en diferentes grados) y otro objetivo, la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados). La enfermedad tiene también un aspecto subjetivo, el malestar (sentirse mal en diferentes grados) y un aspecto objetivo que es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento en diferentes grados). Siguiendo esta línea de razonamiento, Terris definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁵³

Para Salleras la salud se definirá desde un punto de vista dinámico, como el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.⁵⁴ Este concepto dinámico de salud es fundamental en educación sanitaria, puesto que tanto la salud como su pérdida está estrechamente relacionada con el estilo de vida.⁵⁵

Si bien la OMS no ha modificado la definición de salud formulada en 1946 en su carta constitucional, en la práctica ha abandonado las posturas maximalistas y utópicas, y ha adoptado el concepto dinámico de salud. Así, en la for-

51. Esta es la definición tradicional que aparece en la Carta Magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaborada en 1946.

52. Terris, M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Madrid: Siglo XXI, p. 8.

53. Terris, M. (1980) *Opus cit*, p. 21.

54. Salleras, L. (1990) *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, p. 17.

55. Salleras, L. (1992): “Educación sanitaria”, en *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 1040.

mulación de los objetivos de la estrategia “salud para todos en el año 2000” ya no aparecía la palabra “completo”, señalándose como objetivos para dicho año “que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”.⁵⁶

En el 2001 la OMS publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).⁵⁷ Mientras que los indicadores tradicionales de la salud están basados en las tasas de mortalidad de las poblaciones, la CIF centra la atención en la vida, tratando de establecer cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden modificar para conseguir que la población lleve una vida productiva y satisfactoria. Este planteamiento, “no puede por menos que repercutir en el ejercicio de la medicina, en la legislación y las políticas sociales destinadas a mejorar el acceso y el tratamiento, y en la protección de los derechos individuales y colectivos” (OMS).

La CIF trastoca nuestro concepto de la discapacidad, presentándola no como el problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con unas deficiencias visibles o inmovilizadas en una silla de ruedas o en una cama. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y proporciona una herramienta para medir la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del individuo. Por ejemplo, si un anciano con una discapacidad le resulta difícil entrar y salir en su vivienda porque no existen ni rampas, ni ascensores, la CIF identifica las prioridades que ha de incluir cualquier intervención, lo que supone en este caso que el edificio posea estos servicios, en lugar de que la persona se vea obligada a renunciar a su vivienda.

Así mismo, la CIF aborda el concepto de adaptabilidad del ser humano al entorno, de su capacidad para poder satisfacer unas necesidades básicas más allá de la mera ausencia de enfermedad. En el caso de los ancianos, esta idea

56. OMS (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Serie “Salud para Todos” nº 2. Ginebra: OMS, p. 8.

57. La OMS publicó, en el 2001, nuevas directrices para medir la salud con respecto a la capacidad de las funciones mentales, funciones sensoriales y del dolor, funciones de la voz y del habla, funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio, funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino, funciones genitourinarias y reproductoras, funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento y funciones de la piel y estructuras relacionadas. Estas ocho funciones son medidas en cuanto a limitaciones funcionales del cuerpo, limitaciones de estructuras corporales, limitaciones de actividades y restricciones participativas y factores medioambientales. Las mediciones tratan de establecer por un lado las realizaciones del individuo y, por otro, las potencialidades. Esta doble valoración permitiría establecer las capacidades funcionales y el margen de mejora que estas pudieran ofrecer al amparo de las acciones socio-sanitarias que se pudieran impulsar.

cobra una especial importancia, estamos ante un grupo de población con unas características derivadas del proceso de envejecimiento y que implican una mayor prevalencia de enfermedades de tipo crónico, en algún caso invalidante pero, en cualquier caso, limitante. ¿Hasta qué punto limitante? Esta es la pregunta que deberíamos formularnos.

La limitación que implican algunos procesos deriva en buena parte de la propia patología pero, no podemos olvidar, que está muy relacionada con la capacidad del anciano para enfrentarse a esta limitación. Evidentemente, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad jugarán un papel decisivo en este proceso adaptativo que reflejará el nivel y calidad de vida del anciano.

En 1974, el Informe Lalonde,⁵⁸ denunció el desequilibrio existente entre la responsabilidad de los factores en los problemas de salud y la distribución del gasto entre dichos factores. El estilo de vida estaba en el origen del 43 % de los problemas de salud, sin embargo, tan solo se le dedicaba un 1 % del gasto. Esta desproporción sigue siendo válida hoy en día. El gasto del 90 % de los recursos en el sistema sanitario sigue siendo la situación característica de gran parte de los sistemas sanitarios. Una parte importante de este gasto está dirigido a la población anciana, el coste global medio de la asistencia sanitaria relacionada con el envejecimiento aumentará un 48 % en los próximos años en los países desarrollados. Este planteamiento debe hacernos reflexionar sobre la necesidad de invertir en políticas de prevención, hábitos de vida saludables y detección precoz de las enfermedades a partir de las nuevas posibilidades que ofrece la genética.⁵⁹ El 30 % del gasto sanitario se dedica a los mayores de 75 años, que sólo representan el 5 % de la población mundial, en los países ricos el número de personas de más de 65 años que necesitarán asistencia sanitaria habrá aumentado entre un 50 % y un 120 % en los próximos 20 años. En España la factura farmacéutica del sistema nacional de salud era de 6.000 millones de euros en 2001, de los que el 76,1 % eran destinados a los pensionistas, en La Rioja este porcentaje se eleva al 79 %. La utilización extensiva de los medicamentos que se hace en algunos países, entre ellos España, parece ser un susti-

58. El Ministro canadiense de la Salud, Lalonde, en su informe estableció que la distribución de las causas epidemiológicas de las enfermedades era de un 11 % debido a la atención sanitaria, un 43 % debido a los estilos de vida, un 19 % al medio ambiente y un 27 % asociado a la biología humana. La distribución del gasto era sin embargo muy distinta, siendo de un 91 % la dedicada a la atención sanitaria, un 1 % al estilo de vida, un 1 % al medio ambiente y un 7 % a la biología humana.

59. "Envejecimiento activo: ¿un objetivo global de las políticas de salud?", Mesa redonda de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en *Crónica Sanitaria* (2002): "La OMS apuesta por la reforma de los sistemas de salud como base de las políticas sobre envejecimiento", en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, p. 1259.

tuto para la falta de servicios de rehabilitación.⁶⁰ El cumplimiento de los tratamientos prescritos puede constituir un problema importante, en especial, para las personas mayores que viven solas. Según el informe sobre “Situación de dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España con una previsión al año 2010”,⁶¹ el coste económico de la asistencia de las personas mayores llegará a situarse entre 12.000 y 13.500 millones de euros.

De igual modo, podemos analizar el gasto farmacéutico de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de La Rioja que constituye un capítulo muy importante en el conjunto del gasto sanitario de la región y determinante a la hora de dibujar las características u orientaciones del sistema sanitario. El gasto farmacéutico estará vinculado con acciones sanitarias fundamentalmente curativas, por lo que podremos convenir que la contención de éste implicará un mayor protagonismo y eficacia de las acciones preventivas.

El gasto farmacéutico dedicado a los ancianos ha sido siempre cuantioso por la alta prevalencia de dolencias crónicas asociadas al envejecimiento. Si analizamos la situación de La Rioja entre los años 1998 y 2002 (tabla 1), podemos apreciar que el gasto farmacéutico de los ancianos supone el 55 % de media anual del gasto farmacéutico total.

Tabla 1. Distribución del gasto farmacéutico en Atención Primaria (AP) en La Rioja⁶² (euros)

	TOTAL		Pensionista >65 años		Pensionista <65 años		Activos	
	gasto	índice	gasto	índice	gasto	índice	gasto	índice
1998	37.198.364	100	20.645.687	100	7.997.054	100	8.555.624	100
1999	40.701.051	109	22.883.108	111	8.863.711	111	8.954.232	105
2000	44.526.048	120	25.354.557	123	9.821.022	123	9.350.469	109
2001	48.868.425	131	27.827.246	135	10.778.809	135	10.262.370	120
2002	54.113.753	145	30.814.103	150	11.935.762	150	11.363.888	132

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración propia.

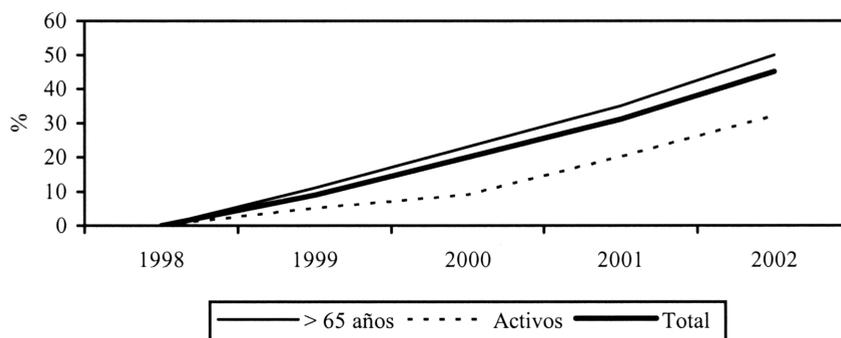
60. OMS-EUROPA (1998): *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*, p. 42.

61. Informe elaborado por la Fundación Pfizer, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el IMSERSO, según el cual, este coste económico sacará a la luz las necesidades generadas por el cuidado en torno a las situaciones de dependencia que se desarrollan en la vejez y que son asumidas por las mujeres en el seno de las familias. *Crónica Sanitaria* (2002), opus cit, en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, p. 1258.

62. La aplicación del RD 5/2000 ha supuesto una reducción de la factura farmacéutica soportada por la administración sanitaria, en la tabla se han reflejado las cifras sin dicho des-

El crecimiento del gasto farmacéutico total en Atención Primaria sigue un importante crecimiento del 45 % en estos cinco años, arrastrado en gran parte por el gasto de los pensionistas, tanto los menores de 65 años como los ancianos, que crece un 50 % frente al 32 % del gasto de la población activa. (gráfico 1).

Gráfico 1. Crecimiento del gasto farmacéutico en AP en La Rioja



Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración propia.

Otro dato muy interesante, con respecto al gasto farmacéutico en La Rioja nos lo proporciona el gasto per capita que es casi diez veces superior en la población de más de 65 años que en la población activa. Esto explicaría como el grupo de ancianos que representa el 19 % de la población de La Rioja, sin embargo, tenga un peso del 55 % en la factura farmacéutica. A este dato hay que sumarle el que este gasto per capita haya aumentado el 46,2 % entre los mayores de 65 años frente a un 20,8 % entre la población activa de La Rioja entre los años 1998 y 2002.⁶³ (Tabla 2) El medicamento llega a convertirse en un bien de consumo más, fruto del profundo desconocimiento, por parte de la población, de los riesgos que su indebido uso pueda ocasionar. Este problema existe en gran parte de los países desarrollados, pero es en España donde adquiere una mayor dimensión. La configuración de nuestro sistema sanitario propicia situaciones de exceso de consumo y de falta de control de

cuento para medir la evolución del crecimiento del gasto. Las cifras reales que soportó el erario público en La Rioja durante los años 2000, 2001 y 2002 fueron 44.526.048 euros, 47.881.270 euros y 52.677.298 euros respectivamente.

63. El Plan de Salud de La Rioja plantea claramente el excesivo gasto farmacéutico, generalmente bastante superior a las previsiones presupuestarias, en parte ocasionado por la inadecuada prescripción, dispensación y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y consumo excesivo y sin control por parte de los usuarios. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *Plan de salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, p. 166.

éste, así como grandes dificultades para abordar acciones educativas que pudieran mejorar esta situación. La población anciana, muchas veces polimedica debido a sus problemas crónicos, sufre el deficiente seguimiento de sus tratamientos farmacológicos.

Tabla 2. Gasto farmacéutico per capita en AP La Rioja (euros)

	Activos	> 65 años
1998	48	385
1999	50	421
2000	51	465
2001	54	504
2002	58	563

Fuente: Gerencia de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud. Elaboración: propia

El coste de las acciones de salud curativas ha crecido exponencialmente los últimos años. Cuando se comparan estas cifras con el aumento de la esperanza de vida o con el descenso de la mortalidad en los últimos años, se tiene la impresión de que el inmenso coste de las acciones de salud fuera una inversión estéril; aproximadamente cinco años de aumento en la esperanza de vida en los países desarrollados y diez en los subdesarrollados a un coste exorbitante.⁶⁴ Pero cabe preguntarse si no se trata de una comparación simplista, que no refleja la complejidad de la actividad de salud. La relación entre inversión y resultado no es en salud inmediata ni proporcional. Los avances en la ciencia siguen sus propias leyes alternándose ascensos bruscos del conocimiento con periodos meseta, por lo que cabría hacer la siguiente reflexión: podríamos encontrarnos en un periodo de meseta (elevadas inversiones sin aparentes resultados espectaculares) que pudiera dar paso a la resolución definitiva de problemas de salud como el cáncer, la arteriosclerosis o el Alzheimer. Ésta sería una auténtica revolución que implicaría un aumento muy significativo de la esperanza de vida y de la calidad de ésta.

En cualquier caso, uno de los grandes problemas de nuestros sistemas sanitarios es la orientación hacia la curación de las enfermedades y no hacia

64. INSALUD (1990) *Teoría y práctica de la atención primaria en España*. Publicación nº 1567. Madrid, p. 43.

la prevención y el fomento de la salud. Este es uno de los principales resortes que deberían reorientarse con vistas a disminuir la morbilidad. De la orientación puramente curativa fluye, por una parte, el alto coste de las acciones de salud, y por otra, indirectamente, la alta morbilidad de la población pues la medicina curativa se dirige a curar las enfermedades producidas, y no a prevenir su aparición. Culpar a la medicina curativa, por su acción directa, del alto número de enfermos y de personas que requieren atención médica, es un grave error. La acción de la medicina curativa se mide por las cifras de mortalidad, no por las cifras de morbilidad. Es el fomento de la salud el que se mide en las cifras de morbilidad. El hecho de que la mortalidad sea baja es un éxito de la medicina curativa, y para que se mantenga baja y baje aún más, hay que mantener y desarrollar todas sus actividades. No hay contradicción entre esta afirmación y la de que las acciones de salud deben orientarse al fomento y la prevención. Es simplemente una cuestión de prioridades. Evidentemente, lo primero es prevenir: la simple curación no resolverá jamás los problemas de salud de un país. Es comprensible, y lógico, que en épocas pasadas, cuando no se conocía el origen de las enfermedades, ni sus vehículos de transmisión, y lo que se mostraba a la observación, por así decir, era la enfermedad ya producida, que además mataba a una alta proporción de los que enfermaban, todos los esfuerzos se centraran en curar a los enfermos. Por eso, las acciones de salud fueron, históricamente y durante siglos, únicamente curativas. Pero hoy en día, esto no se puede justificar, puesto que conocemos los factores que llevan a numerosas enfermedades, y sabemos que dando a la población una adecuada cultura de salud, se podrán evitar la acción de numerosos factores patógenos. Todo ello ha implicado la configuración del hospital como elemento dominante de la estructura asistencial, dejando en un plano secundario, y en algunos casos incluso marginal, otros elementos estructurales socio-sanitarios responsables en gran parte de las acciones preventivas.

El protagonismo de las acciones curativas frente a cualquier otro tipo de actuación socio-sanitaria implica un exagerado consumo de medicamento y, por lo tanto, un papel protagonista de primer orden para la industria farmacéutica en la configuración de las dinámicas que se establecen dentro del sector sanitario español. La potenciación de la atención primaria frente al ámbito hospitalario podría ser una forma de corregir esta situación.

No podemos olvidar la creciente presión asistencial que se explicita en una importante demanda curativa por parte de la población. Esta situación no puede ser explicada exclusivamente por la orientación curativa de los sistemas sanitarios, no podemos olvidar que la gente solicita acciones curativas porque enferma más y esto es debido en gran parte a que vive más. Al mejorarse de

una enfermedad, por una acción curativa eficaz, la población queda lista para poder desarrollar otra patología. No sólo han aumentado las posibilidades matemáticas de enfermar, sino que la población, por alcanzar edades avanzadas, llega a edades en que se enferma más, como ocurre con la vejez.

Este aumento de la demanda curativa no se corresponde con un aumento proporcional de las patologías que sufre la población o por el aumento de la población anciana. Existe otro factor que influye en esta presión asistencial como es la mayor cultura sanitaria de la población y el aumento en cantidad y calidad en los últimos 25 años de los centros asistenciales. Esto hace que la población consulte por enfermedades que antes no consultaba, por ejemplo, trastornos psicossomáticos, psicológicos, afecciones de la piel, controles periódicos.⁶⁵

Evidentemente, es necesaria una profunda reforma de los sistemas de salud, muy especialmente, por un lado, en las líneas de acción destinadas a establecer activas políticas preventivas y de promoción de la salud, y por otro, la necesidad de un enfoque epidemiológico en dicha reforma. El análisis epidemiológico mostrará cómo los problemas de salud tienen mucho más que ver con las condiciones sociales al proporcionar un conocimiento científico sobre las auténticas raíces de los problemas de salud.⁶⁶ La salud está profundamente influida por variables sociales. La promoción de la salud, a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no sólo a los enfermos, investiga el desarrollo de la salud y sus causas sociales y biológicas, combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo, y favorece la participación y la autoayuda alejándose del paternalismo.

La O.M.S. destaca la necesidad de un enfoque de la salud que englobe todo el ciclo biológico de la persona, promoviendo hábitos sanos desde su nacimiento para conseguir una mejor vejez. Entre las medidas que propone la O.M.S. se encuentran la necesidad del ejercicio diario, mejorar los hábitos nutricionales, abordar factores que contribuyen a la aparición de enfermedades, como la pobreza o las carencias educativas, crear ambientes amigables que eviten las caídas de los ancianos. En última instancia, se trata de evitar factores de riesgo que están en el origen de numerosos problemas crónicos que

65. Es un error creer que aumentando la capacidad de los centros asistenciales se conseguirá satisfacer la demanda asistencial. La demanda espontánea se transforma en una dinámica imparable e insaciable, cuyo control solo puede ser abordable desde la educación para la salud y la participación de la comunidad en las acciones sanitarias. INSALUD (1990): *Opus cit*, p. 45.

66. Nájera, E., Corés, M., y García, C. (1991): "La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico", en *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 25.

aparecen en la última etapa de la vida del ser humano. En 1984, Jake Epp, Ministro de la Salud de Canadá, denunció la elevada prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades que establecían una seria limitación de las posibilidades de vivir una vida digna, productiva y llena de significado.⁶⁷ La población anciana es especialmente susceptible a esta situación limitante desde un punto de vista funcional.⁶⁸

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son términos claves en el campo de la salud pública e insuficientemente abordados desde las ciencias socio-sanitarias implicadas en el cuidado de los ancianos. En 1986 se celebró en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, auspiciada por la OMS, catalizadora, desde una perspectiva conceptual, del proceso de elaboración de las estrategias de promoción de la salud. Fruto de esta reunión surgió la Carta de Ottawa en la que se definió la promoción de la salud como el proceso que permite que la población pase a controlar los factores que determinan su salud con el objetivo de incrementarla. La idea del incremento de control es uno de los principios esenciales de la promoción de la salud, puesto que permitiría al anciano ejercer el poder necesario para mejorar su salud. En un primer abordaje pudiera resultar difícil de aceptar la idea de incremento de control asociada al anciano, por mucho que haga referencia a algo tan íntimo como es su propia salud. Pero no podemos obviar la clara necesidad de establecer el auténtico potencial de cada individuo y facilitar su posterior desarrollo, en el caso del anciano el método no puede ser distinto. La potencialidad del anciano es el objetivo que debe establecerse en todo programa de promoción de la salud que, unido a la identificación de una red de apoyo, proporcionará unos resultados positivos que retroalimentarán acciones desde el ámbito de lo social y de lo sanitario.

La idea de proceso aparece claramente explicitada en la Carta de Ottawa como un concepto de acción mediante el cual los ancianos pasarían a controlar su salud para mejorarla. Este proceso lleva así mismo implícito una transformación que va a depositar en los ancianos y su entorno más próximo la

67. El documento "Achieving Health For All" elaborado por Jake Epp hacía hincapié en las limitaciones que las enfermedades y accidentes evitables tenían para la calidad de vida de los individuos. Así mismo, denunciaba las desigualdades que existían en indicadores como la prevalencia de enfermedades crónicas y agudas, esperanza de vida y acceso a recursos socio-sanitarios. En Sarría, A. (2001): *Promoción de la salud de la comunidad*. Madrid: UNED, p. 49.

68. Soldevilla, J., García, V., y Torres, T., establecen las principales situaciones de dependencia que la población anciana desarrolla, implicando una importante limitación funcional y, por lo tanto, una sensible pérdida de calidad de vida. García, V., Soldevilla, J. y Torres, P. (1999): "Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 211-251.

responsabilidad sobre los factores que producen y determinan su salud. Este proceso tiene su origen en la percepción de un diferencial entre una situación inicial, real, y una situación teórica, esperada, y considerada como más favorable.⁶⁹ Esta situación final refleja el potencial del anciano en cuanto a su capacidad funcional. La carta de Ottawa identificó las estrategias necesarias para posibilitar a las personas en general y a los ancianos en particular, su capacitación en el control sobre los factores que determinan su salud. Estas estrategias eran:⁷⁰

- Construir políticas públicas saludables
- Crear ambientes favorables
- Reforzar la acción comunitaria
- Desarrollar habilidades personales
- Reorientar los servicios sanitarios

La explicitación de la promoción de la salud en los ancianos debe entenderse como la aplicación de métodos, habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas ancianas a adoptar estilos de vida saludables, hacer un mejor uso de los servicios sanitarios, adoptar prácticas de autocuidado, y participar activamente en el diseño y puesta en marcha de programas que desarrollan la salud. Estamos ante un proceso de capacitación de los ancianos para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario.⁷¹ Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a los ancianos, y a sus personas más próximas, para cambiar los entornos en que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. Un programa de promoción de la salud impulsará actividades que permitan a los ancianos tener proyectos, mirar hacia delante y no solo hacia atrás,

69. El factor crucial para el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud comienza a partir de la creación de salud. Esta creación de salud se estructuraría desde unos puntos de entrada: mediante ámbitos (ciudades, escuelas, hogar de jubilados, etc.), poblaciones (jóvenes, ancianos, mujeres) o asuntos (tabaquismo, dieta saludable). La clave de la promoción de la salud será el aplicar los conceptos, principios y abordajes de la promoción de la salud a cada uno de los puntos de entrada potenciales. Sarría, A. (2001): *opus cit*, p. 54.

70. Conferencia Internacional sobre promoción de salud (1987): "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 61, p. 129.

71. Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001): *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 27.

no sentirse peor que otros de su edad, ser independientes desde el punto de vista funcional, relacionarse con amigos, emprender actividades, dar y recibir ayuda y no estar agobiado por los dolores.⁷²

Por otra parte, entenderemos la prevención de la enfermedad en el anciano como la prestación de intervenciones precoces y de información contrastada para prevenir la aparición de enfermedad, malestar o incapacidad. La prevención de la enfermedad abarca medidas no sólo dirigidas a evitar la aparición de la enfermedad, como la reducción de factores de riesgo, sino para controlar su progresión y reducir sus consecuencias una vez que se ha manifestado. Esta será una importante actividad a desarrollar en los ancianos aquejados de alguna patología crónica asociada, en algunos casos, al normal proceso de envejecimiento y, en otros, a la influencia de estilos de vida no saludables adoptados durante años.

El objetivo nº5 del documento Salud 21 de la OMS establece “envejecer en buena salud” como un logro básico para alcanzar la meta de la salud a lo largo del siglo XXI.⁷³ Para ello propone unas estrategias explicitadas en cuatro puntos:

1. Envejecer en buena salud: Se establece la necesidad de que las sociedades europeas tomen medidas activas para cambiar la imagen negativa de la vejez. Gracias al aprovechamiento de su experiencia y sabiduría las personas mayores pueden convertirse en un importante recurso para sus familias y para la sociedad, y pueden realizar una contribución significativa a la calidad de vida y al bienestar de sus familias (cuidado de enfermos, cuidado y educación de nietos, etc.).

2. Comunidades locales: Impulsar y facilitar la participación de las personas mayores en las actividades sociales y de la comunidad. De este modo se propiciará que el anciano continúe llevando una vida activa e interesante y, así mismo, podrá contribuir al fortalecimiento de su capacidad para hacer frente a la pérdida del cónyuge, de los miembros de su familia o de los amigos. Para ello, el entorno físico jugará un papel decisivo, por lo cual se destaca la

72. Germán, C. y Mazarrasa, L. (1996): “Promoción de salud en mayores”, en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill, p. 1436-7.

73. El objetivo nº 5 propugna que para el año 2020, “las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo. Para ello establece, por una parte, la necesidad de aumentar el 20% la esperanza de vida y en la esperanza de vida sin discapacidad a la edad de 65 años y, por otra, aumentar el 50% el porcentaje de personas de 80 años o más que son capaces de disfrutar de un nivel de salud en un entorno doméstico, permitiéndoles mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad”. OMS-EUROPA (1998) *opus cit*, p. 42.

importancia de pensar en este grupo de edad a la hora de establecer las planificaciones urbanísticas, redes de transporte público, señalizaciones, etc. El entorno físico no debe convertirse en una barrera infranqueable a las relaciones sociales del anciano o a su participación en las redes sociales.

3. Salud y apoyo social: Las políticas sociales y sanitarias integradas y eficaces son las políticas orientadas a la comunidad y determinadas por las necesidades. La movilización de las comunidades locales para mejorar la atención sanitaria y otros servicios destinados al anciano constituye una estrategia eficaz.

4. Servicios sanitarios: La calidad de vida de los ancianos y sus familiares se puede mejorar, al tiempo que se reduce drásticamente una atención de elevado coste en dicho grupo de población,⁷⁴ siempre que los servicios se basen en la atención primaria⁷⁵ y sean capaces de llegar a todos los ancianos. Si el anciano desea permanecer en su hogar, se adaptará la casa a sus necesidades y proporcionará asistencia a domicilio para que mantenga su autonomía. Una buena coordinación de los servicios sanitarios y sociales de la comunidad garantiza la continuidad de la atención sanitaria, permite la asistencia de los ancianos en su entorno doméstico en la medida de lo posible, utilizándose las instituciones sanitarias sólo cuando resulten realmente necesarias.

RED DE APOYO AL ANCIANO

La esperanza de vida de las personas mayores de 65 años ha aumentado a lo largo de las últimas décadas. Según la Encuesta Nacional de Salud (1997), a partir de los 65 años se espera poder vivir 17 años, un logro importante. Sin embargo, las previsiones de vivir una vida activa libre de incapacidad no alcanzan más allá de los siete años. Dentro del colectivo de pacientes dependientes, los ancianos constituyen el grupo más numeroso con enfermedades crónicas degenerativas. En España, al igual que en todo el sur de Europa, la familia es el principal proveedor de cuidados de larga duración. Son cuidadores informales y también usuarios potenciales a tener en cuenta en la planificación del sistema de prestaciones. El perfil femenino de los cuidados es dominante, pero se sabe que el número de mujeres entre 45 y 69 años, en relación con los mayores de 70, en los últimos años ha disminuido en más de un 40 %.

74. Se puede mantener un elevado nivel de independencia utilizando aparatos con un coste relativamente bajo. Las intervenciones para mejorar la capacidad auditiva, la movilidad (prótesis de cadera), la vista, la capacidad para masticar (dentaduras), pueden suponer unos beneficios importantes en términos de bienestar, autonomía y actividad. OMS-EUROPA (1998) *opus cit* p.43.

75. Las enfermeras de salud familiar y comunitaria deben asumir el asesoramiento en materias de estilo de vida. OMS-EUROPA (1998) *opus cit*, p. 169.

Las insuficiencias en la prestación de cuidados de larga duración son notables en nuestro país, según el informe “Los mayores en España”⁷⁶ un 2,05 % de los ancianos recibe servicios de atención domiciliaria (Holanda el 21 %, Dinamarca el 31 %, Francia el 11 %). En La Rioja, existe una deficiente cobertura de la prestación de ayuda a domicilio para una población que registra un elevado grado de envejecimiento, superior al de la media nacional, con un carácter rural y disperso geográficamente, y una profunda descoordinación de la prestación de ayudas a domicilio en sus aspectos sociales y sanitarios.⁷⁷ En estas condiciones no cabe duda de que la familia soporta el peso de la atención del anciano cuando éste ha desarrollado algún grado de dependencia. El núcleo familiar se convierte en el suministrador fundamental de ayudas y asistencia, es por lo tanto clave respaldar a las familias con ancianos para reducir el estrés y mejorar las competencias asistenciales del núcleo familiar.⁷⁸ La adquisición de competencias y conocimientos específicos aumentan la capacidad de la familia tanto para asistir como para convivir con el anciano y resolver los problemas de sobrecarga y psicológicos, que la presencia de una persona que no es autosuficiente conlleva. En cualquier caso, no podemos olvidar el incremento de la demanda de cuidados geriátricos y de servicios a ellos ligados, principalmente en los mayores de 80 años, y el fenómeno que se ha vivido estas últimas décadas con el cambio en la estructura familiar (familias monoparentales, familias sin descendencia,...) y la incorporación de la mujer al mundo laboral que han modificado y disminuido la incidencia de los mecanismos tradicionales de cuidado.

El primer recurso de autocuidado es el propio anciano,⁷⁹ el segundo la familia y el tercero, el trabajador socio-sanitario, enfermera o trabajador social generalmente, que armonizarán los dos primeros mediante un plan de cuidados. Para hacer más operativo el recurso familiar se deberán identificar a las personas del núcleo familiar que vayan a apoyar emocionalmente y a ayudar funcionalmente al anciano, ésta será la Persona de Apoyo Principal (PAP).⁸⁰ La

76. De Diego, I (2003) *Atención socio-sanitaria*, en El Observador de La Actualidad Médica. Madrid: Actualidad Sanitaria. nº 30, p. 5.

77. Estas deficiencias aparecen reflejadas en el propio Plan de Salud de La Rioja, y que además se ven agravadas por la insuficiencia de plazas residenciales de calidad para ancianos asistidos y dificultades de reconversión de las existentes. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *Opus cit*, p. 162.

78. Donati, P. (1994) *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, p. 229

79. Se deben de elaborar programas de información y formación para la salud que contemplen una metodología directa y participativa al colectivo al que se dirigen, en este caso, los ancianos. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 195.

80. Germán, C. y Heierle, V. (1996) *Atención integral a los enfermos crónicos*, en Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid: McGraw-Hill, Tomo III, p. 1166.

PAP ayudará al profesional a planificar los cambios de la vida cotidiana que se introducirán en la vida del enfermo crónico.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Desde la década de los años 70 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue desarrollando distintas estrategias encaminadas a potenciar los aspectos preventivos de los sistemas sanitarios. Era evidente la imposibilidad de abordar el creciente coste⁸¹ socio-sanitario de unas organizaciones basadas en la implementación de acciones fundamentalmente curativas e inducido por el propio sistema sanitario con el optimismo científico y tecnológico que le ha caracterizado durante gran parte del siglo XX. Esta situación plantea la necesidad de un uso racional de los recursos, reduciendo la presión asistencial que soportan los servicios socio-sanitarios. Para ello se necesita un cambio de valores en la población y un mayor conocimiento sobre los servicios que posibilite un uso más correcto de los mismos. La Conferencia Internacional de la OMS de Alma Ata celebrada en 1978 se convirtió en un punto de referencia e impulso de estas acciones preventivas, todas ellas explicitadas en el ambicioso programa “salud para todos en el año 2000”.

La educación para la salud fue considerada como una de las estrategias básicas en la que se sustentaba el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar la “salud para todos”. Hoy en día podemos afirmar que no existe programa de salud donde la educación para la salud no tenga su espacio, esto es válido también para los proyectos sanitarios dirigidos a la población anciana.

81. Existe un claro consenso en la existencia de un crecimiento exponencial del coste de los sistemas sanitarios. Esta realidad imposibilita a los países en vías de desarrollo, la adopción de reformas que asemejen sus sistemas sanitarios a los de los países más ricos. Los esfuerzos de estas dos últimas décadas han tratado de sentar las bases de unos sistemas donde la alta tecnología sanitaria ha dado paso al desarrollo de una atención primaria con líneas de acción preventivas.

En los países desarrollados se ha producida una saturación en cuanto a la obtención de un beneficio derivado de las inversiones sanitarias. Cada vez hay que gastar más dinero para obtener pequeños beneficios en la salud. La cuantificación de éstos viene dada por un silogismo según el cual la alta tecnología sanitaria solo es aplicable a pequeños grupos de enfermos, diluyéndose, de este modo, el beneficio en el conjunto de la población. Por otra parte, el haber convertido la salud en un bien de consumo, hace que la demanda de servicios sea cada vez mayor. El cuidado de la salud se asocia popularmente al consumo de consultas médicas cuanto más especializadas mejor, a pruebas diagnósticas sofisticadas, a terapias costosas, a la tecnología punta y a grandes centros hospitalarios entre otros. Las acciones preventivas y de promoción de la salud, susceptibles de llegar a la totalidad de los individuos, son las únicas que pueden proporcionar un nuevo salto cualitativo y cuantitativo en la atención sanitaria de los países más ricos.

Podemos apreciar una cierta concienciación entre políticos y población en general, contemplándose como una necesidad y un derecho.

Sin embargo, debemos ser realistas y afirmar que este reconocimiento dista mucho del peso real que se le atribuye en la práctica y en la toma de decisiones cotidianas. La educación para la salud es, aún hoy, una de las parcelas en las que menos recursos se invierten en todos los niveles del sistema. Si esta situación es clara en los programas en general, los dirigidos a la población anciana ven multiplicada esta carencia de una forma alarmante manifestándose desde la distribución del tiempo de los profesionales hasta la asignación presupuestaria que la administración lleva a cabo.

Esta situación puede estar provocada por la dificultad para obtener un producto eficaz a corto plazo; por la escasa formación que han recibido los profesionales del campo social y sanitario⁸², que les lleva a no intervenir o hacerlo inadecuadamente; por el escepticismo de los responsables que tienen que impulsar su desarrollo; por la pasividad de la población acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de la salud; y en determinados intereses profesionales o económicos que ven en sus resultados una pérdida de poder o de beneficios.⁸³

En cualquier caso, la necesidad de la educación para la salud está plenamente justificada por las ideas aducidas anteriormente y a las que habría que añadir el aumentar la capacidad de autonomía del ser humano en general y del anciano en particular. La educación para la salud tiene que dotar al anciano

82. Los planes de estudio de titulaciones como Trabajo Social, Enfermería, Medicina y Fisioterapia entre otras, no habían incorporado hasta la Ley de Reforma Universitaria, contenidos que facilitarían una formación adecuada en conceptos preventivos. En cualquier caso, los abordajes de las materias de educación para la salud y promoción de ésta, siguen siendo claramente insuficientes. La propia OMS afirma que los planes de estudio para la formación de los profesionales sanitarios a menudo se basan únicamente en el tratamiento médico y en la hospitalización. Este hecho contribuye a la provisión de un gran número de servicios inadecuados para las personas mayores de la Región Europea. OMS-EUROPA (1998): *opus cit.*, p.42. Para Salleras, los agentes de educación sanitaria deberían recibir una formación adecuada durante los estudios de sus carreras respectivas para cumplir adecuadamente con sus cometidos educativos. En la actualidad, esta formación es nula o deja mucho que desear, por lo que, para lograr que la educación sanitaria ocupe el lugar que le corresponde en nuestro país, se deberían efectuar cursos intensivos de formación para todos aquellos agentes que ya han acabado su formación y están trabajando en la comunidad. Salleras, L. (1990): *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, p. 78. Fülöp, T., y Roemer, M. (1987): "Análisis de la formación de personal de salud", en *Cuadernos de Salud Pública* nº 83. Ginebra: OMS, p. 29-48.

83. Los laboratorios farmacéuticos constituyen un importante factor de presión que impide unas reformas que de algún modo debieran facilitar el paso de un sistema fundamentalmente curativo hacia otro de características más preventivas.

no de los conocimientos y herramientas suficientes para que pueda cuidarse de forma autónoma o con la ayuda de sus familiares más próximos, siendo conscientes de que uno de los elementos básicos del autocuidado es saber pedir ayuda cuando se necesita. El objetivo último es que el anciano sea capaz de adoptar un estilo de vida saludable y desarrollar la capacidad de autocuidarse,⁸⁴ para ello tendremos que dotarle de los recursos conceptuales e instrumentales que le permitan conocer sus necesidades de salud, saber qué hacer para darles respuesta, capacitarle para que pueda hacerlo y motivarlo para que lo haga. Según el Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Isidoro Rupérez, “la gran mayoría de los ancianos españoles se cuidan solos”, “...el envejecimiento no hace dependiente a la gente, sino las enfermedades o lesiones que padecen”.⁸⁵

Las acciones de educación sanitaria incluirán también a la familia del anciano, a la que se formará e informará en aspectos como el conocimiento básico del proceso de envejecimiento, control de estrés, asistencia al anciano, conocimiento y utilización de los recursos comunitarios. Esta acción educativa dirigida a la familia, junto con el apoyo psicológico, encuentra su límite en el hecho de que las necesidades y las exigencias de las familias son extremadamente diferenciadas y no siempre susceptibles de ser resueltos con una formación de grupo o bien con un programa de educación suficientemente formalizado.⁸⁶

El diseño de las acciones de educación para la salud, dirigidas al anciano y su familia, deberá tener en cuenta si dichas acciones están orientadas hacia necesidades sentidas, puesto que el éxito o fracaso de la acción estará muy relacionado con este hecho. En cualquier caso, las acciones educativas deberán contemplar las características de los ancianos, con costumbres y hábitos muy arraigados y una menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación que dificultarán cualquier intento de modificación por parte del profesional. Así mismo, las características de alguna de las patologías crónicas que desarrollan los ancianos suponen un obstáculo añadido en el proceso educativo. Esto no implicará que el anciano sea incapaz de adquirir nuevos conoci-

84. El Plan de Salud de La Rioja explicita la necesidad de desarrollar un programa de promoción de la atención del anciano en el seno de la familia, su integración dentro de su comunidad, autorresponsabilidad del anciano sobre su propia salud y fomento de los cuidados prestados por instituciones que ofrezcan una buena relación coste/ beneficio y una atención humana. Comisión para la elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 195.

85. Ortega, P., y Alcaide, S. *El reto del cuidado a los ancianos*, en *El País*, 20 de abril de 2003, p. 26.

86. Donati, P. (1994) *opus cit*, p. 231.

tos y destrezas, más bien que este aprendizaje será más lento y su logro estará muy condicionado por el método empleado.⁸⁷

Uno de los métodos utilizados podrán ser actividades organizadas en grupos (charlas, coloquios, mesas redondas, conferencias, etc.), este método no va a ser utilizado primordialmente dadas las características del anciano anteriormente mencionadas. Otro método se fundamenta en las actividades individualizadas, a través del diálogo interpersonal entre el profesional y el anciano y/o su familia. Este método es el más efectivo por ser el más directo. El profesional deberá utilizar aquellas técnicas de comunicación más apropiadas a las características individuales del anciano. Un tercer método⁸⁸ será el de la educación estática a través de carteles y murales publicitarios, en ocasiones complementario de los anteriores.⁸⁹

La necesidad de impulsar el bienestar de las personas mayores y promover su salud mediante acciones de educación sanitaria aparece reflejada en el Plan de Salud de La Rioja.⁹⁰ Se destaca la necesidad de impulsar desde el Plan Gerontológico:

- Campañas de divulgación a través de los medios de comunicación sobre aspectos relacionados con la educación para la salud.
- Promoción de programas de educación para la salud desde los centros de Atención Primaria.
- Elaboración de una guía práctica sobre cuidados y precauciones en salud: higiene, nutrición, ejercicio físico, etc.

PROGRAMA DEL ANCIANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Al amparo de la incipiente reforma sanitaria que vería la luz en la España de mediados de los años 80, surgió, impulsada desde la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, la colección Atención Primaria de Salud que iba a proporcionar las imprescindibles referencias para la elaboración de los programas a desarrollar en los centros de salud por los equipos de atención primaria. El número 5 de esta colección llevaría por título Guía para la Elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud.

87. INSALUD (1987): Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud, en *Colección Atención Primaria de Salud*, nº 5, p. 30.

88. INSALUD (1987) *opus cit*, p. 32.

89. Salleras, L. (1990) *Opus cit*. Madrid: Díaz de Santos, p. 143-170.

90. Comisión para la Elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 196.

El nacimiento de esta guía supuso un avance cualitativo de primer orden en la atención socio-sanitaria del anciano. Por primera vez se protocolizaban una serie de actuaciones con dos ideas claras, por un lado que la multidimensionalidad de los problemas del anciano exigía a su vez una aproximación de la misma índole⁹¹ en el marco del trabajo en equipo⁹² y por otro, que lo asistencial y curativo no iba a convertirse en el único norte de las actuaciones.

En el marco del programa se planteaban un conjunto de siete actividades sucintamente protocolizadas:⁹³

- Educación para la salud: los ancianos son en su mayoría independientes y no requieren ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, en esta situación es el propio anciano el responsable del mantenimiento de la calidad de su vida y, por lo tanto, será a él a quien deben ir dirigidas nuestras acciones educativas. Cuando un anciano dependa de otros, en mayor o menor grado, nuestras acciones educativas tendrán en cuenta al cuidador informal, responsable del mantenimiento de la salud del anciano, aunque sin olvidar a éste.⁹⁴
- Examen de salud: que permita detectar los problemas de salud físicos, psíquicos y sociales del anciano.⁹⁵
- Atención domiciliaria: la atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades sociosanitarias con el objetivo de identificar, valorar y realizar un seguimiento del anciano con problemas de salud y de su familia,

91. En la guía se establece el grado de responsabilidad de cada miembro del equipo de atención primaria (EAP) en las actividades descritas. Esto permitía reforzar el concepto de equipo que estaba muy unido en la génesis de los EAP, rompiendo con una estructura vertical que otorgaba prácticamente todo el peso asistencial al médico. De este modo se incorporaba de forma activa en labores asistenciales y/o preventivas otros profesionales que iban a tener distintos niveles de responsabilidad en la consecución de los objetivos marcados en los programas. INSALUD (1987) *opus cit.*, p. 47.

92. La propia OMS establece la importancia de reconocer que cada profesión tiene su ámbito de competencia propia y que debe trabajar con los demás sobre la base del respeto mutuo por los conocimientos especializados de cada uno. Las enfermeras, los farmacéuticos, los odontólogos, los médicos, psicólogos y los trabajadores sociales deben trabajar en equipo y reconocer la necesidad de cooperar a la hora de hacer frente a los muchos problemas sanitarios de carácter complejo que no se pueden tratar de forma adecuada por un único sector profesional. OMS-EUROPA (1998) *opus cit.*, p. 168.

93. INSALUD (1987) *opus cit.*, p. 29.

94. Pastor, P. y Morín, V. (1999) *Características de la atención a los ancianos desde la atención primaria*, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 145.

95. Noriega, M., García, M. J. y Torres, P. (1999): "Procesos de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, p. 23-44.

potenciando de este modo su autonomía y mejorando la calidad de vida.⁹⁶

- Consulta de atención a la demanda y programada: es necesario el desarrollo de actividades de atención en el marco de las consultas pensadas en función de las características de los ancianos.
- Vacunaciones: es importante destacar la vacunación antigripal que, pese a que no proporciona una inmunidad completa, si ofrece una protección suficiente como para que sea más que recomendable su uso. Su prescripción a los mayores de 65 años es universal por el riesgo que la edad representa en si misma, si además existe algún tipo de patología crónica asociada, su no utilización sería inexcusable.⁹⁷
- Rehabilitación y reinserción social: constituye una parte fundamental del tratamiento puesto que el objetivo ha de ser la reintegración del anciano en su medio habitual, disminuyendo su grado de dependencia si es posible.
- Atención al medio: el medio físico, detectando y modificando, en lo posible, aspectos negativos en lo urbanístico y arquitectónico que puedan incidir en la vida del anciano. El medio social, todavía insuficiente, que requiere el impulso de una red de servicios culturales, deportivos y recreativos adecuados a los ancianos, así como el impulso de medidas que mejoren la integración del anciano en su entorno.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja se planteó, desde la Dirección de Atención Primaria, la necesidad de desarrollar un programa de salud dirigido a la población anciana. Esta necesidad surge de la constatación del “envejecimiento del envejecimiento”⁹⁸ que se traduce en un aumento de personas mayores de 80 años,⁹⁹ en cualquier caso, este no deja de ser el reflejo del proceso de envejecimiento que se da a nivel nacional aumentando un grupo poblacional con múltiples patologías crónicas, limitaciones físicas, fisiológicas y psíquicas, riesgo de accidentes, incapacidad funcional relacionada con las patologías y situaciones de soledad por el fallecimiento de familiares próximos. El programa establece la importancia de conocer las necesidades tanto

96. Pastor, P. y Morín, V. (1999) *Opus cit*, p. 153.

97. INSALUD (1987) *Opus cit*, p. 40-44.

98. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000): Prevención y detección de problemas en el anciano. Logroño: INSALUD, p. 4.

99. Los ancianos mayores de 80 años forman el grupo de los llamados “anciano frágiles”.

sanitarias como sociales de los ancianos de La Rioja y los riesgos a los que están expuestos.

Los objetivos explicitados en el programa¹⁰⁰ son:

- Mejorar la calidad de vida del anciano
- Rehabilitar su capacidad funcional
- Favorecer la permanencia o reintegración del anciano en su medio habitual y familiar¹⁰¹
- Promocionar el autocuidado
- Garantizar la continuidad de los cuidados entre los diversos niveles de atención

Es indudable que la consecución de dichos objetivos pasará por la integración de la atención del anciano en el trabajo asistencial cotidiano de los profesionales de atención primaria. Esta atención debe incluir, junto con los aspectos asistenciales, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrolladas por un equipo multidisciplinar constituido por médico, enfermera, trabajador social y el cuidador principal o persona de apoyo principal. No podemos perder de vista la imprescindible coordinación de todos los recursos comunitarios (hospitales, servicios de geriatría, atención primaria y servicios sociales) para la consecución de los objetivos del programa.

El programa distingue tres tipos de anciano. Por un lado tenemos la “persona mayor sana” es aquella que no padece ningún tipo de patología, ni presenta ningún grado de problemática funcional, mental o social. Por otro, tenemos la “persona mayor enferma” que es aquella que ha sido diagnosticada de algún proceso agudo o crónico, pero que no cumple criterios de inclusión en el siguiente grupo, “persona mayor frágil o de alto riesgo”. Este último, es el grupo que requiere de mayores recursos asistenciales, se incluirá en él aquellos ancianos que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios:¹⁰²

- Edad avanzada (mayor de 80 años)
- Viudedad reciente (último año)
- Cambio de domicilio frecuente y/o reciente

100. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000) *opus cit*, p. 5.

101. Según Ernesto Cabello, Jefe del Departamento de Mayores de Madrid, “la filosofía del cuidado ha ido cambiando en los últimos años: ya no se trata tanto de atender a los ancianos en un centro sanitario como de hacer posible el envejecer en casa”. Ortega, P. y Alcaide, S. *opus cit*, p. 26.

102. Gerencia de Atención Primaria de La Rioja (2000) *opus cit*, p. 16.

- Vivir solo
- Situación económica precaria o ingresos insuficientes
- Presencia de problemas sociales con incidencia grave para la salud
- Hospitalización en el último año
- Polimedicação (más de cinco fármacos)
- Patología crónica invalidante, física o psíquica
- Incapacidad funcional

En cualquier caso, el Plan de Salud de La Rioja recoge la necesidad de mejorar la Atención Primaria de salud dirigida a la población anciana.¹⁰³ Se destaca la imprescindible coordinación entre los centros de salud y servicios sociales de base, la creación de centros de día y el fomento de la permanencia de los ancianos en su medio familiar y social a través de programas de atención domiciliaria, telealarma y otros. Para ello propone una serie de medidas como el fomento de estudios dedicados a la búsqueda de marcadores de calidad asistencial en el ámbito sanitario; la homologación de un modelo de historia clínica para la tercera edad, con diagnóstico geriátrico, que incluya aspectos sociales, asistenciales...; el fomento de estudios epidemiológicos específicos sobre la tercera edad; y, por último, la promoción en la formación de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en asistencia geriátrica. Solo queda, por lo tanto, desear que estas acciones puedan llevarse a cabo, sus resultados no podrán ser otros que una mejora sustancial en la calidad de vida de los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE, A. (1993): *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Boixareu, pp. 107-108.
- COLOMER, C. y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2001): *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 27.
- COMISIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD (1998): *Plan de salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, pp. 162-196.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCIÓN DE SALUD (1987): "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, nº 61, p. 129.

103. Comisión para la elaboración del Plan de Salud (1998): *opus cit*, p. 196.

- CRÓNICA SANITARIA (2002): "La OMS apuesta por la reforma de los sistemas de salud como base de las políticas sobre envejecimiento", en *Jano Medicina y Humanidades*, vol. LXII, nº 1.429, pp. 1258-1259.
- DE DIEGO, I. (2003): "Atención sociosanitaria", en *El Observador de La Actualidad Médica*. Madrid: Actualidad Sanitaria, nº 30. p. 5.
- DONATI, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 229-231.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1997), Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ESEVERRI, C. (2002): "La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura", en *INDEX de Enfermería*, nº39, p.37
- FRÍAS, A. (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, pp. 341-353.
- FÜLÖP, T. y ROEMER, M. (1987): "Análisis de la formación de personal de salud", en *Cuadernos de Salud Pública* nº 83. Ginebra: OMS, pp. 29-48.
- GARCÍA, V., SOLDEVILLA, J. y TORRES, P. (1999): "Manifestaciones de dependencia de mayor incidencia en la población anciana", en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 211-251.
- GASTALVER, E. (1997): "¿Qué sentimientos tienen ante la vida los ancianos mayores de 74 años confinados en su domicilio?", en *Libro resumen de comunicaciones del I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica*. p. 103.
- GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA (2000): *Prevención y detección de problemas en el anciano*. Logroño: INSALUD, pp. 4-16.
- GERMÁN, C. y HEIERLE, V. (1996): "Atención integral a los enfermos crónicos", en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill. Tomo III, p. 1166.
- GERMÁN, C. y MAZARRASA, L. (1996): "Promoción de salud en mayores", en *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill. Tomo III, pp. 1436-1437.
- INSALUD (1987): "Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud", en *Colección Atención Primaria de Salud*, nº 5, pp. 30-47.
- INSALUD (1990): *Teoría y práctica de la atención primaria en España*. Publicación nº 1567. Madrid, pp. 43-45.
- LINDÓN, B. (1997): "¿Qué desean saber los ancianos sobre su salud?", en *Libro resumen de comunicaciones del I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica*. p. 102.

- NÁJERA, E., CORÉS, M. y GARCÍA, C. (1991): “La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico”, en *Revisiones en Salud Pública*. Barcelona: Masson, p. 25.
- NORIEGA, M., GARCÍA, M. J. y TORRES, P. (1999): “Procesos de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales”, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 23-44.
- OMS (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Serie “Salud para Todos”, nº 2. Ginebra: OMS, p. 8.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Documento nº 48.
- OMS-EUROPA (1998): *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI*, pp. 42-169.
- ORTEGA, P. y ALCAIDE, S. (2003): “El reto del cuidado a los ancianos”, en *El País*, 20 de abril. p. 26.
- PASTOR, P. y MORÍN, V. (1999): “Características de la atención a los ancianos desde la atención primaria”, en *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: SEEG, pp. 145-153.
- SALLERAS, L. (1990): *Educación sanitaria, principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 17-170.
- SALLERAS, L. (1992): “Educación sanitaria”, en *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. p. 1040.
- SARRÍA, A. (2001): *Promoción de la salud de la comunidad*. Madrid: UNED, pp. 49-54.
- SIERRA, A. y DORESTE, J.L. (1992): “Demografía y salud pública”, en *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson, pp. 21-55.
- TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Madrid: Siglo XXI, pp. 8-21.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES

María Victoria Hernando Ibeas

ACTITUDES HACIA LA VEJEZ

Nuestra vida es un proceso de continuo desarrollo y cambio y desde el momento en que nacemos comenzamos a envejecer. Este proceso es algo personal, individual y determinado por propias características de salud, experiencias, educación, medio etc... De la misma forma, la vejez como parte de este proceso, debería conformarse de forma distinta para cada persona y como en una etapa más poder disfrutar de sus ventajas y salvar sus inconvenientes. Sin embargo existe un desconocimiento casi intencionado de lo que significa el envejecimiento, “todos queremos vivir muchos años pero nadie quiere ser viejo”. Esta idea nos pone de manifiesto *la óptica social respecto de la vejez y demuestra como sigue siendo difícil mantener la dignidad y los años*. Sin embargo, el aumento, tanto en términos absolutos como relativos de la población anciana, ha desembocado en un interés por el colectivo y por la oferta de los recursos destinados a su bienestar. La realidad hace preciso reivindicar la responsabilidad política y social hacia el enriquecimiento afectivo, cognitivo y conductual de los mayores.

En todo caso, sucede que el anciano de nuestros días y en mayor medida el anciano institucionalizado hace eco de los estereotipos sociales y se convierte en aquello que se espera de él, alguien pasivo, improductivo y por tanto sin derecho a opinar siquiera sobre sus circunstancias. La herencia educativa y el estigma social no permiten al anciano, en demasiadas ocasiones, descubrirse a sí mismo, sino simplemente formar parte de un colectivo sin suerte.

Aunque los parámetros sociales están cambiando debemos de reconocer que todavía es fácil encontrarnos con el anciano que no lucha por conocer sus posibilidades ni aquellas que se le ofrecen. En la mayoría de los casos su des-

motivación para cualquier tipo de contacto o actividad es grande, su única preocupación parece ser la de satisfacer sus necesidades más básicas y su única voz la del recuerdo y la queja, sin pararse a pensar en que tiene un presente que aprender a vivir. A nadie nos son ajenas ciertas “limitaciones” de este colectivo pero también es cierto que existen muchas posibilidades de acción y estrategias alternativas que llevar a cabo, y esto, aún es desconocido tanto por la mente colectiva como por el propio individuo interesado, siendo ésta la gran barrera que hay que conseguir saltar.

Aunque evidentemente no se debe generalizar o establecer ciertas categorías en torno a la personalidad del anciano, podemos hablar de tres formas distintas de acceder a la vejez.

1. El anciano no asume su condición: en este caso y debido principalmente a las connotaciones sociales ya comentadas, la persona de edad no percibe nada positivo en su vida. Su sensación es la de haber perdido todas sus posibilidades, tiende a estar malhumorado, a quejarse continuamente y a aislarse de sus compañeros o de las personas que le rodean.

2. El mayor acepta su condición pero de forma pasiva, como un hecho irremediable por el que “hay que pasar”: bajo esta perspectiva solemos encontrarnos la persona dócil que acepta aquello que se le propone pero sin mostrar mayor o menor interés. “No da problemas, pero tampoco alegrías”

3. El anciano acepta totalmente esta etapa de su vida: estas personas suelen mostrarse activos y participativos. El hecho de entrar en la vejez no supone para ellas un cambio drástico en su estilo de vida, sus gustos o aficiones sino que acostumbran a luchar por mantenerlos o incluso por aprender otros nuevos.

En este último caso es evidente que no es necesario intervenir, pero sí lo es cuando nos encontramos con mayores que asumen comportamientos como los mencionados en los dos primeros supuestos. Si analizamos este tipo de actitud podemos percatarnos de que el anciano basa sus comportamientos en una decisión social, no en una decisión propia. A partir del dato objetivo de haber cumplido cierta edad asume el rol que la sociedad le dicta, sin pararse a pensar en su sensación subjetiva, es decir, en si él se siente capaz de hacer o no ciertas cosas, si le apetece o no participar en ciertas actividades, si desea buscar nuevas relaciones o no etc... Sería necesario, por tanto, un nuevo aprendizaje por parte de todos, sobre el significado de cumplir cierta edad y especialmente por los profesionales que comparten con los mayores parte de la vida cotidiana. Disciplinas como el trabajo social, enfermería, psicología, medicina etc., deben orientar parte de su labor profesional a conseguir en las

personas de edad motivación e interés por actividades lúdicas, las relaciones con los demás, la educación para la salud, los estudios, acciones voluntarias de ayuda a la comunidad..., etc.

Hay que aceptar el hecho de que muchos ancianos presentan ciertos déficits asociados a la edad que van desde la falta de memoria, hasta la desorientación temporo-espacial, la sordera, deficiencias visuales, falta de autonomía etc., Para cada caso en particular se debe de buscar la alternativa que supla en mayor o menor medida esta deficiencia y en ningún caso generalizar. En cada situación particular debe encontrarse la solución más adecuada para que el colectivo pueda ser activo, participar e integrarse dentro de la comunidad. Cabe señalar que muchas de estas deficiencias se cronifican debido a la actitud pasiva del anciano y de quienes le rodean, bien en un contexto familiar y/o profesional, cuando empiezan los primeros síntomas y esta actitud una vez más es producto del enfoque social que ha venido manteniéndose hasta nuestros días. Quizá la contradicción que mejor defina la problemática de la vejez es el contraste que existe entre el “aplazamiento del envejecimiento biológico y el avance del envejecimiento social”. Hablamos de un envejecimiento social prematuro puesto que hoy en día es fácil “ser viejo sin serlo”. La expectativa media de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años y continúa haciéndolo, los cambios en los hábitos de salud, higiene y alimentación han contribuido a que esto sea posible. Todos sabemos que hoy cuando una persona se jubila tiene por delante un tercio o más de su vida, esto sin pensar en que las jubilaciones anticipadas son cada vez más numerosas con lo cual es posible que al individuo en el momento de su jubilación le quede por vivir prácticamente la mitad de su vida.

Es en este momento, cuando una persona cesa en el mundo laboral, cuando socialmente empieza a ser visto como la persona que entra en una nueva etapa de su vida: la vejez. Sin embargo si nos centramos en el envejecimiento biológico de esta persona que acaba de jubilarse, seguramente nos encontramos con que no existen signos de deterioro o de un declive espectacular como se espera de alguien que ya es viejo. Parece claro por tanto, que nuestro medio sociocultural no favorece la aceptación de esta nueva vejez que está constituyéndose, una vejez en la cual es posible encontrar las mismas o distintas motivaciones de actuación y de sentimientos como en cualquiera de los otros estadios de la vida. Es justamente en esta etapa de la vejez cuando por primera vez la persona se libera de muchas ataduras, bien de tipo profesional o familiar y cuando posee mucho tiempo para dedicarse a uno mismo, a sus aficiones y a sus seres queridos. La idea más importante a destacar es que durante demasiados años hemos intentado solucionar o ser solidarios con las

dificultades de la vejez, ignorando totalmente sus aspectos positivos. “No se trata de añadir años a la vida sino vida a los años”. El objetivo de las personas cercanas a los ancianos debe ser el de la búsqueda diaria de una mejor calidad de vida y satisfacción en la vejez.

A éste respecto es necesario insistir en cómo para la mayoría de las personas es importante adoptar un marco de referencia desde el que interpretar y dar sentido a la realidad. Este posicionamiento implica actitudes que nos ayudan a ordenar ciertos aspectos de nuestro medio social. Las actitudes hacen que ahorremos tiempo y energía psíquica puesto que simplifican nuestra respuesta a la demanda del entorno u objeto social. Sin embargo, en ocasiones, como en el caso que nos ocupa, este procedimiento hace que adoptemos posiciones que entorpecen nuestro objetivo. Así por ejemplo, los profesionales cercanos a los mayores que reconocen como una de sus principales tareas el dotarles de la mayor autonomía física, psíquica y social posible, pecan frecuentemente a través de comportamientos, pensamientos y verbalizaciones concretas, de prejuiciosos, permitiendo que prevalezca la respuesta rápida y la tendencia inconsciente a reproducir los mitos y creencias erróneas que subyacen sobre el hecho de envejecer.

Estas ideas, actitudes prejuiciosas y mitos improductivos sobre los mayores, adquiridos, como hemos señalado anteriormente, por la transmisión cultural, no sólo funcionan como un punto de partida de distintas reacciones y comportamientos, sino que también buscan confirmar su vigencia mediante una atención selectiva que ignora las evidencias que no se ajusten a su perspectiva interna y realza aquellas situaciones o hechos que sí la corroboran. La psicología social manifiesta como las elaboraciones apriorísticas de la mente humana, constituyen un dispositivo funcional que dinamiza y dirige la conducta mucho más decisivamente que la realidad misma de por sí, como un estímulo autónomo; es decir, las aspiraciones, las expectativas, las hipótesis, las previsiones, las anticipaciones mentales con que las personas explicamos la naturaleza de los fenómenos que nos afectan, comprometen más nuestras actuaciones, que la simple presencia objetiva de los mismos.¹⁰⁴

Por todo ello, quizá es necesario revisar someramente las principales ideas y actitudes negativas hacia la vejez para que nos ayude a replantearnos muchas de nuestras interacciones con las personas mayores en las distintas situaciones de índole personal o profesional. La mayoría de estas creencias

104. Fernández Lópiz, 1990.

giran en torno a los cambios psicológicos sufridos tanto a nivel cognitivo como a nivel afectivo y de personalidad.

Podemos considerar la inteligencia como la suma de capacidades necesaria para adaptarse al medio de manera efectiva. Según los estudios clásicos de tipo transversal sobre el deterioro intelectual, parece demostrado que las puntuaciones de las pruebas descendían en los grupos de edad que correspondían a las personas mayores de 60 años. Sin embargo, esto es debido, en gran medida, a factores externos como la diferencia de escolarización entre generaciones, el tiempo de reacción en los test cronometrados, el conservadurismo, la falta de hábito a realizar este tipo de pruebas, déficits sensoriales etc.,. Así pues, tradicionalmente el decremento en la eficacia de los procesos cognitivos ha sido sobreestimado por un conjunto de factores entre los que cabe resaltar, además de los relacionados con los propios diseños de investigación utilizados, los que tiene que ver con la significatividad de las situaciones y los problemas que se planteaban en éstos experimentos por un lado, y los relacionados con los efectos de la velocidad en la mayor parte de las pruebas utilizadas, por otro.

Así por ejemplo, estudios más actuales demuestran como los ancianos rinden más, por ejemplo en una tarea de aprendizaje de pares asociados, si se dejan 3 segundos entre la presentación de un par y la de otro, que si se dejan 1,5 segundos. Y el rendimiento es aún mayor si se le permite al sujeto determinar la duración del intervalo. (Las puntuaciones de los ancianos se benefician más que las de los jóvenes de esta posibilidad).

Ya en 1963 Canestrari encontró que las diferencias entre jóvenes y ancianos estaban más en errores de omisión que de ejecución; ello significa que las peores puntuaciones de los sujetos de más edad se debían más al hecho de que daban menos respuestas, que al hecho de que cometieran más fallos.

Lo que esto sugiere, obviamente, es que además de los factores estrictamente cognitivos hay procesos no cognitivos (motivación, ansiedad, precaución...) cuya influencia puede ser muy importante. De hecho cuando, a partir de los años 60 se realizaron test longitudinales (Baltes y Schaie, autores de la denominada teoría del ciclo vital)¹⁰⁵ se pudo comprobar que no existen cambios significativos en su inteligencia cuando el individuo se encontraba sano.

Estos estudios, están pues, confirmando que el deterioro intelectual debido a la edad cronológica es más un mito que una realidad y que dicho dete-

105. "Primary Mental Abilities" (PAM) de Thurstone que mide cinco habilidades primarias: significado verbal, espacio, razonamiento, inductivo, fluidez verbal y número.

rioro se produce cuando la persona se ve afectada por algún trastorno funcional.

Del mismo modo, la leyenda negra del declinar cognitivo fue también puesta en entredicho por Cattell y Horn,¹⁰⁶ al establecer una distinción entre dos tipos de inteligencia. La inteligencia fluida que representa la capacidad para la resolución de problemas nuevos y la inteligencia cristalizada que aplica a la situación presente la experiencia anterior.

En éstos estudios, llegan a la conclusión de que hay un aumento a lo largo de la vida de las formas cristalizadas y una disminución de las fluidas, y Cattell considera que esta disminución está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y que éstas se hayan determinadas por la genética.

En todo caso, nos interesa resaltar de éste trabajo la evidencia de que las habilidades mentales constituyen un constructo excesivamente amplio y complejo y de cómo en algunos aspectos de la inteligencia los mayores se muestran aventajados.

Respecto de las funciones cognitivas o procesos mediante los cuales se recibe, almacena y usa la información, cabe comentar que sí son frecuentes los cambios en la percepción sensorial –tienden a disminuir la vista, el oído, el gusto y el olfato–, lo cual puede influir negativamente en la recepción de información, en un posible aislamiento o en la calidad nutritiva. Sin embargo, y a pesar de todo ello, lo cierto es que la mayoría de las personas mayores pueden seguir llevando una vida normal, aunque en ocasiones es necesario compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir para que éstas queden reducidas al mínimo. Si atendemos a la memoria, las pérdidas más importantes parecen sobrevenir en la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. Es preciso tener en cuenta que la atención está directamente relacionada con la motivación. El interés que la persona mayor tenga en atender es fundamental a la hora de fijar los estímulos que le van llegando. En todo caso, parece confirmarse que el deterioro es significativamente mayor en la memoria a corto plazo que en la memoria a largo plazo, aunque no en todos los individuos por igual. De forma general, es importante tener en consideración una serie de factores que pueden influir en el rendimiento de la actividad mental: el estado de salud, las dotes iniciales, la formación escolar, el tipo de actividad profesional y el entorno estimulante entre otros.

Existen además de estas clásicas investigaciones psicométricas, estudios más actuales y de corte cualitativo que toman como punto de partida la teo-

106. Cattell, 1971; Horn, 1982; Horn y Donaldson, 1998.

ría piagetana. En estos estudios se analiza la respuesta de los mayores en lo que se ha venido denominando estilos de pensamiento “post-formal” (invención de nuevos procedimientos de análisis, pensamiento contextual, pensamiento relativista,¹⁰⁷ pensamiento dialéctico¹⁰⁸ y sabiduría¹⁰⁹) y en términos promedio los mayores obtienen valores favorables en relación con los jóvenes. La conclusión, por tanto, debe ser que la conversación de las facultades mentales no está relacionada con la edad cronológica en sí misma. No debemos esperar un deterioro intelectual sencillamente por el paso del tiempo, sino que dicho deterioro surgirá de las diversas pérdidas funcionales que va sufriendo el individuo.

En segundo término si atendemos a las ideas negativas que persisten en nuestro entorno social respecto de los cambios psicológicos en la vejez que afectan a la personalidad y el mundo afectivo, podemos resaltar la creencia de que el anciano por el simple hecho de serlo es una persona desvalida y dependiente. Este mito alimenta una actitud paternalista y súper protectora que muchos de los profesionales cercanos a los mayores siguen manteniendo y que, obviamente es contraria a cualquier tipo de intervención adecuada con el colectivo. Además, en demasiadas ocasiones, este convencimiento aparece unido a una premisa aún peor para el desempeño de la labor profesional y es el convencimiento de que “hagamos lo que hagamos, nada va a cambiar”. Quienes apoyan sus comportamientos en éste prejuicio no consideran importante plantearse cambios en su relación con los mayores, a quienes dotan de antemano de la imposibilidad de cambiar o reciclarse en sus hábitos y costumbres si fuera necesario par su bienestar. La modificabilidad de la persona a lo largo de su vida es algo consustancial al mismo proceso de desarrollo y a la propia vida. Este fenómeno que llamamos plasticidad, se vincula, sin duda, con las experiencias y las condiciones que le ocurren a un individuo a lo largo de su existencia.

Numerosos autores, como Thomas (1992), no dudan en afirmar, en conexión directa con este supuesto de la maleabilidad personal, que, precisamente la variabilidad interindividual aumenta con la edad. Incluso a nivel biológico, los últimos estudios indican que hay importantes diferencias interindividuales entre las personas mayores.

Tenemos que recordar aquí también que las posibilidades de cambio, y por ende de optimización, no sólo son posibles en la infancia o la adolescen-

107. Modelo de “juicio reflexivo” propuesto por Kitchener y King, 1981.

108. Riegel, 1979.

109. Dittman-Kohli y Baltes, 1984.

cia, sino que se puede y se debe afirmar que los cambios son posibles a lo largo de todo el curso de la vida. Pregonar que las personas no cambian de forma considerablemente no implica la afirmación de una cerrazón al cambio.¹¹⁰ Lo que refleja la estabilidad de las personas es más la estabilidad de las circunstancias que la rodean, que una imposibilidad para él cambio como tal. Por tanto la optimización es una posibilidad permanente en los individuos y, como no, en los mayores.

No debemos olvidar, que factores como la estimulación externa y la motivación están muy relacionados con las reacciones que el individuo mayor pueda mostrar, por tanto asumir por parte de los profesionales que interactúan con los mayores que el nivel de exigencia debe ser mínimo, es alimentar una vez más las ideas inadecuadas de la ineptitud, la pasividad y la poca capacidad de este colectivo.

De forma general, las modificaciones en la personalidad del anciano sano, han sido mucho menos investigadas que la inteligencia, por lo que los datos que se poseen son dispares. Pese a esto, durante mucho tiempo se ha descrito un perfil de personalidad en la que se adjudican al anciano diversos rasgos negativos y otros positivos. Hoy, sin embargo, la validez de este perfil queda cuestionada y la conclusión más general que puede extraerse de las últimas investigaciones es que, la personalidad, en las personas sanas y adaptadas, tiende a mantenerse estable toda la vida. Según parece, la mayoría de los rasgos “negativos” de la personalidad del anciano serán la consecuencia de factores no relacionados directamente con la edad.

Existe, sin embargo, la relación directa entre cambio de personalidad y salud, status socio-económico, situación familiar-afectiva y educación. Respecto del estado emocional y afectivo, cabe señalar que son muchas las experiencias y pérdidas que ha sufrido el sujeto cuando llega a la edad avanzada, lo que inevitablemente va a repercutirle. Sin embargo y aunque es un tema poco estudiado, no parece existir prueba alguna de que la vida afectiva de los ancianos sea mejor o peor que en los individuos más jóvenes.

Para finalizar este apartado y con el objetivo de potenciar la reflexión sobre nuestras actitudes, estereotipos o ideas preconcebidas, pasamos a transcribir el cuento “Lobo Feroz”. Una divertida muestra de cómo la “otra versión” siempre existe y de cómo creencias mantenidas durante mucho tiempo no siempre han de ser ciertas.

110. Mc CALL, 1981.

El bosque era mi hogar. Yo vivía allí y me gustaba mucho. Siempre trataba de mantenerlo ordenado y limpio.

Cuando...

Un día soleado, mientras estaba recogiendo una basura dejada por unos excursionistas sentí pasos. Me escondí detrás de un árbol y vi venir una niña vestida de forma muy divertida –toda de rojo y con la cabeza cubierta, como si no quisiera que la vieran–. Naturalmente me puse a investigar. Le pregunté quién era, de dónde venía, a dónde iba..., etc.

Ella me dijo cantando y bailando que iba donde su abuelita, con una canasta con el almuerzo. Me pareció una persona honesta pero estaba en mi bosque y ciertamente me parecía sospechosa con esa ropa extraña. Así que decidí darle una lección y enseñarle lo serio que es meterse en el bosque sin anunciarse y vestida de forma tan extraña. Le dejé seguir su camino pero corrí a la casa de su abuelita. Cuando llegué vi a una simpática viejita y le expliqué el problema y ella estuvo de acuerdo en que su nieta merecía una lección. Estuvo de acuerdo en permanecer fuera de la vista hasta que yo la llamara y se escondió debajo de la cama. Cuando llegó la niña le invité a entrar al dormitorio donde yo estaba acostado vestido con la ropa de la abuelita.

La niña llegó sonrojada y me dijo algo desagradable acerca de mis orejas... He sido insultado antes, así que traté de ser amable y le dije que mis grandes orejas eran para oírla mejor. Ahora bien, me gustaba la niña y trataba de prestarle atención. Pero ella hizo otra observación insultante acerca de mis ojos salidos. Ahora ustedes comprenderán que empecé a sentirme mal; la niña tenía una bonita apariencia pero era muy antipática. Sin embargo seguí la política de poner la otra mejilla y le dije que mis ojos me ayudaban a verja mejor... Su próximo insulto sí me encolerizó, siempre he tenido problemas con mis dientes tan grandes, pero esa niña hizo un comentario...!pero que muy desagradable!. Sé que debí haber controlado, pero salté de la cama y le gruñí enseñándole mis dientes y le dije eran para comerla mejor.

Ahora bien, sean serios. Ningún lobo puede comerse a una niña. Todo el mundo lo sabe. Pero esa niña loca empezó a correr alrededor de la pieza gritando y yo también corría detrás de ella tratando de calmarla.

Como tenía puesta la ropa de la abuelita, me la saqué, Pero fue peor. De repente la puerta se abrió y apareció un leñador con un hacha enorme. Yo le miré y comprendí que corría peligro así que salté por la ventana y escapé.

Me gustaría decirles que éste es el final de la historia. Pero desgraciadamente no es así pues la abuelita jamás contó mi parte de la historia. Y no pasó mucho tiempo sin que se corriera la voz de que yo era malo. Y todo el mundo empezó a evitarme. No sé qué le pasaría a esa antipática niña vestida de forma tan extraña, pero yo nunca más volví a ser feliz.

EL LOBO FERROZ (FUENTE: CARLOS MARTÍN BERISTAIN)

CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

*“El tratamiento más útil es la silla
para sentarte a escuchar al paciente”*

Dr. Gregorio Marañón

Comunicación es el proceso de transmitir y recibir información utilizando la palabra hablada o escrita, los gestos, la postura corporal, las inclinaciones de cabeza, la expresión facial, la dirección de la mirada, la apariencia física..., etc. Dependemos de los intercambios de información para sobrevivir y estos intercambios están mediatizados por unas reglas que pueden aprenderse. Conocer cómo acontece la comunicación, los elementos característicos, las barreras y facilitadores, los tipos o niveles de comunicación, va a determinar el grado de eficacia de la misma.

De forma general, es importante percatarse de que es imposible no comunicar, toda conducta es comunicación y no existe la no-conducta.¹¹¹ La comunicación existe desde siempre, hoy tan sólo existe un tipo de comunicación más rápida (señales de humo, cuerno, campanas, teléfonos, revistas, intermitentes, Internet,...). Sin embargo, y a pesar de ser algo tan importante, no se nos enseña como recibir, analizar y transmitir la información en todas sus connotaciones. Esta carencia en el terreno personal puede desembocar en importantes dificultades para las relaciones pero más en concreto y si atendemos al terreno profesional podemos afirmar que el desconocimiento de los efectos beneficiosos o contraindicados que las pautas comunicativas producen en el usuario y paciente, se traduce en desaprovechar aquello que, en demasiadas ocasiones, será un tratamiento y/o recurso eficaz y más aún si tenemos en cuenta las características concretas de la población que nos ocupa. Este proceso de comunicación utilizado de forma adecuada conduce a un entendimiento entre dos o más personas y cuando se produce dentro de un marco asistencial-profesional, debemos plantearnos sus efectos “terapéuticos”.

Si atendemos a una simple y clásica clasificación, sabemos que los seres humanos contamos con dos sistemas de comunicación: la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

Evidentemente, la separación entre ambos sistemas es un tanto artificial. La comunicación verbal sin aspectos no verbales sería como el habla de un robot o una grabadora (y aún así, la entonación transmitiría aspectos no verbales en la comunicación). Sin embargo, en algunos casos, el sistema no ver-

111. Paul Watzlawick y col.

bal es la única vía de comunicación (personas con distinto idioma, sordos, casos clínicos particulares etc.).

En cualquier caso, conviene señalar que los teóricos de la comunicación de la escuela de Palo Alto (Paúl Watzlawick y col.) apuntan hacia la existencia de tres niveles en la comunicación: el lenguaje verbal, al cual le adjudican un 7 % de transmisión en la totalidad de un mensaje, el lenguaje tonal con un 38% y el lenguaje no verbal el cual engloba con un 55% los mayores elementos comunicativos.

Antes de pasar a conocer más detalladamente aspectos más interesantes de la comunicación, es conveniente que entendamos el proceso comunicativo como algo que no podemos ignorar, puesto que nos acompaña continuamente en el desempeño de nuestra labor profesional y quizá es conveniente reflexionar sobre la importancia que le concedemos y su utilización. Las habilidades comunicativas, en ciertas profesiones, se convierten en una poderosa herramienta que puede hacer cambiar el curso de los acontecimientos. Por tanto, aprender a utilizar eficazmente estos tres niveles de lenguaje y a estimar sus efectos en el usuario es una tarea que debemos plantearnos.

Dentro de la comunicación verbal podemos destacar dos aspectos: uno puramente informativo (¿explicamos bien lo que queremos que entienda el otro?) y, un segundo aspecto persuasivo (¿conseguimos que el otro actúe según la información dada?). Para conseguir reducir al máximo los problemas que pueden surgir en el manejo de la comunicación verbal con las personas mayores conviene:

- Reducir la dificultad de la información transmitida:
 - simplificar y acortando las frases
 - evitar utilizar palabras demasiado técnicas
 - agrupar la información en bloques de más fácil asimilación
- Presentar la información sin mezclar conceptos
- Repetir la información si fuera necesario y completar las dudas que puedan surgir.
- Si sospecháramos que un paciente /usuario es especialmente tímido, o muy nervioso, es preciso constatar que le aportamos toda la información necesaria aunque no ose preguntarnos.
- Hay que mostrar una disposición clara a ayudar.
- En algunos casos, cuando haya serias dudas sobre la capacidad de comprensión del receptor, habrá que intentar recurrir a la ayuda de familiares y/u otros interlocutores adecuados.

Si atendemos, por otro lado, a la comunicación no verbal (cnv), encontramos varias funciones importantes:

- Transmite actitudes y emociones interpersonales y apoya a la comunicación verbal, confirmando o desmintiendo aquello que se dice. Así pues, cuando nuestro mensaje verbal no coincide con las señales no verbales que emitimos, hablamos de “conducta de ocultación” puesto que el receptor advierte la incoherencia (aunque no sepa o pueda explicarla) y duda de nuestra credibilidad, además de procesar más fácilmente el mensaje no verbal. Todo ello se debe valorar cuándo nos vemos tentados a emitir “mentiras piadosas”, práctica habitual con los ancianos, producto una vez más de esa transmisión cultural repleta de mitos nocivos comentada en el apartado anterior.
- En segundo lugar la comunicación no verbal proporciona feed-back (retroalimentación o información de vuelta) a cerca de cómo los otros responden a nuestro mensaje de forma que podamos adecuarle al contexto.
- El significado de las expresiones no verbales (bien sean de contradicción, complementariedad, acentuación, regulación etc., de la expresión verbal) es dinámico y depende de los distintos códigos culturales.
- Ocurre casi de forma inconsciente. La diferencia estriba en el grado de intencionalidad deseadas por las personas que participan de una interacción
- Y por último este sistema sustituye a la comunicación verbal en casos específicos.

Este sistema de comunicación adquiere suma importancia en el contexto profesional. Es necesario aprender a “captar” el significado de las señales, gestos y expresiones que emitimos y que se nos emiten mediante la observación. La depresión, el miedo, el dolor etc., son estados emocionales que generalmente no se expresan mediante palabras, es más, la persona mayor que acude a un centro de servicios sociales, a un hospital, una consulta...etc se encuentra frecuentemente en una situación de indefensión que hace que tenga menos control sobre sus emociones y se encuentre más sensible, por lo que emite más señales no verbales. La mayoría de las situaciones que debemos abordar en el desempeño de nuestra actividad profesional con los mayores, reproducen escenas que no suelen ser gratas o ventajosas para los ancianos, más bien al contrario, cuándo se produce la interacción con ellos, éstos suelen estar en un estado de ansiedad e incertidumbre, estados que dificultan su colaboración eficaz. Dentro de este contexto, el receptor está más propenso a buscar en el

ambiente cualquier indicio que le proporcione información, ya sea sobre su condición como enfermo, sobre como debe comportarse bajo ciertas condiciones, sobre la actitud del personal hacia ellos (si resultan desvalorizados o irritantes)..., etc. El receptor presenta por tanto, inmerso en éstas realidades, un radar especial para captar cualquier señal no verbal, especialmente si está en contradicción con lo que se dice verbalmente (recordemos lo apuntado sobre la “conducta de ocultamiento”).

Cada vez más disciplinas han ido aumentando el valor dado a la comunicación no verbal en la mejora de la calidad en la intervención con personas ancianas y hoy, pocos dudan de la necesidad de optimizar estas capacidades en las personas dedicadas a ésta tarea. De acuerdo con esta premisa conviene repasar algunos aspectos importantes de la CNV en la relación con la persona de edad avanzada:

- El contacto corporal posee una importancia primordial en situaciones concretas. Dentro de nuestra cultura occidental, este contacto queda reducido a las manos (a excepción de las relaciones familiares o con los profesionales de la medicina), y a pesar de ser un código que no está escrito todos sabemos interpretar y valorar cuando es empelado correctamente.
- La orientación del cuerpo y la postura en general pueden transmitir mensajes sobre la situación relativa de los interlocutores (dominante-sumiso), sobre el estado emocional (relajado-tenso), la actitud hacia los demás (respeto, atención, desinterés)..., etc.
- La expresión facial que en realidad puede reducirse a los cambios sucedidos en los ojos, cejas y boca, requiere una especial atención, puesto que con la mirada, la sonrisa, los gestos..podemos generar climas positivos o negativos, generar confianza o suspicacia, interés o desidia..., etc. En general tenemos cierto grado de control aprendido sobre este tipo de señales, de forma que en ocasiones podemos sonreír aunque “por dentro” no lo sintamos así. En todo caso, la emoción de nuestro interlocutor puede ser hasta cierto punto reconocible a partir de la expresión facial, sobre todo si atendemos a los movimientos oculares que son los auténticos reguladores de la conversación/relación. La mirada ha de ser tratada como uno de los elementos más importantes de la CNV y que más ayuda a la interacción entre dos personas. Entre otras, se le atribuyen funciones como la evaluación mediante feed-back de la reacción ante nuestro mensaje, la expresión de emociones y la transmisión de interés/desinterés, aprecio/desprecio, etc. Hagamos una mención especial hacia la costumbre de no mirar al rostro de nuestro

interlocutor. Esto se interpreta como indiferencia, desprecio,.. y contribuye a la despersonalización tan frecuente en los centros de atención a las personas mayores. Es importante destacar que acostumbramos a mirar menos a los ojos de las personas con algún defecto físico, enfermos terminales etc...; es más fácil no mirar a las personas que nos hacen sentirnos intranquilos o incómodos. Quizá conviene reflexionar sobre la auténtica crueldad que supone ésta reacción hacia cualquier persona y más en concreto hacia los ancianos.

- Los movimientos de pies y manos, aunque en menor medida que el rostro también expresan mucho de nuestros intereses y nuestras intenciones. Su orientación, apertura y distancia evocan más que nuestras palabras, por lo que una vez más hay que replantearse una relación sincera con el usuario aunque esto implique reacciones más difíciles de manejar a corto plazo pero una relación de ayuda menos protectora, menos irritante y más útil en el tiempo.
- No debemos olvidar hechos como que un mensaje verbal positivo acompañado de una señal de comunicación no verbal negativa produce sensación de insinceridad. Sin embargo, un mensaje relativamente negativo asociado a una señal de comunicación no verbal negativa transmite sinceridad. En todo caso, conviene recordar que cuando existe incoherencia en un mensaje o información entre los distintos sistemas comunicativos (verbal, tonal, no-verbal), prevalecerá la señal no verbal.
- Por último comentar muy brevemente la importancia de los también llamados elementos paralíngüísticos. El volumen de la voz, la entonación, el timbre, la fluidez y la velocidad entre otros, son factores que pueden conseguir que un mismo mensaje verbal sea interpretado de una forma u otra. Es preciso por tanto, atender a la utilización que hagamos de ellos, para no generar interpretaciones que puedan dar lugar a equívocos, así como adecuarles a las características del anciano/a receptor/a y al tipo de relación que hayamos generado en cada caso concreto.

Una vez expuestas las nociones básicas sobre nuestra capacidad comunicativa y sus múltiples matices, conviene insistir en que para mejorar la competencia profesional en este aspecto es necesario querer y saber. Por ello es conveniente un ejercicio de reflexión personal respecto a nuestras actitudes. Es necesario prestar atención a los siguientes puntos:

1. La importancia concedida a las pautas de comunicación como herramienta profesional.
2. La autocrítica hacia nuestras habilidades y limitaciones en éste campo.

3. Valorar el interés real hacia la mejora de nuestros conocimientos
4. El conocimiento de los principios básicos de los protocolos de actuación en comunicación
5. La aplicación de los mismos
6. La capacidad de evaluación hacia nuestra ejecución y el interés por mejorarla

Además, antes de pasar a exponer el protocolo básico de actuación en el contexto comunicativo entre profesionales y usuarios, quizá resaltar que la peculiaridad de la comunicación en la atención a personas mayores viene marcada por ciertos rasgos.

- La relación de desigualdad. En los contextos profesionales que nos ocupan, el anciano suele encontrarse en un estado de demanda que favorece su pasividad. Tanto el usuario como su familia depositan la esperanza en los profesionales
- Una relación de espera y esperanza mutuas. El usuario espera alivio, solución a sus problemas y el profesional por su parte espera reconocimiento.
- Los sondeos e investigaciones a cerca de la calidad de la comunicación en estas situaciones parecen esclarecer aquellos puntos dónde los profesionales más flaquean. Estos resultados apuntan hacia el escaso o inadecuado contacto visual, hacia la falta de oportunidad del usuario para poder explicarse y para ofrecer feed-back y hacia una postura poco adecuada en general por parte del profesional puesto que inicia las entrevistas de forma brusca, es acusado de parco en ofrecer apoyo y emplear poco tiempo con el usuario además de realizar múltiples preguntas en poco tiempo, utilizar preguntas tendenciosas, aportar información escasa (aunque dependiendo de la clase social del usuario y/o los familiares), no repetir la información interesante y no dar explicaciones. Las consecuencias de esta presunta carencia de competencia comunicativa van desde la incomprensión de las explicaciones recibidas o su olvido, la falta de colaboración, participación e incumplimiento de las prescripciones, hasta el abandono, la pérdida de confianza y el cambio de profesional.
- En conclusión, una vez más insistir en que una relación de comunicación más eficaz aumentaría nuestra capacidad de influencia en el usuario, mejoraría la atención y disminuiría en importante medida la insatisfacción que parece desprenderse de los sondeos realizados.

Por último, previamente a exponer el marco teórico transcribimos una conocida fábula con el fin de poder utilizarla como punto de partida si es que hemos decidido querer y saber optimizar nuestras habilidades de comunicación en el ámbito profesional. Es una lectura repleta de metáforas que puede servirnos de ejemplo sobre cómo acercarse a otro para comunicarse con él correctamente.

LA FÁBULA DE LA OSTRA Y EL PEZ

Erase una vez una ostra y un pez. La ostra habitaba las aguas tranquilas de un fondo marino, y era tal la belleza, colorido y armonía del movimiento de sus valvas que llamaba la atención de cuantos animales por allí pasaban. Un día acertó a pasar por el lugar un pez que quedó prendado al instante. Se sintió sumamente atraído por la ostra y deseó conocerla al instante. Sintió un fuerte impulso de entrar en los más recónditos lugares de aquel animal misterioso. Y así partió veloz y bruscamente hacia el corazón de la ostra, pero ésta cerró, también bruscamente sus valvas. El pez por más y más intentos que hacía para abrirlas con sus aletas y con su boca, aquellas más y más fuertemente se cerraban. Pensó entonces en alejarse, esperar a cuando la ostra estuviera abierta y, en un descuido de ésta, entrar veloz sin darle tiempo a que cerrara sus valvas. Así lo hizo, pero de nuevo la ostra se cerró con brusquedad. La ostra era un animal extremadamente sensible y percibía cuantos mínimos cambios en el agua ocurrían, y así, cuando el pez iniciaba el movimiento de acercarse, esta se percataba de ello y al instante cerraba sus valvas. El pez, triste se preguntaba: ¿por qué la ostra le temía?, ¿cómo podría decirle que lo que deseaba era conocerla y no causarle daño alguno?, ¿cómo decirle que lo único que deseaba era contemplar aquella belleza y compartir las sensaciones que le causaban?

El pez se quedó pensativo, y estuvo durante mucho rato preguntándose qué podría hacer. ¡De pronto! se le ocurrió una gran idea. –Pediré ayuda, se dijo–. Sabía que existían por aquellas profundidades otros peces muy conocidos por su habilidad para abrir ostras, y hacia ellos pensó en dirigirse. Pero sabía que eran peces muy ocupados y no deseaba importunarles. Deseaba que le escucharan y le prestaran su ayuda. Comenzó a dudar si aquella idea era una buena idea. Pensó: –seguro que estarán tan ocupados que no podrán ayudarme. ¿Qué puedo hacer?, se preguntó–. Tras pensar algún rato llegó a la conclusión que lo mejor era informarse por otros peces que los conocían, cuál era el mejor momento para abordarles, cómo tendría que presentarse. Después de informarse muy bien, eligió el momento más oportuno y hacia el/os se dirigió.

–Hola, dijo el pez. ¡Necesito vuestra ayuda! Siento grandes deseos de conocer una ostra gigante pero no puedo hacerlo porque cuando me acerco cierra sus valvas. Sé que vosotros sois muy hábiles en abrir ostras y por eso vengo a pedir os ayuda.

El pez continuó explicándoles las dificultades que tenía y los intentos por resolverlas. Llegó a decirles la sensación de impotencia que le entraba y los deseos de abandonar tras tantos intentos fallidos. Los peces le escucharon con suma atención, le hicieron

notar que entendían su desánimo pues ellos se habían encontrado en circunstancias similares. Le felicitaron por el interés que mostraba en aprender y por la inteligencia que demostraba tener al pedir ayuda y querer aprender de otros. El pez se sintió mucho más tranquilo y esperanzado, les contó los temores que tenía al pedirles ayuda y fue “abriéndose” cada vez más a toda la información que aquellos avezados peces le contaban. Escuchó con atención cómo ellos también habían aprendido de otros peces y cómo incluso había cursos de entrenamiento en abrir ostras. Escuchó cómo a pesar de sus habilidades habla algunas ostras que les resultaban difíciles de abrir, pero ello más que ser un motivo de desánimo, esa dificultad les estimulaba a seguir investigando y reunirse para intercambiar conocimiento y mejorar sus prácticas en abrir ostras. Los peces continuaron en animada conversación:

—Mira, algo muy importante que has de lograr es suscitar en la ostra el deseo y las ganas de comunicarse contigo.

—¿y cómo podré lograrlo?

—De la misma manera que tú has logrado comunicarte con nosotros y “abrir nuestras valvas” de pez.

—¿Cómo?

—Tú deseabas que nosotros te escucháramos y te prestáramos ayuda. Nos has dicho que dudabas de si podrías lograrlo, ¿no es verdad?

—Sí, así es.

—Podías haberte quedado con la duda, pero en lugar de eso, diseñaste un plan de acción. Buscaste información acerca de nosotros, te informaste de cual era el mejor modo de abordarnos y qué decimos. Tú sabías que nosotros éramos muy sensibles a la expresión honesta y sincera de “necesito vuestra ayuda”. También sabías que nos agrada, como a todo hijo de pez, el reconocimiento de nuestra competencia y veteranía en abrir ostras. Te confesamos que todo ello nos agradó mucho. También nos gustó tu mirada franca y serena y tus firmes y honestas palabras.

—Sí, en efecto eso es lo que hice. Ahora que lo decís mis “valvas de pez” se sintieron también abiertas al notar que me escuchabais con atención. Me agradó mucho el que os hicierais cargo de mi impotencia, ¡y por qué no decirlo!, me agradó también el que me felicitarais por pedir os ayuda...

—Claro, todo esto suele ser recíproco, contestaron los peces.

—Muy bien, pero ¿cómo podré hacerla con la ostra? No conozco su lenguaje, sus costumbres, sus miedos, no conozco tampoco qué es lo que le agrada.

Te podemos decir todo aquello que suele suscitar temor en las ostras. Les asusta el movimiento brusco de las aguas, de hecho habrás observado que cuando hay tempestades y hay mucho oleaje las ostras están fuertemente cerradas. Es por eso que si te acercas a ellas cuando hay muchas turbulencias tendrás grandes dificultades para lograr que se abran. Les asusta el que algún animal se acerque de modo imprevisto.

Les agrada en cambio los movimientos suaves, los besos y las caricias y el que no se entre en sus interioridades sin antes conocerse durante algún tiempo.

También les agrada mucho el que se les hable en su lenguaje. Habrás observado que lanzan a través de sus valvas pequeñas pompas de aire. Si las observas con suma atención podrás aprender los códigos que utilizan.

De este modo, los peces continuaron asesorándole. Le invitaron a pasar largos ratos observando el comportamiento de la ostra. Le invitaron también a asistir a alguno de los cursillos que organizaban y le regalaron un manual: "El Manual del abridor de ostras".

Tras varias semanas de observación, aprendizaje y entrenamiento, el pez pudo por fin disfrutar con aquella bellísima ostra. Pudo, ¡al fin!, lograr entrar en las interioridades de la ostra y compartir las sensaciones que le causaba. Pudo también abrir otras ostras, incluso ostras extremadamente sensibles y que se cerraban con suma facilidad.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA COMUNICACION EFICAZ. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Hablamos de cinco elementos esenciales para que sea posible hablar de comunicación efectiva. Conviene destacar que éste método aborda la forma adecuada de comunicarse con los ancianos, es decir el "cómo" debemos abordar las situaciones de interacción, pero evidentemente el objetivo de cada conversación o el "qué" busco en cada escenario, vendrá delimitado por las premisas de la profesión. Puede ser que la entrevista vaya dirigida hacia la búsqueda de información, o se trate de una sesión para transmitir al usuario pautas concretas de actuación, ó bien, entre otras, conversaciones de indicadores de evaluación..., etc. En todo caso se debe intentar ser un buen emisor y receptor para evitar malos entendidos, equivocaciones y valoraciones negativas por parte de los usuarios. Para todo ello, además del conocimiento teórico de los siguientes elementos, conviene interiorizarlos y analizar su utilidad en el contexto laboral (por ejemplo realizando dos sesiones con igual objetivo pero diferente método de comunicación: uno ceñido al protocolo y otro no, para poder evaluar las diferencias). En la puesta en marcha de éste protocolo habrá que sopesar además la utilización de los elementos facilitadores u obstaculizadores que veremos más adelante.

A. Escucha activa. Esta habilidad comunicativa implica una participación activa y pasiva (acción fisiológica de oír. Escuchar con comprensión y cuidado para hacerse consciente de lo que el interlocutor/a está diciendo y de lo que está intentando comunicar. Se dice escucha activa porque implica una dis-

posición y atención (observar) a recibir los mensajes del exterior (del ambiente, de los otros...).¹¹² Permite percibir no sólo el mensaje de la otra persona sino hacer “una lectura” de su estado emocional. Para llevar a cabo este tipo de escucha hay que cumplir, entre otras, dos condiciones básicas. En primer lugar, no interrumpir al anciano aunque su ritmo de habla sea más lento. Hay que aprender a relacionarnos a su ritmo si buscamos la idoneidad en la relación. En segundo lugar utilizar señales verbales y no verbales que le aporten a nuestro interlocutor la seguridad de estar siendo escuchado. Así pues, debemos preguntar, informar, opinar, expresar sentimientos y adoptar incentivos verbales del tipo “ya veo”, “sí”, parafrasear o utilizar expresiones resumen, como “si no le he entendido mal”; “entonces lo que quiere decir”, etc. y acompañar con elementos no verbales, como mantener el contacto visual adoptar una postura facial de atención, la postura de interés, el contacto, la proximidad y elementos paralingüísticos como ajustar el tono y volumen de voz a las características del otro, respetar y usar las pausas, los turnos..., etc.

Asimismo en todo proceso de escucha activa debe evitarse la interrupción como ya se ha comentado, así como el juzgar o el ofrecer ayuda o soluciones prematuras. Además (como veremos en el elemento número 2) no debemos caer en la tentación de rechazar lo que la otra persona está sintiendo, ni contra argumentar o contar “nuestra historia” al hilo de sus mensajes y siempre, evitar el “síndrome del experto”: es decir, que cuando alguien nos plantea un problema, ya tenemos las respuestas, antes incluso de que la otra persona esté a la mitad de su exposición.

Respecto del por qué y para qué de la escucha activa, conviene reflexionar sobre los siguientes puntos:

1. Limitándose a la acción de oír, aparentando prestar atención cuando en realidad se está distraído o bien pensando y prestando atención a los propios sentimientos, a lo que se va a decir, etc..., la comunicación no será fluida.

2. Nos permite crear el clima de confianza necesario en toda relación de ayuda, cuidado o en las interacciones personales. Con su uso, progresivamente, se puede llegar a convertirse en una persona significativa para la persona mayor, puesto que ésta se siente escuchada y a gusto, lo cual le permite entender con claridad lo que se le dice y mostrarse más receptiva, facilitando así nuestra tarea.

3. Escuchar bien facilita el control de las propias emociones, permite relajarnos y neutralizar ciertas respuestas emocionales de irritación u hostilidad.

112. Extraído y adaptado de Miguel Costa y Ernesto López (1991).

Cuando se informa al anciano de que está siendo entendido, también le estamos invitando a clarificar y precisar sus propios mensajes. Ayuda a establecer una relación positiva, dónde los objetivos, las relaciones y el auto respeto mutuo pueden lograrse eficazmente.

4. Escuchar activamente y ser escuchado activamente, provoca un sentimiento sumamente recompensante. Al escuchar bajo las reglas de éste protocolo aumentamos la capacidad de influencia en la persona receptora, aumentamos su autoestima y aumenta, a su vez, la posibilidad de ser escuchado.

5. Nos ayuda a neutralizar y disminuir la probabilidad de aparición de conflictos y da muestras de un modelo de habilidad que va a ser observado y posiblemente observado.

Por último y en referencia a la habilidad comunicativa de la escucha activa, es importante reflexionar sobre la idea de que más importante que escuchar es conocer cuándo escuchamos. Como ya se ha comentado, para los interlocutores la escucha activa produce un efecto recompensante. De forma que se podrían fomentar o fortalecer conductas inadecuadas o incluso contradictorias a nuestros objetivos. Como ejemplo pueden valer expresiones de queja sin sentido, inagotables sesiones de “cotilleos”, fabulaciones etc... Así pues recordar brevemente cuándo sí parece acertado utilizar esta habilidad.

1. Cuando captamos en la persona mayor señales verbales o no verbales que muestran deseos de querer comunicar algo

2. Cuando nuestro objetivo es motivar al usuario para que hable.

3. Cuando deseamos identificar un problema.

4. Cuando es necesario neutralizar sentimientos, verbalizaciones agresivas, calmar al anciano y/o promover una relación positiva.

B. Empatizar. La empatía implica escuchar el sentimiento del usuario y entender los motivos de los mismos, aunque no por ello haya que compartir siempre las razones que le han llevado a sentirse de una u otra manera. Se trata ante todo de un lenguaje emocional, por lo tanto no consiste en dar opiniones. Los sentimientos no son susceptibles de juicio, se acompañan. A veces reaccionamos de forma precipitada a expresiones de sentimientos por parte del anciano y tendemos rechazarlos con expresiones del tipo “no se preocupe”, “cálmese”, “por eso no merece la pena disgustarse”. Aunque deseemos calmarle y restablecer la normalidad, es necesario escuchar sus sentimientos, sin regodearse en ellos pero aceptándoles (“entiendo que..., comprendo que reaccione así...”, “es normal disgustarse, pero...”). Quizá debamos pensar hasta

que punto las expresiones que utilizamos de forma automática y por costumbre heredada, son producto de nuestra propia ansiedad e incapacidad para convivir con los sentimientos propios y ajenos.

Empatizar, por tanto, significa comprender a los demás. Esto implica conocer al otro, compartir sus pensamientos, sus sentimientos, ponerse en su lugar; incluso cuando no se adecuan a la propia forma de pensar o de sentir, ya que para empatizar hay que ser respetuoso con las personas con quienes se interactúa. En el caso de las personas mayores, es importante observarlos, escucharlos, compartir con ellos nuestras observaciones e impresiones para mostrarles nuestro interés en comprender sus emociones. La empatía implica “reír con quien está alegre y llorar con quien está triste”, es “meterse en el pellejo de los demás”,¹¹³ hacerse cargo del impacto que produce un problema, una situación, una noticia, una emoción en suma, utilizando las expresiones adecuadas.

En oposición, empatizar no es sinónimo de estar de acuerdo, no es escuchar y dar la razón. Todas las personas, y en especial sin duda los ancianos en situación de usuarios, tienen motivos para sentirse tristes, insatisfechos, malhumorados, ansiosos, preocupados, contentos... y expresarse en concordancia, pero ello no implica que tengan razón. El profesional por tanto, al desarrollar su destreza empática, únicamente ha de reconocer que puede haber razones para sentirse así.

Una somera revisión de conceptos afines definidos por varios autores puede quizá ayudarnos a entender mejor este segundo elemento básico de la comunicación eficaz.

- Agudeza empática: sensibilidad del ayudante al flujo de sentimientos y a la captación de significados del ayudado y las habilidades para comunicar esta comprensión de manera apropiada y comprensible para el ayudado. (*Ch. Truax*)
- Aptitud empática: Capacidad para la empatía (“yo podría ser tú” –imposible en un primate–), presente en el cerebro normal.
- Actitud empática: Disposición de la persona (en relación con la voluntad y los valores) de captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados. (*Carl Rogers*).
- “Flash empático”: Destello de comprensión de la situación global del ayudado, de sus conflictos y problemas personales que se produce

113. Miguel Costa y Ernesto López (1991).

mientras se presentan las dolencias físicas, con el fin de utilizar la comprensión con fines terapéuticos. (Michael Balint)

- Dimensión conductual de la actitud empática:
 - Escucha activa: habilidad de atender, observar, escuchar, acoger bien centrado en la persona que comunica.
 - Respuesta empática: habilidad de comunicar verbal y no verbalmente cuanto comprendido mediante diferentes modos de responder (reformulación reiteración, dilucidación, reflejo del sentimiento, interpretación, personalización...). (Robert Carkhuff).

Para que un diálogo, un encuentro entre personas, una interacción, sea de ayuda se requiere, en primer lugar que en él se dé comprensión. Comprensión no sólo como capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino también como capacidad de devolver este significado a quien lo vive para que él sienta que realmente está siendo comprendido.

La actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona es la empatía. El término empatía tiene su correlativo en inglés “empathy”, traducción del término alemán “einfühlung”, realizada por Titchener. Etimológicamente su significado la expresa así Repetto: “Podemos afirmar que, etimológicamente, a diferencia de la “simpatía”, que es sentir con, cosentir, la empatía es sentir-en, sentir-desde dentro... Requiere una introducción, pero una introducción que no anula jamás la distancia, que no sea una disolución del yo personal en el ajeno, o a la inversa, del yo ajeno en el personal”.¹¹⁴

Carkhuff considera la empatía como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta. Con un nivel alto de esta actitud el profesional expresa clara y explícitamente los sentimientos que el receptor experimenta de una manera difusa o patente y con un nivel bajo el profesional comprende muy poco o prescinde de lo que el anciano, en este caso, vive y comunica. La empatía es, pues, una actitud, una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas (de modo especial la escucha activa y la respuesta comprensiva). Como actitud, como disposición interior, es fundamental para poder hacer un camino significativo y eficaz con una persona a la que se quiere ayudar.

114. Citado por Marroquin M. (1991): *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff*. Bilbao: Mensajero, p. 94.

El significado, pues, de la actitud empática es la disposición de una persona de ponerse en la situación existencial de otra, comprender su estado emocional, tomar conciencia íntima de sus sentimientos, meterse en su experiencia y asumir su situación. Esto es empatía. Más que sentir lo mismo que el otro (simpatía), se trata de recepción y comprensión de los estados emotivos. Es como un sexto sentido, una forma de penetrar en el corazón del otro. Es ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente, es caminar con los zapatos del otro durante un trozo de camino.¹¹⁵ Es la actitud lo que cuenta. Se trata, en el fondo, de transmitir comprensión además de comprender. No basta, simplemente, con creer que hemos comprendido a la otra persona. Hay que esforzarse por hacerla ver que la hemos comprendido. No parece exagerado decir que aquí reside la clave del porqué muchas de nuestras relaciones humanas no acaban de resultar satisfactorias. Sin comunicación no hay verdadera comprensión, porque comprender indica ser capaz de pasearse por el mundo intelectual y afectivo del interlocutor como si uno estuviese en su propia casa, y nuestro interlocutor es el único capaz de decirnos si realmente le comprendemos o no.

La empatía es la posibilidad de asimilar la persona del otro, de penetrar en su afectividad, pero sentir con él (no lo mismo que él). La empatía es diferente de la simple “simpatía”, que nace de la atracción recíproca. La empatía, en principio, es un movimiento unilateral hacia el otro; no siempre es recíproco, pero invita a la reciprocidad.

Se trata, pues, “de una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro. Se trata, además, de un esfuerzo intenso por sintonizar con el otro: ¿Qué significan para él sus manifestaciones? ¿qué siente el otro? ¿qué dicen tales manifestaciones sobre su mismidad?, ¿cuál es su “mensaje profundo”? Se trata de una percepción sensible, empática, sin prejuicios, sin juicios de valor, exacta, del mundo interior del otro.”¹¹⁶

Carl Rogers dice: “Pienso que una de mis mejores maneras de aprender –pero también una de las más difíciles– consiste en abandonar mis propias actitudes de defensa, al menos temporariamente, y tratar de comprender lo que la experiencia de la otra persona significa para ella”.¹¹⁷

Algunos autores, aún a riesgo de sobrepasar las licencias pedagógicas, hablan de “fases de la empatía”. Dificilmente se puede atribuir el término “fases” a una actitud en el sentido en que aquí se presenta, pero parece que

115. Casera D. (1982): *Sintonia e accompagnamento*. Varese: Salcom, p. 171.

116. Dietrich G. (1986): *Psicología general del counseling*. Barcelona: Herder, p. 116.

117. Rogers C.R. (1989): *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, p. 244.

su descripción resulta útil para comprender el verdadero significado de esta disposición interior. Por eso conviene indicar, con Casera¹¹⁸ que la actitud empática es un proceso que se puede presentar con las siguientes fases:

1. Fase de la identificación. Se penetra en el campo del otro. La experiencia que el otro está viviendo –y sufriendo– no deja indiferente; más bien, lo acapara, lo conmueve y lo envuelve. No hace nada para defenderse contra esta irrupción de sentimientos ajenos en su sólida esfera personal. Incluso llega a proyectarse en el otro, a “identificarse con él”, como si se dijese a sí mismo: verdaderamente también yo, si fuera él y estuviera en sus circunstancias, sentiría las mismas reacciones, obraría de la misma manera. En el fondo es la fase que mejor describe el arte de “meterse en el pellejo del otro” identificándose con su persona y con su situación. Naturalmente, tal identificación, aunque profunda e intensa, es temporal y actitudinal.

2. Fase de la incorporación y repercusión. Es un paso más. El otro se describe, en general, superficialmente, pero delata y revela impulsos secretos. También nosotros, interiormente estamos hechos así y cuanto el otro dice nos repercute internamente. Es la experiencia del “también yo” (incorporación). Es algo más que la identificación con la experiencia ajena. Mirándome a mí mismo, en el fondo, también a mí me pertenecen elementos semejantes de la experiencia que pretendo comprender, por más lejana que pudiera parecerme a primera vista.

Además, si me autoobservo en la relación, los impulsos del otro despiertan inconscientemente en mí impulsos correspondientes o un conjunto de sentimientos: “no sé qué decir”, experimento ansiedad, “vibro con él”. Prácticamente la observación del otro se hace observación de uno mismo. Esto permite ser dueño del propio mundo emotivo cuando se hace el esfuerzo de captar el ajeno.

3. Fase de la separación. Llega el momento de retirarse de la implicación en el plano de los sentimientos y de recurrir al método de la razón, interrumpiendo deliberadamente el proceso de introyección y restableciendo la distancia social y psíquica con serenidad y entereza, evitando posibles sentimientos de culpa al verse a sí mismo bien en relación con quien está en una situación de sufrimiento. Sin esta fase de separación existen graves riesgos de quemarse y vivir el síndrome del “burn-out”. No hay empatía si no se da separación. Más bien se produciría simpatía o identificación emocional y empatía significa “penetración en el mundo de los sentimientos ajenos, permaneciendo uno mismo”.¹¹⁹

118. Casera, D. (1983): *Mis hermanos los psicóticos*. Madrid: Paulinas, pp. 49ss.

119. Bizouard, C. (1989): *De la acogida al diálogo*. Bogotá: Selare, p. 85.

La empatía, por tanto, se centra en lo que el usuario vive, en lo que realmente comunica con su lenguaje verbal y no verbal, lo cual supone ir más allá de lo que dice y no entrar excesivamente en el terreno de la interpretación (lo que el anciano parece “revelar”). Supone hacer un esfuerzo por identificar hechos y sentimientos y hacer una especial atención a los sentimientos, que es el modo más personal de vivir la propia situación, el propio problema.

Según Tausch y Tausch,¹²⁰ los beneficios de esta actitud serían los siguientes:

- suscita sentimientos y experiencias relevantes
- estimula la autoexploración
- favorece la autoconfrontación
- transforma constructivamente a los interlocutores.

Por su parte, Dietrich¹²¹ habla de los siguientes beneficios de la empatía:

- favorece el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad - intensifica el diálogo crítico con sus propias vivencias
- alivia al exteriorizar la carga afectiva
- favorece la aceptación de sí mismo
- despoja de las apariencias y las máscaras.

En otras palabras, cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas en relación a sí misma.

Rogers y Rosenberg, hablando de los efectos de la empatía sobre la persona ayudada dicen:

“Podemos afirmar que cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas con relación a sí misma”.¹²²

Si atendemos, por otro lado, a las dificultades que puede presentar la empatía, cabe señalar que se trata de una actitud exigente, que llega a ser espontánea sólo mediante el adiestramiento. Existen numerosas dificultades para desarrollar la actitud empática en las propias relaciones y en las de ayuda. Algunas de ellas, en estrecha relación con las fases de las que hemos hablado son las siguientes:

120. Tausch R., Tausch A.M. (1987): *Psicoterapia por la conversación*. Barcelona: Herder.

121. Dietrich G. (1985): *Psicoterapia general del counseling*. Barcelona: Herder.

122. Rogers C.R., Rosenberg R.L. (1989): *La persona como centro*. Barcelona: Herder, p. 101-102.

1. La empatía exige la capacidad de “meterse en el punto de vista del otro”, poniendo entre paréntesis, aunque sólo sea temporalmente, las propias opiniones, creencias, gustos... Para alcanzar este objetivo, es necesaria una disciplina, un sentido del límite y respeto de la diversidad. Esta disposición va contra la inclinación más natural que consiste en tender a tranquilizar, a dar consejos, a proponer soluciones inmediatas, fruto del influjo del eficientismo en la comunicación interpersonal. Es más fácil juzgar e interpretar que comunicar comprensión entrando en el mundo personal y único del ayudado. Y es fácil que los agentes pongan en práctica diversas maniobras para impedir el encuentro con el mundo emotivo del usuario: la prisa, la reducción de la atención sólo a la enfermedad o al problema que el otro tiene o al mero acto de la asistencia física o de la intervención social, etc. Todo ello puede convertirse, en ocasiones, en modos de defenderse de la implicación emotiva.

2. Otra dificultad de la empatía es que si realmente percibimos el mundo interior del otro, el anciano en nuestro caso, nuestra propia persona queda afectada, se encuentra con la propia vulnerabilidad. El mayor desafío de la empatía lo constituye el hecho de que hace vulnerables a los que la practican y susceptibles de verse heridos por la vivencia del interlocutor y aparece la necesidad de usar “máscaras” de protección en la relación.

3. Una dificultad más para poner en práctica la relación empática consiste en no conseguir calibrar bien el grado de implicación emotiva, de modo que del comprender al otro *como si fuera el otro* se pasa a la simpatía, es decir, a la identificación emocional, a hacer propios los sentimientos del ayudado y experimentar lo mismo que él. En el fondo es una dificultad que consiste en no saber vivir bien la separación emotiva o no saber mantener la distancia afectiva que permite una mayor objetividad. Si esta dificultad es vivida intensamente, es fácil caer en el síndrome del “burnout”.

Existe una arraigada tendencia por parte de algunos profesionales a invitar a no experimentar ciertos sentimientos negativos (la tendencia a exhortar a no estar triste, a no tener miedo, etc.) puede generar sentimientos de culpa nada útiles o crear sutiles situaciones de *marginación emotiva* o situaciones de incompreensión que nada favorezcan la superación de las dificultades o el afrontamiento de los conflictos. Por eso, resulta de extraordinaria importancia que el propio profesional realice un proceso de integración de su propio mundo emotivo, porque la causa que lleva a no acoger los del usuario de manera incondicional es, con frecuencia, la no integración por su parte del propio mundo de los sentimientos. Se diría que en la medida en que uno es capaz de reconocer, dar nombre, aceptar, integrar, expresar los propios sentimientos, en esa medida será capaz de comprender los del que sufre sin recu-

rrir necesariamente a la negación de los mismos, lo cual es más frecuente de cuanto cabría esperar. Sería necesario, pues, ante todo, tomar conciencia de los propios estados de ánimo (sentimientos, emociones) y darles un nombre. Algunas personas no se dan cuenta de cuanto sucede en su mundo emotivo. Tragan, niegan, apagan sentimientos sin darse cuenta y sin reconocerles. Otras no son capaces de identificarles por más que influyan en el propio comportamiento. Quien advierte, da nombre y reconoce un sentimiento, no por ello deja de ser influido por él, pero es más dueño de sí mismo y de la situación y puede encauzarlo de manera apropiada en relación con el otro. La atención al propio cuerpo puede ayudar a tomar conciencia de los estados de ánimo que nos habitan. Las emociones, de hecho, tienen un claro reflejo en la dimensión corporal, llegando, a veces, a una fuerte somatización. Fácilmente nos dejamos llevar por mecanismos como la racionalización y la negación, que impiden identificar nuestros sentimientos reales.

Una vez reconocidos, es necesario aceptarlos. Los sentimientos, en sí mismos, no son ni buenos ni malos. Todo depende del uso que cada uno hace de ellos. Entendemos “buenos” y “malos” distinguiendo de “positivos” y “negativos”. “Buenos” y “malos” se refiere a la dimensión moral.”Teóricamente, la mayoría de nosotros admitiría que las emociones no son ni meritorias ni pecaminosas. El sentirse frustrado, el estar enfadado, el tener miedo o el encolerizarse no hacen que una persona sea buena o mala. En la práctica, sin embargo, la mayoría de nosotros no acepta en su vida cotidiana lo que estaría dispuesto a admitir en teoría, y todos practicamos una censura bastante estricta de nuestras emociones. Si nuestra conciencia censora no acepta determinadas emociones, reprimimos éstas en nuestro subconsciente. Los expertos en medicina psicosomática afirman que la causa más frecuente del cansancio y de auténticas enfermedades es la represión de las emociones. Lo cierto es que hay emociones que no estamos dispuestos a reconocer. Sentimos vergüenza de nuestros miedos, o nos sentimos culpables de nuestra ira o de nuestros deseos físico-afectivos. (...) Debo estar convencido de que las emociones no entran en el terreno de la moral, no son buenas ni malas en sí mismas. Y también debo estar convencido de que la experiencia de toda la amplia gama de emociones forma parte de la condición humana y es patrimonio de todo ser humano. (...) La no represión de nuestras emociones significa que debemos experimentar, reconocer y aceptar plenamente nuestras emociones. Lo cual no implica en modo alguno que debamos siempre obrar de acuerdo con ellas”.¹²³

123. Powell J. (1989): *¿Por qué temo decirte quién soy?*. Santander: Sal Terrae, pp. 52-54.

Es fácil resistir a aceptar los propios sentimientos, sobre todo los negativos, porque se tiene miedo de descubrirse tal y como se es y ser arrastrados por ellos. Por eso es oportuna una toma de conciencia de los sentimientos que experimentamos de manera que podamos ser dueños de ellos. Un paso sucesivo consiste en la *integración* de los sentimientos. Se consiguen integrar en la medida en que se les permite vivir dentro de nosotros y se hace la paz con ellos.

Dice Rogers:

*“Cuanto más capaz es de permitir que estos sentimientos fluyan y forman parte de él (el hombre), tanto más apropiado será el lugar que éstos ocupen en la armonía total de sus sentimientos. Descubre que tiene otros sentimientos con los que éstos se mezclan y equilibran. Se siente amoroso, tierno, considerado y cooperativo, así como también hostil, libidinoso o enojado. Experimenta interés, gusto y curiosidad, pero también desgano o apatía. Se siente valiente y audaz, pero también temeroso. Cuando vive con sus sentimientos, aceptando su complejidad, éstos funcionan en una armonía constructiva y no lo arrastran de manera incontrolable hacia el mal camino”.*¹²⁴

*“Nosotros somos los primeros a los que tenemos necesidad de mentir, pero somos también los más difíciles de engañar en el sutil juego de las máscaras, porque conocemos el juego ya que somos actores y espectadores”.*¹²⁵

Integrar los sentimientos, pues, consiste en aprovechar la energía que contienen, ser dueños de los mismos y orientar dicha energía en función de los propios valores interiorizados personalmente.

Y un último paso es la *expresión de los mismos*. Se trata de algo delicado. Normalmente nosotros les manifestamos de una forma u otra. Lo importante es ser conscientes y expresarles de una manera elegida libremente, no haciendo pagar al otro nuestro estado de ánimo. “La razón más frecuente por la que no explicitamos nuestras emociones es porque no queremos reconocerlas, por la razón que sea. Tememos que los demás puedan no pensar bien de nosotros, o incluso rechazarnos, o castigamos de alguna manera por nuestra franqueza emocional”.¹²⁶ La destreza que regula el manejo y la comunicación de

124. Rogers C.R. (1986): *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, p. 161.

125. Colombero G., *ob.cit.*, p. 55.

126. Powell, J. *ob.cit.* p. 57: “El más mezquino de todos los miedos es el miedo al sentimiento: tal vez sea cosa de nuestra herencia cultural. o tal vez se deba al temor de ser rechazados. pero lo cierto es que solemos experimentar una gran repugnancia a manifestar externamente 1 a ternura y el amor.” Cfr. *Ibidem.* p. 55. El autor propone cinco pasos para integrar las emociones: 1. Tomar conciencia de las emociones. 2. Reconocer las emociones. 3. Investigar sobre las propias emociones. 4. Explicitar las emociones. 5. Integrar las emociones. Cfr. *Ibidem.* p. 66-68.

los sentimientos en las relaciones interpersonales es la asertividad de la que hablaremos más tarde.

C. Reforzar. Consiste en expresar al usuario lo que nos gusta y nos parece positivo de su comportamiento. (“te felicito, con lo difícil que es... y tú lo has conseguido...”). La intervención profesional en este caso debe centrarse en el individuo, orientada a la modificación / rehabilitación de pautas de comportamiento o pensamiento inadaptadas, a la estimulación física, cognitiva y emocional y, a la prevención de hábitos o déficits negativos para la salud.

La investigación conductual del envejecimiento ha puesto de manifiesto que los ancianos presentan prácticamente los mismos problemas que los demás grupos de población. Por tanto, la evaluación conductual sigue centrándose en la determinación objetiva y precisa de los tres componentes básicos de la ecuación conductual:

- la situación o estímulo desencadenante
- la respuesta del sujeto
- las consecuencias

Atendiendo a la interacción entre conducta-organismo-ambiente. Es un modelo, por tanto, orientado al problema no a la edad. La tarea del modificador de conducta estará orientada por la idea de que los ancianos pueden reaprender, aprender y mantener ciertas habilidades y recursos que les hagan más autónomos, competentes y eficaces psicosocialmente. No obstante hay que matizar, que a la hora de valorar el comportamiento en la vejez no podrá hacerse sin tener en cuenta tanto variables personales e históricas como aspectos biológicos del organismo, sobre todo los que se refieren a la salud física. Así pues habrá que trabajar desde una perspectiva pluridisciplinaria y psico-socio-biológica. Aunque a continuación detallamos recursos o técnicas que pueden utilizarse en la intervención con el anciano, es importante recordar que cada individuo es único y que no debemos cerrar puertas cuando perseguimos un objetivo tan lícito como la calidad de vida de la persona y sus allegados.

Conseguir una acción educativa dirigida tanto hacia el anciano, como hacia los que le atienden es un camino amplio y abierto. Tareas como la psicomotricidad, la estimulación de la memoria, la habilidad manual, la estimulación del pensamiento positivo, el razonamiento, el juicio crítico, el manejo de las emociones, la musicoterapia, la utilización significativa del tiempo libre y de ocio, el autocuidado, las relaciones personales,... etc. Son todas ellas formas óptimas de intervención con las personas de edad avanzada. Pero es probable que aparezcan en un marco de dificultad que no siempre permite sacar

el máximo rendimiento de cada una de ellas. Por ello este acercamiento a algunas técnicas de modificación de conducta puede ayudarnos en la interacción con las personas de edad.

1. Técnicas para fomentar conductas adecuadas *mediante el manejo de la estimulación precedente*: los estímulos precedentes de la respuesta son situaciones o factores que licitan la conducta problema y que guardan con ella una relación comprobable.

- Control de estímulos: consiste en eliminar los estímulos desencadenantes de la conducta a evitar (en el medio, en el organismo, en las emociones, pensamientos...) y favorecer los estímulos que faciliten lo adecuado.
- Instigación: se facilita la aparición o desarrollo de una conducta mediante instigadores verbales o físicos.
- Modelado: cuando encontramos que el sujeto no es capaz de convertir en acciones las instrucciones verbales, se puede recurrir a la imitación de modelos en todas sus variantes.
- Desvanecimiento: consiste en ir eliminando gradualmente los instigadores o estímulos de ayuda. Se hará suavemente y será la guía física la que se procurará eliminar lo antes posible. El desvanecimiento se realiza conjuntamente con el reforzamiento de las respuestas en ausencia de instigadores o señales.
- Moldeamiento: se utiliza para desarrollar nuevas conductas. En esta técnica se descompone el objetivo final en pasos, de tal forma que cada uno sea soporte prerequisite del siguiente. Se ha utilizado frecuentemente para instalar y desarrollar conductas muy básicas, tales como alimentarse, conductas de aseo, lenguaje, habilidades motoras básicas.
- Encadenamiento: Una conducta se puede dividir en una serie de conductas, a esta serie se le denomina cadena. Suele utilizarse para desarrollar series de conductas más complejas a partir de otras simples que ya están en el repertorio del sujeto. (lavarse los dientes, comunicarse con otros, juegos...). La diferencia con el moldeamiento es que procede en dirección regresiva, va hacia atrás.

2. Técnicas para incrementar conductas adecuadas *mediante el manejo de los reforzadores*. Se basan, nuevamente en los principios del condicionamiento operante, los cuales describen la relación entre los eventos ambientales y conductuales –antecedentes y consecuentes– que influyen en la conducta.

- Reforzamiento positivo y negativo: todo objeto, acontecimiento o acción que cambia la probabilidad de aparición futura de una determinada conducta se denomina reforzador. Todo tipo de conductas son susceptibles de reforzamiento. Conductas simples o complejas, tanto la actividad como la pasividad. Así como las conductas emocionales, conductas motoras, sociales y cognitivas. Existen varias clasificaciones de reforzadores en función de diversos criterios. Encontramos aquellos que satisfacen necesidades básicas o aquellos que se han convertido en reforzador para el sujeto mediante el aprendizaje, generalmente a través del condicionamiento clásico o del aprendizaje observacional. En general hablamos de reforzadores consumibles o comestibles, reforzadores simbólicos o canjeables como puntos, prendas, fichas, dinero..., reforzadores de actividad y los sociales como alabanzas, reconocimientos...etc. En base a esto *se puede definir reforzamiento positivo* como la administración de una consecuencia satisfactoria, que es administrada después de realizada la conducta, con la finalidad de aumentar la probabilidad de emisión de una conducta de baja frecuencia. En el *reforzamiento negativo*, en contra de lo que pueda parecer, se sigue buscando la aparición de conductas positivas no la desaparición de la negativa y hace referencia a la eliminación de una condición de privación que sufre o amenaza al sujeto. Se busca la desaparición o disminución de un estímulo aversivo como consecuencia de la realización de una conducta. Es cuando se realiza lo adecuado para que se retire un estímulo aversivo.
- Principio de Premack: las conductas que el sujeto realiza voluntariamente pueden ser utilizadas como reforzadores para fortalecer otros comportamientos que también lleva a cabo pero menos frecuentemente. Se utiliza para incrementar las conductas de baja frecuencia en el sujeto, de forma tal que, para disfrutar de la conducta de alta frecuencia, antes ha de realizar la conducta de baja frecuencia. (para ver la televisión (a.f.), primero debe ducharse (b.f.).)
- Contrato de contingencia o de conducta: basado en el anterior es un acuerdo negociado entre dos partes donde se especifican y se indican los requerimientos conductuales de ambas partes. (implica derechos, obligaciones, reforzadores y un tiempo determinado)
- Feedback o retroalimentación informativa: puede ser negativo o positivo y consiste en dar la información al sujeto a continuación de la realización de la conducta objetivo. Se le indica cómo ha ejecutado la conducta o el grado en que ha cambiado.

- Economía de fichas: es una modalidad de reforzamiento positivo, en el cual se ganan fichas por una variedad determinadas de conductas y las fichas se pueden cambiar por bienes que tienen un valor reforzador para el sujeto. Presenta la desventaja que pueden ejercer el papel de control de estímulo, con lo cual, nos podemos encontrar con la dificultad de que al eliminar las fichas la conducta no aparezca de forma natural.

3. Técnicas para reducir y extinguir conductas inadecuadas mediante procedimientos basados en la suspensión del reforzador

- Coste de respuesta: sanción y pérdida o retirada de un reforzador positivo contingentemente con la conducta inadecuada (ej.: multa de tráfico).
- Sobrecorrección restitutiva y práctica positiva: es una variante de la anterior. Se utiliza con conductas altamente disfuncionales que además ocasionan gran alboroto en el ambiente. Un anciano que alborota en casa y tira sus cosas deberá ordenar todo lo que tiró (sobrecorrección) y además ordenara otros enseres de la casa (práctica positiva). Mientras el sujeto se dedica a las primeras actividades, se le impedirá el acceso a otros reforzadores. El tiempo no superará los quince o veinte minutos y por la correcta ejecución de la actividad reparadora, el sujeto no recibirá ningún tipo de comentario, aprobación o atención.
- Tiempo fuera de reforzamiento positivo: temporalmente se priva al sujeto de poder acceder a los reforzadores positivos. Es una modalidad de castigo negativo que suele incluir enviar al sujeto a otro medio sin reforzadores lo cual implica aislamiento. Suele emplearse para conductas agresivas, destructivas, autoagresiones...

4. Técnicas para reducir y extinguir conductas inadecuadas mediante la aplicación de estimulación aversiva.

- Castigo: se refiere a un decremento en la tasa de respuesta cuando a ésta le sigue una consecuencia aversiva. El castigo negativo es la retirada de un reforzador positivo y el castigo positivo la aplicación de estímulos aversivos. hay que aplicarlo inmediatamente después de la conducta objetivo. Como el castigo por sí solo tiene como objetivo que el sujeto aprenda lo que no debe hacer, esto no garantiza que haga la conducta deseada, por tanto, lo ideal, siempre que se emplea castigo en un programa de modificación de conducta, será el reforzamiento positivo de las respuestas alternativas a la no deseada, para así desarrollar conductas apropiadas.

D. Especificar y describir. Las normas y pautas de lo que el anciano tiene que hacer o cambiar para mantener su bienestar, utilizando un lenguaje claro y concreto. En demasiadas ocasiones cuando solicitamos una tarea o conducta al usuario, no lo realizamos de la forma correcta (seguramente porque el hábito y la costumbre hacen que sesguemos la información). En todo caso, la consecuencia más nociva de no utilizar adecuadamente este elemento es que rara vez somos conscientes de que el “posible fallo” está en nuestra poca exactitud a la hora de transmitir el mensaje, y tendemos a atribuirse al escaso interés, la falta de capacidad, etc... del anciano.

E. Comprobar la comprensión del usuario/paciente. Hacer preguntas, animar al usuario a que nos haga preguntas, hacer que repitan los puntos clave de cada mensaje..., etc.

En resumen, la relación de ayuda sólo tiene éxito en la medida que los profesionales puedan comunicarse al nivel de comprensión de sus usuarios. Esta comunicación debe realizarse con absoluta claridad, comprobando frecuentemente la interpretación y la comprensión de sus explicaciones, además de adaptar siempre el lenguaje (verbal y no verbal) a la cultura y tradición de los mismos. Apuntar también la importancia del refuerzo diferencial (evitar la asociación queja - ayuda) y del continuo escuchar- revisar-escuchar-revisar- ... (puesto que las necesidades cambian).

Todo este protocolo básico de actuación, como se apuntaba al principio del apartado, debe aplicarse sopesando ciertos aspectos que ayudan o dificultan la eficacia de estas pautas de comunicación.

• **Elementos que facilitan la construcción de la relación.**

1. El lugar o momento elegidos.
2. Estados emocionales facilitadores.
3. Hacer preguntas abiertas o específicas.
4. Petición de parecer (“Qué se te ocurre que podríamos hacer?”).
5. Acomodar nuestro contenido de la información a las necesidades del otro, a sus objetivos del momento.
6. Mensajes de controlabilidad (“Hay muchas cosas que puedes hacer a partir de ahora”).
7. Especificar los comportamientos que se quieren cambiar.
8. Expresar nuestro sentimientos (“Siento mucho lo que te está ocurriendo...”).

9. Permitir siempre expresión de los sentimientos.
10. Permitir los silencios.
11. Informar : recursos sociales, recursos personales de ayuda, medicación.
12. Dejar pasar tiempo para que el otro asimile la situación.
13. Preguntarle qué hacer para ayudarlo.

• **Elementos que dificultan**

1. Interpretación personal de los mensajes: ante un mismo mensaje es posible que cada uno de nosotros vea o escuche una cosa diferente debido a que seleccionamos la información en función de nuestra características personales y hacemos inferencias en función de nuestra actitudes y estereotipos.
2. Discrepancias entre los mensajes verbales y no verbales.
3. Mensajes mal estructurados y/o ambiguos: debido a la falta de secuencialidad, el uso de códigos inadecuados, imprecisión del mensaje, etc.
4. Comunicación en cadena: es el paso del mensaje por muchos emisores y receptores. Es lo que ocurre con el rumor: un mismo mensaje pasa por muchas manos, lo cual hace que se distorsione.
5. Ausencia o deficiencia de retroalimentación.
6. El lugar o momento elegidos.
7. Estados emocionales del anciano que perturban la atención, la comprensión y el recuerdo de nuestra información.
8. Preguntas con reproche o sarcasmo.
9. Consejo prematuro y no pedido.
10. Utilización de términos vagos y muy técnicos.
11. No vocalizar.
12. Cortar la conversación del otro.
13. Interpretar o juzgar lo que se nos dice: (“Lo que te pasa es que no quieres...”).
14. No escuchar.
15. Declaraciones como :“ Deberías...”, “tienes que...”.
16. Ignorar los mensajes importantes del otro.

17. Dar excesiva información.

18. Etiquetar (“Eres un desastre”, “Eres un impulsivo”, ...).

LA ESTRUCTURA EN LA COMUNICACIÓN. LOS MENSAJES YO

Según ha quedado reflejado en apartados anteriores, para que la relación de ayuda sea eficaz, es necesario un conjunto de habilidades que permitan desenvolverse con soltura en la relación, de manera especial manejando el propio estado emotivo, acogiendo los sentimientos ajenos y respetando los derechos que tiene a experimentarlos. En la relación de ayuda no es infrecuente el caso de que un usuario/paciente, de manera más o menos directa, nos critique, se lamente de nosotros, nos reprenda por algo que hemos hecho, pretenda demasiado de nosotros, nos interrumpa de forma inadecuada. Estos fenómenos se verifican con mayor frecuencia en las situaciones relacionales ordinarias. En todo caso, nos producen una serie de sentimientos y reacciones. Ante tal circunstancia, podríamos reaccionar defendiéndonos (“No es por mi culpa. He hecho lo mejor que sabía”), o atacando (“Diga que quieras. ¿Qué tendría que hacer yo cuando usted...?”).

Cuando reaccionamos defendiéndonos somos pasivos o remisivos, cuando atacamos, resultamos agresivos. Existe, sin embargo, una tercera alternativa, y es la de ser asertivo. Ser asertivo es poseer la habilidad social de comunicación que nos permite manejar nuestros sentimientos sin dejamos conducir por ellos en el comportamiento, sino afirmándonos por encima de ellos. Es decir, nuestro comportamiento es asertivo cuando hacemos respetar nuestros derechos de una forma que no viola los derechos del otro, es decir, cuando expresamos de manera honesta y abierta nuestros puntos de vista, y al mismo tiempo manifestamos que entendemos la posición del otro. Por ejemplo, ante una compañera de trabajo que tengo la impresión que deja todo el trabajo para mí y me hace experimentar agobio y rabia, puedo descargar la rabia de manera violenta, sin respetar sus derechos, o bien puedo tragármela y soportarla. Son dos extremos que no reflejan la habilidad de la asertividad.

Un típico comportamiento remisivo o pasivo da largas justificaciones y explicaciones, empequeñeciéndose y al mismo tiempo adaptándose a las exigencias y a los puntos de vista del otro. Un comportamiento agresivo afirma los propios derechos de una forma que viola los derechos del otro. Nadie seguramente es siempre agresivo o remisivo. Tendemos a variar nuestro comportamiento entre los tres tipos. Una ocasión en la que parece que la mayor parte reacciona agresivamente o remisivamente, más que afirmativamente, son las situaciones de conflicto.

Si adoptamos un comportamiento agresivo o remisivo es porque los dos parecen tener las mismas ventajas: el comportamiento agresivo parece vencedor porque nos facilita lo que queremos (poder, posibilidad de desahogo); el comportamiento remisivo puede apagar el conflicto evitándolo (nos evita las ansias de confrontación y los sentidos de culpa que podrían nacer de la convicción de haber irritado a alguien). Tanto en el comportamiento agresivo como en el remisivo hay ventajas: no tenemos incentivos para modificarlos mientras no encontremos un nuevo comportamiento (el asertivo) que demuestre que posee mayores ventajas.

La asertividad tiene la ventaja de que genera afirmación propia y en aquél con quien nos relacionamos, hace que los demás se sientan más a gusto con nosotros porque somos más transparentes al comunicar los sentimientos y pensamientos, aumenta la confianza en sí mismo y en los demás reduciendo las posibilidades de agresividad y sumisión, aumenta el autocontrol de las emociones y de las reacciones. Las personas asertivas, con frecuencia se expresan de esta manera: *Yo pienso... Yo creo... Me gustaría... Yo quiero... Necesito... Según mi experiencia... Mi opinión es... A mí parecer...*, evitando expresiones como *Tú debes... Tú eres...* Ser lo más asertivos posible no depende sólo del aprendizaje de algunas técnicas, sino más bien del nivel de autoestima que hemos adquirido. Si éste es bajo, o nos sentimos inferiores (y de ahí la remisividad) o tendemos a *humillar* a los demás (de ahí la agresividad), considerados como competidores peligrosos.

La persona asertiva, pues, tiene estas características:

1. Se siente libre para manifestarse, ya sea mediante palabras y/o actos. Más o menos viene a decir: “este soy yo y esto es lo que yo siento, pienso, quiero”.
2. Puede comunicarse con personas de todos los niveles –amigos, extraños y familiares– y esta comunicación es siempre abierta, directa, franca y adecuada.
3. Tiene orientación activa en la vida. Va tras lo que quiere. Y en contraste con la persona pasiva, que aguarda a que las cosas sucedan, intenta hacer que sucedan las cosas.
4. Actúa de un modo que juzga respetable.
5. Al comprender que no siempre puede ganar, acepta sus limitaciones.
6. Sabe controlarse y no deja que los otros le controlen.

7. Distingue sus derechos legítimos, los defiende e impide que le sean usurpados, pero también reconoce los derechos de los demás y el respeto de los mismos.
8. Expresa sus sentimientos ya sean de cólera o de ternura.
9. No manipula con su conducta. La asertividad consiste en profundizar la experiencia y la expresión de la humanidad, no en convertirle en un artista del engaño.
10. Sabe decir que no cuando quiere decir que no porque conoce las consecuencias de no saber decir que no, como:
 - * lleva a actividades que le hacen perder el respeto por sí mismo
 - * lleva a sentirse abrumado al hacer cosas que no desea o no puede o no tiene energía.
 - * permite que los demás le exploten y crece el resentimiento
 - * contribuye a la falta de comunicación con los demás (pues dice sí cuando quiere decir no).

Ser asertivos en la relación de ayuda, en conclusión, permitirá manejar los propios sentimientos en las situaciones de mayor dificultad y conflicto. Algunos autores hablan también de *asertividad empática*, que se traduciría, ante una persona que nos manifiesta su rabia o nos falta el respeto en una expresión como: “parece que estás muy enfadado hoy, pero creo que ese enfado viene de otras personas y yo no soy responsable de ello ni me gusta pagarlo”.¹²⁷

En conclusión, a partir de éstas nociones primordiales y básicas para la construcción de una válida relación de ayuda basada en la adecuada y eficaz comunicación, podemos esforzarnos en comprender las habilidades comunicativas necesarias, entendiéndose éstas como aquellas conductas que las personas ponemos en juego en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Son, en definitiva, vías hacia los objetivos de un individuo. En el caso que nos ocupa, existen unos claros objetivos de intervención que aprender a manejar.

- Fomentar la autonomía (Física, psíquica y social) del usuario
- Mantenimiento de un nivel adecuado de autoestima
- Perseguir la no cronificación de déficits (físicos, psíquicos, sociales)

127. Cfr. Castanyer O. (1996): *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desc1ée de Brouwer, p. 120.

- Ayudar a las relaciones interpersonales (inter/intra generación)
- Entender la importancia del ocio
- Aportar calidad de vida y satisfacción.

Para la consecución de éstos objetivos es importante además de una adecuada adaptación de los mismos a la realidad de cada usuario, atender a los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales que configuran la totalidad de las habilidades sociales que pondremos en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

- BAZO, M. T. (Coord.) (1998): *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva Internacional*. Serie Gerontología Social. Madrid: Ciencias de la Salud Panamericana.
- CABALLO, E. (1991): *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- CASTANYER, O. (1996): *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Delc1ée de Brouwer.
- CATTELL, R. B. (1971): *Abilities: their structure, growth and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- COSTA, M y LÓPEZ, E. (1991): *Manual para el educador social. Volumen I (Habilidades de comunicación en la relación de ayuda) y Volumen II (Afrontando situaciones)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1994): *La formación de equipos asistenciales en la institución: Guía teórico-práctica de Análisis Transaccional para la mejora del clima social en centros clínicos, educativos y geriátricos*. Granada: Narcea.
- ; (1994): “Una experiencia de psicoterapia de grupo con ancianos de una residencia geriátrica: comprobación empírica de su efecto sobre la calidad de las relaciones sociales”. *Actas de III Congreso Infad*. Universidad de León, pp 142-147.
- ; (1998): *Psicogerontología: Perspectivas teóricas y cambios en la vejez*. Granada: Adhara Ediciones
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. y MARÍN PARRA (1998): *Proyecto Docente en Psicogerontología: programación y bibliografía por temas*. Granada: Adhara Ediciones, S.L.
- LIEBERMAN, M.A. y TOBIN, S.S. (1983): *The experience of old age*. New York: Basic Books.

- PELECHANO, V. (1996): *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención*. Valencia: Promolibro. Colección Alfaplus.
- POWELL, J. (1989): *¿Por qué temo decirte quién soy?* Santander: Sal Terrae.
- RODRIGO LÓPEZ, M. J. (1986): "Psicología evolutiva y procesamiento de la información", en A. Marchessi, M. Carretero y J. Palacios. (Comps.): *Psicología evolutiva. Teorías y métodos. Tomo I*. Madrid: Alianza.
- ROGERS, C. R. (1986): *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- SÁEZ CARRERAS, J. (coord.) (2003): *Educación y aprendizaje en las personas mayores*. Madrid: Dykinson.
- VEGA, VEGA, J. L. y BUENO, B. (Coord.) (1996.): *Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación*. Salamanca: Síntesis.

EJERCICIO FÍSICO Y TERCERA EDAD

Dr. José María Urraca
Dr. Óscar Calvé San Juan

“El mantenimiento de la Salud se basa en abandonar el rechazo al ejercicio. No se encuentra nada que de algún modo pueda sustituir al ejercicio, ya que durante el mismo el calor natural se disipa y se elimina todo lo superfluo en el cuerpo, aunque la comida sea de la mejor calidad y moderada cantidad. Y el ejercicio eliminará el daño hecho por la mayoría de los malos regímenes que muchos hombres siguen”

Hipócrates (420 a. C.)

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso biológico normal que se acompaña de una gran vulnerabilidad a la enfermedad. El aumento de la edad media de la población y el incremento del envejecimiento de la población provocan una importante repercusión en el mundo sanitario de la sociedad actual. En los últimos veinte años se ha reconocido plenamente que la salud puede ser fomentada y mantenida en los ancianos mediante la promoción de la salud, pues se consideraba que las estrategias preventivas tenían menor relevancia y aplicación en este grupo de edad que en los más jóvenes. Por otro lado en los últimos cincuenta años numerosos estudios demuestran que la incapacidad física conlleva importantes efectos negativos para la salud. Por todo ello los programas de ejercicio físico han demostrado importancia como medida de promoción de la salud con el ánimo de no dar tanto años a la vida sino vida a los años.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Uno de los grandes misterios de la biología es conocer cuales son las modificaciones últimas que provocan las variaciones biológicas que conducen

a la vejez. Las teorías son muy diversas, desde las netamente genéticas hasta las ambientales. Todas ellas aportan diferentes aspectos importantes que explican los procesos de envejecimiento.

Todas las teorías se pueden agrupar en dos bloques bien definidos: las deterministas y las estocásticas.

Las deterministas defienden que los genes de las diferentes especies animales contienen la información necesaria para que pasado cierto número de años comience el deterioro de los diferentes órganos y sistemas de individuo. Recientes estudios del genoma humano han descubierto relación de determinados genes con la reducción de los años de vida.

Las teorías estocásticas están constituidas por un gran número de teorías. Algunas de estas son las genéticas, las de mutaciones somáticas, las neuroendocrinas, las inmunológicas, la de los radicales libres y la teoría mitocondrial entre otras.

Las teorías genéticas postulan que el paso de los años produce un daño del contenido del ADN de las células. Este daño altera la regulación e información génica así como un descenso de la capacidad de reparación del ADN dañado. Una de estas teorías es la denominada teoría de los telómeros. Los telómeros se sitúan en los extremos de los cromosomas y son estructuras genómicas que se van acortando a medida que pasan los años. Se pueden considerar como los relojes biológicos. Existen enfermedades como el síndrome de Down (trisomía 21), en las que los telómeros se acortan a mayor velocidad de lo normal y se asocia una esperanza de vida disminuida.

La teoría de la mutación somática explica que el envejecimiento provoca alteraciones en las cadenas de ADN y por lo tanto se suceden alteraciones del ARN mensajero y con ello la síntesis de proteínas anómalas. Además el paso del tiempo provoca aberraciones en el ADN mitocondrial.

La teoría del control neuroendocrino postula que el sistema neuroendocrino controla, desde el momento de la fertilización, todas las etapas de nuestra vida: el crecimiento, el desarrollo sexual... El paso del tiempo produce una disminución de la actividad de las diferentes hormonas y neurotransmisores, con lo que se propicia un deterioro de la función de diferentes órganos como el cardiorrespiratorio, el muscular, el nervioso...

La teoría inmunológica explica que el paso de los años provoca alteraciones de diferentes proteínas. Entre ellas se encuentran las que forman el sistema inmune con lo que se produce una disminución del sistema inmune y por ello no se reconocen algunos de los cambios que aparecen en otras pro-

teínas, desencadenándose reacciones autoinmunes que favorecen los daños en las diferentes estructuras celulares y el consiguiente envejecimiento.

La teoría de los radicales libres tiene su fundamento en el efecto acumulativo de los radicales libres en las diferentes moléculas del organismo, incluyendo el ADN y el ARN. Los radicales libres más significativos son los que proceden del oxígeno. La fuente más importante de radicales libres del oxígeno es la cadena de transporte mitocondrial. Son muchas las acciones de los radicales libres sobre el organismo pero los que más influyen sobre el ADN es la alteración de la duplicación y replicación de las cadenas que forman este ácido nucleico. Existen numerosos métodos de defensa de los radicales libres, entre ellos se encuentran el Glutathion, la vitamina E, la vitamina C, la vitamina A... Esta teoría mantiene que el acúmulo de los daños producidos por los radicales libres se relaciona con el envejecimiento. También se ha postulado la relación entre estos radicales libres y la aparición de algunos tumores, de la arteriosclerosis, de inflamaciones, de diferentes procesos degenerativos del sistema nervioso central.

La teoría mitocondrial explica que el envejecimiento se debe a la alteración del ADN mitocondrial cuyas consecuencias son la desaparición de las mitocondrias que las células que las contienen. Esta teoría se relaciona con la de los radicales libres ya que es en la mitocondria donde se produce la respiración celular y por ello donde aparecen un mayor número de radicales libres procedentes de estas reacciones químicas. La destrucción y/o desaparición de las mitocondrias produce una disminución de las funciones de sus células.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA TERCERA EDAD

Los diferentes programas de salud y prevención de las enfermedades tienen como función la educación sanitaria, además de la creación de hábitos y estilos de vida saludables en todas las épocas de la vida; la infancia, la adolescencia, la juventud, la edad adulta y la vejez. Hasta hace unos años el concepto de promoción de la salud en la tercera edad se suponía que tenía poca utilidad porque modificar los factores de riesgo en este grupo de edad no tenía mucho valor. Por otro lado son muchos los que piensan que los ancianos tienen cierta resistencia ante los mensajes de educación sanitaria y de cambios de actitud.

La concepción actual de la promoción de la salud en este grupo de edad se enfoca hacia la prevención de la enfermedad y fundamentalmente hacia la conservación de la capacidad funcional con el consiguiente freno del deterioro físico y mental. Con ello se consigue el incremento del periodo de tiempo

de independencia, retrasando así el momento de la dependencia de la familia y/o de las instituciones sanitarias.

La prevención primaria en este grupo de edad no es demasiado útil puesto que los factores de riesgo (tabaco, alcohol...) han permanecido durante muchos años. Si que es útil la vacunación para la prevención de algunas enfermedades infecciosas como la gripe, tétanos, la neumonía neumocócica...

CAMBIOS FÍSICOS MÁS IMPORTANTES EN EL ANCIANO

La configuración general del organismo refleja una disminución de la talla debido principalmente a la disminución de la altura de los cuerpos vertebrales. Este descenso se puede cifrar en una reducción de 1 cm. anual desde la década de los 40-50 años. Además aparece una redistribución del componente grasa con una disminución del componente muscular, con el consiguiente aumento del cociente grasa/músculo. Por otra parte se produce una reducción del contenido total de agua.

En el aparato respiratorio se produce una disminución de la elasticidad pulmonar. Esto conlleva a un incremento del volumen residual pulmonar, además de una disminución de la capacidad vital y del volumen de reserva respiratorio. En los alvéolos pulmonares aparece una disminución de la capacidad de difusión.

El aparato cardiovascular tiene diferentes alteraciones con el paso de los años. La frecuencia cardíaca en reposo se mantiene dentro de los mismos valores pero se produce una disminución de la frecuencia cardíaca máxima. Existe una fórmula matemática que traduce la disminución de esta frecuencia cardíaca máxima:

$$\text{Frecuencia cardíaca máxima} = 220 - \text{edad en años} \pm 10$$

Además de disminuir la frecuencia cardíaca máxima se produce una reducción de la frecuencia cardíaca submáxima que es aquella en la que se alcanza la máxima capacidad física.

Las arterias sufren unos cambios importantes que implican numerosas modificaciones en sus propiedades. Disminuye su elasticidad debido al acumulo de calcio en su pared, al descenso de sus propiedades elásticas y al depósito de ésteres de colesterol en su pared íntima. Todos estos factores provocan una disminución progresiva de su luz interior y una tendencia al incremento de la tensión arterial con los problemas que ello conlleva.

El sistema inmunológico sufre diferentes alteraciones con el paso de los años. Por un lado aparece un incremento de autoanticuerpos circulantes lo que origina un incremento de patologías autoinmunes como lupus, artritis reumatoidea... Asimismo aparece un incremento de la incidencia de tumores y de enfermedades infecciosas por un descenso del funcionamiento del sistema inmunológico.

Existen determinados órganos sensoriales como la vista o el oído que con el paso de los años disminuye su capacidad de funcionamiento. En el caso del ojo aparece la presbicia que limita la visión de cerca, debido a un descenso de la capacidad de acomodación del cristalino, también aparecen las cataratas por una opacidad del cristalino. Con relación al oído aparecen signos de presbiacusia.

Un aspecto muy importante y relacionado con la practica deportiva es la modificación de la regulación hidroelectrolítica que provoca una disminución de la sensibilidad a la sed lo que puede provocar una tendencia a la deshidratación.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ANCIANO

Son mucho los beneficios obtenidos con la práctica regular de ejercicio físico. Todos ellos los podemos agrupar en dos bloques. Los beneficios estrictamente físicos o biológicos y los psicológicos.

Entre los primeros encontramos:

- Facilita la actividad articular y retrasa la osteoporosis y las fracturas óseas. Se incrementa la absorción de calcio y potasio.
- Aumenta la actividad enzimática oxidativa con la consiguiente mejora la utilización del oxígeno y metabolismo aeróbico de grasas y glucosa.
- Mejora la movilización de sustratos energéticos.
- Se pierde peso graso.
- Reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y mejora los índices colesterol/HDL en sangre.
- Aumenta la tolerancia al esfuerzo por aumento de los umbrales aeróbico y anaeróbico.
- Aumenta el volumen sistólico.
- Aumenta el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos).
- Mejora la capilarización muscular.

- Aumenta el Consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx) y mejora el sistema respiratorio por mejora de la capacidad vital y del aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación.
- Controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo.
- Favorece el equilibrio neurovegetativo, psicofísico y la actividad psicointelectual.
- Mejora el aspecto estético.

Entre los beneficios psicológicos podemos destacar:

- Disminución del estrés.
- Menor número de cuadros de ansiedad.
- Incremento del espíritu de superación con los consiguientes beneficios en las tareas cotidianas.
- Desarrollo del espíritu de compañerismo para el trabajo en equipo.
- Incremento de la autoestima.

CONTRAINDICACIONES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ANCIANO

Los programas de ejercicio físico en las personas mayores deben aportar beneficios, tanto biológicos como psicológicos. Para ello es necesario un estudio previo de las características funcionales de la persona para que no surjan problemas. La evaluación previa a la práctica del ejercicio físico debe abarcar numerosos aspectos, sobretodo los relacionados con el aparato cardiovascular, pulmonar, músculo esquelético y nervioso, entre otros.

El Colegio Americano de Medicina del Deporte ha señalado que una persona puede incurrir en un riesgo cardiovascular durante o después del ejercicio por presentar factores de riesgo que no han sido identificados previamente. Por ello ha establecido diversos criterios en varias categorías de individuos. Según estos criterios agrupa a las personas en diferentes grupos:

Grupo A: Individuos menores de 45 años que están sanos y no poseen factores de riesgo coronario. Estas personas estarán exentas de control médico antes de empezar.

Grupo B: Individuos de 45 años o mayores que están sanos y no presentan factores de riesgo coronario. A estos individuos se les practicará una prueba de esfuerzo máxima y un examen físico completo antes de comenzar el programa de ejercicio.

Grupo C: Individuos de 35 años o mayores que no presentan síntomas pero presentan como mínimo un factor de riesgo coronario. Estos individuos se someterán a una prueba de esfuerzo máxima y un examen físico completo antes de comenzar el programa de ejercicio físico.

Grupo D: Individuos que, independientemente de su edad, presentan como mínimo un factor de riesgo coronario y síntomas sugestivos de enfermedad cardíaca, pulmonar o metabólica. Estos individuos precisan de un examen físico completo y de una prueba de esfuerzo máxima.

Grupo E: Individuos que independientemente de su edad presentan afecciones cardíacas, respiratorias o metabólicas. Estas personas corren un riesgo elevado si practican ejercicio muy intenso.

Grupo F: Individuos que independientemente de su edad son médicamente inestables y considerados de alto riesgo por sus médicos. También al igual que los del grupo E corren un riesgo elevado con ejercicios de alta intensidad.

Por otra parte existen numerosas patologías que contraindican de forma absoluta la práctica de ejercicio físico. Algunas de ellas son:

La cardiopatía coronaria severa, fundamentalmente la angina inestable y el infarto agudo de miocardio. La práctica de ejercicio, aunque sea moderado, implica un incremento de la frecuencia cardíaca y del trabajo del corazón, con un incremento del gasto cardíaco. Si existen alguna de las patologías nombradas se puede desencadenar una crisis cardíaca y una muerte súbita.

La insuficiencia cardíaca congestiva descompensada implica una contraindicación absoluta porque un exceso de trabajo también puede desencadenar la crisis cardíaca y la muerte fulminante.

Las arritmias ventriculares no controladas pueden agravarse hacia una fibrilación ventricular cuando requerimos al corazón un incremento de su frecuencia para poder realizar un trabajo extra.

Las valvulopatías cardíacas severas pueden tener poca repercusión hemodinámica en reposo, pero cuando se demanda un trabajo mayor, tanto una estenosis aórtica o mitral severa o una insuficiencia grave de cualquiera de esas válvulas provoca una alteración tan importante que puede desencadenar una crisis cardíaca fatal.

El ejercicio físico provoca un incremento de la tensión arterial sistólica por eso en pacientes con hipertensión arterial severa está contraindicada la práctica del ejercicio para evitar graves problemas vasculares.

Una miocarditis aguda puede provocar una mala respuesta hemodinámica cuando la demanda física se incrementa y provocar así un fracaso cardiopulmonar agudo.

Por otra parte también hay enfermedades que contraindican de forma relativa la práctica del ejercicio físico. Algunas de ellas son:

La cardiopatía coronaria, la insuficiencia cardíaca congestiva, las valvulopatías significativas, las arritmias cardíacas, la hipertensión arterial, los marcapasos permanentes, las anomalías congénitas de las arterias coronarias, las miocardiopatías, el síndrome de Marfan, la obesidad mórbida, la anemia refractaria a tratamiento...

Todas ellas necesitan de un muy buen control de la práctica del ejercicio porque si se exceden en su intensidad o en el tiempo de ejecución pueden aparecer descompensaciones hemodinámicas fatales que conduzcan a la muerte.

EVALUACIÓN DEL ESTADO PREVIO DE SALUD

Es necesario un reconocimiento médico previo al inicio de la práctica deportiva y también cada cierto tiempo para controlar la evolución física. Este reconocimiento debe evaluar diferentes aspectos:

- Control de la tensión arterial en reposo, durante y después del ejercicio
- Control de la composición corporal
- Electrocardiograma en reposo y durante la prueba de esfuerzo

La prueba de esfuerzo debe tener unas características especiales: Los niveles de intensidad deben ser de poca intensidad al comienzo, el calentamiento debe ser prolongado, el tiempo de la prueba debe ser corto y es recomendable utilizar cicloergómetro.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LA REALIZACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA TERCERA EDAD

La actividad física para la tercera edad debe realizarse a lo largo de todo el año dadas las características de tiempo libre y vacaciones de esta población. Lo normal son tres días por semana en sesiones de 1 hora. Podría combinarse con un cuarto día en el que realizarían actividad aeróbica continua (marcha, bicicleta estática, remo, natación con pausas).

Otras actividades son aquellas que inciden en las habilidades sociales, (cultura, manualidades, expresivas, etc.). La persona de edad no nos ofrece un tiempo muerto, nos dice que administremos su tiempo libre al igual que hacemos con los niños.

CONTENIDO DE UNA SESIÓN TIPO

Calentamiento 15 minutos aproximadamente

- Andar 10 minutos con intensidad creciente (incluso si la sesión es de natación)
- 8 ejercicios respiratorios profundos.
- 8-10 estiramientos de los grandes grupos.
- Comentar la sesión (despertar el interés y la motivación)

Parte principal. El objetivo de la unidad es la mejora de las habilidades en el manejo de elementos esféricos. Aproximadamente treintaycinco minutos

Unidad de habilidades

- Autopases verticales
- Circunducciones (cabeza, cintura, piernas) en cada sentido.
- Bote con desplazamiento frontal, lateral, de espaldas.
- Bote en zig-zag.
- Pases de pecho por parejas (mismo nivel).
- Pases picados
- Pasar por debajo de las piernas hacia atrás.
- Rodar el balón por el suelo con una mano, alternando, de frente, de espaldas, lateral.
- Pasar al compañero con golpeo de pie
- Recepcionar la pelota con la planta del pie Recepcionar la pelota con el empeine interior
- Golpear primero con la rodilla, después coger (mano Izq-dcha)
- Lanzar y golpear con la cabeza (1,2,3..) 6 intentos (multilanzamientos)
- Rodar por la espalda y coger sin que caiga. 10 intentos

Parte final 10 minutos aproximadamente

- Andar 5 minutos suaves.
- 4 ejercicios respiratorios profundos.

- Estirar unos a otros el brazo.
- Estirar unos a otros las piernas.
- 6 ejercicios de estiramientos “activo”.
- Toma de la frecuencia cardiaca.

Comentario de la sesión

Mantener la naturaleza lúdica del ser humano a cualquier edad, debería ser un derecho de los mayores y una obligación de los jóvenes.

Algunos de los juegos y actividades que se pueden realizar sin excesivos problemas son:

JUEGOS

- Petanca
- Bolos
- Ping pong
- Dardos
- Padel
- Pala
- Tenis corto
- Bádminton
- Golf

ACTIVIDADES

- Andar
- Gimnasia
- Habilidades y destrezas
- Juegos
- Expresión corporal
- Juegos en el agua
- Aeróbic
- Tai-Chi
- Yoga
- Ejercicios con balones hinchables
- Actividades rítmicas

- Danzas y bailes
- Actividades al aire libre
- Actividades acuáticas
- Relajación

CUALIDADES FÍSICAS BÁSICAS QUE SE DEBEN POTENCIAR EN EL ANCIANO

Flexibilidad

Capacidad de elongación de uno o varios conjuntos músculo esqueléticos sin hacerse daño.

Depende de la estructura ósea, de los músculos, de las funciones y estructura del tejido conectivo, del dolor y de la posibilidad de producir fuerza muscular suficiente.

La responsable principal de la reducción de los tejidos blandos es la alteración de las fibras de colágeno, constituyente básico de tendones, ligamentos, etc.

Esta capacidad física básica es muy sensible al paso del tiempo. Debe incorporarse en las sesiones de ejercicio con mayores a lo largo de todo el programa. Se trabajará al principio y final de la sesión con movimientos activos y estiramientos pasivos de los principales conjuntos músculo esqueléticos.

Fuerza

Capacidad de ejercer tensión contra una resistencia. Desde el punto de vista físico, la fuerza es el producto de la masa por la aceleración.

Esta cualidad física básica debe trabajarse con precaución al existir una disminución importante con la edad. El principio de localización del movimiento se debe tener muy en cuenta por el riesgo de lesión. (Está muy reducida la movilidad articular).

El tipo de tensión muscular se efectuará con cargas muy ligeras, muchas repeticiones y pausas largas 2-3 min. (Importa más la fuerza resistencia) Es desaconsejable el trabajo con grandes cargas (fuerza máxima) y el trabajo de fuerza veloz, (alta velocidad de ejecución).

Velocidad

Capacidad de realizar movimientos en el menor tiempo posible. Con la edad no importa mucho la velocidad de desplazamiento, nos interesa más una

velocidad de reacción (coordinación intramuscular) Trabajaremos la velocidad de movimientos segmentaria como respuesta a ejercicios sencillos y sin carga. Así mismo la velocidad a estímulos visuales y auditivos debe ser trabajada

Los ajustes motrices que requieren los juegos, tendrán en cuenta el principio de la progresión en la dificultad (de lo fácil a lo difícil)

Resistencia

Capacidad de mantener un trabajo moderado el mayor tiempo posible. También se puede entender como capacidad de oposición que un individuo tiene a la fatiga.

Con los mayores, solo excepcionalmente trabajaremos la resistencia anaeróbica. Las cargas serán siempre ligeras, permitiendo un mayor número de repeticiones

Las actividades cíclicas (andar, ciclismo sin desplazamiento, remo, natación...) permiten el trabajo cardio-respiratorio con un control objetivo de la carga. En la resistencia muscular localizada, la topografía del movimiento y las posibilidades reales es un aspecto importante a controlar.

CONCLUSIÓN

Si bien no existe la posibilidad de aumentar la duración de la vida, ésta se verá notablemente mejorada en los últimos años con una reducción significativa de costosas terapias geriátricas y puede reducir la dependencia de los demás.

En los últimos años, la persona de edad que realiza ejercicio puede realizar hasta edades muy avanzadas gran parte de las actividades atléticas e incluso algunos juegos deportivos con riesgos mínimos de traumatismos.

El ejercicio en la persona de edad ha de ser siempre lento, progresivo y medido.

El ejercicio físico es un medio efectivo para conservar la salud en óptimas condiciones a pesar del paso de los años, sobre todo si se asocia con buenos hábitos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (2000): *Manual de Consulta para el Control y la Prescripción de Ejercicio*. Barcelona: Paidotribo.

- ARROLL, B., JENKINS, S., NORTH, D. (1996): "Non-pharmacological management of hypertension: results from interviews with 100 general practitioners". *J Hipertens.* Jun; 14(6): pp. 773-7.
- CABRALES, M., MORELL, O., AGUILAR, J., MAZORRA, R., LIC. NORAT, T. (1989): Actividad física sistemática en un "círculo de abuelos". *Archivos de Medicina del Deporte.* Vol. VI, nº 22: pp. 385-391. Pamplona.
- CODINA, O., ELOSÚA, R., MARRUGAT, J. (1999): Actividad física y arteriosclerosis. Efectos de la actividad física sobre la oxidación lipídica, la hemostasia y la función endotelial. *Med Clin (Barc)*; 112: pp. 508-515.
- FERNÁNDEZ DE PRADO, J., GONZÁLEZ ITURRI, J. J. (1986): Ejercicio físico y tercera edad. *Archivos de Medicina del Deporte*, Vol. III, nº 11: pp. 277-280. Pamplona.
- HERRERA MUNICI, P., ROJAS GIRALDO, M. J., VELLO CUADRADO, R. (2001): Actividad física y salud; *JANO EMC* Febrero. Volumen 60 - Número 1375, pp. 57-69.
- JUAN DIÉGUEZ, J., LÓPEZ RODRÍGUEZ, C., CASTRILLO MARTÍNEZ, I. et al. (1998): Variaciones en los parámetros bioquímicos con el ejercicio físico en un grupo de ancianos. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*; 33 (S 1): pp. 116-131.
- KANNEL, W. B., SORLIE, P. (1979): Some Health benefits of physical activity: The Framingham study. *Arch. Intern. Med.* 139: pp. 857-861.
- KINNEY-LAPIER, T. L., SIROTNAK, N., ALEXANDER, K. (1998): Aerobic exercise for a patient with chronic multisystem impairments. *Phys-Ther.* Apr; 78 (4): pp. 417-24.
- MAFFULLI, N., TESTA, V., CAPASSO, G. (1994): Determinación del umbral anaeróbico en corredores de resistencia veteranos. *J. Sports Med. Phys. Fitness* 34: pp. 242-249.
- MCARDLE, W., KATCH, F., KATCH, V. (1990): *Fisiología del ejercicio Energía, nutrición y rendimiento humano*. Madrid: Consejo Superior de Deportes, Alianza Editorial.
- ORTEGA, R. (1992): *Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- PALAZZI, F., SPAVENTA FILIPPI, S. (1982): El libro de los mil sabios: pp. 1031-1037. Madrid: Editorial Dossat, S.A.
- PEREIRA, M., KRISKA, A., DAY, R., CAULEY, J., LAPORTE, R., KULLER, L. (1998): A randomized walking trial in postmenopausal women. *Arch. Intern. Med.*; 158: pp. 1695-1701.
- PIÉDROLA GIL, G. (2001): *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ed. Masson, 10ª edición.

- RAMOS CALVO, P. M. (1992): El ejercicio físico y el deporte en la salud de los ancianos. Archivos de Medicina del Deporte, Vol. IX, nº 34: pp. 143-146. Pamplona: Federación Española de Medicina del Deporte.
- SERRATOSA, L., FERNÁNDEZ, A. (1997): Hipertensión arterial y ejercicio. Rev. Esp. Cardiol.; 50 (Supl 4): pp. 24-32.
- SHIOJI, K., FUJITA, M., YAMADA, T., MATSUDA, T., NOHARA, R., SASAYAMA, S. (1997): Heparin and exercise treatment in a patient with arteriosclerosis obliterans. Jpn. Circ. J. Aug.; 61(8): pp. 715-8.
- TAKESMINA, N., TANAKA, K. (1995): Predicción del rendimiento en carrera de resistencia en corredores de mediana y tercera edad. Br. J. Sports Med. 29: pp. 20-23.

ACERCAMIENTO A LA DEMENCIA. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Alicia Fernández Sáenz de Pipaón

¿QUÉ ES LA DEMENCIA?

Es un grupo de síntomas que implican un deterioro progresivo de todos los aspectos del funcionamiento cerebral.

¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?

Los trastornos causantes de la demencia son, entre otros, condiciones que deterioran las estructuras vasculares (vasos sanguíneos) o neurológicas del cerebro. Pocas causas de la demencia se pueden tratar e incluyen la hidrocefalia normotensa, los tumores del cerebro, la demencia por causas metabólicas e infecciones. Infortunadamente, la mayoría de los trastornos asociados con demencia son condiciones progresivas, irreversibles y degenerativas.

Las dos mayores causas degenerativas de demencia son el mal de Alzheimer, en el cual se presenta una pérdida progresiva de células nerviosas sin una causa y cura conocidas y la demencia vascular, en la cual se presenta una pérdida de la función cerebral debido a una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares. La demencia vascular puede o no jugar un papel en la progresión del mal de Alzheimer: las condiciones a menudo se presentan juntas y ninguna de las dos se puede diagnosticar definitivamente excepto hasta que se haga la autopsia. En aquellas personas que presentan susceptibilidad ambiental y genética a desarrollar el mal de Alzheimer, la presencia concomitante de pequeños infartos (apoplejías lacunares) acelera el comienzo de dicho mal a una edad más temprana.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRESENTA?

Pérdida de memoria progresiva

Incapacidad de concentración

Disminución de la capacidad para resolver problemas y de la capacidad de juicio

Confusión severa

Alucinación, ilusiones

Sensibilidad o percepción alteradas

Deterioro del reconocimiento (agnosia)

- deterioro del reconocimiento de objetos o personas familiares
- deterioro del reconocimiento mediante estímulos de alguno o todos los sentidos

Patrones alterados de sueño

- insomnio
- necesidad de dormir más
- perturbación o cambio del ciclo sueño-vigilia

Deterioro del sistema motor

- deterioro de la destreza motora (apraxia)
- incapacidad para reproducir figuras geométricas
- incapacidad para imitar posiciones de las manos
- incapacidad para vestirse
- cambios en la marcha
- movimientos desadaptados
- otros deterioros del sistema motor

Desorientación

- persona, lugar, tiempo
- desorientación visual-espacial
- incapacidad para interpretar claves ambientales

Trastornos específicos del aprendizaje y para resolver problemas

- incapacidad para generalizar
- pérdida del pensamiento abstracto
- deterioro de la capacidad para calcular
- incapacidad para aprender

Déficit de memoria

- problemas con la memoria a corto plazo (incapacidad para recordar nuevas cosas)
- problemas con la memoria a largo plazo (incapacidad para recordar el pasado)

Capacidad de lenguaje ausente o deterioro de ésta (afasia)

- incapacidad para comprender el lenguaje
- incapacidad para leer (alexia)
- incapacidad para escribir (agrafia)
- incapacidad para hablar, sin parálisis muscular
- incapacidad para formar palabras
- incapacidad para nombrar objetos (anomia)
- enunciación deficiente
- discurso inapropiado, uso de jerga o malas palabras
- incapacidad para repetir una frase
- repetición persistente de frases
- otros deterioros del lenguaje

Cambios de personalidad:

- irritabilidad
- control deficiente del carácter
- ansiedad
- depresión
- indecisión
- egocentrismo
- inflexibilidad
- humor no observable (sin expresión de afecto)
- humor o conducta inadecuados
- retraimiento de la interacción social
- incapacidad para desenvolverse o interactuar en situaciones personales o sociales
- incapacidad para conservar el empleo
- disminución de la capacidad para cuidarse
- disminución del interés por las actividades vitales diarias

Falta de espontaneidad

Síntomas adicionales que pueden estar asociados con esta enfermedad:

- Problemas para deglutir
- Incontinencia

(Tomado de Medlineplus, Enciclopedia médica)

PRIMERAS REFLEXIONES

Como se puede observar, del amplio catálogo de síntomas que presenta la demencia, quizá el más destacado sea el *deterioro de la memoria*, función cognitiva de gran importancia y cuyas pérdidas conllevan importantes problemas de autonomía para la persona.

Sirva el siguiente texto como primera reflexión:

“El Sr. X, por razones que no vienen al caso, pierde su memoria durante el sueño. A las 7,30 suena el despertador y el Sr. X despierta, no entiende lo que significa el pitido de un artefacto que hay junto a su cabeza. El Sr. X siente hambre y se incorpora. El despertador sigue sonando. Al lado de la cama hay zapatillas y ropas. El Sr. X lo único que sabe es que necesita comer. Descalzo y en pijama sale del dormitorio y comienza a deambular por las distintas habitaciones en busca de comida. Casualmente, al fin, acaba en la cocina, donde el color rojo de una manzana le invita a morderla. El Sr. X se dirige a la habitación del pitido y toma con brusquedad el reloj. Lo mira, lo golpea, hasta que por azar presiona una palanquita y el ruido cesa. El Sr. X tiene más hambre. Vuelve a la cocina y come desordenadamente distintos alimentos. Siente que el suelo está cada vez más frío y que todo su cuerpo comienza a tiritar. Corre junto a la cama. En un sillón contiguo cuelgan unos pantalones, unas camisas, un jersey, una chaqueta...pero nada de aquello significa nada para él. Instintivamente se vuelve a la cama y se cobija entre las sábanas y mantas”.

(Tomado de Psicología de la memoria, J. M. Ruiz-Vargas).

Una vez leído el texto anterior, debemos reflexionar sobre la trascendencia de la memoria para nuestra actividad diaria. ¿Qué sería del Sr. X si nadie acude en su auxilio? ¿Cuánto tiempo pasaría en la cama? ¿Sabría acudir al baño? ¿Quién avisaría a su empresa o a su familia?... Tradicionalmente parece que asociamos memoria con la retención de datos como listas de cosas o personas, números de teléfono, conocimientos acerca de determinadas materias, pero no vemos que está implicada en funcionamientos básicos de nuestro quehacer diario y que, por tanto, un daño grave en ella nos invalida para prácticamente todas las actividades.

LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

De entre todas las demencias comentadas, la enfermedad de Alzheimer es la de mayor prevalencia en la actualidad (más de 500.000 personas en España), habiéndose convertido en uno de los problemas sociales más acuciantes, no sólo por el número de afectados, sino por la gravedad de sus síntomas, su progresión y su irreversibilidad.

Se trata de una enfermedad descubierta por Alois Alzheimer en 1907, tras sus investigaciones sobre una paciente llamada Auguste D. de 51 años de edad. Dicha paciente mostraba un cuadro de síntomas que no encajaban en ninguna de las otras patologías ya descritas por la Comunidad Médica. En aquel momento, se convirtió en un descubrimiento con escasa trascendencia debido al escaso número de pacientes afectados por esta enfermedad. Sin embargo en la actualidad, debido al progresivo envejecimiento de la población, se ha convertido en uno de los grandes síndromes geriátricos, que como adelantaba, es un grave problema médico y psicosocial por su prevalencia y las importantes demandas de atención y cuidado que presentan estos pacientes.

Se trata de una enfermedad neurológica, degenerativa e irreversible que en su progresión va a provocar demencia.

La evolución de la E.A. fue estudiada por Barry Reisberg, en 1982 y sus colaboradores del centro Médico de Universidad de Nueva York. De dicho trabajo se extrae una clasificación en 7 etapas, que nos sirve para detectar el estadio evolutivo de la enfermedad, así como para conocer más a fondo la misma.

Escala Global del Deterioro (GDS) Reisberg et al. (1982, 1988)

Nombre:

Varón Mujer

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N.Hª:

Observaciones:

Esta escala gradúa la demencia de tipo Alzheimer en 7 estadios.

<i>Estadio</i>	<i>Déficit cognitivo</i>	<i>Características clínicas</i>
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):

– Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria

GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):

– Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:

a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares

b) Olvido de nombres previamente bien conocidos

– No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico

– No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales

– Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología

GDS-3 (Defecto cognitivo leve):

- Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre
 - c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material
 - e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos
 - f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor
 - g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica
- Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada

GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a) Orientación en tiempo y persona
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares
- Incapacidad para realizar las tareas complejas
- La negación es el mecanismo de defensa dominante
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros
- Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados

GDS-6 (Defecto cognitivo grave):

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado
- Casi siempre recuerda su nombre
- Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo
 - b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente
 - d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo

GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales.

¿QUÉ ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y DEL COMPORTAMIENTO PRESENTA EL ENFERMO DE ALZHEIMER?

De entre los sntomas que encierra la demencia cabe destacar asimismo el grupo de alteraciones de conducta que puede manifestar el enfermo, por las importantes consecuencias que tienen para su atenci3n y cuidado, por el riesgo de accidentes que pueden favorecer y porque se convierten en el principal motivo de institucionalizaci3n de estos enfermos.

Las alteraciones de conducta no se manifiestan igual en todos los enfermos y tampoco coinciden en un momento o etapa concretos.

Entre los trastornos de conducta más habituales encontramos: Trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, agitación, deambulación, irritabilidad y/o agresividad, gritos, llanto, labilidad emocional, etc.

POSIBLES DESENCADENANTES

Estos trastornos pueden ser desencadenados por diversos factores que deberemos tener en cuenta para evaluarlos y prevenirlos en lo posible:

- *Situación física del enfermo de alzheimer*: posibles enfermedades no detectadas, efectos secundarios de la medicación, deterioros sensoriales no detectados, alucinaciones, ilusiones, dolores, etc.
- *Situación psíquica del enfermo de alzheimer*: nivel de deterioro de las capacidades cognitivas, fobias, ansiedades, depresión, desorientación, percepción de contrariedad a su voluntad, percepción de invasión de su intimidad, cambios en la personalidad, etc.
- *Situación física y psíquica del cuidador*: El estado de salud de la persona que atiende al enfermo va a influir considerablemente en la situación de éste ya que de ello depende la paciencia, el tiempo destinado a las actividades, etc., en resumen, el bienestar del cuidador es garantía de que la atención será correcta y satisfactoria.
- *Variables del contexto*: La rotación domiciliaria del enfermo, la ruptura de rutinas, la aparición de problemas familiares, determinadas actividades percibidas como estresantes (aseo, noche, etc.), el hacinamiento de personas en el domicilio, un ambiente con peligros, ruidoso, mal iluminado y/o mal ventilado, etc. pueden favorecer asimismo la aparición de alteraciones de conducta.

¿CÓMO PODEMOS MANEJAR/PREVENIR LA APARICIÓN DE ESTAS CONDUCTAS?

Como se ha señalado arriba es muy importante formar a los cuidadores (tanto formales como informales) a detectar, evaluar, prevenir y manejar las alteraciones de conducta del enfermo de alzheimer por las consecuencias que conllevan para el cuidador y su familia y para el propio enfermo.

Como recomendaciones generales podríamos destacar la necesidad de:

- Detectar y reducir o eliminar las posibles alteraciones físicas que están afectando al enfermo.
- Valorar si la conducta ha sido puntual o se repite a lo largo de varios días o varias veces durante el mismo día.
- Aprender a evaluar los antecedentes a la aparición de la conducta, la conducta en sí y las consecuencias de la misma. Se trata de hacer un análisis de la conducta para detectar posibles causas y prevenirlas, para identificar la conducta concreta que muestra y para ver las reacciones que se dan por si pudiéramos estar reforzando su aparición o mantenimiento.
- Aprender a valorar si se trata de un trastorno de conducta o simplemente nosotros la percibimos como tal. No debemos olvidar que, en la situación de protección y cuidado, muchas veces obligamos a hacer o no hacer cosas al enfermo que contrarían su voluntad y es legítimo y perfectamente normal que el enfermo se enfade y lo manifieste como se lo permitan sus capacidades mantenidas. Debemos tener en cuenta siempre que el enfermo no se guía por nuestra lógica y que en estadios avanzados no va tener conciencia de su enfermedad.
- Un último aspecto general a analizar es si debemos intervenir ante la conducta o es preferible dejar que se extinga por sí sola. En ocasiones hacemos negativas y/o mantenemos discusiones intrascendentes con el enfermo que sólo van a llevar a provocar la aparición y mantenimiento del trastorno, incrementando la ansiedad del enfermo ya que su deterioro cognitivo le va a impedir explicarse correctamente. Evidentemente este aspecto sólo será evaluable en conductas que NO conlleven peligro o que NO sean socialmente correctas (por ejemplo si el enfermo está cerca de una ventana abierta o si se quiere desnudar en la calle).

Además de los aspectos comentados arriba podemos intervenir, más concretamente, sobre otros factores:

DEL ENFERMO

- Deberemos favorecer el establecimiento y mantenimiento de rutinas, ya que de esa manera no crearemos desorientación y por tanto, la aparición de ansiedad y los trastornos de conducta.
- Hacerle partícipe de las decisiones relacionadas con aspectos de su vida cotidiana y anticiparle las situaciones (por ejemplo: “¿prefieres el jersey

azul o el granate?”, “es la hora de comer, vamos al comedor?”, “quieres dar un paseo?” etc.)

- Flexibilizar los horarios y las actividades todo lo posible. Debemos dedicar los tiempos necesarios para no caer en precipitaciones y dar el ritmo adecuado para que el enfermo esté a gusto en la actividad determinada.

Tampoco debemos ser estrictos e insistir sobre actividades por horario, por ejemplo, si por la mañana no quiere ducharse, no le obliguemos y busquemos otro momento, o retrasemos la hora.

Este aspecto es especialmente complicado en situaciones de limitación horaria (por ejemplo horarios de autobuses para ir a centros de día, horarios de las auxiliares de ayuda domiciliaria, horarios de entrada al trabajo, horarios de desayuno en grandes centros residenciales, etc.). El “tener prisa” nos crea ansiedad a los cuidadores y evidentemente se lo transmitimos al enfermo, por lo que pueden surgir trastornos de conducta que nos impidan continuar con la actividad.

Estas situaciones deben ser especialmente cuidadas para que no se conviertan en fuertes estresores de los cuidadores.

- NO debemos dejar sin actividad al enfermo durante prolongados espacios de tiempo. Es habitual, cuando el enfermo es atendido exclusivamente en el domicilio, que pase largos tiempos delante del televisor u oyendo la radio. Estas situaciones provocan su desorientación temporal (se pierden referencias horarias) y además provocan que llegada la noche, el enfermo no esté cansado y por tanto no duerma (apareciendo el trastorno del sueño).
- Debemos empatizar con el enfermo y entender su contrariedad cuando le imponemos una actividad que no quiere realizar o le impedimos llevar a cabo algo que quiere hacer. No olvidemos que el enfermo come, sale, se ducha, se asea, se viste, etc. cuando nosotros lo decimos. Imponemos continuamente actividades y decisiones que él no va a compartir ni comprender, y que en muchos casos no va a poder argumentar. Por tanto hemos de entender enfados y reacciones agresivas poniéndonos en su lugar.
- Emplear la Teoría de la Validación, evitando llevarle la contraria cuando no es necesario hacerlo. Es algo común a todos el querer llevar razón, más cuando sabemos que la tenemos. En muchas ocasiones el enfermo va a defender de manera contundente afirmaciones incorrectas, como por ejemplo decir que es un día de la semana cuando es otro, que ya ha comido cuando no lo ha hecho, que ha recibido una visita que no

ha existido, etc. Estas afirmaciones son fruto de su desorientación temporo-espacial, de las agnosias, etc. Y el enfermo las percibe como realidades indiscutibles. En estos casos va a ser imposible razonar y explicar la diferencia y sólo conseguimos contrariarle, por lo que debemos validar su argumento y dejar para otro momento la aclaración.

- Debemos distraer su atención cuando se obsesiona con una idea que le provoca malestar o una conducta potencialmente peligrosa o disruptiva. Si el enfermo está obsesionado con que tiene que ir a trabajar, con que ha perdido algo, con que ha fallecido alguien muy importante, etc., deberemos tranquilizarle, no tratar de argumentar lo contrario y tratar de desviar su atención hacia otra actividad que le guste y motive o requiera de su atención. Un ejemplo útil puede ser cuando el enfermo se empeña en no ducharse y se defiende y golpea al cuidador para que le deje tranquilo, algo útil en estos momentos es darle un vaso de agua o unos botes de gel para que se centre en no derramarlos y por tanto cese su condición de agresión.

DEL CUIDADOR

Ya hemos visto cómo la situación del cuidador puede afectar al cuidado que provee al enfermo y a su sobrecarga. Por tanto, deberemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Debemos autoevaluarnos de manera sincera y continua para detectar situaciones de sobrecarga física o emocional que nos puedan llevar a tratar mal al enfermo y por ello, sentirnos culpables. La mejor opción es prevenir estas situaciones mediante la solicitud de apoyo formal o informal y planificando tiempos de descanso (programas de respiro).
- Si no somos capaces de asumir el rol de cuidadores porque nos hemos visto obligados, porque nuestras relaciones anteriores han sido negativas, por motivos de salud física o emocional, etc. debemos evitar la atención directa, porque de nuevo nos creará estrés y por tanto mala atención al enfermo.
- Cuando los trastornos de conducta del enfermo nos dan miedo o nos resultan amenazantes, debemos evitar intervenir salvo situaciones de peligro. Por tanto debemos prevenir largos tiempos de atención a solas o prever el apoyo de un tercero cuando aparezcan.
- NO debemos sentirnos culpables ni culpabilizar al enfermo por los trastornos de conducta.

- Debemos proponernos objetivos sencillos, no es bueno exigir al enfermo actividades que no puede realizar ya que incrementaremos su ansiedad y reduciremos su autoestima.
- NO debemos obligar al enfermo a realizar actividades cuando su negativa es rotunda.

DEL AMBIENTE

También hemos visto cómo las variables del ambiente pueden afectar a la aparición de trastornos de conducta. Por tanto debemos controlar algunos factores importantes:

- Crear un ambiente agradable y personalizado ya que ayudará al enfermo a orientarse en el espacio.
- Evitar visitas numerosas y situaciones estresantes (discusiones, peleas, grandes reuniones: bodas, entierros, etc.).
- Favorecer la percepción de control sobre el espacio, eliminando posibles riesgos y dejando “pistas” al enfermo para que pueda deambular tranquilo por los espacios.

En lo referente a eliminar riesgos se recomienda quitar alfombras, dificultar el acceso a objetos de valor, eliminar objetos decorativos que dificulten la deambulación, poner cerraduras en puertas y armarios donde no deba acceder el enfermo, guardar bajo llave cuchillos u objetos punzantes, así como productos tóxicos, etc.

En cuanto a facilitar la orientación del enfermo, se recomienda indicar el camino hacia las estancias de utilización por parte del enfermo: cuarto de baño, su dormitorio, salón, comedor, etc., dejar alguna luz de noche por si el enfermo se levanta, poner calendarios y relojes en lugar visible, etc.

- Proveer de “su espacio” al enfermo, es decir, destinar una habitación para él donde se guarden sus objetos personales y el enfermo se sienta a gusto entre objetos reconocidos que le ofrezcan tranquilidad.
- Cuidar especialmente las situaciones que sabemos son estresantes, la llegada de la noche (síndrome del crepúsculo), la hora de la ducha...
- Es muy recomendable la utilización de música relajante y conocida por el enfermo, así como una iluminación adecuada que le de tranquilidad y control pero que a la vez le relaje.

¿CÓMO PODEMOS TRABAJAR CON EL ENFERMO CON DEMENCIA?

En el caso de las demencias reversibles el tratamiento de estos pacientes será eminentemente médico. Es en el caso de las demencias irreversibles donde debemos hacer un gran esfuerzo por mantener las capacidades del paciente.

Concretamente en la Enfermedad de Alzheimer, así como en otras demencias irreversibles, los tratamientos médicos sólo van a conseguir enlentecer el progreso de la enfermedad y tratar algunos de los síntomas asociados a la misma (delirios o alucinaciones, depresión, trastornos del sueño, estreñimiento, úlceras por presión, etc.)

En estos casos juegan un papel fundamental las llamadas *terapias blandas*, entre las que podemos señalar: estimulación cognitiva, terapia ocupacional, musicoterapia, laborterapia, etc. que van a ayudar a mantener las capacidades del enfermo, así como van a reducir trastornos de conducta y síntomas depresivos y van a elevar su autoestima, porque, no olvidemos que a ellas se asocia también de manera natural el contacto y las relaciones con otras personas.

Es importante destacar que NO se puede trabajar con el paciente como si se tratara de un niño, NO debemos utilizar materiales educativos pensados para niños, porque no van a motivar al enfermo y además en muchos casos no los va a comprender. Es imprescindible entender que su educación y su cultura no ha desarrollado la comprensión de figuras en dos dimensiones, que no han trabajado nunca ni jugado con materiales que hoy se emplean y que, por tanto van a dificultar el trabajo y a provocar el rechazo del enfermo.

Antes de entrar a comentar algunos de los ejercicios más importantes para el trabajo con el enfermo con demencia, es importante tener en cuenta algunas consideraciones importantes:

ACTITUDES QUE ES PRECISO ADOPTAR ANTE EL TRABAJO CON EL ENFERMO CON DEMENCIA

- Respetar aquello que para el enfermo es importante. No queramos imponer aquellos ejercicios y materiales que no gustan al enfermo.
- Demostrar afecto y sentido del humor. Es importante que el enfermo se divierta y nosotros con él. Proveyendo un clima de confianza y bienestar.
- Tener paciencia. Dejarle hacer las cosas por sí mismos aunque tarden más tiempo.

- Sentir empatía y entender sus emociones ante la actividad o ante el momento, en especial, cuando no consiguen hacer aquello que siempre han hecho.
- No regañarles ni avergonzarles delante de terceros porque no sepan desarrollar la actividad o no quieran hacerlo.
- Ser flexibles y programar objetivos en función de la situación concreta del enfermo.

PAUTAS PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

Entre las capacidades que se ven afectadas por el progreso de la enfermedad se encuentra el lenguaje. En todo contacto con el paciente, más si queremos trabajar con él, va a ser fundamental cuidar la comunicación que utilizamos y adaptarla al estadio evolutivo de la enfermedad.

Especialmente relevante será atender a la capacidad auditiva del paciente, haciéndose imprescindible revisarla en el momento de diagnóstico de la enfermedad, aunque la revisemos posteriormente, porque hay que tomar las medidas oportunas mientras el paciente puede colaborar en las pruebas necesarias.

Una vez garantizada la audición por parte del enfermo, debemos emplear las siguientes pautas para hacernos comprender por él:

- Utilizar frases cortas y simples. Los mensajes deben ser claros e inequívocos.
- Repetir todas las veces que sea necesario.
- Evitar ruidos o distracciones que puedan interferir en la comunicación o restar capacidad de atención y concentración sobre el paciente.
- Mantener el ámbito temático.
- Utilizar frecuentemente nombres, ya que los pronombres precisan de mayor empleo de memoria.
- Formular preguntas cerradas, salvo que estemos trabajando la conversación con el paciente.
- Animar a la respuesta, atendiendo y mirando de frente al paciente y ofreciendo feedback.
- Facilitar un clima de buen humor que anime al enfermo a mantener el diálogo.

- Apoyar la comunicación en imágenes u objetos.
- Favorecer la comunicación no verbal, exagerar si es necesario los gestos y la entonación y estar muy atentos a sus manifestaciones no verbales.
- Elevar el tono de voz si percibimos dificultades auditivas.
- Favorecer y mantener siempre el contacto ocular y la proximidad física.

¿CÓMO ESTIMULAR FUNCIONAL Y COGNITIVAMENTE AL ENFERMO?

Antes de ver cuáles son las áreas más importantes para estimular al enfermo, también es preciso tener en cuenta aspectos generales de toda intervención, que deberemos sumar a las pautas que mejoran la comunicación y a la actitud que es preciso adoptar:

- Utilización de materiales adecuados. Ya hemos comentado las dificultades de la utilización de material educativo diseñado para niños. En toda intervención va a ser fundamental el uso de materiales adaptados a la edad, a los gustos, a las habilidades y al estadio evolutivo del enfermo. Cuanto más cotidianos y conocidos sean los materiales mejor, por ej., es preferible utilizar fotos reales de la propia familia o de la propia casa o pueblo que fichas, es mejor utilizar objetos reales del ambiente que imágenes, etc.
- Disponer del tiempo necesario y el espacio adecuado. Debemos huir de prisas y precipitaciones que creen ansiedad al enfermo o a la persona que está trabajando con él. Su ritmo va a ser lento y su iniciativa muy escasa, por lo que debemos dejarles el tiempo que precisen. Además debemos huir de espacios ruidosos o donde existan distractores que reduzcan la concentración y atención del paciente.
- No crear ansiedad. Debemos adaptar muy bien el ejercicio que pedimos al enfermo, porque si le solicitamos algo que se encuentra por encima de sus posibilidades vamos a crearle ansiedad y reduciremos su autoestima. Por ello hemos de evaluar muy bien aquello que puede hacer. Ahora bien, esto no significa que no debemos hacerle esforzarse, al contrario, debemos trabajar siempre sobre sus capacidades, nunca por debajo de ellas porque no impediremos que las pierdan. Sólo emplearemos actividades fáciles para el enfermo para reforzarle cuando presenta baja autoestima o no le ha salido algo bien. En estos casos, el hacer un nuevo ejercicio con éxito, motiva al paciente a seguir trabajando.
- No sobrecargar. Debemos atender a la fatiga, teniendo en cuenta que son personas mayores y el esfuerzo que les exigimos, debemos programar actividades con tiempos adecuados y no prolongarlo en el tiempo.

- Dejar elegir y tomar decisiones. Para motivar y dar control sobre las propias decisiones, será fundamental hacerles partícipes de la elección de actividades que vayamos a realizar o de decisiones sobre las mismas.

ESTIMULAR EL LENGUAJE

Como ya hemos comentado, el lenguaje es una de las capacidades que se va a ver afectada y deteriorada con el progreso de la enfermedad. Siendo la comunicación tan importante para el desarrollo y la vida diaria de todas las personas, es importante trabajarla para mantener el mayor tiempo posible este vínculo con el enfermo.

Debemos trabajar:

1. El lenguaje ORAL, a través de estimular la conversación-narración, la descripción-narración, la repetición, el reconocimiento-denominación, el vocabulario, la comprensión verbal y el lenguaje automático.
2. Lectura. Si nuestro paciente sabe leer, es fundamental que continuemos dándole textos (con un grado de dificultad adecuado) y trabajar con él tanto la lectura automática como la comprensión del texto.
3. Escritura. De nuevo, si nuestro paciente sabe escribir, es importante trabajar tanto la escritura creativa (que escriba cartas, diarios, reflexiones, etc.) como el dictado.

ESTIMULAR LA PRAXIS

Entre los síntomas descritos arriba, vemos que la psicomotricidad de nuestro paciente también va a ser dañada con la evolución de la enfermedad. En este sentido, y de nuevo, con el objeto de mantener la capacidad el mayor tiempo posible hemos de trabajarla. Además esta capacidad va a estar vinculada a la comunicación que el paciente pueda desarrollar, ya que los gestos son un factor fundamental de ella. Por tanto, deberemos trabajar:

1. Praxia ideomotora, a través de la imitación de gestos.
2. Praxia constructiva, centrada en la psicomotricidad fina, trabajaremos: el dibujo, la escritura, la construcción de objetos, el recortar, la costura o el punto, etc.
3. Praxia del vestido, entre las actividades de la vida diaria, es importante trabajar con el enfermo la capacidad de vestirse por sí mismo. Podemos

ordenarle la ropa por orden de colocación, simplificar cierres con velcro, darle instrucciones sencillas, eliminar cordones en zapatos, etc.

ESTIMULAR EL RECONOCIMIENTO (Gnosias)

El reconocimiento de objetos, personas, lugares, olores, sabores, etc. está muy vinculado a la memoria. Es fácil que el paciente pierda la capacidad de reconocer o simplemente no sepa denominar aquello que percibe. Por tanto esta función debe ser trabajada ya que con ella estimulamos tanto memoria y lenguaje como el reconocimiento. En este aspecto será fundamental el trabajo de todos los sentidos: gnosias visuales, auditivas, táctiles, olfativas y gustativas.

ESTIMULAR LA MEMORIA

Tal como hemos ido viendo la memoria está vinculada a otras funciones ejecutivas y por tanto va a ser estimulada con ejercicios anteriores. No obstante cabe destacar que existen ejercicios específicos de memoria que se deben trabajar:

1. Memoria inmediata, a través, por ejemplo de la repetición inmediata de palabras, frases, etc. o de mostrar imágenes, retirarlas y preguntar qué había.
2. Memoria reciente, a través, por ejemplo de ejercicios como recordar lo que decía un texto después de un tiempo determinado, memorización de palabras o frases, recuerdo de actividades realizadas recientemente. A este fin, un ejercicio práctico y que además tiene sentido en sí mismo, podría ser la redacción de un diario.
3. Memoria remota. Dentro de esta función hemos de distinguir entre, *memoria episódica (biográfica)* consistente en el recuerdo de acontecimientos de la propia vida para lo que es muy práctico un álbum de fotos familiares, *memoria semántica*, relativa a conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, para lo que podemos consultar sobre su trabajo por ejemplo, y *memoria sensoriomotriz*, que estimulará el recuerdo de capacidades motrices adquiridas, por ejemplo la pintura, la costura, etc.

ESTIMULAR LA ORIENTACIÓN

Los problemas de memoria a corto plazo van a provocar la desorientación temporal del enfermo ya que olvidará las referencias de día, mes, hora, esta-

ción del año, etc. Para estimular esta capacidad es importante repasar diariamente el calendario y los horarios habituales, dejar siempre a la vista relojes y trabajar las rutinas, que les van a ayudar a reconocer qué actividad va después.

También es habitual el problema de la desorientación espacial, ya que tienen dificultades en el reconocimiento de espacios, por ello corremos riesgos de que se pierdan o no sepan llegar por ejemplo al baño dentro del domicilio o del centro. Para la prevención de pérdidas, será importante mantener rutinas en los trayectos cuando salimos de casa, ya que si el enfermo sale solo tenderá a ir por los lugares familiares. Asimismo es importante ir tomando referencias: panadería, quiosco, etc. y que los comerciantes conozcan al enfermo. En el domicilio es importante dejar indicaciones que dirijan al enfermo hacia las diferentes estancias y una buena iluminación. Para trabajar esta orientación se pueden utilizar fotos de estancias concretas y lugares, trabajar nombres de pueblos, ciudades, provincias, etc.

ESTIMULAR EL CÁLCULO

De nuevo el deterioro en la memoria, en el razonamiento y en la capacidad para reconocer cosas (agnosia) va a provocar dificultad en el cálculo. En este sentido es importante prever la administración de dinero. Podemos trabajarla a través del reconocimiento de números, de operaciones aritméticas sencillas (sumas, restas, etc.), de hacer contar al enfermo hacia delante y hacia atrás, proponerle problemas de cálculo sencillos, jugar al bingo, etc.

ESTIMULAR LAS FUNCIONES EJECUTIVAS: RAZONAMIENTO, ABSTRACCIÓN, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN

Este tipo de tareas sólo podrán desarrollarse en los primeros estadios de la enfermedad, ya que posteriormente pueden provocar ansiedad al paciente. Podríamos utilizar problemas y adivinanzas sencillas, la descripción de una actividad concreta (por ejemplo, vamos de picnic, qué necesitamos, cómo hacemos la tortilla, etc.)

ESTIMULAR LA AUTONOMÍA PERSONAL

Es fundamental que el enfermo realice todo aquello que pueda realizar, es decir, si puede vestirse, dejemos que lo haga sólo aunque tardemos más tiempo, si puede poner la mesa, dejemos que lo haga, si puede lavarse los dientes o asearse solo también es importante que lo haga, etc.

Nuestra función en estos casos es supervisar y simplificar la tarea al máximo, pero nunca hacerla por él. Démosle tareas sencillas, desglosando las complejas. Por ejemplo, “lávate las manos” es una orden compleja, si el enfermo no sabe cómo comenzar, debemos ir haciendo indicaciones concretas: abre el grifo, mójate las manos, coge el jabón....

CONCLUSIÓN

La estimulación de todas las capacidades del enfermo es fundamental. Para ello la motivación y el contacto con otras personas debe ser muy cuidadoso. Debemos utilizar actividades que gusten al enfermo y que éste pueda desarrollar, por lo que es muy importante la creatividad de quien trabaje con él y su capacidad para ir simplificando las tareas si la situación del enfermo lo requiere. Si es posible, trabajemos actividades y herramientas cotidianas.

REFLEXIÓN FINAL

Como última reflexión, sirva el siguiente texto. Se trata de un escrito con el que podemos trabajar la actitud del cuidador, con el objeto de positivizarla.

TÚ QUE ME CUIDAS

¿Que ves tú, tú que me cuidas?

Cuando me miras, ¿qué piensas tú?

Una vieja arisca, un poco loca.

La mirada perdida como inexistente.

Que se baba cuando come y nunca contesta.

Quien de manera dócil o no, te deja hacer a tu antojo el baño y sus comidas para ocupar sus largos días grises.

¿Es eso lo que tú piensas? ¿Es eso lo que tú ves?

Soy la última de diez hermanos con un padre y una madre.

Soy una moza de 16 años con alas en los pies que sueña con encontrar pronto a su novio.

Casada recuerdo las promesas que hice este día.

Tengo ahora 25 años y un hijo que me necesita para construir su casa.

Miro el futuro temblando de miedo, pues mis hijos están todos ocupados en cuidar a los suyos. Y pienso en los años y el amor que he conocido.

Yo soy ahora una vieja y la naturaleza es cruel que se divierte en hacer pasar la vejez por locura. Mi cuerpo se va, la gracia y la fuerza me abandonan.

Hay ahora una piedra allí donde antes tuve corazón.

Pero en este viejo pellejo, la moza vive y su corazón se hincha sin descanso.

Me acuerdo de mis alegrías y de mis penas y de nuevo siento mi vida y amo.

Vuelvo a pensar en los años pasados demasiado cortos y pasados demasiado rápidamente. Y acepto esta realidad implacable que nada puede durar.

Entonces abre los ojos, tu que me cuidas, y mira. No la vieja arisca.

Mira mejor, tú me verás.

(Anónimo. Publicado en Boletín de Cáritas de Ginebra).

BIBLIOGRAFÍA

- PEÑA-CASANOVA, J. (1999): *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección Activemos la mente.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1999): *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la Enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección Activemos la mente.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1999): *Intervención cognitiva en la Enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección Activemos la mente.
- ; *Medlineplus. Enciclopedia Médica*. Librería Nacional de Medicina de U.S. e Instituto nacional de la Salud (U.S.).
- TÁRRAGA, L., BOADA, M., MORERA, A., DOMÉNECH, S. y LLORENTE, A. (1999): *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Fundación ACE. Glosa ediciones.

ENFERMEDAD TERMINAL Y VEJEZ

José Javier Soldevilla Ágreda

INTRODUCCIÓN

La muerte es descanso para muchos, especialmente para aquellos que han tenido la fortuna de vivir muchos años y en ese tránsito quizá acostumbrarse a despedirse de muchos seres queridos. La muerte es descanso para todos aquellos que han agonizado durante décadas, aferrados a una vida limitada en espacio y no tanto en tiempo. La muerte es descanso, nunca manifestado, para familias que han soportado la lucha de enfermedades largas, devastadoras para el cuerpo y el recuerdo del ser cuidado. La muerte es reclamada a voces por muchos que sufren esa calamidad y a veces hasta celebrada con frases hechas cuando aquel se va. La muerte es algo natural, especialmente cuando el que le da la bienvenida es alguien que no cumplirá los ochenta o noventa años y en ese caso, también se suaviza que la causa sea una enfermedad más o menos patente, con nombre definido, que una muerte por reloj biológico, por propia vejez, aunque esto se anticipe unos años a ese máximo que nuestros cuerpos tienen capacidad de sobrevivir.

En cualquier de estos casos, las más de las veces, la muerte se ve de la manera más natural, menos ebria de sollozos inconsolables, menos descorazonadora que en otro cualquiera de otra edad. No quiero decir que no provoque tristeza y dolor, pero sin la estridencia afectiva de otras situaciones. Incluso el propio individuo mayor las más de las veces, cuando no invoca, recibe de forma más serena esa llamada, para la cual, aunque nunca lo confesara en sus conversaciones, estaba preparándose.

Fijense que un fenómeno como el de la muerte, negado, alejado, ocultado con todo su genio por la Sociedad que nos acoge, hasta se vuelve comprensible, no peca excesivamente de mal gusto cuando el finado es un anciano. Es ley de Vida. Es el ciclo natural, independientemente de que ese

ser mayor haya muerto de un proceso fulminante, de “viejo” o realmente aquejado de un cortejo sindrómico que cumple casi todos los patrones esgrimidos para calificarlo académicamente de proceso terminal.

Con esta premisa. Con una atmósfera de sosiego voy a tratar de hacer, de una forma poco convencional, una aproximación a distintos aspectos que envuelven esta situación para muchos inexistentes, como es la enfermedad terminal en el viejo. El mismo cáncer se maquilla cuando, como veremos, el sujeto elegido es alguien que todos consideramos una persona mayor, catalogación que como otras cosas apuntadas en nuestra Sociedad ha visto variar sus asignaciones, desplazando a edades cada vez más avanzadas esa particular forma de filiar a este grupo de población.

LA VEJEZ Y LA MUERTE

Decía García Lorca, “la muerte es la pregunta de las preguntas”. La búsqueda del ser humano, el único consciente de su propio envejecimiento y de la muerte como fenómeno biológico y universal no ha cesado desde el comienzo de los tiempos. Buscar respuestas para la Muerte, su “después”, su evitación, ha condicionado culturas y religiones, y todavía hoy nos coloca, como realidad individual y subjetiva ante una situación ineludible que se acompaña de soledad.

Los sentimientos de temor, aprecio sereno, esperanza o desprecio estoico hacia la muerte han sido los más frecuentes y reiterados a lo largo de la existencia del ser humano y frente a ellas postuladas actitudes:

- La muerte eludida, que busca eliminar nuestra preocupación por ella confiando en que el progreso resolverá (“Como no me he preocupado de nacer, no me preocupo de morir”. F. García Lorca).
- La muerte negada, despidiéndote de la vida como si tal cosa (“La vida es como una obra de teatro. Si te aburres, te sales”. Seneca)
- La muerte apropiada, como compañera continua que ayuda a conformar nuestra existencia desde el momento que nacemos (“Así como una jornada bien empleada produce un dulce sueño, así una vida bien usada causa una dulce muerte”. Leonardo da Vinci).
- La muerte absurda, privando a la vida de todo significado.

Es improbable que esta Sociedad, donde la aspiración de manipular y controlarlo todo es su máxima, acepte la muerte como algo natural y la negación de los valores en los que se ha ido apoyando.

Al igual que la muerte, la vejez, para muchos es más que un valor, un anti-valor y la negativa, una expresión de comportamiento. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente coqueteando con el límite biológico de la especie humana, y esta larga vida le proporciona al individuo una cercanía con la enfermedad y por tanto con la muerte que para el común de los habitantes, facilita la mentalización y aceptación del proceso, siendo menor la sensación de tragedia por esa muerte, apoyada en la falta de rol social-laboral que el anciano cobra en este modelo social, el cual ya se encontraba desde hace años “un poco muerto”.

El prisma del anciano

Antes apuntaba que el sosiego quizá fuera una buena expresión para tildar el final de la vida en la mayor parte de los ancianos, como también para afrontar el duelo que más tarde trataremos, aceptando el veterano algunos de los postulados que acabamos de mencionar.

Hay una suma de pérdidas a lo largo de la vida que rompe poco a poco nuestras conexiones biológicas y afectivas con ésta, afligiéndonos y matándonos un poco.

En la medida que nos hacemos mayores perdemos más: a los hijos del hogar, un papel destacado en la sociedad, vitalidad hasta conducirnos a la fragilidad o dependencia. Dice Fernando Gomez-Busto, que de este modo se habría producido “la Muerte del Deseo que llevaría a la Muerte Social hasta que llegue la Muerte Física. Quizá por tanto, no sea tanto la idea de la “Muerte” como la de “Pérdida”, lo que aflige al anciano”.

Pero, la negación de la muerte que impera en nuestra sociedad no pasa de largo de este grupo y aún siendo un proceso individual hay muchos factores subjetivos especialmente del moribundo, del anciano, que van a trazar esta visión.

La cultura impregna la conciencia individual y comparte que el hecho de morir acontece como algo natural. Morimos porque envejecemos y envejecemos aunque no enfermamos. Pero la amenaza de soportar una vida finita lleva a la sociedad a un estado de frustración que parece suavizarse con la edad.

Una variable importante en la visión de la muerte para el adulto mayor pasa no obstante por el tipo de enfermedad que la provoca, la presencia o ausencia de dolor y especialmente la pérdida de autonomía y conciencia que pueda acompañarla.

La circunstancia del fallecimiento, como desenlace esperado o muerte traumática, el lugar de ese hecho y el tipo de asistencia recibida en ese tran-

ce, tanto a nivel técnico, como afectivo, humano, comunicativo, para el mismo como para sus familiares, van a dibujar una visión con tintes muy distintos y que seguro otras personas más jóvenes no trazarían así.

La actitud ante la muerte se completará casi con seguridad con la experiencia vital de cada individuo, poco homogénea, sus convicciones, sus creencias religiosas, todas ellas capaces de influenciar una pauta de conducta.

Visión del profesional

Desde el punto de vista del observador de la muerte. Si la Sociedad misma entiendo que ha sido permisiva con la presencia evidente de la muerte para los más mayores de nuestra comunidad, la suavidad de la proximidad de una muerte anunciada, también este mismo crédito va a habitar en una parte importante de los profesionales encargados de su cuidado.

La naturalidad de contemplar un proceso como tal, a priori lo siento como una gran ventaja que me facilitará un acercamiento menos compungido, y por compungido menos pleno, pero precaución. No es ajustado a derecho que por considerarse algo tan normalizado, no se preste la atención especializada y específica que un proceso de terminalidad cobra y antes que todo ello, participando en un tipo de muerte más lenta, aquella que margina al mayor sumiéndole en el aislamiento y la soledad (“Nadie más muerte que el olvidado”. G. Marañón).

Se me antoja interesante un recordatorio a los profesionales sanitarios y exquisitamente a aquellos que tienen en sus manos el cuidado del grupo de los más mayores. Los ancianos siguen siendo “entidades biopsicosociales” con muchas más heridas emocionales, carencias afectivas y conflictos internos que influyen en su grado de equilibrio, armonía, en una palabra, bienestar. Conocemos la plenitud de vida y esperanza que llena la vida de una persona sana y como se desploma cuando enferma y su código de valores humanos cambia. Nuevas emociones, la intuición, la información, la lógica y la ciencia, las creencias y las nuevas experiencias ayudan a forjar esos nuevos valores humanos. ¿Qué sucede con la escala de valores de una persona anciana y enferma al tiempo? Los profesionales a menudo, embebidos por la naturalidad mal entendida del proceso de envejecer y en ellos hasta de enfermar, pasamos ajenos a la dramática situación que puede existir. El estado emocional del anciano ha de orientar la actuación de los profesionales que le cuidan en salud o enfermedad en relación con la toma de decisiones.

El anciano enfermo tiene emociones, sentimientos, deseos que cambian como en el resto de población también a diario y son los ingredientes del año-

rado grado de bienestar que disfrutan. ¿Estamos preparados para resolver con mínima eficacia y diligencia problemas emocionales como el miedo, la desesperanza, la soledad, el verse rechazado, incluso antes?, ¿estamos preparados para detectar a menudo en seres inexpresivos o incapaces de manifestarse por cauces normales, que algo está alterado?

Entrar de pleno en el mundo de las emociones precisa definir las. Conocer las características y propiedades de las emociones del mayor, alejando estereotipos que han puesto demasiadas sombras en nuestro camino, ayudarán a nosotros, los profesionales a manejar constructivamente las nuevas situaciones de la vejez antes, de la muerte anunciada más tarde, con el menor impacto negativo. Una recomendación que hacemos a menudo los gerontólogos se hace obligada como prólogo a una intervención adecuada con el mayor como protagonista: ¿has identificado tus propios sentimientos frente a la persona que tienes el encargo de ayudar?, ¿has catalogado tus emociones?, ¿has anticipado como herramienta terapéutica como crees que será tu propia vejez y muerte?. De este modo y a pesar del anunciado sosiego que acompaña habitualmente a la muerte del anciano, estarás en mejores condiciones de ayudar.

La vida afectiva, relacional y espiritual recuerda Jaime Sáenz (2000), conforman la “vida biográfica” de la persona, única e irrepetible. La vida biológica solo representa apenas el 25 % del ser humano como persona y además es compartida y común con el resto de los de su especie. El 75 % restante corresponde a su vida biográfica, específica, distinta y única para cada persona. Cuando la persona envejece o enferma lo hace de forma integral, no por parcelas ni plazos, quedando afectados todos los componentes del ser humano y cada uno de éstos reclamando sus propias necesidades, físicas, emocionales y sociales. Todo acercamiento con fines terapéuticos, paliativos o de armonización ante el envejecimiento, han de integrar estas inseparables facetas. Nuestra formación, quizá nuestra deformación profesional, a menudo hace que focalicemos toda nuestra energía científica a un solo componente, ignorando el resto, condenando irremediablemente a la ineficacia.

Sin duda que es más difícil afrontar el encargo de cuidar de las necesidades emocionales. El grado de dominio de nuestros sentimientos nos posiciona hacia un terreno de competencia, o como observo, de alejamiento, ciñendo nuestra vista y actuación a esferas exclusivamente físicas.

FASE TERMINAL DE LA ENFERMEDAD EN EL MAYOR

El anciano en fase terminal de su enfermedad es aquel que presenta un proceso agudo o crónico, de diagnóstico certero, con ausencia de un trata-

miento específico, síntomas múltiples y cambiantes y gran impacto emocional para el y su familia, con situación clínica irreversible y, aún con la dificultad que entraña establecer un criterio cronológico de terminalidad, muerte prevista en un plazo breve de tiempo (¿en torno a los seis meses?).

El cáncer es una enfermedad enormemente presente en la población añosa, aumentando su incidencia con la edad, pero existen en el anciano otros diversos procesos no oncológicos de larga duración que cobran esas características admitidas para la enfermedad terminal, y por tanto, candidatas a ser incluidas en programas de cuidados paliativos.

Antes de profundizar en el propio proceso de final de vida, quizá sea el momento de recordar algunas de las características del anciano que le son dadas por su edad avanzada y que orientará la aproximación e intervención de los profesionales sanitarios en cualquier situación del proceso salud-enfermedad.

El límite establecido en este eje, salud y enfermedad, se diluye hasta llegar a extremos donde es imposible catalogar adecuadamente qué corresponde a la normalidad de un cuerpo viejo y que ha de considerarse síntoma o signo de un proceso patológico. El refugio de esta delicada frontera se encuentra en el conocimiento de esos cambios morfológicos, psicológicos y funcionales que acompañan a la edad y que de entrada justifican presentaciones que peligrosamente pudieran considerarse terreno de la enfermedad. El mantenimiento de ese equilibrio inestable en el que se encuentran la gran mayoría de los mayores, especialmente los más longevos, va a ser la gran meta de todos los encargados de su cuidado, alejando de nuestra mente la fácil ecuación que aglutina a menudo vejez y enfermedad y lo que de ella deriva.

También la forma de enfermar del anciano es diferente y las características de la enfermedad atípicas, con muchos síntomas de difícil reconocimiento (incluso “elementos de confusión”) si se siguen los parámetros aprendidos para otros grupos de edad. La pluripatología o coincidencia de varios procesos de enfermedad simultáneamente, la consecuente plurifarmacia y la tendencia a la cronicidad e invalidez, encabezan la serie de fenómenos habituales en la enfermedad del anciano y de la que pueden obtenerse los primeros dictados para una aproximación efectiva, articulando obligatoriamente una valoración multidimensional exquisita y planteando una atención integral que aleje o retrase la devastadora repercusión funcional que suele acompañar a la enfermedad.

Dadas las implicaciones inmediatas que especialmente el proceso neoplásico puede condicionar en el anciano, sobremanera, el mayor deterioro funcional, recordar la utilidad de utilizar dentro de la valoración geriátrica exhaustiva, junto a escalas validadas, herramientas básicas en el proceso de

detectar y cuantificar capacidades físicas, cognitivas, funcionales y sociales del mayor (Tabla 1), dos escalas específicas utilizadas para evaluar el estado general del paciente con cáncer y con ello a menudo aventurar la esperanza de vida: La Escala de Karnofsky (pacientes con puntuación de 50 o menos, tienen un grave riesgo de fallecer durante los seis meses siguientes) (Tabla 2) y el Índice del Eastern Corporative Oncologic Group (ECOG) (Tabla 3).

Tabla 1. Algunas Escalas de uso frecuente en la Práctica Geriátrica

Escalas de Valoración Funcional

- Escala de Barthel
- Índice de Katz
- Índice de Lawton y Brodie
- Índice de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Escalas de Valoración del Estado Mental

- Mini Mental State : Pfeiffer
- Mini examen cognitivo de Lobo
- Behave-AD
- Geriatric Depression Scale
- Escala de Depresión de Yesavage

Escala de Valoración Social

- OARS
- Family Apgar

Tabla 2. Índice de Karnofsky

- 100. Asintomático
- 90. Síntomas y signos menores de enfermedad
- 80. Actividad normal con esfuerzo
- 70. Incapacidad para realizar actividad normal, pero se ocupa de sí mismo
- 60. Asistencia ocasional para sus necesidades personales
- 50. Requiere considerable asistencia y cuidado médico
- 40. Incapacitado, requiere cuidados especiales
- 30. Severamente incapacitado y requiere hospitalización

- 20. Muy enfermo, necesita tratamiento de apoyo
- 10. Moribundo
- 0. Muerto

Tabla 3. Índice del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

- 0. Totalmente activo, sin limitaciones
- 1. Limitación para la actividad física extraordinaria, pero puede trabajar
- 2. Limitado para trabajar, aunque es independiente para el autocuidado
- 3. Limitado para autocuidado, confinado a cama o sillón
- 4. Severamente incapacitado, totalmente dependiente para autocuidado
- 5. Muerto

Aceptar la muerte

He anunciado que con el respeto que debe la generalización, la muerte para el anciano tiene menos visos de tragedia y parece menos injusta que cuando llama a la puerta de un joven. Esto por el contrario, no significa que renuncien a la vida, pero sí, con la suficiente información, a las tentativas inútiles para prolongarla.

Wilson Astudillo cita algunos de los elementos que pueden facilitar la adaptación del anciano a la muerte:

- El buen control de sus síntomas
- El ayudarles a dejar en orden sus asuntos pendientes
- Que conozca la verdad, si lo desea
- Que pueda despedirse
- La compañía de sus seres queridos
- Ayudarle, como apunta Nuland, a “vivir cada día como si fuéramos a permanecer en la tierra para siempre”.

La aceptación de la muerte por parte del anciano pasa por la preservación de la dignidad ante este proceso, y que el filósofo López Aranguren (1992) retrata con maestría y con enorme sencillez, como legado didáctico a los que participamos en el habitual cuidado de los más mayores y de los moribundos:

“Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte sería un espectáculo en que nos morimos para los demás y al que habría que pedir tan sólo cuatro cosas: que sea un espectácu-

lo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno”.

EL CÁNCER EN EL ANCIANO

El hecho de envejecer supone un factor de riesgo para padecer un proceso tumoral y este hecho en los países desarrollados supone la segunda causa de muerte para los mayores de sesenta y cinco años, después de las enfermedades cardiovasculares.

Puede cifrarse que aproximadamente el 60 % de todos los tumores malignos y el 70 % de las muertes debidas a ese diagnóstico, anidan en personas mayores de 65 años.

En Europa se estima que una de cada cuatro personas muere de cáncer y una de cada tres llega a padecerlo.

Datos del Sistema Nacional de la Salud (1997) apuntan que el diagnóstico de cáncer se incluye en el 12 % de los diagnósticos al alta y que el 50 % de éstos se centra en la población mayor de 65 años, constituyendo las neoplasias, por su frecuencia, el cuarto diagnóstico al alta hospitalaria.

Existen nexos que unen cáncer y envejecimiento con mecanismos explicativos siempre multifactoriales, tales como:

- Periodo de tiempo más prolongado a diferentes agentes potencialmente cancerosos
- Mayor susceptibilidad de las células envejecidas a la exposición carcinogénica
- Aumento de la dificultad con la edad de reparar las células dañadas
- Las alteraciones del sistema inmune con la edad favorecen una función defensiva menos efectiva ante procesos tumorales.

Curiosamente, diversos estudios del U.S. National Cancer Institute destacan la disminución de la mortalidad por cáncer en los últimos años en adultos menores de 54 años, pero un aumento en los mayores de 65 años, lo que nos obliga a una reflexión sobre la evaluación diagnóstica y la actitud terapéutica ante estos casos.

Creencias mantenidas en el tiempo se desvanecen a nuestros pies. Salvo en algunos tipos concretos de cáncer (mama o próstata) éste se comporta igual en cuanto a agresividad que en otros grupos de pacientes más jóvenes, incluso, algunos tipos como el melanoma lo hace de forma más incisiva en el anciano.

Mayoritariamente, los tumores malignos en las personas mayores crecen al mismo ritmo y siembran metástasis en los mismos lugares que en otros grupos.

Ante estas evidencias se hace insostenible que tradicionalmente se sigan excluyendo de la mayoría de ensayos clínicos sobre tratamiento quirúrgico o farmacológico de procesos tumorales a los mayores de setenta años. Como recoge un estudio extenso de casi 23.000 tumores recogidos en el New Mexico Tumor Registry, la proporción de casos en los que se intenta algún tratamiento potencialmente curativo, especialmente con cirugía, disminuye con la edad, aumentando el porcentaje de sujetos no tratados en el grupo de los mayores.

No cabe duda que la valoración multidimensional, aproximando la situación global del paciente, enfermedades asociadas, complejidad perioperatoria llegado el caso, incluso la técnica quirúrgica, van a ser elementos base en la toma de decisiones, sin duda más dificultosa y sensata que en el grupo de jóvenes, pero no excluyente.

El proceso de toma de decisiones en el paciente mayor con cáncer, Cruz Jentoft lo dibuja con acierto como una balanza, en la cual habrá de contraponerse la esperanza de vida de esa persona, las posibles complicaciones derivadas del tratamiento y la calidad de vida estimada, frente a las posibilidades de curación, esperanza de vida esperada, complicaciones y calidad de vida con cada una de las opciones terapéuticas disponibles.

Las dificultades diagnósticas más importantes seguramente radican en:

- La distribución diferente de los distintos tipos de tumores en el anciano
- La habitual coexistencia de otras enfermedades concomitantes
- Sintomatología “caprichosa”, “atenuada” y con mucho menos valor para sospechar proceso tumoral (por ejemplo el llamado “síndrome constitucional”).
- Las dificultades de comunicación con el anciano, que por desconocimiento prescinden del testimonio del paciente o en casos, obligan a mediaciones familiares y de otros cuidadores.
- Y muy especialmente, y aunque paradójico por la alta incidencia de estos procesos, la infravaloración de los estudios en el anciano.

La edad en si misma nunca debe constituir una barrera para avanzar en la valoración.

Las posibilidades que hoy ofrecen la cirugía, quimioterapia y radioterapia son equivalentes a las que se asignan a la población más joven.

Es necesario hacer referencia a la repercusión psicológica del conocimiento de la enfermedad neoplásica que según diversos estudios puede ser mucho mayor que en otros grupos de edad, pudiendo derivar en trastornos afectivos y psíquicos graves tales como depresión, ansiedad, aislamiento, pérdida de autoestima, de indudable valor pronóstico, y lo que hace etiquetar a estos pacientes ancianos como de elevado riesgo.

La información al paciente anciano y a su familia, el respeto por la opinión del paciente, el obligado consentimiento informado y el planteamiento conjunto de las opciones terapéuticas contribuyen a un menor impacto del proceso tumoral.

ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS COMO TRAMO FINAL DE LA VIDA

No solo el anciano con patología oncológica ha de ser candidato a Cuidados Paliativos dentro de los diferentes modelos básicos de atención al moribundo desarrollados con desigual entidad en nuestro país.

El estado de incurable en el anciano no siempre lo describe la naturaleza de la enfermedad causal, a menudo difícil de enunciar y mucho más de jerarquizar por la coincidencia de varios procesos, sino más bien por las alteraciones que acompañan globalmente al paciente, las posibles complicaciones y el estado de deterioro funcional que conlleva.

Entre los procesos no oncológicos más habituales, que por sus características, larga evolución o simultaneidad deben conllevar una atención paliativa podemos citar:

- Insuficiencia de órganos irreversibles: corazón, pulmón, hígado o riñón.
- Enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas: Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson,...
- Accidentes Vasculares Cerebrales no recuperables, complicados y con gran incapacidad
- Síndrome de Inmovilidad irreversible
- Fracaso multiorgánico

Estos procesos suelen tener ciertas diferencias con la patología oncológica, expresada por una mayor irregularidad en su evolución (a pesar de la heterogeneidad común en el individuo anciano) y la dificultad de establecer un pronóstico, ya que es a menudo la acumulación de varios problemas, que aisladamente no tendrían dificultades para ser solucionados, los que convierten la situación en irreversible.

Algunos de los ancianos que se encuentran en esta circunstancia encajan en una definición clásica en el ámbito gerontológico como es la de “anciano frágil”, el cual puede verse abocado a su situación de terminalidad por un “acontecimiento gatillo” (fractura de cadera, infecciones, ACVA,...) seguido de otras complicaciones, incluso menores, que llegan a hacer claudicar su capacidad de remontar, por agotamiento de su reserva biológica.

ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES A CONSIDERAR EN EL ANCIANO TERMINAL

MM Ross y su equipo (1994) recogieron datos sobre una cuarentena de enfermeras que trabajaban en la comunidad en el Reino Unido, permitiéndole describir un contexto tipo del enfermo terminal geriátrico:

- En general, el anciano afronta la muerte con la experiencia de toda una vida en la que apoyarse.
- En general, el anciano acepta mejor la muerte que el joven.
- La presencia de pluripatología determina en el anciano terminal un grado de fragilidad no comparable con el joven en situación terminal.
- En general, el anciano tiene menos apoyo social y familiar, y además el propio anciano tienen diferentes expectativas respecto de su necesidad de ser asistido.
- En general, el anciano es menos consultado sobre decisiones terapéuticas.

Podría completarse este contexto, seguramente válido para nuestros mayores en situación de terminalidad, con otros elementos a considerar entre los aspectos psico-socio-culturales y que no pueden obviarse en ese acercamiento obligado:

- Grado de aceptación o no del diagnóstico (¿la verdad?)
- Nivel de pérdida en las capacidades funcionales
- Pérdidas en:
 - El control del proceso
 - La adaptación al medio
 - La independencia
 - Diferente aceptación de la muerte
 - Valoración del dolor

No pasan inadvertidas las connotaciones culturales que llevan a nuestra Sociedad a construir mitos y prejuicios muy elaborados, tanto entre los propios ancianos como entre los profesionales sanitarios, exponentes del resto de la comunidad y que Castellote (1997) recoge así:

“Entre los ancianos:

- El cáncer se trata de una enfermedad epidémica consustancial a la edad
- En cuanto a su etiología, unos piensan que es contagioso, otros creen que es causado por lesiones accidentales, otros por el estrés, etc.
- Una vez contraído, es demasiado tarde; siempre es incurable incluso si el diagnóstico es precoz.
- La aparición de síntomas como anorexia, fatiga y pérdida de peso se interpretan como relacionados con la edad o con otras enfermedades, no con padecerse cáncer, salvo que se tenga dolor.
- El tratamiento antineoplásico es peor que la propia enfermedad.
- La creencia de que si el anciano sabe que tiene cáncer, se volverá deprimido y desesperado.

Entre el personal sanitario:

- Los ancianos son rígidos, intratables y tienen enfermedades incurables.
- En anciano es una mala fuente de información y poco interrogable.
- Atribuir síntomas precoces a la edad o a otras enfermedades coexistentes.
- El diagnóstico, una vez obtenido, siempre llega demasiado tarde. Los ancianos no sienten dolor y lo toleran mejor. Los opiáceos causan adicción y distorsión mental.”

EL DUELO EN EL ANCIANO

Por las diferencias que en el anciano puede tener este proceso de transición hacia una nueva identidad, como define el duelo Magdalena Pérez, voy a dedicarle un breve espacio.

El duelo como experiencia puede conjugar reacciones de distinta índole, físicas, espirituales, cognitivas que no siguen un patrón determinado y no es gradual ni lineal. Para cada persona la pérdida cobra un significado distinto y quizá no fuera correcto, por tanto, hablar de un proceso de duelo normal, o con qué criterios calificarlo de patológico, según la intensidad y duración de las reacciones.

Ser mayor puede influir de forma importante en el modo en que éstos se enfrentan al dolor que acompaña la pérdida de un ser amado, hasta sugerir a menudo, las ideas sociales imperantes, que el anciano es incapaz de sufrir, incapaz de amar, o bien en el otro extremo, por su fragilidad, incapaz de superar este proceso, y tender a sobreprotegerlos e infantilizar su cuidado.

La experiencia de toda una vida ayuda a prepararse, adaptarse y aceptar diversos cambios. Cuando las personas llegan a edades avanzadas experimentan numerosas pérdidas en su capacidad física, en su memoria, en su agilidad mental, en su trabajo, en su rol social, en su autonomía, en sus relaciones por muerte, aunque también ganancias tales como la visión más sosegada de la vida, la satisfacción de los nietos, la flexibilidad de responsabilidades anteriores, y, sobre todo, la sabiduría.

Todas estas experiencias, parte del desarrollo personal, hacen en general al anciano estar preparado para las pérdidas. A pesar de que en esta etapa las pérdidas suelen ser más constantes, la capacidad para enfrentarse a ellas sigue inalterada. También participan en la elaboración del duelo la fuerza de la relación con el fallecido (especialmente no olvidar la interdependencia existente en el caso del cónyuge que puede “justificar” la alta tasa de depresiones y suicidio) y muy especialmente las características de la propia enfermedad terminal y la presencia de otras fuentes de estrés en ese intermedio, tales como la obligación de abandonar su vivienda, problemas económicos, dependencia, etc.

A manera de conclusión, debemos cuestionar la exactitud de nuestras percepciones ante el duelo de la persona mayor con el objetivo de encarar mejor la relación de ayuda en esta fase. Las pérdidas ocurren a todas las edades y la pena no es distinta. El periodo de recuperación y el impacto no es distinto en razón de la edad y finalmente, recordar que la respuesta al apoyo y al cuidado que se brindan por parte de los mayores es, al menos, semejante a la de otros más jóvenes.

BASES PARA UN CUIDADO ADECUADO DEL ANCIANO EN FASE TERMINAL

El gran principio: la calidad de vida

Concepto, paradigma de los cuidados paliativos, sobre el cual deberá orbitar toda nuestra actuación.

Sin duda y a pesar del consenso de la práctica en busca de esa aspirada calidad de vida para este trance final de la vida, es éste un término difícil de definir, cambiante y muy influenciado por cultura, religión y escala de valores

de cada persona. No obstante, su valoración y propuesta de manejo adecuado, no puede eludir el contemplar e incidir en:

- Aspectos físicos, especialmente relacionados con el dolor y otros síntomas molestos.
- La capacidad funcional que resta.
- La afectación familiar del proceso.
- Las implicaciones espirituales individuales.
- El bienestar emocional.
- La orientación sobre el pronóstico.
- La satisfacción con el tratamiento libremente elegido.
- La perturbación en la imagen corporal, intimidad y sexualidad.
- El papel social y ocupacional, más doblegado habitualmente en la vejez.

El dolor en el anciano

El dolor es uno de los síntomas más temidos por el anciano con cáncer (afecta a dos de cada tres) y otras enfermedades no oncológicas avanzadas (uno de cada tres), por el temido deterioro funcional que le ocasiona. Como apunta Nuñez (1996) puede corregirse con tratamiento adecuado entre un 75 y un 90 % de los enfermos.

Pero el dolor persistente conlleva consecuencias más graves que el “simple sufrimiento puntual”. Cecily Saunders describió el dolor total, con su entramado físico, emocional, social y espiritual en un intento de explicar la necesidad de un abordaje integral de cada persona. Si bien el umbral de percepción tiende a ser relativamente constante en todos los humanos, el umbral de tolerancia está sometido a variaciones en el que patrones culturales especialmente, modulan la descripción, vivencia, etc. Es decir esa clara vertiente de interpretación subjetiva y existencial.

El dolor físico solo se transforma en sufrimiento, algo que ya no se corrige con analgésicos por su sentido metafísico, cuando se considera como signo precursor de un daño importante que acecha nuestra existencia o cuando se teme su intensificación o prolongación en un futuro sin posibilidad de control.

Se abre aquí un nuevo punto de reflexión que nos obligará a detectar y frenar algunas de las posibles causas de sufrimiento que se me antojan más frecuentes en el anciano, de un amplio catálogo (Twycross RG. 1983):

- Dolor físico, disnea, náuseas, vómitos
- Alteraciones físicas de la enfermedad
- Pérdida de los seres queridos
- Falta de sentido
- Sensación de desamparo, impotencia e inutilidad
- No ser querido
- Morir solo
- Dependencia de otras personas

Los ancianos tienen más riesgo de que su dolor sea menos reconocido y por tanto tratado debido a:

- Dificultad en su capacidad para comunicar el dolor
- Prescripción de analgesia a demanda, en lugar de hacerlo de forma regular y pautada
- Mitos en torno a la mayor tolerancia frente al dolor, mala tolerancia por el contrario a los analgésicos y creencia de la inevitabilidad del dolor por condiciones de edad.
- Gran prevalencia de “dolor crónico”.
- Presencia de procesos varios y simultáneos, especialmente del aparato locomotor, que suelen acompañarse de dolor.

El dolor es muy frecuentemente infratratado en ancianos, especialmente en aquellos que tienen dificultades para comunicarse (demenciados, con deterioro cognitivo,...) y en los cuales los signos directos de dolor y el uso de escalas analógicas o funcionales de dolor no van a servir, debiendo completarse su valoración con signos indirectos tales como:

- Expresiones faciales: gestos, boca apretada, ceño fruncido
- Gemidos y gritos
- Cambios de humor
- Tendencia a agarrarse a “todo y todos”
- Resistencia a ciertas maniobras de movilización especialmente
- Puños apretados, sudoración de manos
- Roces cutáneos repetitivos
- Taquipnea

No haré un repaso exhaustivo de las distintas opciones para controlar el dolor en el anciano pero si apuntar aquellos planteamientos que siguen vigentes para este grupo de población como para el resto:

- a) Preguntar al anciano si tiene dolor
- b) Aceptar la palabra del paciente acerca del dolor
- c) Nunca subestimar los efectos negativos del dolor crónico en el estado general y la calidad de vida
- d) Ser exhaustivo en la valoración del dolor
- e) Tratar el dolor antes de hacer más pruebas diagnósticas
- f) Estimular e involucrar al propio anciano, sus familiares y cuidadores en el tratamiento
- g) Emplear tratamientos farmacológicos y no combinados cuando sea posible
- h) Usar los fármacos analgésicos de forma correcta

Una vez consideradas ciertas circunstancias que habitualmente están presentes, tales como:

- Modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de muchos medicamentos,
- Menor filtrado renal y hepático del cuerpo viejo
- Alteraciones en la comunicación
- Diferente impacto emocional
- Etc.

Y mitos que pueden hacerlo algo diferente:

- Umbral doloroso elevado
- Virulencia de los opioides en el anciano, ...

EL LUGAR DONDE SOBREVIENTE LA MUERTE

El hospital

La decisión de permanecer en tu casa o ingresar en el hospital en esta fase final de la vida es sagrada y debe ser celosamente respetada. Los ancianos especialmente, prefieren morir en casa, sin embargo somos testigos de que la muerte ha cambiado de cama. Apenas uno de cada diez pacientes muere en

la actualidad en su propia cama, haciéndolo en las prestadas por Instituciones hospitalarias o residenciales. ¿Qué poderosas circunstancias están llevando a estos resultados?.

Los hospitales generales no están generalmente organizados para prestar una atención efectiva al paciente moribundo y su familia. Es un lugar diseñado para diagnosticar y curar. Ni arquitectónica y funcionalmente, su mecánica interna permite las más de las veces en la última fase de la vida tener una experiencia positiva.

Decía Rilke que “en los hospitales está la muerte pequeña... Ahora se muere en quinientas cincuenta y nueve camas. En serie, naturalmente. Es evidente que, a causa de una producción tan intensa, cada muerte particular no queda tan bien acabada, pero esto importa poco. El número es lo que cuenta. ¿Quién concede todavía importancia a una muerte bien acabada?...”

“Morir en el hospital es sinónimo de morir sólo” (Sanz J. 2001)

Las unidades de cuidados paliativos hospitalarias en el marco asistencial del anciano en situación terminal son pocas y todavía muy jóvenes en nuestro panorama, tratándose de unidades especializadas en la atención integral del paciente en fase terminal, y lo ideal, es que formen parte activa de un programa con soporte domiciliario. Nada tienen que ver con el concepto de hospitalización tradicional, siendo preciso adaptaciones y cambios organizativos para adaptarse a esas necesidades especiales y cambiantes. Los centros socio-sanitarios se pueden acercar por flexibilidad y costos al modelo propugnado, para todo tipo de pacientes en su fase final de enfermedad, con menos dificultad que los rígidos, tecnológicos y caros hospitales tradicionales.

Residencia de ancianos

La patología terminal, oncológica y no oncológica que podemos encontrar en el ámbito residencial, incluidas las demencias (presentes entre el 40 y 60 % de los residentes) es más variada que en el propio domicilio. Esta heterogeneidad y mayor prevalencia de procesos no neoplásicos hace más imprecisa y reticente la catalogación como enfermos terminales, y la supervivencia está en clara relación con tratamientos de sostén y cuidados de grandes dependencias.

La muerte es un suceso común en las residencias de ancianos y se hace evidente en una mayoría en los doce siguientes meses al ingreso, lo que puede revelar el padecimiento irreversible de estos usuarios, sin embargo, la preparación, la concienciación de profesionales y familia, la infraestructura débil en muchas de estas instituciones con escasa opción farmacológica, personal escaso en número, etc. hace sospechar que la calidad de la asistencia paliativa brin-

dada sea muy mejorable. Por otro lado el rol de la familia en este proceso en el marco de una institución cerrada todavía es escaso cuando no simbólico.

El domicilio

Los más optimistas vislumbran en los últimos años una humanización del proceso de cuidados del moribundo y parece incrementarse paulatinamente el número de fallecimientos en el domicilio (Gómez-Batiste, 1996), lo que supondrá un renovado reto para los equipos de atención primaria. Los actuales equipos comunitarios, precisarán ganar en prestanza en acciones tales como el fomento, estímulo y adaptación del enfermo y de la familia a esta nueva situación, reconocer y manejar síntomas e intervenciones comunes en cuidados paliativos, claudicación familiar, situaciones de verdadera urgencia y casos específicos que hayan de derivarse al hospital. También aventuro que será el espaldarazo definitivo para los equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos.

La atención domiciliaria de estos ancianos en situación terminal ha de cumplir una serie de requisitos básicos:

- Voluntad del enfermo y en caso de incapacidad, de su familia.
- Entorno familiar capaz de asumir los cuidados (cuidador principal y soporte familiar) y voluntad de hacerlo.
- Comunicación fluida entre enfermo, familia y profesionales, en un marco organizativo interdisciplinario.
- Cobertura asistencial durante las 24 horas.
- Existencia del recurso y buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales institucionales, con los equipos domiciliarios.

DOTACIÓN DE PRINCIPIOS, VALORES Y ATRIBUTOS DEL CUIDADOR DE ANCIANOS EN SITUACIÓN DE TERMINALIDAD

Indudablemente se puede aprender a cuidar. La formación desde esta filosofía constituye la única herramienta para conseguir estar preparado para responder a las necesidades actuales y futuras del paciente. La práctica, el componente técnico de nuestras intervenciones, el arsenal de herramientas con las que laborar en estas circunstancias es cada vez más sofisticada. Nuevas teorías, técnicas, habilidades e instrumentos para cubrir las necesidades actuales de una sociedad que es sumamente tecnológica, compleja y dinámica. La formación de todos los profesionales que han de participar en este proceso de cui-

dados al final de la vida ha de planificarse para servir a la sociedad de ese momento, y hoy la sociedad está envejeciendo a pasos agigantados.

El mejoramiento de la calidad en la práctica, el cuidado tal y como lo entendió la Sra. Virginia Henderson, una gran teórica de la Enfermería, busca además de ayudar en el abastecimiento de las necesidades que la persona realizaría por ella misma, si supiera, tuviera la fuerza y/o la voluntad necesaria, ayudar a encontrar una muerte digna y pacífica.

Permítanme entonces, diseñar para esta misión de cuidador de ancianos, máxime al final de su vida, profesionales embebidos por el razonamiento científico y lógico, por el conocimiento más exquisito sobre la vejez y la muerte (todo eso es Ciencia) pero tocados por una necesaria dosis de arte.

A lo largo de toda la historia los líderes de la enfermería se han referido a nuestra disciplina como un arte y al mismo tiempo una ciencia.

Arte, como virtud, disposición y habilidad para hacer alguna cosa. Arte como conjunto de preceptos y reglas necesarios para hacer bien alguna cosa. Arte como desarrollo de habilidades para procurarse y administrar los recursos con creatividad. En nuestro contexto el arte es algo más que un concepto lineal y estático. Supone una forma de hacer, un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo. Una calidad emocional, un refuerzo al papel de la inteligencia o del pensamiento. Una forma ingeniosa, creativa y estética de cuidar.

Acariciaré algunos elementos, principios, valores o atributos, la mayor parte de ellos de talla humanista, que desde mi personal visión constituyen piezas clave que dan vida al espíritu de artista que debe inundar el ejercicio de este quehacer. Son sólo títulos humanos al alcance de todos que posibilitan el verdadero arte de cuidar. Que nadie aprecie en ellos tonos sensibleros y de debilidad relacional. Más bien todo lo contrario.

ACEPTACIÓN

Aceptar es permitir que el otro sea el mismo sin condiciones. Reconocer y aceptar las diferencias sin juzgar. Aceptar es recibir y acoger con igualdad. Aceptar es tener capacidad de no utilizar tus principios, tu cultura, tus costumbres como fórmula única por la que otros debieran de regirse o decidir. Aceptar es poseer amplitud de miras. Aceptar en nuestro caso es no elegir.

AMABILIDAD

Maneras afables, trato exquisito, lenguaje cálido y respetuoso.

En la primera visita de la mañana y al final de la jornada. ¿Qué tendrá que ver la fatiga con las formas? El trato como el tacto son sanadores.

ALEGRÍA

Sentimiento gozoso por vivir que se transmite.

Aflicción, dolor, penas son ingredientes presentes en muchos episodios de nuestra práctica laboral. La enfermedad habitualmente no permite expresar deseos vitalistas. La alegría que podemos ofertar como servicio puede contribuir a devolver ese interés. La alegría como el color se manifiesta con signos externos. La sonrisa es el reconstituyente más eficaz, ansiolítico más inocuo y seguro que también podemos autoadministrarnos.

CALMA

Autocontrol, dominio de si mismo, paz interior.

Es la voz mágica de llamada ante situaciones de crisis. Es tener capacidad para involucrarse en una atmósfera de paz y tranquilidad semejante a la que se experimenta cuando cesa una situación tensa, incluso antes de haberse iniciado.

COMUNICACIÓN

Piedra angular en el cuidado al anciano al final de su vida, facilita su participación, reduce los errores y la mala práctica, mejora el cumplimiento terapéutico y es la opción más honesta y operativa de la interacción entre los profesionales y el anciano moribundo.

Muy a menudo aplicando criterios paternalistas secuestramos información al paciente anciano dando a la familia en exclusiva un rol que rompe el principio de autonomía que no ha de perderse por razones de edad o de salud.

El mensaje –el lenguaje– puede dificultar gravemente la comunicación: El Dr. Jaime Sáenz Ortiz apuntaba: “no siempre el mensaje enviado es el mensaje comprendido”

CONFIANZA

Dícese de la persona en quien se puede confiar. Nunca romper en nuestro ejercicio con ese depósito de esperanza. Sería cometer uno de nuestros pecados capitales.

Confianza es ánimo, aliento, vigor para obrar, seguridad en uno mismo, es el motor. Es creer en nuestra misión y en nuestros propios potenciales.

CONSUELO

Dice Bernabé Tierno, que es bálsamo siempre disponible para las heridas del alma, enjuagar lágrimas y ayudar a aceptar lo irremediable.

¿Qué más añadir?

CREATIVIDAD

Capacidad de crear algo de la nada. En ocasiones forjar ilusiones cuando a la vista de muchos estaría justificada la desilusión. Alimentar esperanzas aun cuando sólo quede un pequeño reducto de éstas. Intentar conservar las ganas por vivir aunque vida quede poca o dibujar una serena antesala a la muerte cuando para muchos es el final gris del recorrido.

CRITERIO

Juicio o discernimiento sobre lo que está bien o está mal. Sobre lo justo o injusto. Normas en las que basarse. Justificación para defender a ultranza nuestros códigos deontológicos, científico-profesionales y personales. Códigos que a su vez retroalimentan nuestros criterios.

DECISIÓN

Determinación. Resolución que se da a una cosa dudosa según tus normas o criterios. Aquello que inspira y avala tu formación y te permite de forma autónoma establecer y modelar muchos procesos diarios de cuidados. Los criterios posibilitan las decisiones. Las decisiones implican responsabilidad. La responsabilidad, genera crecimiento. No eludamos este potencial. Decidamos.

DISPONIBILIDAD

Prontitud en dar respuesta. Disposición para atender. Actitud suficiente para crear un clima de amparo y seguridad en nuestros clientes, porque saben que “siempre estás ahí”.

DULZURA-DELICADEZA

Suavidad, corrección. Es propio de personas magnánimas, fuertes y seguras de si mismas. Mujeres u hombres. Nuevamente no es un signo de debilidad. Es un atributo que debemos cultivar.

EMPATÍA

Sentir con el otro, ponerse en su lugar. Ejercicio que acerca y dispone. La mejor localización para entender al otro y poder ayudarlo. No obstante, entréname, su práctica puede minar estructuras débiles.

La empatía: “El doctor J., el profesor B., el doctor T.: lavados, planchados, estirados y perfumados, se inclinan desde lo alto sobre esa anciana mal peinada, un poco huraña; estaban hechos unos señores” (fragmento de la obra “Una Muerte muy dulce” de Simone de Beauvoir. 1977)

ENTUSIASMO

Dejar cautivar el ánimo por un trabajo distinto cada día, por la creación de una nueva obra en cada momento. Antídoto de la monotonía por rutina.

EQUILIBRIO

Autocontrol, dominio de sí, serenidad, objetividad. Estabilidad.

En el juicio y en los actos. Valor que una vez alcanzado te facilita la consecución de otros de los que han de nutrir nuestro sentido profesional. Por el contrario, el desequilibrio es frecuente prólogo de la caída, entendida como desajuste, fracaso, dejación, huida...

ESCUCHA

Saber escuchar –la escucha activa–. Decía Gregorio Marañón: “Sentarse a su lado cinco minutos en estas circunstancias equivale a una hora de pie”.

“Muchas veces las personas no escuchan porque se sienten amenazadas” decía Walter Hartzell.

FORTALEZA

Una de las cuatro virtudes cardinales que consiste en vencer el temor y huir de la temeridad. Fuerza y vigor para defender tus criterios con argumentos, tus cuidados con razonamientos, la fatiga del alma por el dolor y la muerte con las pequeñas consecuciones en otros. Fuerza y vigor para manifestar nuestra protesta ante situaciones de pasividad o mala praxis. Energías conservadas para no doblegarnos profesionalmente ante situaciones que puedan hacer peligrar los principios de bienestar y dignidad ante el anciano en situación terminal de enfermedad.

HUMILDAD

Para no cometer pecados de orgullo. Humildad como modestia que sola es capaz de desarmar la envidia, que por lo común hace a los hombres tan injustos (el Barón de Holbach). Todo lo contrario. Humildad o conocimiento de nuestras limitaciones o debilidades que impidan actuar obviando éstas y poniendo en peligro al ciudadano cuidado. Humildad que nos dote de capacidad suficiente para saber lo que puedo y debo hacer. La Humildad siempre está en los más grandes.

HUMOR

Reírse de sí mismo, relativizar las cosas, desdramatizar.

Combustible para el cuidador, que puede intoxicar beneficiosamente a los agentes cuidados. Incluso cuando en el horizonte solo se vea, final.

PACIENCIA

“Fuerza de la Fuerza”, fuente del esfuerzo y de la voluntad.

Sosiego en la espera. Perseverancia para ayudar a nacer o morir, para intentarlo una vez más sin tirar la toalla. Energía para soportar y soportarnos. Decía Fray Luis de León, “ a los que tienen paciencia las pérdidas se les convierten en ganancias, y los trabajos en merecimientos y las batallas en coronas”. También interesa recordar lo que Mariano Aguiló escribió al respecto: “No confundas la paciencia, coraje de la virtud, con la estúpida indolencia del que se da por vencido”.

PRUDENCIA

Sentido del tacto y de la medida.

No compite con la acción y la responsabilidad, más bien dirige a ambas.

SENCILLEZ

Naturalidad, autenticidad. Sencilla es la verdad.

La sencillez no compite con el conocimiento y se alía con la humildad. Pero nadie confunda. Sintoniza bien con la fortaleza y el criterio. La sencillez es un atributo que se da a los más grandes haciéndolos aún más grandes. Sencillos a mis ojos de cuidador de la vejez han de ser también la mayor parte de los procedimientos, técnicas y tratamientos que se practiquen y prescriban. No por sencillos pierden su valía, las más de las veces, la potencian.

SENSIBILIDAD

Sintonía humana. Estar abierto a los demás.

Propensión natural para captar de tu alrededor todos los mensajes y componer con ellos tu respuesta, tu atención, tu obra.

Capacidad para sentir con el otro los contrastes diarios de tu trabajo desde los más nobles a los más míseros. Exquisitez para dejarte llevar mecido por el arte de los otros.

SERENIDAD-SOSIEGO

“El mundo, en especial el mundo hospitalario, se mueve con tanta rapidez, que es demasiado fácil caer en malos hábitos antes de que nos demos cuenta “. Gran valor el proporcionado por la calma mantenida, aprendida y buscada. El fruto será un servicio claro y tranquilo aun cuando brote rodeado de dolor, bullicio, prisa o agobio.

SILENCIO

El mejor discurso. Nos ayuda a mantener la paz y la tranquilidad del espíritu.

Disponibilidad, tacto y silencio componen una mágica triada en la dotación del buen cuidador en estas circunstancias.

TACTO

Tacto como sentido para percibir, para recoger información. Tacto para tocar, medio de acercamiento o contacto. Tacto como habilidad para hablar u obrar en situaciones delicadas. De los tres tactos deberemos de beber. Los tres, estoy seguro, dan vida a la popular teoría del tacto terapéutico.

Decía Virginia Satir, “Creo que el mejor regalo que puede recibir de otra persona es el ser vista, escuchada y tocada por ella. El mejor regalo que puedo dar es ver, escuchar, comprender y tocar a otra persona”.

VOLUNTAD

Músculo del espíritu, motor de la persona al servicio de la razón y de la mente. Activa todas las potencialidades. Nos hace grandes o pequeños, dignos o indignos.

Cuando finalmente logremos fundir el mejor de los conocimientos técnicos sobre la esfera del anciano en situación terminal con estos valores huma-

nos pero comunes, estaremos ciertamente ante el cuidador ideal de este grupo de población en una situación irrepetible: su final de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRATIBEL, M^a C., DE CAMPO, A., CARRERA, I., CHICO, M. T., CRESPO J. M., ESKISABEL, B., GAITÁN, D., IBARGOEN, J. L. (2001): *Guía de enfermería en cuidados paliativos*. San Sebastián: Hospital Donostia.
- ARRIOLA, E., GONZÁLEZ LARREINA, R., IBARZABAL, X., BUIZA, C. (2002): “Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, nº 4, pp. 225-230.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., BÁTIZ, J. (2002): “Bases para el cuidado paliativo en los ancianos”, en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E.: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4^a ed. Barañain (Navarra): Eunsa, pp. 437-454.
- ASTUDILLO, W., MURUAMENDIARAZ, A., ARRIETA, C. (1998): *La comunicación en la terminalidad*. Bilbao: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- CASTELLOTE, F. J. (1997): “Cáncer en el anciano”, en *Oncología*, 20, nº 4, pp. 158-163.
- CRUZ JENTOFT, A. J. (2001): “Cirugía y cáncer en el paciente mayor”, en *Revisiones en Cáncer*, 15, nº 3, pp. 99-105.
- DA PENA, J. M., BAGET, M., CASTAÑERA, P., BAULÍES, A. (1999): “Cuidados paliativos en atención domiciliaria”, en CONTEL, J. C., GENÉ, J., PEYA, M. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona: Springer.
- DÉ BEAUVOIR, S. (1977): *Una muerte muy dulce*. Madrid: Pocket-Edhasa. 1^a ed.
- GARCÍA-ALHAMBRA, M. A. (1999): “Cuidados paliativos geriátricos en residencias”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9242-9245.
- DOYLE, D. (1987): *Domiciliary terminal Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- GÓMEZ-BUSTO, F. (2000): “El Anciano y la Muerte”, en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatria*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 547-563.
- GÓMEZ-BATISTE, X., PLANAS, J., ROCA, J., VILADIU, P. (1996): *Cuidados Paliativos en Oncología*. Barcelona: Jims.
- GÓMEZ-PAVÓN, J. (1999): “Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias”, en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9213-9223.

- GORCHS, N., ESPAULELLA, P. (1999): "Formación en cuidados paliativos en geriatría. De profesor a facilitador", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9253-9258.
- Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG (1999): "Geriatría y Medicina Paliativa", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 2, pp. 119-120.
- JIMÉNEZ, E. F., PALOMERA, M. (1999): "Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaria", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, nº 92, pp. 9224-9233.
- LATIEGI, A. (2000): "La superación de las pérdidas por muerte en los ancianos", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 585-593.
- LÓPEZ ARANGUREN, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerios de Asuntos Sociales.
- LUNN, L. (1990): "Having no answer. Request for Euthanasia", en SAUNDERS, C. *Hospice and Palliative Care*. Londres: Eduard Arnoll, pp. 85-102.
- MORALES SANTOS, A. (2002): "Aspectos médico-legales en relación con el anciano terminal", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 159-191.
- NÚÑEZ, O. J. M. (1996): "El problema del dolor en el enfermo terminal geriátrico", en RIBERA, J. M., GIL, G. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas*. Madrid: Editores Médicos S.A., pp. 149-152.
- PÉREZ HERNÁNDEZ, D. G. (1998): "Cuidados Paliativos en el paciente geriátrico", en Gómez Sancho, M. *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*, Las Palmas: Icepts Editores S.L., pp. 213-220.
- PÉREZ TIRADO, M. (2000): "El duelo en el anciano", en Astudillo, W., Clavé, E., Mendinueta, C., Arrieta, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 567-581.
- POZO, X. (2000): "Dolor Total", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E., MENDINUETA, C., ARRIETA, C. *Cuidados Paliativos en Geriatría*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 423-437.
- PRESTON, T. A. (2002): *Aprender a morir*. Barcelona: Amat editorial.
- RIBERA, J. M., LÁZARO DEL NOGAL, M. (2001): "Cáncer y Vejez", en *Revisiones en Cáncer*, 15, nº 3, pp. 81-88.

- ROCAMORA BONILLA, A. (1991): "Duelo y Muerte", en Hidalgo A., Fernandez Liria, A.: *Psicogeriatría*. Madrid: Idepsa, pp. 19-26.
- RODRÍGUEZ AIZCORBE, J. R., MARTÍN PECES, B. (2001): "Tratamiento de los síntomas en el anciano con enfermedad terminal", en GONZÁLEZ, M., GONZÁLEZ MONTALVO, J. I., FELIU, J. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson, pp. 497-519.
- ROSS, M. M., MCDONALD, B. (1994): "Providing palliative care to older adults: context and challenges", en *J Palliat Care*, 10, nº 4, 5-10.
- SÁNZ ORTIZ, J. (1997): "La comunicación al final de la vida", en FLÓREZ, J.A. (ed.), *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid: Zeneca Farma., pp. 155-164.
- SÁNZ ORTIZ, J. (2001): "Final de la vida: ¿puede ser confortable?", en *Medicina Clínica*, 116, nº 5, 186-190.
- SOLANO, D., HINOJAL, C., DE LA VILLA F. M. (2002): "Urgencias en Cuidados Paliativos", en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C., ASTUDILLO, E. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. 4ª edic. Barañain (Navarra): Eunsa, pp. 247-257.
- TWYXCROSS, R. G., LACK, S. (1983): *Symptom Control y Far Advanced Cancer: Pain Relief*. Londres: Pitman Press.
- VERDEJO, C., TORRIJOS, M., MARTÍN, C. (2001): "Cuidados de enfermería en el paciente geriátrico con cáncer", en *Revisiones en Cáncer*, 15, nº 3, 119-127.
- VÍLCHEZ, Y., DE LUIS, V. J., GÁNDARA, A. (2001): "El anciano terminal: un problema multidisciplinario", en GONZÁLEZ, M., GONZÁLEZ MONTALVO, J. I., FELIU, J. *Cáncer en el anciano*. Barcelona: Masson, pp. 521-533.

LA ASISTENCIA PALIATIVA A LOS ANCIANOS

A. Wilson Astudillo Alarcón
A. Carmen Mendinueta

“La única finalidad de la vida es crecer. La lección última es aprender a amar y a ser amados incondicionalmente”

E. Küber-Ross

Los Cuidados Paliativos ocupan un lugar muy importante en Geriátría no sólo por sus esfuerzos para mejorar o mantener la calidad de vida de los enfermos con padecimientos crónicos, avanzados y progresivos, sino también por ayudar a reducir el sufrimiento, la intensidad de las dolencias, limitaciones y soledad que acompañan a la muerte, más frecuente en estas edades y por apoyar a sus familias. Son y deben formar parte de la asistencia integral del anciano, en especial cuando no se puede curar o prolongar su supervivencia, o bien los esfuerzos por extender su vida suponen una carga de efectos secundarios y de sufrimiento que el enfermo no está dispuesto a asumir [13, 30].

Los ancianos tienen un alto consumo del recurso de Unidades Paliativas hospitalarias: ocuparon el 66 % de las camas de Cuidados Paliativos en el programa catalán “Vida a los años” en 1995 [16, 22] y van en aumento por el progresivo envejecimiento de la población. Así, en 1997, España tuvo 6.270.000 personas por encima de los 65 años, el 15,9 % del total, y se considera que en el año 2.010 este grupo alcanzará al 20,3 %. La Sociedad Americana de Geriátría [1] ha publicado diversos documentos sobre cómo mejorar la calidad de los cuidados en los momentos finales de la vida, recomendando que éstos no se limiten a retirar los tratamientos agresivos, que se requiera ser experto en el manejo de estas situaciones, que se modifiquen la provisión de servicios y la educación de los profesionales y que los programas paliativos que se ofrezcan a los ancianos cuenten con los siguientes elementos:

Tabla 1. Medidas para mejorar la calidad de vida en la terminalidad [1]

- Control de síntomas físicos y emocionales del enfermo
- Mantenimiento de la situación funcional y de la autonomía del paciente
- Planificación anticipada de los cuidados
- Proporcionar una adecuada información al paciente para que pueda decidir con respeto a su autonomía
- Reconsiderar la necesidad de cuidados agresivos en la terminalidad
- Búsqueda del confort del paciente y de su familia
- Valoración global de su calidad de vida
- Apoyo a la sobrecarga familiar
- Provisión de una adecuada continuidad de cuidados
- Protocolización del duelo para la atención de familiares, especialmente cónyuges

RASGOS PROPIOS DE LA ANCIANIDAD

Los ancianos tienen algunas características que les diferencian de los más jóvenes que se deben conocer para mejorar la calidad de su asistencia [1, 12]. Así:

- Presentación diferente de algunas enfermedades.
- Manifestación de los síntomas en un estadio más temprano de la enfermedad.
- La declinación abrupta en cualquier sistema o función se debe casi siempre a enfermedad y no al envejecimiento.
- Efectos indeseables más frecuentes de los fármacos y con dosis más bajas.
- Alteración simultánea de diversos mecanismos homeostáticos.
- Muchos hallazgos anormales en pacientes jóvenes son relativamente frecuentes en ancianos, sin ser causa de una síntoma en particular.
- Por las alteraciones en la comunicación y los déficit cognitivos más frecuentes en esta etapa, es más difícil la aplicación del modelo de cuidados paliativos basado en la relación paciente equipo terapéutico y en su participación en la toma de decisiones.

- Los ancianos están más preocupados por la dependencia que por la muerte.

PACIENTES CANDIDATOS A RECIBIR CUIDADOS PALIATIVOS

El estado concreto de incurable no siempre está dado por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica [2, 6, 7, 22, 30, 35, 41, 49]. La pluripatología y múltiples síntomas de los ancianos determinan que el diagnóstico de situación terminal se establezca por exclusión y que el tiempo efectivo, una vez reorientados los objetivos terapéuticos hacia la paliación sea extremadamente corto. Son numerosos los procesos patológicos que les pueden afectar y determinar que fallezcan hasta un tercio de los mayores admitidos en una unidad geriátrica [30].

Tabla 2. Pacientes susceptibles de Cuidados Paliativos [2, 6, 23, 27, 42, 50]

- Oncológicos en fase terminal
- No oncológicos:
 - Insuficiencias orgánicas en fases avanzadas: cardíaca, pulmonar, y renal
 - Enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas (demencia, E. de Parkinson, E.L.A)
 - Accidentes cerebrovasculares con gran incapacidad, no recuperables y con complicaciones asociadas
 - Poliulcerados con inmovilismos irreversibles
 - Hipertensión portal con sus complicaciones
 - Síndrome de inmovilidad
 - Psicopatías crónicas

PACIENTES ONCOLÓGICOS

El cáncer es la segunda causa de muerte en los ancianos. La persona mayor de 65 años tiene diez veces más probabilidades de padecer cáncer que una joven. El 58 % de las neoplasias y el 67 % de las muertes ocurren en esta edad [6, 22, 35]. Si bien los ancianos tienden a consultar tan pronto como los

jóvenes cuando sospechan un proceso maligno, se les diagnostica con retraso, más por la actitud del médico que no siempre da la debida importancia a los signos y síntomas de alarma que presentan por atribuirlos a los “años”, o a alguna patología ya diagnosticada anteriormente.

Tabla 3. Diagnóstico de cáncer. Posibles elementos de confusión [28, 44]

Síntoma o signo	Tipo de tumor	Explicación por la edad
Mayor pigmentación	Melanoma/epitelioma	Manchas de la edad
Rectorragia	Colon o recto	Hemorroides
Estreñimiento	Recto	Vejez
Disnea	Pulmón	Edad-Inactividad física
Retención de orina	Próstata	HPB
Cambios en la mama	Mama	Fibrosis/ atrofia normal
Astenia	Metástasis	Poca energía
Dolor óseo	Metástasis	Artrosis

El enfermo con cáncer está inmunodeprimido, tiene menor resistencia a la infección y presenta frecuentemente un complejo cuadro clínico donde coexisten problemas cardíacos, respiratorios, neumológicos o locomotores y sufre, en ocasiones, severos problemas de comunicación. La anorexia, el estreñimiento, los síntomas neuropsiquiátricos y urinarios son más comunes que en los más jóvenes. Un 90 % de los fallecidos con neoplasias pasan por un período terminal que tiene una duración media de 94 días [33, 44].

Los tumores malignos en esta edad crecen y metastatizan en los mismos sitios que en las personas más jóvenes. La diversidad en cualquiera de sus aspectos-tipo de tumor, forma de presentación, duración del proceso, nivel de agresividad, etc, va a ser el factor común más importante al enfrentarse al reto de reconocer un cáncer en una persona mayor. Desde el punto de vista terapéutico, en principio, los criterios a tener en cuenta no deben variar mucho con respecto a la población más joven porque las posibilidades que ofrecen la cirugía, quimioterapia y radioterapia son similares en los dos grupos de edad, por lo que es necesario valorar la situación general del paciente, en particular su capacidad funcional, detectar las patologías asociadas e insistir en la necesidad de disponer de un equipo multidisciplinar. [24, 26] El dolor sigue precisando una analgesia adecuada aunque parece ser percibido con menor intensidad en los ancianos con cáncer.

Los efectos generales de la tumoración sobre el individuo varían poco en función de la edad por lo que respecta a los derivados de la extensión local

del tumor (efecto masa), su diseminación a distancia y síndromes paraneoplásicos (efectos remotos). Sin embargo, sí son diferentes los efectos psicosociales: grado de aceptación o no del diagnóstico, nivel de pérdidas de las capacidades funcionales o de control sobre los acontecimientos, de adaptación al medio, de independencia, de aceptación de la muerte, miedo al dolor, etc. En esta etapa sigue siendo básico que se informe y se respete la opinión del paciente sobre las diferentes opciones de tratamiento y que no se proceda como sucede con tanta frecuencia de forma irresponsable, a tomar las decisiones en su nombre sin su consentimiento.

PACIENTES NO ONCOLÓGICOS

En el anciano existen varias patologías no oncológicas de larga duración en fase muy evolucionada que en algún momento llegan a un estadio final. Tienen un manejo más difícil en este segmento poblacional por la importante comorbilidad, incapacidad asociada, problemas económicos y los cambios que se van produciendo en el soporte social. Por la ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, con gran impacto emocional para el paciente y la familia, deben y pueden incluirse en programas de cuidados paliativos [6,26] Se diferencian de las patologías oncológicas porque: a) suelen tener una evolución más irregular en forma de crisis o exacerbaciones en las que la toma de decisiones es clave, b) el enfermo y su familia no tienen la misma percepción de gravedad, y c) es más difícil establecer un pronóstico [6, 27, 47].

Tabla 4. Elementos pronósticos en enfermedades no oncológicas [6, 24, 50, 54]

- Insuficiencia cardíaca: grado IV de la New York Heart Association
- Insuficiencia renal crónica grave no susceptible de diálisis
- Neumopatía: FEV1 < 30 % del valor previsto
- Enfermedad de Parkinson: Estadio V de Yahr
- Hepatopatía crónica: estadio C de Child :encefalopatía II-IV, ascitis, bilirrubina > 3 mg/dl, albúmina < 2,8, t. protrombina.> 6 min
- Demencia post ictus: estadio clínico grave, FAST 7 C,
- Deterioro funcional no rehabilitable: I de Barthel < 20.

Muchas veces es la acumulación de varios problemas, que de forma aislada pueden ser curables, lo que convierte la situación en irreversible. Los

enfermos con E. de Alzheimer, por ejemplo, se deteriorarán más si padecen defectos auditivos o depresivos, una insuficiencia cardíaca, o un desequilibrio hidroelectrolítico. Su tratamiento individualizado, sin embargo, es capaz de producir mejorías sustanciales sintomáticas a pesar de no ser posible incidir sobre la enfermedad básica [19, 52]

EVALUACIÓN DE LOS ENFERMOS

Los ancianos tanto oncológicos como no oncológicos, presentan similitudes en la situación terminal en cuanto a su sintomatología (disnea, astenia, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento) y la presencia de comorbilidad que suele conllevar la polifarmacia, con repercusión sobre su situación funcional, mental y social.

Tabla 5. Elementos para una buena actuación clínica en Medicina Paliativa [22, 27]

- Recogida de diagnósticos, tratamientos realizados y datos sobre esperanza de vida (Escala ECOG, y Karnofsky)
- Anamnesis de síntomas a paliar
- Estudio de situación funcional y del grado de independencia
- Exploración física: úlceras de presión, tumorales y vasculares
- Valoración nutricional
- Valoración farmacológica
- Evaluación de la existencia de síndromes de privación sensorial, s. de inmovilidad, caídas, deterioro cognitivo, trastornos conductuales
- Valoración psicosocial:
 - Evaluación existencial
 - Elaboración de prioridades en el tratamiento

Historia clínica del Anciano. Deberá recoger datos para elaborar un listado de problemas a tener en cuenta: riesgo de caídas, alteraciones de la marcha, valoración nutricional, anorexia y estreñimiento, problemas de boca, úlceras por presión, deterioro cognitivo, presencia de trastornos conductuales, síndromes de privación sensorial, inmovilidad, incontinencia y la iatrogenia medicamentosa [19, 22, 37, 42]. Es esencial anotar los tratamientos que toma –automedicación, laxantes, hipnóticos y otros analgésicos menores– y estar preparado para llevar con los ancianos un ritmo de trabajo más pausado que

con los jóvenes por los frecuentes déficits sensoriales que padecen, siendo de interés implicar a los cuidadores y familiares en la atención al paciente.

Evaluación de los síntomas. Son más difíciles de reconocer y se manifiestan de forma atípica. Así, el dolor puede definirse mal y vagamente, aun en el caso de una gran malignidad intraabdominal tal como un tumor colónico perforado, mientras que la retención urinaria o la sepsis lo hacen por confusión y debilidad [23, 35]. Los síntomas más frecuentes en la terminalidad son: dolor, disnea, náuseas, vómitos, estreñimiento, anorexia, xerostomía, incontinencia urinaria, astenia, miedo y ansiedad. Se procurará recogerlos en una hoja indicando su intensidad de 0-4 (0 ausencia, 1, leve, 2 moderado, 3 severo y 4 incapacitante) o con la Escala Analógica Visual (E.A.V.) de 0 a 10, donde 0 es la ausencia del síntoma y 10 es su mayor intensidad. Estas escalas sirven también para evaluar la eficacia de los tratamientos.

Valoración funcional del anciano. Es un elemento predictor independiente de mortalidad, es útil tanto en las patologías oncológicas y no oncológicas. La incapacidad tiende a ser mayor por el propio envejecimiento y la situación económica. Permite conocer la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades cotidianas. Se utilizan 2 escalas: la de Karnofsky y la ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) [37]. Sirven para la toma de decisiones clínicas y valoran el impacto del tratamiento y la progresión de la enfermedad. El ECOG es un sistema de 5 puntos que es más simple y fácil de aplicar en la práctica clínica. Los que tienen un Karnofsky de 50 o menor tienen un elevado riesgo de fallecer durante los 6 meses siguientes [42].

Tabla 6. Escalas ECOG y Karnofsky

ECOG	KARNOFSKY
0 Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad	100 Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad 90 Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves
1 Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios	80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos 70 Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo
2 Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día	60 Requiere atención ocasional, sin embargo, puede cuidar de sí mismo 50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico
3 Sólo puede cuidarse en parte, encamado durante más del 50 % del día	40 Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales 30 Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo
4 Totalmente inválido e incapaz de cuidarse, encamado por completo	20 Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo 10 Moribundo
5 Muerto	0 Muerto

Los problemas más frecuentes de incapacidad en los ancianos frágiles en particular mayores de 80 años, se refieren como las 5 "Íes": alteración intelectual, inmovilidad, inestabilidad, incontinencia y reacciones iatrogénicas [41]. El s. de inmovilidad, por ejemplo, si aparece en forma aguda y sin causa clara se acompaña en un 50 % de mortalidad en 6 meses. Por el mayor sedentarismo, una relativa malnutrición y la pobre perfusión capilar, suelen originarse frecuentes contracturas articulares más o menos fijas, úlceras de decúbito, tromboembolismo y neumonías hipostáticas [32]. El uso excesivo de sedantes contribuye a disminuir de manera notable su poca movilidad natural e incrementa el riesgo de escaras cuya curación está más retrasada, en particular cuando sufren cáncer.

Evaluación nutricional. Es importante porque un estado deficiente que tiene un origen multifactorial limita y empeora la calidad de vida, reduce las posibilidades de respuesta a los tratamientos y acorta la supervivencia de los enfermos. Una concentración de albúmina inferior a 2,5 g/dl y pérdidas de peso de un 10 % , son indicadores pronósticos de enfermedad terminal. Un 40-80 % de los pacientes con cáncer presentan malnutrición al inicio del tratamiento [14].

Valoración cognitiva. Facilita conocer si el paciente es competente para tomar determinadas decisiones aunque no lo sea para todas. Por ello, debe demostrar cierto grado de comprensión de las alternativas y de los riesgos asociados a las mismas para llegar a una decisión. Esta capacidad será juzgada con rigor creciente a medida que aumenta el potencial lesivo de esa decisión para su propia vida. El Mini Mental Test y el t. de Pfeiffer, son 2 herramientas muy útiles para su estudio.

Evaluación social. Permite conocer e identificar la situación del cuidador principal, grado de información de paciente-familia, la actitud de la familia ante el paciente y la enfermedad, así como el soporte grupal con que cuenta a fin de poder proporcionarle el máximo apoyo, determinar la estrategia más adecuada en el control de síntomas, la forma de administración de los fármacos, el uso de tratamientos coadyuvantes y las posibilidades de trasladar al paciente a su domicilio. Una visita al hogar es de gran valor para la detección de la capacidad del paciente para funcionar en su propio medio, su situación económica, problemas emocionales, etc., y si pudiese o no permanecer en su casa si se llevan a cabo las adecuadas reformas. Permite además conocer los efectos que ha producido el cambio de roles que esa persona tiene en la familia y su posible adaptación o no a depender de los demás [41].

Valoración existencial. Predomina en el anciano la falta de sentido en la vida, el pensamiento de que estorba, de no ser útil, por lo que es impor-

tante ayudar a los pacientes a identificar algunos objetivos para esta etapa, a aceptar y comprender la nueva situación y a vivirla de la mejor manera posible. A la recogida de los elementos de estas evaluaciones proseguirá una elaboración del plan de trabajo con la priorización correspondiente según sean las posibilidades de las que se dispone en el hogar o en el hospital o residencia. Las bases de los cuidados paliativos se cumplen también en este grupo de edad: una buena comunicación, control de sus síntomas molestos, apoyo en el sufrimiento y atención a su familia.

1. La comunicación en los ancianos

Es esencial establecer una buena comunicación con el anciano para conocer como le ha afectado la enfermedad, sus molestias y preocupaciones y transmitirle información que le facilite participar activamente, si lo desea en su tratamiento. No siempre es posible porque el envejecimiento se acompaña en muchos casos de cambios cognitivos, afectivos y de personalidad además de una disminución de la capacidad para percibir los estímulos del entorno [46]. Una buena comunicación en la terminalidad permite detectar bien los síntomas y otras preocupaciones del paciente. Es casi invariablemente una parte de la terapia y es a veces el único elemento terapéutico, pero como requiere más pensamiento y planificación que una prescripción farmacológica, sigue siendo aplicada en dosis subterapéuticas [4].

La comunicación es más fácil de lograr cuando el enfermo experimenta que la persona que le atiende es sincera y que manifiesta interés en ayudarlo porque comprende la situación en que se encuentra. Se acrecienta con la escucha activa, que permite al paciente expresarse con confianza, con la empatía, esto es poniéndose en su lugar para tratar de experimentar lo que siente y con la aceptación de lo que dice sin juzgarle. Estas tres actitudes nos permiten conocer o detectar no sólo sus necesidades físicas sino también las psicosociales, reducir su ansiedad y dan a la interacción médico-paciente una naturaleza terapéutica.

Las preguntas que se formulen al paciente serán abiertas y con énfasis especial en sus alteraciones a nivel funcional. Se mantendrá siempre una buena disposición para escucharle con paciencia y averiguar sus necesidades a pesar de sus posibles dificultades de comunicación por sordera o trastornos del habla con respeto a sus creencias y actitudes que son diferentes a las de los jóvenes. La comunicación tiene formas verbales y no verbales. La entonación, mímica, silencios, distancia física, etc., poseen un valor muy significativo en este grupo de edad y pueden ser la clave para ganarse su confianza parti-

cularmente si su lenguaje es diferente, si hay un deterioro en el lenguaje y o padecen un cáncer de orofaringe, está sordo o demenciado.

Tabla 7. Bases para escuchar al anciano [4, 15, 29, 34, 38, 45, 46]

- Ofrecerle una escucha activa
- Evitar interferencias
- Hacerle preguntas abiertas
- No levantar la voz
- Darle tiempo para responder
- No hacerle sentir presionado
- No interrumpirle
- Evitar que la entrevista esté dominada por nuestras preguntas
- Si no puede expresarse, manifestarle que se comprenden sus dificultades
- Procurar estar tranquilo
- Concentrarse en lo que dice y en cómo lo dice

En el anciano con deficiencia visual es importante sentarse cerca y frente a él, y mostrarle claramente que se le escucha mediante gestos, asintiendo, o simplemente apretándoles ligeramente una mano o antebrazo. La hipoacusia no sólo interfiere con la comunicación, sino que se asocia con un mayor deterioro de la calidad de vida. Para Helen Keller, la sordera que afecta a un alto porcentaje de ancianos es: *“una minusvalía terrible y representa la pérdida más vital: el sonido de la voz que articula el lenguaje, que despierta el pensar y que nos mantiene en contacto con la compañía humana”*. A estos enfermos hay que hablarles despacio, con frases sencillas, vocalizando bien y sólo elevar ligeramente el tono, porque gritar puede producir el efecto contrario al deseado. Si existen acúfenos –la voz retumbará en sus oídos–. Facilitan la comunicación elegir un lugar silencioso y el empleo de formas no verbales como la expresión facial y el contacto físico [29, 46]. Con los ancianos demenciados se procurará sentarse frente a ellos, llamarles por su nombre, hablarles despacio en un tono normal con frases sencillas y breves y hacerles preguntas muy simples, sin perder la calma si no se es comprendido.

Es necesario asumir que la información y la comunicación son parte de un proceso multidireccional, en el que la iniciativa casi siempre parte del enfermo y en el que se deben intercambiar diversos conocimientos en relación con el diagnóstico, causas de los síntomas, la estrategia terapéutica y el pro-

nóstico evitando los errores. Por esta razón el profesional no se limitará sólo a ofrecer la información médica, sino que procurará ser más cordial para conocer, si es posible, sus preocupaciones y hacerle sentirse escuchado, comprendido, así como apoyado en esta etapa [45]. Muchos moribundos pueden tener una distorsión realmente agobiante de su propia imagen y una desesperada necesidad de ser escuchados, aunque hablen incoherentemente, por lo que prestarles atención les proporciona una gran tranquilidad, que aumenta su confort personal de una manera positiva, gentil y amable. Una mala comunicación intensifica la soledad y la desesperación, hace perder un tiempo precioso y provoca la conspiración de silencio.

Tabla 8. Errores más frecuentes en la información y comunicación
[4, 15, 29, 38, 45]

- No siempre oímos el mensaje y no se escucha lo que no se quiere escuchar
- Existencia de muchos motivos de distracción en el entorno
- Defectos en la aplicación de medidas verbales (mentira, silencio, tecnicificación) y no verbales (distancia, poco tiempo, huida, gestos)
- Paternalismo (“no decirle”) y olvido de que el enfermo es el interlocutor más capacitado que debe escoger el ritmo, tiempo, espacio y forma de la comunicación
- Falta de tranquilidad del entrevistador
- Concebir la información y comunicación como un acto único, unidireccional y ritual

Los ancianos tienen derecho a preguntar y conocer la verdad. Desean generalmente que se les hable sobre el diagnóstico y pronóstico, en especial si están mentalmente bien, por lo que hay que buscar el momento y el ambiente más adecuados para transmitirles la “verdad soportable”, demostrándoles respeto por sus decisiones, el deseo de acompañarles y resaltar que cuentan con nuestro apoyo. En este tema es importante esperar a que ellos hagan las preguntas y usar más el cómo, que el que. Así por ejemplo. ¿Cómo sobrelleva la enfermedad? ¿Cómo se siente ante esta situación?, Si bien la mayoría presienten lo que tienen, es preciso decidir si lo que espera el enfermo es que se le tranquilice o si desea realmente conocer la verdad. Si no se está seguro, una verdad a medias puede ser mejor que la verdad cruda, hasta que se tenga tiempo para decidir qué hacer. Si la petición por conocerla es clara y reiterada, se les debe responder con la verdad de forma gradual, deli-

cada y en la cantidad y tiempo que indique el propio enfermo, sin quitarles todas sus esperanzas [4, 15, 29, 34, 38, 45].

Nunca se debe ir más allá de lo que pidan, porque con frecuencia el enfermo no sabe realmente hasta dónde desea llegar en el camino hacia la verdad, ni tampoco en qué medida va a ser capaz de asumirla. Se le darán las oportunas explicaciones que nos solicite, insistiéndole que no será abandonado. No es preciso forzar la información a los que no deseen recibirla, salvo que deban tomar una decisión importante para su pronóstico o calidad de vida. Hay que respetar los mecanismos defensivos del paciente, es decir si niega la realidad, por ejemplo, cuando piensa que va a vivir más de lo que se espera razonablemente en su estadio actual.

En cuanto al deseo de conocimiento de la verdad en caso de enfermedad grave con muerte prevista a corto plazo, según el Libro Blanco de Geriátría [17], en el 60 % de los ancianos consultados la respuesta fue positiva, frente a un 21 % que dijo que no, y un 10 % que no se planteó el tema. Los varones parecen ser más “valientes” e interesados en conocerla para poder afrontar las nuevas circunstancias. Estos resultados que fueron obtenidos en personas con un estado de salud generalmente bueno, podrían diferir si los afectados se encontraran en situación terminal. El 41,3 % se opone a la eutanasia, entendiendo por tal “aquella en la que el médico acorta la vida para evitar sufrimientos al paciente que va a morir sin remedio”, mientras que un 7 % se oponen a ella por razones religiosas y un 11,3 % la aceptan condicionada a la decisión del enfermo, su familia y cada caso concreto. Esta encuesta [17] reveló también que el 46 % de ancianos está en desacuerdo con la prolongación artificial de la vida, un 17,4% la defiende y un 2,5 % está a favor de la expresión “mientras hay vida hay esperanza”. Según Preston [40], en 1977 la mitad de los ancianos preguntados, optaría por la vida a cualquier costo, sin relación con sus características psicocociales, sentimientos de bienestar o expectativas sobre el futuro.

LA TOMA DE DECISIONES

La participación del paciente es la pieza clave de la decisión terapéutica. Para que pueda decidir adecuadamente, es necesario que reciba una información correcta y completa sobre su situación y las posibilidades que tienen tanto el tratamiento como la abstención terapéutica. La información no debe llegar demasiado tarde. Los ancianos son personas con mucha experiencia en la vida, lo que hace que tengan más clara su escala de valores y determinado previamente si merece o no la pena seguir con un tratamiento para su enfermedad.

Para no producirle un daño irreparable de su autoestima es necesario que se respeten sus decisiones. Como bien señalan Pérez y col [38], *“el médico con sus conocimientos y su saber puede determinar cuál es el mejor tratamiento, pero es el mismo anciano quien debe decidir qué tratamiento es el que más le conviene”*.

Es cada vez más frecuente preguntar a los enfermos si han tomado alguna decisión sobre tratamientos futuros. En su mayoría los ancianos desean conversar sobre este tema pero no lo hacen por varias causas: tiempo limitado de los profesionales, incomodidad de los médicos y familiares para conversar sobre la muerte y temor a que estas conversaciones puedan acelerar el proceso o provocar un trauma [8]. Si ya lo han hecho, hay que procurar reseñar en la historia clínica las preferencias del paciente en relación con maniobras de resucitación cardiopulmonar, alimentación, hidratación artificial, ventilación mecánica y documentar su voluntad, deseos de tratamiento o de delegación en otras personas en especial si no puede comunicarse en un momento dado. La facilitación temprana de estas preferencias y de sus valores ayuda a los médicos y a los familiares en la toma de decisiones difíciles posteriores, dándoles seguridad de que están haciendo su voluntad. La decisión deberá tomarse de forma individualizada para cada situación, en base a los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y el grado de intervención y se recomienda que figure en la historia clínica.

CONTROL DE SÍNTOMAS

El cuidado del paciente con múltiples problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales deberá ser un cuidado integral. Se realiza mejor dentro de un equipo multidisciplinar porque para que sea eficaz tienen que ser tratadas conjuntamente sus diversas necesidades sin que ninguna de ellas sea pasada por alto a causa de la edad [12]. Es difícil establecer un punto de corte de cuando los pacientes son candidatos a tratamientos paliativos. El tratamiento inicial será el que esté indicado para curar su patología básica que va a ser a la vez el que mejore su sintomatología, de forma que será también paliativo y se adecuará al que tomaba previamente antes de la fase terminal [13, 30, 42]. De acuerdo a la evolución del proceso se irá intensificando el control paliativo y disminuyendo el tratamiento curativo tradicional, o por el contrario, manteniendo el tratamiento sintomático para completar el tratamiento curativo, evitando la futilidad y el encarnizamiento terapéutico [22, 27, 47].

Muchos ancianos mejorarán por el reconocimiento y tratamiento de su desnutrición, por la corrección de su deficiencia visual, o con una ayuda auditiva que les permita reincorporarse más a su ambiente, con la suspensión de

medicamentos que exacerbaban la confusión y por la detección y tratamiento de trastornos contribuyentes tales como insuficiencia cardíaca, hipoxia, enfermedades tiroideas, anemia y depresión [30, 32, 55]. Los procedimientos paliativos en los ancianos son semejantes a los que se realizan en pacientes más jóvenes. Deben primar siempre los principios de evaluar antes de tratar, explicar las causas, utilizar una estrategia mixta –farmacológica y no farmacológica– revisiones frecuentes de la respuesta, no hacer más daño que el que ya existe y atender a los pequeños detalles. No viene mal recordar que los mayores tienen una menor reserva fisiológica y son más lábiles en caso de pérdida de líquidos, sangre o electrolitos.

En los ancianos se procurará hacer el tratamiento farmacológico más simple a través de: a) escoger fármacos de vida media corta para evitar una acumulación de dosis y sus efectos adversos; b)prescribir un fármaco cada vez porque la respuesta está aumentada y es de alguna forma impredecible; c) comenzar con dosis bajas de antidepresivos tricíclicos y sedantes (la mitad o 2/3 partes de las usadas normalmente), y d) estar al tanto de los efectos aditivos, porque la sedación y confusión suelen provenir de los analgésicos y de otros fármacos que pueden ingerir [16, 28]. El tratamiento será individualizado con fármacos de eficacia demostrada y en dosis eficaces. La vía de elección será la oral y si no es ésta posible se utilizará la subcutánea o rectal. La administración de medicamentos procurará ser regular con reloj en mano, particularmente con los analgésicos, sin emplearse más de 5-6 fármacos con previsión de los efectos secundarios y revisiones periódicas. Se simplificará el tratamiento según la cercanía de la muerte [51]. Una persona mayor que toma seis fármacos tiene una probabilidad 14 veces mayor de sufrir una reacción adversa que una más joven que esté tomando el mismo número de fármacos.

Tabla 9. Causas de las reacciones medicamentosas en el anciano [51, 53, 55]

- a) Disminución de la absorción activa y de la eliminación hepato-renal
- b) Cambios en el volumen de distribución por aumento del tejido graso
- c) Disminución del agua corporal total y cambios en las proteínas plasmáticas,
- d) Prolongación de la vida media de eliminación de ciertos fármacos, por disminución del filtrado glomerular
- e) El número de fármacos que reciben es mayor que en los jóvenes
- f) Disminución de las capacidades cognitivas y manuales que dificulta el seguimiento del tratamiento y aumenta la probabilidad de errores en la administración

Dado que hasta un 50 % de ancianos no toma lo que se les receta, se les debe instruir de forma verbal o escrita sobre la eficacia esperada y los posibles efectos colaterales y reevaluar al poco tiempo la terapéutica, suspendiéndose, tan pronto como se pueda, aquellas medicaciones que no tengan beneficios demostrables [55]. Los fármacos más comúnmente utilizados en los cuidados paliativos pueden provocar diversos efectos secundarios, sobre todo anticolinérgicos, fallo renal y hepático, síndrome confusional agudo, caídas, retención urinaria, alteraciones visuales, ataxia, hipotensión postural y estomatitis. Si aparece alguna reacción indeseable en pacientes con opioides y coadyuvantes, se disminuirá o suspenderá el coadyuvante. La única forma segura y efectiva de administrar un fármaco es monitorizar la respuesta individual al mismo. Dentro de los diversos síntomas revisaremos el dolor:

Dolor

El dolor es un síntoma muy frecuente que afecta a 2/3 de los pacientes oncológicos avanzados y al menos a una tercera parte de los no oncológicos. Puede corregirse con tratamiento adecuado en un 75-90 % de enfermos [11,36]. Es de interés conocer el tipo (neuropático: agudo, quemante, en forma de calambre, o somático o visceral: sordo, fijo, continuo, cólico), comienzo, duración y factores que alivian el dolor. Los ancianos tienen más riesgo de que su dolor sea menos reconocido y tratado por diferentes razones: a) dificultad para comunicar el dolor (trastornos sensitivos, afasia, depresión, deterioro cognitivos); b) prescripción de la analgesia según solicite el enfermo, en lugar de en forma regular, lo que puede hacer que estén menos tratados los que tienen más dificultad para comunicarse, o miedo a molestar, etc.; c) creencias erróneas –sobre su diferente sensibilidad ante el dolor, la mala tolerancia a los analgésicos mayores, que el dolor y el malestar son problemas inherentes a la edad–, d) gran prevalencia de dolor crónico y f) presencia de otras patologías diferentes, especialmente de origen locomotor [2,47].

El dolor puede presentarse de forma diferente que en los jóvenes y cuando no es tratado aumenta el riesgo de caídas y deterioro funcional. Las escalas visuales analógicas y otras que usen términos descriptivos como “lacerante”, suelen ser de poca utilidad en pacientes con deterioro cognitivo, mala agudeza visual o bajo nivel intelectual. **La Escala Funcional del dolor** ha sido validada como instrumento sensible para valorar los cambios de este síntoma en el anciano. Incorpora tres niveles de registro: a) descripción del dolor como “tolerable” o “intolerable” (si es intolerable, se deben hacer más estudios e intervenir inmediatamente con seguimiento frecuente), b) un com-

ponente funcional objetivo hace más sensible a los cambios en el nivel de dolor que los números solos. Los pacientes pueden situar el dolor en el nivel más alto si tienen miedo de no recibir el tratamiento adecuado. Si un enfermo siempre refiere un dolor de 5 incluso cuando ha mejorado claramente, es posible ajustar su puntuación guiándose por su situación funcional, y c) la escala de 0 a 5 permite medir los cambios en la función (o sea, la respuesta al tratamiento). Idealmente, todos los pacientes deberían alcanzar un nivel funcional de 0 a 2 y mejor aún de 0 a 1 [20].

Tabla 10. Escala funcional del dolor [20]

<i>Puntuación</i>	<i>Descripción del dolor por la función del paciente</i>
0	Sin dolor
1	Tolerable (y no evita ninguna actividad)
2	Tolerable (pero sí evita algunas actividades)
3	Intolerable (pero puede usar el teléfono, ver la televisión o leer)
4	Intolerable (y no puede usar el teléfono, ver la televisión o leer)
5	Intolerable (e incapaz de comunicarse verbalmente debido al dolor)

Como ya se ha mencionado, el dolor es con frecuencia infratratado porque el médico no lo detecta particularmente en los que no puedan comunicarse bien como es el caso de los ancianos demenciados o con déficits cognitivos siendo muchos de estos enfermos (entre 45 y 80 %), los que pueden sufrir dolor físico no evaluado. Para evitarlo se deben incorporar otras escalas de evaluación de signos directos e indirectos de dolor como las vocalizaciones, expresiones faciales, presencia de gemidos, detalles en la mímica, cambios de humor, resistencia a la movilización, etc. [10, 48].

Tabla 11. Signos directos e indirectos de dolor

- atonía psicomotriz
- boca cerrada con el labio superior montado

- ceño fruncido, omega frontal
- movimientos incoordinados
- gemidos, gritos
- roces cutáneos repetitivos
- confusión súbita
- puños difíciles de abrir
- posiciones antiálgicas
- agarrarse
- taquipnea
- sudoración de manos
- sudoración profusa
- negativa a la movilización
- zonas hiperálgicas al movilizarle

El control del dolor se iniciará con medidas generales y el empleo de fármacos según la Escalera Analgésica de la OMS [11, 53]. La necesidad o no de utilizar un fármaco viene dado más por la severidad del dolor antes que por la supervivencia prevista. Así los dolores leves responden a analgésicos como la aspirina (500 mg c/6 h.), paracetamol (500-1000 mg c/6 h), metamizol (575 mg - 2 g. c/6 h.) y otros AINEs (aceclofenaco, diclofenaco, ketorolaco, etc). El paracetamol presenta un perfil de efectos secundarios relativamente bueno para las personas mayores pero no se deben sobrepasar los 4 g/día porque a dosis superiores de 2 g. se asocian a un riesgo aumentado de hemorragia digestiva y otros efectos indeseables similar a los AINEs. Estos últimos son más útiles en el dolor leve a moderado, particularmente asociado a situaciones con gran componente inflamatorio como la artritis y metástasis óseas. Se iniciará su empleo con dosis relativamente bajas. Si el efecto es insuficiente se aumentará la dosis en 1,5 a 2 veces. Un hecho a tener en cuenta es que la respuesta individual a los diversos AINEs puede variar significativamente, siendo necesarias hasta 2-3 semanas tras el último ajuste de dosis para considerar que el ensayo ha fracasado [44]. En los últimos tiempos se han desarrollado los inhibidores de la ciclooxigenasa (COX)-2, refecoxib y celecoxib, que tienen menos efectos secundarios y se pueden usar con warfarina.

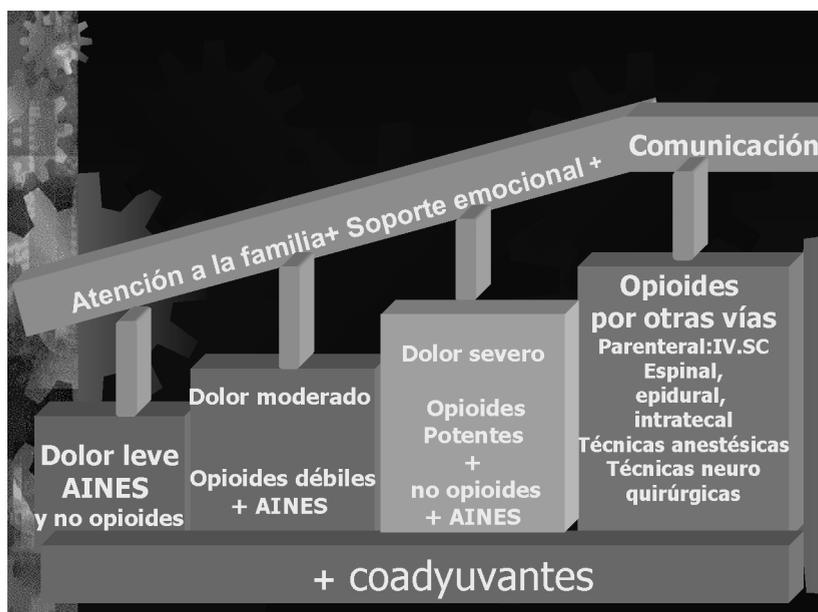


Fig. 1. Escalera de la OMS modificada.

En el anciano, el dolor óseo puede también deberse a una osteomalacia, que se alivia con tratamiento oral de calcio y vitamina D [11, 13] en especial si no sale de casa. Se manifiesta por un dolor músculo esquelético profundo o dolor superficial que se produce a una mínima presión. El tratamiento de esta deficiencia se hace con una dosis de 100.000 UI de vitamina D más calcio. Si el dolor de origen óseo o de tejidos blandos aumenta, es conveniente utilizar una combinación de AINE y derivados opioides menores como la codeína o el tramadol que se empezará con 12,5-50 mg. c/6-8 h. Si no hay mejoría con estos fármacos, se ensayará un tratamiento con bisfosfonatos. La calcitonina se ha demostrado también útil en el dolor asociado con las fracturas vertebrales por compresión.

Si los no opioides no controlan el dolor adecuadamente, no tiene sentido negar al paciente **los opioides**, sabiendo que estos medicamentos pueden aliviar el sufrimiento, restablecer la capacidad funcional y mejorar la vida del enfermo. Se iniciarán con dosis bajas con un aumento progresivo de las mismas y con iguales intervalos entre dosis hasta que se consigan los efectos deseados o aparezcan las reacciones colaterales. No se combinarán dos opioides, ni se suspenderá bruscamente su empleo tras usarlos por dos semanas [53]. Se debe empezar por establecer la efectividad de la morfina de liberación inmediata (Sevredol) con una dosis oral de 5 a 10 mg. cada 4 horas. Si no se controla

con esta primera dosificación a las 24 h, se aumentará en un 50 % del siguiente comprimido hasta controlar el dolor. Otra posibilidad es iniciar con la morfina de liberación retardada (MST continuo de 5-10 mg., c/12 horas. Si el dolor es intenso se empezará con 20 mg, si es moderado con 5-10 mg., aumentando la dosis en un 50 % como antes. Se recordará que los pacientes más ancianos pueden experimentar una mayor duración de la acción de los opioides por la menor eliminación, lo que permite utilizar la MST de 12 h en algunos casos cada 24 h. Si no puede emplearse la vía oral, se recurrirá a la morfina subcutánea, en dosis de 0,5 a 3 mg c/4 h, con un aumento de un 50 % la dosis siguiente si el control es insuficiente.

El fentanilo es otro fármaco opioide de gran potencia que puede usarse por vía transdérmica cada 72 h. en el dolor oncológico crónico estable o que no responde a la morfina. Dosis inicial: 25 ug /h., pero se evitará su empleo en los pacientes que no hayan utilizado previamente otros opioides. 200 ug de fentanilo corresponden a 120 mg de MST. La rotación de morfina a fentanilo parece más viable en el anciano. De no producirse respuesta con un opioide se cambiará por otro, respetándose las dosis equianalgésicas. El cambio de morfina a metadona se hará especialmente en dolores que dejan de responder a la misma, y ante la aparición de cuadros confusionales o reacciones de hipersensibilidad. No es ético retirar los analgésicos mayores si son necesarios para el enfermo terminal [18, 23, 39, 47, 51].

Fármacos coadyuvantes

Son aquellos medicamentos que actúan en el dolor potenciando los efectos de los analgésicos como a través de otros mecanismos. Se usarán sólo ante el fracaso de pautas más simples y previa prueba de su eficacia. Así, en caso de invasión ósea o de tejidos blandos, se emplean los AINEs, los corticoides en las compresiones nerviosas o tumorales, dolores postirradiación, tanto ósea como visceral y en las metástasis viscerales. El diazepam es útil en el espasmo muscular; la clorpromazina 12-50 mg c/8 h., los procinéticos en el tenesmo vesical o rectal y en el éstasis gástrico; la hioscina o la escopolamina en el espasmo digestivo, los antidepresivos en el dolor neuropático con disestesias y los anticonvulsivantes (gabapentina), en el neuropático de tipo lancinante asociado a con bloqueos anestésicos, según los casos. La capsaicina ha demostrado ser especialmente útil en el dolor neuropático. Debe comenzarse con la dosis más baja recomendada (0,025 % c/6 h.).

Es necesario vigilar de cerca los efectos adversos de los fármacos y mantener abiertas las líneas de comunicación, más aún cuando se está empezando un tratamiento nuevo. El dolor es un síntoma en el cual se necesita una

revisión continuada. Los AINEs son los fármacos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo, por lo que, si es posible, se debe valorar previamente la función renal. Los AINEs de vida media larga (piroxicam, tenoxicam) y la indometacina están desaconsejados en los ancianos.

Reacciones indeseables de los analgésicos

La morfina y el tramadol se eliminan en un 90 % por vía renal por lo cual sus diferentes y abundantes metabolitos van a estar elevados en caso de insuficiencia renal por lo que es también importante adoptar precauciones con medidas como la hidratación incluido la vía parenteral porque su toxicidad puede manifestarse fundamentalmente a través de síndromes confusionales [48]. Las reacciones indeseables de la morfina son: estreñimiento, sed, boca seca, náuseas, mioclonías y retención urinaria que pueden prevenirse o tratarse con el uso de laxantes, o el haloperidol 0,5 mg (particularmente los 3 primeros días). Con los opioides se darán sistemáticamente laxantes por la frecuencia de estreñimiento que presentan los pacientes. Si aparecen náuseas se usarán la clorpromazina (Largactil) 25-50 mg. o haloperidol 0,5-2 mg /24 h. Estos medicamentos con acciones antieméticas y tranquilizantes, potencian el efecto analgésico de la morfina y, a menos que se empleen en dosis excesivas, no producen depresión de la respiración. No obstante, deben ser usados con precaución porque pueden reducir la temperatura corporal en los ancianos [35].

Otros procedimientos antiálgicos

La cirugía restringida resulta útil en la descompresión de la médula espinal u otros problemas locales que, de otro modo, limitarían los movimientos o la comodidad del paciente. En algunos tumores, la irradiación local resuelve o mejora el dolor óseo refractario y reduce la necesidad de analgésicos, mientras que la quimioterapia suele disminuir la tumefacción de tejidos blandos en determinados cánceres sensibles como las metástasis de mama, con alivio del dolor. En el alivio del dolor es importante considerar el uso de intervenciones no invasivas como la estimulación nerviosa transcutánea, la distracción, la relajación y la visualización. La depresión, la ansiedad, el deterioro funcional y el sufrimiento entran también en el campo del dolor. Escuchar música, por ejemplo, puede elevar de manera sensible el umbral analgésico. Colocar en su entorno flores, algunas de sus pertenencias personales más queridas, fotos, cuadros y postales le suele resultar muy reconfortante. Si el paciente está ingresado y solicita su animal de compañía favorito, se le permitirá tenerlo siempre que no trastorne la rutina del hospital. El amor incon-

dicional por un animal doméstico les es muy beneficioso, especialmente para aquellos ancianos que los han tenido siempre [2, 3].

La causa de muerte en muchos de estos pacientes es a menudo una infección intercurrente, la exacerbación de la enfermedad y la presencia de otras patologías. Si bien es muy difícil predecir la cercanía de la muerte es de mucho interés conocer la supervivencia estimada según su situación actual, en particular la supervivencia en vida activa o independiente, sin olvidarse, claro está, de que existen causas no predecibles de muerte súbita –hemorragia, embolia pulmonar, sepsis– por lo que en Paliativos no siempre se pueden tomar decisiones a largo plazo sino vivir al día, sin dejar para mañana lo que se puede hacer hoy, más aún si se trata de ofrecerle al enfermo medidas de apoyo físico, emocional y social.

APOYO EN EL SUFRIMIENTO

El sufrimiento es un estado difícil de sobrellevar que se origina en diversas percepciones negativas que amenazan a la integridad física y emocional de la persona, entre las que se incluyen el dolor físico, la pérdida de la funcionalidad, el aislamiento social, la penuria, etc.

Tabla 12. Causas de sufrimiento en la fase terminal

- Síntomas no controlados
- Efectos indeseables tratamientos
- Pérdida de los seres queridos
- Temor a no ser atendido
- Pérdida del rol social
- Sensación de inutilidad
- Dependencia de otras personas
- Mal aspecto físico
- Sufrir una muerte indigna
- Pérdida de funcionalidad - Parálisis
- No ser querido-. Desamparo
- Agonía prolongada sin alivio
- Morir solo
- Ser enterrados vivo

- Dejar asuntos inconclusos
- No poder despedirse

Es necesario ayudar a identificar las causas que favorecen o provocan los sentimientos negativos. El control del sufrimiento físico es fundamental porque permite establecer una adecuada relación con los enfermos al desaparecer una de sus mayores preocupaciones: el temor a sufrir y a no ser atendido. Son muchos los ancianos que expresan su malestar primariamente a través de dolor, por lo que es necesario detenerse e intentar averiguar lo que para ellos significa este síntoma y sus componentes. El no darse cuenta de ello y el poner demasiado énfasis clínico en el foco nociceptivo, excluyendo tanto el cortejo psicológico del dolor como el grado de sufrimiento relacionado, puede conducir a tratamientos innecesarios, escasos e ineficaces [22, 27, 40]. Es oportuno en ocasiones administrarle una dosis de analgésicos de prueba y observar el resultado, lo que es particularmente útil cuando surge la pregunta de sí el comportamiento del anciano se debe al dolor, ansiedad o a la confusión.

Para R. Bayés [9], existen diversas medidas que pueden reducir la intensidad del sufrimiento, su vivencia y reforzar la autoestima del paciente y su apoyo social: 1) Detectar a tiempo los síntomas, miedos y situaciones que preocupen al enfermo así como sus orígenes, 2) Compensar o atenuar dichos síntomas y tratar de suavizar la amenaza que representa por la puesta en práctica de los recursos terapéuticos existentes; 3) Detectar y potenciar los propios recursos del paciente a fin de disminuir, eliminar o prevenir la sensación de impotencia, y 5) Aumentar hasta donde sea posible, su percepción de control de la situación.

Si el sufrimiento es de origen psico-espiritual, será de más ayuda dedicarle más tiempo a escuchar su historia y facilitarle expresar sus pensamientos sobre su vida, para corregir con él, si es posible, los falsos conceptos y sobre todo ofrecerle compañía. La falta de un objetivo para vivir produce desesperanza y depresión, por lo que es útil procurar encontrar con el enfermo unas pocas metas realizables, que pueden cambiar según se acerque la muerte. Si el objetivo final es alcanzable mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo podrán mantener viva la esperanza [2-4].

Un elemento que comparten los ancianos y moribundos es el temor a no ser queridos, a saber que ya no son útiles y que sus vidas no tienen sentido, por lo que se les debe asegurar que se les aprecia y que los esfuerzos que realiza el equipo de cuidado se dirigen a apoyarle para que retenga su indepen-

dencia [34]. Otra forma de hacerlo es interesarse por su vida pasada, por los hechos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. Se considera que sentir que su vida ha sido positiva en su conjunto, permite enfrentarse mejor con la muerte. Así lo dice S. Nuland: “en la muerte no hay mayor dignidad que la de la vida que la precedió”. En relación con el momento actual también puede haber motivos para resaltar tanto sus capacidades personales, sociales y autoestima si se aceptan sus opiniones a la hora de elegir un tratamiento. El deber de todo el que asiste a los ancianos, es mantener un diálogo con ellos, que posibilite la búsqueda de una espiritualidad liberadora que les permita encontrarse consigo mismos y vivirla hasta la hora decisiva de su muerte, si su deterioro físico y psíquico lo permite [7, 18, 25, 48].

Es importante para el enfermo que se le ayude a ser reconocido como persona, a conseguir el perdón o la reconciliación como parte del afrontamiento de los propios errores y si tiene una causa espiritual, que se le ofrezca apoyo bien específico o religioso. Algunos individuos derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. Otros subrayan la necesidad espiritual de encontrar constantemente el gusto por la vida como fuente esencial de serenidad. A medida que aumenta la dependencia, el médico deberá velar más por el derecho del enfermo a seguir siendo tomado en cuenta como persona y no como un organismo viviente cualquiera y procurará ser un interlocutor que le escuche, informe razonablemente y le ayude en sus propias limitaciones, respetando sus decisiones. Debe procurar generar confianza, sin destruir la esperanza y también aceptar él mismo que la muerte es inevitable.

La aceptación de la muerte

La muerte para el anciano tiene menos de tragedia, parece menos injusta que la del joven porque, frecuentemente, éste ha llegado a aceptar el hecho de que la vida es finita y que la muerte es algo natural. En muchas ocasiones las personas mayores consideran que su enfermedad no tiene curación y están razonablemente convencidos de que la vida se está acabando, por lo que consideran que sería preferible pasar sus últimos días preparándose para la muerte, en lugar de empeñarse en prolongar la vida inútilmente aumentando los propios sufrimientos y los de sus cuidadores. Esto no significa que renuncian a la vida sino a las tentativas sin sentido para prolongarla. Están preparados para la muerte y desean preservar la dignidad de fallecer [3, 9].

A algunos mayores les puede proporcionar una gran paz conocer que la muerte está muy cercana. En ciertos casos, a pesar de que el paciente sabe que está próximo a fallecer, teme no darse cuenta de cual será el momento del final y pide que se le avise si esto va a ocurrir. Ello parece darle fortaleza y serenidad [9,22]. Existen ancianos que parecen no aceptar la idea de la muerte y se sujetan a la vida con determinación, a pesar del hecho de que la existencia aparentemente carezca de motivos de gozo o de confort. Puede ser que teman el proceso de fallecimiento o que existan ciertos factores espirituales y psicológicos que estén en juego.

Son varios los elementos que facilitan la adaptación del anciano a la muerte : a) buen control de sus síntomas, b) ayudarle a que deje en orden sus asuntos pendientes, c) que conozca la verdad si lo desea, d) que pueda despedirse, e) la compañía de sus seres queridos, y f) ayudarle a vivir cada día de la mejor manera posible. A este último habría que añadir la recomendación de S. Nuland de “vivir cada día como si fuéramos a permanecer en la tierra para siempre.” La atención a los pequeños detalles puede hacer su vida más agradable, por lo que se procurarán atender con igual interés sus necesidades simples como las más complejas.

Si la muerte no es inminente, es de interés quedarse a solas con el enfermo para que éste exprese cualquier problema que le aflige y que el médico pueda decidir con él más tranquilamente las medidas necesarias para asegurar su comodidad, como evitar el encarnizamiento terapéutico. En este tiempo se dará más importancia a sus ideas religiosas y culturales que puedan afectar al tratamiento, evitando adoptar medidas de sobreprotección y de marginación, ambas prematuramente invalidantes [4].

La muerte, por lo general, va precedida por un período de mayor tendencia al sueño, con una disminución del deseo de comunicación verbal. En la fase final los enfermos sólo necesitan conocer que son valiosos, que se les aprecia y que no serán abandonados [3, 7, 9, 13, 31, 32, 34, 49]. La compañía tranquila y agradable de personas a quienes no asuste la muerte, puede ser de gran ayuda tanto para el paciente agonizante como para su familia. Los enfermos parecen agradecer que haya silencio o que alguien rece, y tener una mano cariñosa en su frente o sobre sus manos [2, 3]. El filósofo López Aranguren [31], hablando de la muerte del anciano, considera que hablar de dignidad, sólo se puede entender en un sentido estético. “*Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte sería un espectáculo en que nos morimos para los demás y al que habría que pedir tan solo cuatro cosas: que sea un espectáculo deco-*

roso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno”.

ATENCIÓN A LA FAMILIA

Muchos enfermos temen profundamente a la institucionalización y desearían fallecer en su casa rodeados de sus seres queridos si dispusieran de facilidades para su cuidado y si no tuvieran la sensación de ser una carga para su familia. Un entorno favorable puede constituir un elemento que aporta simultáneamente protección, cuidados y estímulos para incrementar la autonomía del anciano, mientras que un ambiente hostil puede tener repercusiones muy importantes que se reflejan a la hora de utilizar los servicios de salud. Por ello, es necesario valorar si la familia puede atender de forma adecuada al enfermo y conocer cuales son sus propios deseos al respecto. Entre los factores que limitan y contribuyen a un inadecuado cuidado domiciliario, el primero es la negativa expresa del paciente, motivado por la sensación de inseguridad e insuficiencia de los cuidados, seguido por el sentimiento de ser carga para su familia, la escasez de recursos sociales, la falta de familiares que colaboren en el cuidado, una vivienda con deficientes condiciones de habitabilidad o la insuficiencia de recursos económicos [2, 5, 6].

La presencia de la familia en el hospital sirve para contrarrestar la anorexia, la inmovilidad, las úlceras e incontinencia que pueden provenir más de la apatía del paciente, que de la propia malignidad. Es necesario revisar las normas hospitalarias en referencia a la familia, puesto que fallecer en su compañía es un derecho básico del enfermo. Así, no debería fijarse un horario estricto de visitas, sino más bien alentar a los visitantes para que permanezcan el tiempo que quieran, siempre que no sobrecarguen al enfermo [2, 3, 6, 22, 50].

Si la familia puede cuidarle en su casa se procurará fomentar su autonomía mediante su adiestramiento en algunas técnicas sencillas de enfermería y de alimentación del paciente, además de ofrecerle otros apoyos físicos y emocionales [3, 4, 5, 7, 25, 26]. Los cuidadores bien adiestrados por enfermeros pueden hacer un trabajo tan eficaz como el de estos profesionales. La participación activa de la familia en los cuidados facilitará el duelo posterior pero ésta puede requerir diversos apoyos para descansar de estas tareas por momentos y tener respiros. Algunos elementos sociofamiliares son las causas más frecuentes de ingreso del anciano terminal, así como cualquier mínimo empeoramiento de su situación sanitaria que motive la pérdida de autonomía, y desborde una situación social ya inestable.

Tabla 13. Criterios de ingreso del anciano en una Unidad de Cuidados Paliativos [22]

- Mal control de síntomas: dolor, disnea o psicológicos (síndrome confusional agudo)
- Urgencias paliativas (riesgo de sangrado masivo, de compresión de vías aéreas, compresión medular, hipercalcemia)
- Reagudizaciones de su patología pulmonar, cardíaca, metabólica, no controladas en el domicilio
- Causas sociofamiliares: claudicación o situación familiar que dificulte la atención del paciente en el medio domiciliario
- Expreso deseo del paciente
- Claudicación del equipo asistencial domiciliario
- Fracturas o cualquier otra cirugía que se decida no operar, infartos de miocardio o cerebrales, gangrenas secas progresivas.

La presencia del médico es positiva tanto para el enfermo como para su familia, para conseguir que el advenimiento de la muerte sea más aceptado y que se adopten actitudes más constructivas [7, 21, 25]. La buena calidad de las atenciones al moribundo, exige, por otro lado, que éstas sean prestadas por un número reducido de personas de diversas disciplinas con criterios uniformes de actuación [4, 6, 13, 21, 22, 25, 43, 52]. Es preciso conseguir que los que están a su alrededor comprendan, respeten su dignidad y le hagan aparecer ante los demás de una manera aceptable para sí mismo, sin mostrar aquello que se considere íntimo o humillante. Los dilemas éticos que se presentan con más frecuencia en el anciano son la alimentación y la hidratación parenteral, y generalmente se resuelven con una buena comunicación con la familia y con el propio paciente, si éste no tiene alteraciones cognitivas, sobre su valor en estos momentos. Se consideran los dos como tratamientos médicos que pueden estar indicados o no en esta etapa según los casos [25]. Tienen un valor simbólico y humanitario y manifiestan cuidado, atención y afecto, repercutiendo sobre la sensación del bienestar del enfermo con independencia de su valor terapéutico pero no está definido su valor en esta situación.

Si el anciano se estabiliza es posible que retorne a su domicilio pero previamente debe evaluarse cómo éste se encuentra, además de otros factores. Para facilitar el traslado al domicilio habrá que ser realistas y se tendrán en cuenta los siguientes elementos: ¿Cuál es su esperanza de vida? ¿Pueden los

familiares proporcionarles los cuidados que requiere? ¿Qué nivel de apoyo va a precisar el cuidador? ¿Cuáles son las condiciones físicas y psíquicas del cuidador? ¿Qué control de síntomas necesita el paciente? ¿Puede el cuidador asumir los cuidados necesarios? ¿Existe un equipo de atención domiciliaria (hospitalización o dependiente de atención primaria) en el área que vive el paciente? [3].

Tabla 14. Marcadores de dificultad de alta o imposibilidad de retorno a domicilio [22]

- Ausencia de cuidadores principales o no válidos
- Dependencia funcional en las actividades de la vida diaria básicas: caídas y alteración de la marcha, demencia, sonda nasogástrica, úlceras por presión, grado de privación sensorial
- Mal control de síntomas
- Problemas psicológicos como el miedo a la muerte
- Claudicación emocional
- Considerar que el hospital es el mejor dador de cuidados.

APOYO EN EL DUELO

Es necesario hacer todo lo posible para ofrecer un poco más de paz a los moribundos y a los que con su fallecimiento mueren también un poco [3,21]. El médico y el equipo deben expresar simpatía hacia los familiares después de la muerte y buscar la oportunidad de que otros pacientes de la sala, en caso de que haya ocurrido en el hospital, expresen sus temores. Muchos mayores experimentan la soledad porque no tienen compañía y apoyo de miembros familiares cercanos y es difícil para el equipo de cuidado proveerles de un sustituto adecuado. Algunos muestran resistencia a hablar de estos temas para evitar una invasión de su privacidad. Los cónyuges de los ancianos pueden presentar un alto riesgo de duelo y de institucionalización, que habrá que prevenir con la atención psicológica del duelo patológico y sobre todo con la búsqueda de soporte social, tanto de ocio como otros tipos de ayuda [6]. En ciertos casos cuando una pareja ha estado muy unida y uno de los cónyuges fallece, el otro puede también desear hacerlo a causa de su preocupación sobre su capacidad para manejarse sin el ser querido.

Como corolario, el anciano en fase terminal es un ser que necesita especiales cuidados y protección porque la enfermedad reduce de manera sensible su capacidad de reacción y acentúa más aún su ya inestable equilibrio tanto funcional y social. “Se requiere más tiempo, energía y una mayor donación de sí mismos –dice Conlin [12]– para cuidarles adecuadamente: el esfuerzo es grande pero la recompensa también lo es. Los ancianos son personas sabias, cálidas y maravillosas”. Los Cuidados Paliativos hacen real la solidaridad con ellos y son una opción humanitaria que puede permitirles que vivan con dignidad la última etapa de sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- AGS ETHICS COMMITTEE (1995): “The care of Dying patients: A Position Statement from the American Geriatrics Society”, en *J. Am. Geriatr Soc*, 43, pp. 577-8.
- ASTUDILLO, A., MENDINUETA, M. (1996): “Cuidados Paliativos en Atención Primaria”, en *Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico Atención Primaria*. Madrid. pp. 57-84.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. (1997): “¿Cómo ayudar a afrontar mejor la muerte?”, en *Guía Sociosanitaria para personas mayores*. San Sebastián: Fundazioa Matia, Michelena, pp. 263-270.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA C. (1998): “Importancia de la comunicación en la terminalidad”, en Astudillo W, Muruamendiaraz A. y Arrieta C., *La comunicación en la terminalidad*. Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 19-58.
- ASTUDILLO W., MENDINUETA, C. y ASTUDILLO, E. (2002): “Asistencia a la familia ante una muerte esperada”, en: Astudillo W., Mendinueta, C. y Astudillo E. *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4º ed., pp. 381-386.
- ASTUDILLO, W., y MENDINUETA, C. (2002): “Cuidados Paliativos en las enfermedades no neoplásicas”, en Astudillo W. Mendinueta, C. y Astudillo E. *Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4ª Edición. pp. 227-246.
- BAJO, G. J., GARCÍA, J. A., LANDA P. V., MARIJUÁN, A. L. y RODRÍGUEZ, S. J. (1990): “Cuidado del enfermo terminal visto por el médico de familia”, en *Atención Primaria*, 7, 9, pp. 538-546.
- BRADLEY, E. H., PEVUS, V. y WETLE, T. (1998): “Conversaciones sobre Cuidados Terminales”, en *Geriatría*, 48, pp. 1235-1241.

- BAYÉS, R. (2000): "Algunas aportaciones de la Psicología del tiempo a los Cuidados Paliativos". *Medicina Paliativa*, 17: 3, pp. 191-105.
- BRUCE, A. y FERREL, M. D. (1995): "Pain evaluation and management in the nursing home", en *Ann. Intern. Med.*, 123, pp. 681-687.
- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1990): Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de Informes Técnicos, 804.
- CONLIN, M. (1980): "Essentials of Geriatric Care", en *Primary Care*, 7: 4, pp. 595-605.
- CUIDADOS PALIATIVOS. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1993): Ministerio de Sanidad y Consumo, 10.
- CHASCO, P. (1996): "Nutrición en el anciano oncológico", en *Geriatriska*, 12; 4, pp. 58-61.
- FLÓREZ LOZANO, J. A., ADEVA J. y GARCÍA M. C. (1988): "La comunicación con el anciano", en *JANO*, LV, 1265, pp. 28-32.
- FONTANALS, M. D., MARTÍNEZ F. y VALLÉS E. (1995): "Evaluación de la atención sanitaria en Cataluña. La experiencia del Programa Vida als Anys", en *Rev. Esp. Geriatr. Geront.*, 30 (3), pp. 189-198.
- GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS BERNARD KRIEF y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA (1986): *El Médico y la Tercera Edad*. Madrid: Gráficas Nilo, pp. 208-210.
- GARAY, L. J. (1990): "Asistencia al enfermo terminal", en *Patología del Anciano*. Barcelona: Monografías Serie Europharma, pp. 9-12.
- GINER, M., BERNAT, G., PESET, R., ROCA, M. R. y MARCO, A. (1998): "Principios de Oncología Geriátrica", en *Geriatriska*, 14 (4) 207, pp. 50-57.
- GLOTH, M. (2001): "Dolor y paciente anciano", en *Modern Geriatrics*, 13; 3, pp. 94-97.
- GOL GURINA, J. (1987): "Actitud del médico ante el enfermo incurable. El derecho a morir con dignidad", en Foz Sala, Erill y Soler-Argilaga, *Terapéutica en Medicina Interna*. Barcelona: Doyma, pp. 1079-1084.
- GÓMEZ- PAVÓN, J. (1999): "Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias", en *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34 (S2), pp. 13-23.
- GÓMEZ PAVÓN, J., GARCÍA, M., NAVARRO, E. y VÁZQUEZ, C. (2001): "Control de los síntomas en el paciente anciano con enfermedad en fase terminal", en *Cuidados Paliativos en las personas mayores*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, pp. 33-71.
- GRON, S., ZECH, D., DIEFENBACH, C. y BISHOFF, A. (1994): "Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evalua-

- tion of 1645 cancer patients referred to a pain clinic”, en *J. Pain Symptom Manage*, 9, pp. 372-382.
- GRUPO DE CUIDADOS PALIATIVOS (1998): *Aspectos psicosociales del enfermo terminal*. Barcelona: FYC, pp. 95-100.
- GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA SEGG (1999): “Editorial”, en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 1-3.
- JIMÉNEZ, E. F. y GARCÍA P. (1999): “Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaría”, en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 24-33.
- LEY, C. H. (1989): “The elderly and Palliative care”, en *J. Palliative Care*, 5 (4), pp. 43-45.
- LICHTER, I. (1987): *Communication in Cancer Care*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 133-134.
- LIVESLEY, B. (1990): “Tratamiento del paciente terminal”, en *Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica*. Madrid: CEA. Vol. VI, pp. 185-193.
- LÓPEZ ARANGUREN, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MC CAFFERI, M. y BEEBE, A. (1992): “Dolor”, en *Manual Clínico para la práctica de Enfermería*. Barcelona: Salvat Edit., pp. 327-343.
- MC CUSKER, J. (1984): “The terminal Period of cáncer. Definition and descriptive”, in *J. Chronic. Dis.*, 37, pp. 377-385.
- MILLARD, P. H. (1988): “Muerte y últimas atenciones”, en *Tratado de Geriátrica*. Colección Farmitalia Carlo Erba. Barcelona: JIMS, pp. 508-515.
- MOSLEY, J. G. (1988): *Palliation in Malignant Disease*. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 142-143.
- NÚÑEZ, O. J. M. (1996): “El problema del dolor en el enfermo terminal Geriátrico”, en J. M. Ribera, G. Gil. *Clínicas Geriátricas, Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos S.A., pp. 149-152.
- OKEN, M. N. et al. (1982): *Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group*. *Am. J. Clin. Oncol.*, 5, p. 649.
- PÉREZ, M. A., QUESADA, F. y LINARES, J. (1997): “La comunicación con el enfermo terminal”, en *Formación Médica Continuada*, 4: 3, pp. 207-213.
- PORTENOY, R. K. y FARKASH, A. (1989): “Tratamiento del dolor no maligno en el anciano”, en *Modern Geriatrics*, pp. 122-131.
- PRESTON, C. E. (1977): “The aged and euthanasia”, en *The experience of dying*. New York: Prentice Hall. Englewood Cliffs, pp. 287-294.

- RESNICK, N. M. (1996): "Medicina Geriátrica", en L. M. Tierney, S. J. Phee, M. Papadakis, *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Manual Moderno, pp. 33-84.
- REXACH, C. L. (1997): "Cuidados del paciente terminal", en *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: J. M. Rivera y A. J. Cruz Jentoft. Uriach, pp. 53-69.
- REXACH, C. L., GUTIÉRREZ, B. C. y CAPÓ, P. M. (1999): "Actividad e idoneidad de los equipos geriátricos consultores hospitalarios en los cuidados paliativos", en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 33-41.
- RIBERA, C. J. y DEL NOGAL, M. (2001): "Cáncer y vejez", en *Geriatría y Cáncer*, 15: 3, pp. 81-88.
- ROCA, J., LEDESMA, A. y ESPAULELLA, J. (1994): "Cuidados Paliativos en Atención Primaria", en *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1; 2, pp. 88-103.
- SANZ, M. P., GONZÁLEZ, C., ÁLVAREZ, S., FERNÁNDEZ-VALMAYOR, C., GALLEGO, P., BERMEJO, F. y DEL CASTILLO, A. (1999): "Entrevista y comunicación con el anciano", en *Atención Primaria y Salud Mental*, 2: 2, pp. 52-58.
- SEPÚLVEDA, D. y JIMÉNEZ, C. (1999): "Cuidados Paliativos en unidades geriátricas de agudos", en *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 34 (S2), pp. 5-12.
- SLOSS, E., SALOMON, D., SHEKELLE, P. et al. (2000): "Selecting target conditions for quality of care, improvement in vulnerable older adults", en *J. Am. Geriatr. Soc.*, 48 (4), pp. 363-369.
- STAUT, G., CAMPAGNER, L., CAVALLIERI, F. y GRASELLI, L. (1997): "Cancer in the oldest old. What have we learned from autopsy studies?", en *Clin. Geriatr. Med.*, 13, pp. 55-68.
- STUART, B. (1999): "The NHO Medical Guidelines for non-cancer disease and local medical Review Policy: Hospice access for patients with diseases other than cancer", en *The Hospice J.*, 14(3-4), pp. 139-154.
- TORAL, A. (1997): "El dolor crónico", en *Geriatría en Atención Primaria*. Barcelona: J. M. Rivera C., A. J. Cruz Jentoff. Uriach, pp. 61-69.
- TWYXCROSS, R. G. y LACK, S. (1983): *Symptom control in far advanced cancer Pain relief*. Londres: Pitman Press, pp. 43-55.
- VILLA, L. F. (2000): "Pacientes de edad avanzada", en *Medimecum*. Madrid: Adis Internacional, p. 799.
- VON GUNTEN, S. (1998): "Special care for elderly patients", en *Eur J. Palliat Care*, 5, pp. 162-164.
- WOO, E. (1986): "Tratamiento farmacológico en la Senectud", en Walsh T., *Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica*, Emalsa S.A, pp. 23-29.

40 | Biblioteca
de Investigación



UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA