

El anciano se explica por su biología, su psiquismo y su circunstancia social, pero se comprende por su biografía, su entorno, sus códigos específicos de significación y por las particularidades de su existencia.

LA VEJEZ

La vejez es el éxodo de una persona que, por razón de su crecimiento en edad a partir de los 65 años aproximadamente, sufre un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales y un receso de su participación social. También se puede definir como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecuente con el avance de los años.

La vejez puede tener unas limitaciones, pero también tiene unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, madurez vital, experiencia, perspectiva de la vida histórica personal y social, etc. El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios somáticos, cambios sociológicos y cambios psicológicos.

Las conquistas de la ciencia y los correspondientes progresos de la medicina han contribuido, en forma decisiva, a prolongar la duración media de la vida humana. La tercera edad abarca una parte importante de la población mundial. La prolongación de la vida media, por un lado, y la disminución de la natalidad, por el otro, han producido una transición demográfica sin precedentes en la que la pirámide de las edades están completamente invertidas respecto a como se presentaba no hace más de cincuenta años: crece constantemente el número de ancianos y disminuye constantemente el número de jóvenes.

Una sociedad para todas las edades tendría que ser una sociedad que, lejos de hacer una caricatura de los ancianos presentados enfermos y jubilados, se los tendría que considerar mas bien agentes y beneficiarios del desarrollo. Una sociedad multigeneracional empeñada en crear condiciones de vida capaces de promover la realización del enorme potencial que tiene la tercera edad.

El envejecimiento es tan sólo un cambio que conlleva ventajas sociales, que no puede seguir siendo percibido como una carga para la sociedad.

A pesar de que se ha avanzado en los últimos 10 años, muchos países están lejos de considerar a este grupo vulnerable de población con la atención que se merece. Es un desafío global y se requiere hacer muchos más esfuerzos para enfocar al envejecimiento como parte del ciclo vital de manera inclusiva, buscando estrategias psicosociales que respeten las particularidades de cada entorno y sus factores culturales que ayuden a un envejecimiento valorado y respetado.

RELACION ANCIANO-FAMILIA

La familia actúa como agente ideológico que transmite y perpetúa las acciones y normas sociales. Se relaciona con la transmisión de las actitudes que se deben adoptar, en éste caso, para relacionarse con los ancianos y la vejez.

El anciano es un ser integral, considerado como una unidad central al que podemos denominar *sistema* y con su familia que llamaremos *microsistema* y que a su vez el anciano tiene su propio *subsistema* (esfera cognitiva, afectiva y biológica), pero está rodeado de su medio ambiente al que se ha denominado *macrosistema* y a su vez está rodeado de otros *macrosistemas* que interactúan uno con otro, esta serie de intercambios con el medio ambiente hace que el hombre (anciano) tenga posibilidades de interactuar, y a este modelo y filosofía para contemplar al anciano rodeado por su medio ambiente se le ha denominado perspectiva holística, por lo tanto el anciano es una unidad *holística* (*holos= un todo*) de aquí que la geriatría

se considere una rama de la medicina con filosofía holística u *holismo*, en la cual el anciano es considerado en su propio contexto y lo que lo rodea.

A las relaciones que se dan en la familia se les ha llamado *dinámica familiar*. Su estudio permite observar el interior de las familias, sus relaciones, el desarrollo de los individuos en forma conjunta y aislada; y ciertos patrones de comportamiento que la familia va adoptando en el transcurso del tiempo, también podemos considerar el papel o rol del anciano en ese muy particular contexto familiar, así como el rol del resto de los miembros de la familia que interactúan con los ancianos; todos estos factores dependen del marco contextual en el que se encuentran inmersas.

Pero es necesario también entender que los individuos actúan de un cierto modo o tienen un papel que los caracteriza y a esto se le ha denominado *rol o papel*. Por supuesto que estos roles están bien definidos o no, y dependen de múltiples factores como la clase social a la que pertenecen, la ocupación, la educación, su pensamiento político, etc.

Esta dinámica puede darse en forma armoniosa, en donde los roles de cada miembro son muy claros, y hay una buena relación psicoafectiva, comportándose así como una *familia funcional*; o, por otro lado, a los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se las ha denominado *familia disfuncional*, en donde pueden provocarse las denominadas *crisis*, el ejemplo más frecuente es el de un anciano perteneciente a una familia funcional que inicia una síndrome demencial, de lo que resulta desequilibrio por la carga social y familiar y la demanda de mucho afecto y desgaste físico por parte de los miembros a cargo del cuidado del anciano.

De cualquier forma, no debemos olvidarnos de que cada anciano y su familia son únicas, es decir, diferentes en comparación a otros, y por lo tanto cada situación debe tratarse u observarse de manera *individual*.

EL ANCIANO DENTRO DE LA FAMILIA

La disgregación de la unidad familiar, por la urbanización e industrialización, y el prevalecer de las familias de dos generaciones: padres e hijos, frente a la familia tradicional de tres generaciones: abuelos, padres e hijos, trae como consecuencia el abandono o por lo menos la soledad de nuestros ancianos, por lo que las enfermedades seniles psíquicas, y en especial, los suicidios, resultan mucho más frecuentes en ancianos y ancianas, solteros, viudos o divorciados, que en aquellos que están integrados en unidades familiares.

La figura de los abuelos (suegra o suegro en cuanto a sus papeles de abuelo) es distinta. Representan en muchos círculos culturales roles principales en la dinámica familiar; el refugio, defensa y consuelo afectivo de muchos niños, frente a situaciones conflictuantes apremiantes. Visto el porcentaje en nuestra sociedad de madres solteras en donde las obligaciones de los padres se acatan a veces en forma muy laxa y donde la abuela representa la solución para infinidad de niños. En la sociedad industrializada moderna se da lo mismo, cuando la madre debe dedicarse a sus ocupaciones y no existe organización adecuada de guarderías, son los viejos, quienes llenan funciones a veces insustituibles. Aún en otros casos, la falta del consejo materno deja muchas veces sin apoyo a amas de casa poco expertas, con daño anímico para ellas y para el hogar.

La familia es el soporte más sólido que puede tener el ser humano a cualquier edad, pero es en la senectud en la que ésta presenta una significación especial. Por parte de la familia ésta debe aprender a atender y a la vez a adaptarse a que su ser querido está viviendo la última etapa, que puede ser breve o prolongada de su vida.

El adulto mayor apto posee, por lo general, capacidad para mantenerse apropiadamente dentro del medio familiar, y puede armarse de sabiduría, optimismo y comprensión al igual que la familia para apoyar a ésta, participando en la toma de decisiones familiares, en la conservación de su salud y de la de los demás, así como en su integración a actividades sociales, laborales o de otro tipo que pueden ser de gran importancia para el desarrollo de la familia.

La sociedad, la familia y el propio anciano sano necesitan de un estilo de vida en el cual estén presente algunas orientaciones de salud como son:

- *Las restricciones psicosociales y físicas afectan el centro de la personalidad disminuyendo la autoestima, afectando la autoimagen, reforzando los sentimientos de pérdida, elevando el sentimiento de minusvalía social y con incremento del aislamiento, la subestimación de sus capacidades, aún cuando estén conservadas y que tenga una gran experiencia social y laboral.*

Ante estos hechos, la familia debe recordar que el ser humano es potencialmente útil en todas las etapas de su vida, la disminución de sus capacidades no significan la imposibilidad de cambio, sustitución o modificación en cuanto a ritmo, tiempo o tareas ya que puede seguir siendo productivo o creativo en muchos aspectos de su vida.

- La familia es el primer y más importante nivel de apoyo al anciano, en ella nació, a ella se dedicó por lo que en ella debe mantenerse durante su senectud. El apoyo emocional forma parte importante en la adaptación y superación de problemas de cualquier índole, la forma de lograrlo es escucharlos, comprenderlos mirándolos siempre de frente y a la misma altura, brindándoles algo de nuestro tiempo. Estas acciones tampoco cuestan y pueden resultar experiencias favorables para el que las realiza y las disfruta. La familia debe fomentar el eficiente descanso, el empleo de su tiempo libre, de sus actividades cotidianas, de su trabajo en concordancia con sus limitaciones y capacidad visual, auditiva y otras, ya que estas actividades beneficiarán su salud.
- El anciano, como ser social debe estar vinculado a la relación intergeneracional siempre y no aislarse porque no se comunique apropiadamente por minusvalidez o disminución de alguna facultad. En estos casos es preferible tomar su parecer acerca de sus preferencias, motivaciones, intereses, estado de ánimo y apoyarlo en los mismos, para que mantenga un sentimiento positivo de auto estimación y sienta la compañía psicológica para seguir viviendo positivamente. La pérdida de apoyo afectivo, de comunicación, de convivencia con hijos o familiares muy afines, de respeto, de independencia personal y de garantía económica son riesgos para la calidad de vida e incluso para la conservación de la vida del anciano.
- La comunidad y la familia deben superar la tendencia a relacionarse con ellos como si se tratara de seres limitados o inferiores, mostrando una actitud de lástima o de sobreprotección, sólo se espera una justicia social por lo que es necesario tener en cuenta sus derechos psicológicos a ser escuchados, que se les deje participar, desarrollarse, asimilar y convivir con sus semejantes, a conocer sus enfermedades, a auto cuidarse, a poseer bienes y disfrutar de ellos, a trabajar, a estudiar o conocer de temas que sean de su interés, a su intimidad, a discrepar, a que se acepten sus limitaciones, a comunicarse libremente tanto verbal como corporalmente y disfrutar de sus decisiones, a equivocarse sin ser mal valorados por la edad, ni ser reprimidos por ello. Si no podemos ayudarlos, pues por lo menos no obstaculicemos su camino, no causemos desilusiones no robemos esperanzas, ni rompamos sus sueños.
- En el anciano sano deben ser reconocidos los factores de riesgo, todos son de mucha importancia en la atención, tanto individual, como familiar y comunitaria de los mismos. Estos factores de riesgo deben ser tenidos en cuenta en sus niveles biológicos, psicológicos y sociales: Dentro de éstos podemos tener presente la obesidad, la edad, si pasa de los 80 años, las enfermedades crónicas, la viudez y la soltería, el vivir solo, el uso de medicamentos hipotensores u otros que provoquen modificaciones conductuales, los hábitos tóxicos, las actividades cotidianas en lugares que ofrezcan peligro de caídas, como piso resbaladizo, escasa iluminación, objetos en la vía u otros como son el calzado inapropiado.
- Al mismo tiempo evitar reforzarle los sentimientos de pérdida, de minusvalía, de soledad y acerca de su imagen física. Estimular a nuestros mayores a que se mantengan aptos y junto a nosotros los hará sentirse felices.

La falta de apoyo familiar, económico, de las redes de asistencia social, pueden ser los únicos factores que desencadenen problemas patológicos o de enfermedad y traducirse como trastornos del orden psicosocial

(Síndromes geriátricos), por lo tanto las intervenciones o guías de apoyo tendrán que ser a ese nivel. A manera de *ejemplo* citaremos el caso de la enfermedad de Alzheimer. La presencia de un anciano que padece de proceso demencial, podría dar por resultado, en una familia funcional, desadaptación con sufrimiento tanto de la familia como del propio anciano, y terminar en una situación de Crisis. La respuesta para las alternativas en el manejo de este caso en particular serían, en primer término, el *conocimiento* de la enfermedad o entidad sindrómica por parte de la familia (y del cuidador primario) del anciano con demencia, para que de este aporte de conocimientos resulten beneficiados; ello significa que la intervención será precisamente en el orden psicosocial para mejorar o amortiguar la calidad de vida del anciano demenciado y de su familia, ya que se desconoce la causa de enfermedad de Alzheimer y no existe por el momento cura médica de tal padecimiento.

Con el anciano, la familia enfoca psicológicamente la perspectiva de adaptación o de superación individual con escepticismo o con pesimismo. Si la familia no logra actuar unida y con optimismo y amor hacia sus mayores es casi seguro que éste sentirá el rechazo o la indiferencia lo cual redundará siempre negativamente en la psiquis humana.

La familia constituye el apoyo psicológico a muchos déficit del anciano al poder ayudarlo o sustituir su rol de protector por el de protegido en forma armónica, manteniendo el respeto y la valoración adecuada de la autoridad que le da el status anterior, la experiencia y el esfuerzo realizado durante largos años por la familia que formaron.

La comprensión, la tolerancia y la sensibilidad dan la fortaleza necesaria a todos para emprender la gran empresa de vivir con optimismo y dignidad.

LA INTERNACION DEL ANCIANO

Existen diversos motivos que llevan a la internación del anciano, motivos que se relacionan entre sí. La internación puede estar motivada por problemas de salud, tanto físicos como psíquicos; problemas de relación, referidos a la historia de vida del grupo familiar; vínculos afectivos, que definen el rechazo o la aceptación del anciano, así como los conflictos generacionales; pérdida de roles y de autoridad, caso en el cual el anciano siente que su opinión no es tomada en cuenta, y que ya no es consultado ante las decisiones del grupo familiar; desprotección afectiva— el anciano no se siente querido por su familia, y experimenta decepción por haber entregado afecto sin la retribución esperada —. También deben citarse la soledad, por pérdida de familiares o amigos — siendo la vejez una de las etapas más difíciles, es cuando más pérdidas de seres queridos se sufren, y cuando más cuesta superarlas, pues existe una gran dificultad en la elaboración de los duelos—, el sentimiento de abandono y el alivio de tensiones. En este último caso, la familia tiene conciencia de no poder contener al anciano, y necesita un alivio momentáneo o definitivo (agotamiento familiar); en el anterior, como el viejo molesta, la familia no le brinda los cuidados que él requiere, suele ocupar el lugar menos cómodo de la casa (segregación).

La familia, entonces, intenta resolver mediante la internación algunos de los conflictos de su grupo; es como internar junto con el anciano sus propios miedos frente a la vejez, la soledad, la enfermedad y la muerte. La internación aparece así como una solución mágica.

Desde el punto de vista del anciano, y su actitud frente a la internación, en algunos casos, él acepta con resignación ese retiro de la vida cotidiana activa, aunque con cierta rebeldía interna, que se pone de manifiesto en el período de adaptación a la institución, ya que toma a ésta como última morada, esperando, en la mayoría de los casos, la muerte. En otros casos lo hacen con agrado, como una alternativa necesaria, y se sienten protegidos por este tipo de hogares.

En etapas posteriores, se observan algunos de los conflictos más importantes del período que sigue a la internación. Entre ellos figura un proceso de desculturación sufrido por el anciano, por cuanto debe abandonar sus antiguos hábitos, sus formas de ser y de comunicarse. El anciano siente abandono por parte de su familia,

agudiza enfermedades corporales, siente tristeza, se produce un decaimiento general de su ánimo; en síntesis, presenta un estado depresivo frente a la nueva situación que es la internación.

En esta primera etapa aparecen múltiples sentimientos ambivalentes: el anciano realiza una transferencia positiva con todo el personal de la institución, sintiéndose tratado como padre, esposo/ esposa o hijo; en otros casos exterioriza lo contrario, o sea, una variedad de quejas por sentirse mal atendido.

Por estas razones mencionadas, el equipo interdisciplinario desempeña un papel principal, al brindarle el mayor apoyo en este primer periodo de adaptación institucional. Ese apoyo se traducirá en un programa de actividades que incluya psicoterapia individual o grupal, si fuese necesario, rehabilitación, terapia ocupacional y actividades recreativas de índole diversa: paseos, lectura de diarios, coro, etc.

En relación con la familia, una vez internado el anciano, se ha observado que uno de los conflictos que aparece con más frecuencia es el sentimiento de culpa por haber separado al miembro más viejo y enfermo del grupo. Este sentimiento la lleva a asumir varias actitudes, entre las que figuran la conducta evitativa— dejar al anciano en la institución y alejarse inafectivamente— y las sobreexigencias para con la institución, requiriendo mayores cuidados para el internado.

Otro conflicto que se presenta es el enfrentamiento del grupo familiar con su propia vejez, ante la posibilidad de tener el mismo destino. Esto provoca mucha ansiedad, y hace aflorar antiguos conflictos entre hermanos, hijos y padres (competencia, rivalidad, etc.).

RELACION MEDICO–PACIENTE

El deber de todo el que asiste a los ancianos, es mantener un dialogo con ellos, un dialogo que posibilite la búsqueda de esa espiritualidad liberadora, que lo ayude a encontrarla y vivirla en la hora decisiva de su muerte, si su deterioro físico y psíquico se lo permite.

Garay Lillo, J.

SALUD DE LOS ANCIANOS

Debido a que la gente está viviendo largamente, en realidad es el deber y la responsabilidad de cada uno, así como también de la sociedad, hacer todo lo posible por prolongar el período de actividad, la vida saludable, más que solamente retrasar el momento de la muerte.

Nuestro objetivo es lograr un estado psicológico y un bienestar físico hasta una edad avanzada..

Los expertos internacionales en gerontología señalaron que la investigaciones muestran claramente que: mucha gente anciana goza de buena salud y es, dentro de sus limitaciones, capaz de realizar actividades productivas. Muchas políticas gubernamentales fallan en el reconocimiento de las capacidades físicas, intelectuales y emocionales y las necesidades de la ancianidad y, en cambio, acentúan el lado negativo y las deficiencias de la senescencia. Este pensamiento negativo no influye en la salud física y en la competencia mental pero produce dependencia.

La salud y la productividad están estrechamente relacionadas. La pérdida de una puede ocasionar la pérdida de la otra y llevar entonces a la dependencia.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La actividad física es un prerequisite para el éxito en la vejez. La reducción de la actividad mental puede acelerar el proceso envejecimiento. Es necesario que los adultos, hombres y mujeres, mantengan un alto grado

de actividades físicas, sociales y mentales. Estas diferencias son notorias cuando se esta o se habla con personas que participan (o no) en dichas actividades. La actividad ocupacional no debe ser considerada como una contribución destinada a obtener ingresos para el retiro, sino también como una importante medida preventiva para mantener la salud y la competencia en la vejez.

La Contribución de la investigación psicológica contribuye a la fundación y práctica de rehabilitación geriátrica por diferentes propuestas y hallazgos que pueden ser las investigaciones psicogerontológicas proporcionaron evidencias para el papel secundario que tenía el factor edad, determinando consistencia o cambio en el funcionamiento social o cognitivo, en los factores socioeconómicos, en la personalidad, en la salud y en el medio ambiente, que contribuyen con la estabilidad o inestabilidad del estado funcional de la edad para una mayor extensión del bienestar personal más que para el número de años cronológicos

Los efectos de las enfermedades, la carencias en las funciones cognitivas y psicológicas, que antes eran consideradas irreversibles, pueden ser reducidas por adecuadas medidas de intervención. La prevención y la rehabilitación puede ser focalizadas en la activación de las habilidades físicas mentales y sociales.

La investigación sobre la senectud proporcionó evidencias sobre la existencia de una variedad de modelos de ancianidad. Dichos modelos deben tener algunos recursos biológicos, pero las condiciones personales, sociales, económicas, son las más importantes.

Consecuencias: la rehabilitación puede ser tomada en consideraron junto con los puntos de vista médicos, psicológicos y sociales. La ancianidad es un proceso individual. Desde el punto de vista de lo psicosocial, la biografía de un individuo debe ser tomada en cuenta cuando se planifica un programa de rehabilitación.

Las medidas de rehabilitación puede ser individualmente designadas y tomadas de acuerdo con la biografía del paciente.

La familia, la pareja y otras personas del medio social pueden integrarse al proceso de rehabilitación. Los miembros de la familia pueden controlar los cuidados para prevenir efectos negativos en su propia salud.

La adaptación de la casa a las necesidades específicas de un individuo contribuyen a una menor independencia con respecto a los impedimentos de la persona anciana.

El individuo se comporta de acuerdo con la situación percibida más que por la igualdad objetiva de la situación. Esto es verdad en el comportamiento hacia la familia con respecto al situación de la casa y de su propia salud con respecto a la enfermedad.

Esto debería tomarse en cuenta también en la interacción del médico con el paciente que es más importante para la salud subjetiva del enfermo .

Todos los miembros del grupo de rehabilitación pueden ser informados sobre el papel de conocimiento subjetivo de la situación, especialmente del estado de la propia salud. Demasiada o poca información puede tener efectos perjudiciales para el bienestar del paciente. Estos efectos causan atraso en el proceso de rehabilitación.

Los médicos y sus equipos deberían saber que el comportamiento es dependiente de la situación percibida y no de la situación objetiva.

El paciente debe ser informado sobre los caminos para abordar su situación. Es importante mostrarle al paciente, junto con las limitaciones de su estado funcional, los riesgos de su situación. Deben ser guiados para aceptar los impedimentos pero también estimulados a hacerlo en la mejor forma, para usar todas las variables de riesgo y tratarlos psicológicamente.

Es necesario formar especialistas en Gerontología ya que el proceso poblacional determina la necesidad de recursos humanos. Las estimaciones futuras del crecimiento de la población anciana generará mayor oportunidad de trabajo y la asignación de funciones nuevas.

La sociedad espera tener bajos costos en vejez, pero esto no implica tener baja tecnología y bajo nivel de recursos humanos. Con un nivel de capacitación en los recursos humanos se puede disminuir los costos en servicios.

Se quiere formar profesionales especializados en Gerontología, enfatizado en el nivel asistencial, porque en principio es lo que la sociedad demanda con urgencia.

Se considera la Gerontología como un campo multidisciplinario; es un instrumento pluridisciplinario, el cual está integrado por la observación, el análisis, la explicación, la comprensión del objeto y la razón de ser de la Gerontología: la persona anciana.

Objetivos: dar conocimientos, habilidades y promover cambios en las propias actitudes profesionales frente a la vejez.

ETICA EN LOS ANCIANOS

Argumentar el sentido, incluso el modo de consolar al anciano desde una perspectiva bioética, además de la anécdota, aunque sea, aunque sea clave, exige planteamientos muy serios y comprometidos; que tienen ciertos carácter de totalidad; si el consuelo lo proporcionan las personas habrá que disponer de ellas, y de su dedicación para ejercitarlo, habrá que establecer nuevas líneas de empleo de recursos, orientaciones de trabajos, etc.

El estudio bioético se encuentra comprendido entre estos dos extremos:

- Los límites: los límites desde abajo –buscar y encontrar donde está la frontera del hombre–; que áreas personales por su intangibilidad, en conciencia, exigen respeto de esa persona que aparentemente ya no da de sí; examinar si hay acciones que nunca deben hacerse; como evitar caer en un relativismo desolador; la bioética, tiene que trabajar para que la vida humana no se desajuste ni malogre.
- La metas: el hasta donde hay que llegar, por arriba; en ese cuidado; ahí no se puede hablar de límites, sino de libertad, y no de una cualquiera sino de la libertad de la generosidad.

Para atender bien al anciano necesitado, aún cuando se llegue o se parta de una serie de principios y de reglas, no se puede aplicar indistintamente a cualquiera, a modo de prontuario, siempre habrá un algo que supera la regla fría, que va roturando un camino mas profundo una dirección vital que, aunque huela a utopía, llegue a armonizar el progreso de la ciencia y el desarrollo social con el requerimiento de la conciencia de cada cual.

LIMITES

Se necesita un dique no utilitarista porque ningún hombre es un producto, o una mercancía, o cosa. Es encontrar claves que aporten convenientemente para el desarrollo de lo real, de lo personal, algo que parece sencillo pero que implica la honradez y la modestia intelectual de no inventar sino de descubrir.

Hay que acentuar el límite que le impone la comprensión de la corporalidad humana, que se impone por ser no sólo corporalidad, sino corporalidad humana, en los ancianos, el cuerpo es por definición deficiente, por lo que si o se lee bien qué hay, mejor quien hay a través de ese cuerpo, el término final será inexorablemente la eutanasia a la carta, una injusticia evidente porque el hombre no solo tiene cuerpo, no solo habita en él, sino que es un ser al que el cuerpo le pertenece constitutivamente, y que se expresa en él, que está dotado de

significado, la actuación sobre él, por muy deteriorado que esté, no puede jamás ser arbitraria.

Los límites no pueden establecerse considerando lo mínimo que hay que respetar de la persona, sino lo básico.

LAS METAS

La bioética, en tanto que ciencia aplicada, es una base idónea para la lectura de la vida humana, pero quizás no suficiente, la realidad es siempre superior, y nos responde misteriosamente, de nuestras certezas, de nuestras oscuridades, sin abandonar todos los médicos técnicos y humanos de nuestro alcance, es de donde saldrán tantas pautas, para tratar y tratar muy bien, con mucha dosis de compasión y de comprensión al anciano.

Si la atención del anciano responde a lo que refleja su cuerpo, si no se tienen en cuenta todas estas verdades, será falsa, ineficaz, inauténtica. Pero además, hay más, la dotación del ser humano es tal que, como rezan los refranes populares {no hay mal que por bien no venga}y {cuando una puerta se cierra otra se abre}..

La ayuda humana mas bonita es el consuelo. No se puede medir del todo si al consolar se da un bien, o se recibe una riqueza, pero parece que cuando la vida está aparentemente acabada, al consuelo, algo que activamente todos podemos hacer mejor, y que pasivamente, todos deseamos que nos ofrezcan en determinados momentos quizás críticos, aunque el pudor nos impida reclamarlo, da una dimensión inexplicable, aunque certera, de la nobleza humana.

Probablemente, y es un final aún más feliz, la experiencia acumulada por un cuidador de ancianos, conlleva a su vez, una preparación personal para cuando sea él, el que deba ser atendido, incluso le guiará a saber prepararse para envejecer.

Los imperativos éticos fundamentales que se plantean con respecto a la atención al anciano son los siguientes:

- El respeto a su dignidad
- El respeto por su autonomía y su derecho a decidir.
- La distribución justa de recursos para atenderlo
- La investigación
- La ética del morir y la eutanasia activa directa
- El respeto a su dignidad. La dignidad es violada flagrantemente cuando el anciano es maltratado. Es una responsabilidad ética del profesional de la salud al saber claramente cuales son los síntomas del maltrato, como para tomar las medidas adecuadas para evitar que continúen; y eventualmente, presentar denuncia ante el juez en caso de que compruebe que dichos síntomas deben a que el anciano está siendo maltratado.

MALTRATO A LOS ANCIANOS

El anciano muestra deseos permanente de consulta, pero al mismo tiempo retardado inexplicable en recurrir al tratamiento, tendencia a perder las entrevistas, lesiones previas inexplicables o explicaciones incoherentes.

Síntomas físicos: Se encuentran lesiones diversas, indicando los golpes recibidos; o en forma de objetos; o alrededor de las muñecas o tobillos, indicando el lugar en el que fueron atados, la pobre higiene personal, enfermedades de transmisión sexual o dolor, picazón o sangrado en la zona genital.

Síntomas psicológicos y sociales: Baja autoestima, ansiedad exagerada o abandono, cambios extremos del humor, depresión, ideas de suicidio, confusión y desorientación. El paciente está miedoso ante el acompañante; conflicto de palabra que el acompañante muestre despreocupación por la asistencia, actitudes de indiferencia o rabia hacia el anciano; que se preocupe exageradamente de los costos de tratamiento o que

niegue al paciente la chance de interactuar en privado con el profesional.

Merece ser tratado, al menos igual que los demás, hay que hacer lo necesario para que mantenga su autoestima y continúe, o al menos no decrezca, su vida de relación con los demás.

Pero para que el trato dignificante se promueva la continuidad en la vida de relación y la autoestima es imprescindible:

- Que la alimentación, higiene y seguridad sean adecuadas. Esto supone que tenga asistencia la vestirse, al comer, al bañarse, al higienizarse, al moverse.
- Que la atención médica, psiquiátrica y psicológica sean accesibles y apropiadas.
- Que el hábitat sea el idóneo.
- Que la conducta verbal sea incrementada, o al menos mantenida.
- Que la actividad física sea la necesaria a sus condiciones biológicas.
- Que las conductas autoagresivas sean eliminadas o disminuidas. (forma parte de este tipo de conductas, todo lo relacionado con la depresión).
- Que la interacción social en todos los aspectos sean continuos, accesibles y adecuados, especialmente en lo que se refiere a familia y a las amistades.

Alternativa ética que se presenta al profesional está o en hacer sólo aquello que en última instancia promueva su acomodación al medio ambiente o por el contrario, obrar de tal manera que el anciano se vea incentivado permanentemente en su iniciativa, su creatividad y sentido de la autoestima. Es necesario que el anciano se adapte a ciertas conductas o normas de convivencias elemental en el seno de la familia o grupo o instituciones.

Su característica biopsíquica consiste en esa tendencia decreciente a la participación. Es necesario abolir la creencia de que, porque el anciano no puede hacer progreso sustancial en los términos clásicos del psicodinamismo no puede evolucionar positivamente en absoluto.

La Asociación Médica Mundial da las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a esta declaración entre sus miembros y la opinión pública.

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que puede haber sufrido maltrato y /o abandono.
- Proporcionar una evaluación y tratamiento médicos por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir su opinión.
- Mantener una relación terapéutica con la familia.
- Utilizar un equipo multidisciplinario.

EL PROCESO DE MORIR

LA MUERTE ES UNA REALIZACION

La muerte tiene carácter de solemnidad, no solo porque abre ante nosotros ese misterio de lo desconocido, donde cada ser penetra solo, ni porque lleva hasta su último término la idea de nuestra fragilidad y de nuestra miseria, sino porque suspende todos los movimientos y da a todo lo que hemos hecho carácter decisivo e irreformable. Da a todos nuestros actos eterna gravedad al descubrirnos de golpe la imposibilidad de hacerles el mínimo retoque.

Prepararse para la muerte, es prepararse para la vida, no porque la verdadera vida deba rechazarse más allá de la muerte, sino porque el pensamiento de la muerte debe dar a todos los actos que vamos a hacer al liberarlos de la servidumbre del instante, una especie de inmóvil majestad, que los eleva hasta lo absoluto y nos obliga, por decirlo así, a contemplar por adelantado su significado puro. En cierta forma, hay que hacerlos entrar en la muerte para darles plenitud de la vida...

La idea de muerte, introduce nuestra vida en la eternidad. La muerte termina en vez de abolir. Por ella, la vida cesa de ser una espera y se convierte en una presencia realizada. Es vida que hasta entonces no tenía sentido para nosotros, viene a tomar un lugar en el universo como el cuadro que se separa por fin de la mano del pintor para tomar parte del patrimonio de la humanidad. Solo que en la muerte, el cuadro deja cada hombre y al cual ha consagrado su vida entera, es él mismo....

(La Conciencia de Sí. Louis Lavelle).

La muerte es un acontecimiento especial de la vida que no es fácil de comprender basándose en la experiencia de los demás y entenderla es una practica individual que se relaciona con el modo de vida de la persona.

En muchos aspectos la muerte en la edad senil presenta una cualidad diferente a la muerte de un individuo joven; en la persona mayor tiene menos de tragedia, parece menos injusta que en la joven, donde las circunstancias de su muerte es probable que sean traumáticas, con familiares que esperan angustiados que el paciente pueda recuperarse. En cambio los individuos moribundos en la de senil han llegado a aceptar el hecho de que la vida es finita y aparece como algo natural.

La educación y las practicas medicas dedican su principal atención a la conservación de la vida, sin embargo esto no ha de ser un obstáculo para la sensibilidad del medico ante el enfermo terminal.

EL ANCIANO ANTE EL PROCESO DE MORIR

El anciano enfermo de un proceso agudo, crónico o accidental que le ha sumido en una situación crítica que indefectiblemente le va a llevar a la muerte en un plazo relativamente corto de tiempo.

Es importante tener en cuenta la que patología del anciano predetermina esencialmente las causas de su muerte, por lo tanto, atendiendo a la frecuencia de las enfermedades del anciano, se puede decir que indefectiblemente existen una serie de procesos morbosos que van a llevar con mayor frecuencia que otros a un estado de terminalidad, entre los cuales vamos a referirnos especialmente al psicológico.

En la vejez la agonía va precedida frecuentemente por inmovilidad, incontinencia y anormalidad mental. Según estudios realizados por Isaacs más del 40% de los individuos mayores de 65 años, en estado terminal, han presentado una o más de estas tres discapacidades y se prolongaron hasta el momento de la muerte.

Debido a la inmovilidad, el anciano terminal va a presentar dos problemas fundamentales que van a repercutir en un mayor sufrimiento de éste paciente: debido a la permanencia incorrecta aparecen contracturas , que harán que el humor del paciente no sea el mejor. Por otra parte, cualquier anciano que queda postrado, es candidato potencial a las úlceras de decúbito que también ayudaran a que el se vea cada vez más deteriorado.

En cuanto a la incontinencia, es uno de los principales y más frecuentes problemas en ancianos que están gravemente enfermos; en la mayoría de los casos, reside en la pérdida de inhibición del acto de la micción.

Si nos referimos al estado mental del anciano terminal, éste puede variar desde estado de delirio y confusión pasando por fases de agitación y depresión, teniendo en cuenta, desde luego, el grupo de procesos demenciales de instalación progresiva, demencia senil o arteriosclerótica.

DUELO EN EL ANCIANO

Todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida. Es inevitable ante estas situaciones atravesar un proceso de duelo.

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido.

Luto o sentimiento de pérdida son términos que normalmente se utilizan en lugar de la palabra duelo. El sentimiento de pérdida se relaciona con el estado de sentirse privado de algún ser querido que ha fallecido. El luto es el proceso que nos permite la resolución del duelo.

El duelo es considerado como un síndrome porque la persona presenta determinadas manifestaciones y síntomas. La forma de expresar el duelo, está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos, a las situaciones que rodean la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina. Esta va abarcar distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación, aturdimiento.

El trabajo del duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida.

Al hablar de duelo no podemos dejar de citar a Sigmund Freud, quien compara la melancolía con el duelo en sus escritos de Duelo y Melancolía (1915–1917), el duelo, no se considera una conducta patológica ya que la inevitable tristeza por pérdidas afectivas no se consideran una patología, se supera con el paso del tiempo.

La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso se produce ante una pérdida que puede o no ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, auto reproches, auto denigración, insomnio, productividad inhibida.

La persona siente un vacío interno. En el duelo el objeto amado ya no existe más.

Sentimientos de inutilidad, deterioro en el funcionamiento, y retardo psicomotor, sugieren un cuadro depresivo grave.

En personas deprimidas, el riesgo que se corre a que presenten conductas o ideas suicidas, es mucho más alto y más duradero que en personas que atraviesan el duelo normalmente.

El duelo en el anciano, es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida.

También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza ésta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida.

El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.

La ancianidad presenta más dificultades para elaborar el duelo y tienden a reaccionar con manifestaciones somáticas.

LA VIUEZ

Desde el punto de vista psicológico, la soledad es más un sentimiento que un concepto objetivo. El sentimiento de soledad es personal e íntimo, pero incluye la respuesta de mas personas y circunstancias que rodean al individuo que se siente solo. La viudez es la ruptura del eje fundamental de la familia que es la pareja.

Otro problema es la burocracia, el viudo se encuentra entramado de gestiones, no siempre comprensible, como es el arreglo de los papeles para cobrar las pensiones, la búsqueda de medicamentos por la obra social, etc. Y si no tiene familiares esta tarea es más ardua aun.

La soledad del viudo se agrava por la dependencia económica. Si el anciano que queda viudo padece alguna enfermedad, puede tener más dificultades para superar este estado. Las enfermedades invalidantes agravan la soledad del viudo, pues tras el fallecimiento del cónyuge se encuentra con que no puede desarrollar los mecanismos de relación que puede poner en marcha en viudo sano. Es decir, mientras se encuentra postrado pero acompañado, se sobrelleva la enfermedad de manera mas fácil que cuando queda solo.

Dentro de una terapia convencional (se recomienda) un terapeuta que trabaje intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional a la persona, tanto de parte del terapeuta como de la familia, y amigos.

Es de carácter fundamental que los hijos, dentro de sus posibilidades, comprendan que la soledad en la que queda su padre o su madre, es muy dura de llevar, por esto es necesario que traten de aliviarla y ayudarla a superar ésta pérdida. Estas situaciones tienen distintos aspectos personales.

En ocasiones los hijos, toleran mal el sufrimiento de los padres y pretenden evitarlo a toda costa, pero hay que comprender que hay un tipo de sufrimiento completamente inevitable, que es la pérdida de la persona, con la que llevó gran parte de su vida, la madre o padre de sus hijos,.

La reprecisión que tendrá la pérdida de su cónyuge dependerá, en gran medida, del grado de dependencia que hubo entre ellos, Cuanto más haya sido su compañerismo más grande será su dolor.

La terapia grupal permitirá:

- Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.
- Mejorar la adaptación al medio.
- Aumentar la autoestima.
- Aumentar la auto eficacia
- Estimular la esperanza.
- Una visión diferente y positiva de la realidad
- Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a éste problema.
- Enfrentar el duelo, pero en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo
- Identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares.
- Estar acompañado y no sentir soledad.
- Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

...El duelo no es un movimiento natural de sensibilidad privada; es un deber impuesto por el grupo...(Durkheim, Les formes élémentaires de la vie religieuse, Paris 1925)

Tambien dice:... *La representación del alma como espíritu dañino en el tiempo, que sigue inmediatamente después de la muerte, no hace más que traducir el estado de abatimiento y de angustia que aflige al grupo social..... Para poder dar razón del duelo, ellos (los hombres) prolongaron la existencia del alma más allá de la tumba... Es olvidar, sin embargo, que esa alma corresponde a algo bien real para la mentalidad mística.*

LA MUERTE

El individuo es en si mismo un receptáculo de fuerzas que la muerte libera subitamente y que la sociedad debe analizar, porque son peligrosas y contagiosas, o recuperar, si son beneficiosas.

La muerte es primero sentida y luego concebida por la humanidad, no como un estado estable y definitivo, una terminación, sino como una transición, una renovación, un renacimiento, comparable por los demás a los ritmos cósmicos.

... El límite entre la vida y la muerte es el que distingue dos estados del ser, y no aquel donde se oponen el ser y la nada...(Maurice Leendhardt, Gens de la Terre, Paris 1937

La muerte es asunto grave, y cualquiera sean las circunstancias ocasionales que la tornen deseable, no podríamos divertirnos o alegrarnos al tratarla.

No es una razón, para poner cara larga al hablar de ella; nada sería más indigno de un filósofo. Sócrates, que sigue siendo la mayor personalidad moral de la antigüedad nos da a este respecto un ejemplo incomparable de buen humor, no solo en presencia de la vida sino frente a la muerte.

El hombre ama la vida, no por ella misma, sino o por los valores que sostiene, así como ama el arbusto por la rosa y a la rama por el fruto. La vida y la muerte están indisolublemente ligadas a una tercera realidad, el valor. Vida, muerte, valor, forman una trinidad, y no podemos comprender uno de los términos sin los otros dos.

Esta trinidad, es exclusivamente humana. Los animales, no tienen el sentido de la muerte, tampoco el sentido de los valores. Solo el hombre es capaz de luchar por un ideal (no por efecto de un reflejo instintivo, sino por una valuación conciente) y de morir sabiendo que muere.

¿Que vale lo que hace el siglo?

La muerte todo deshace en una hora

Y nunca lo vuelve a hacer.

¿Qué vale lo que la avaricia atrae?

La muerte en una hora todo quita

Y nunca restituye nada.

La muerte hace callar a los más parlanchines,

Llorar y bramar a los sonrientes;

Convierte siempre en feo el buen tiempo;

La muerte iguala el saco y el cilicio

Con la púrpura y los lujosos vestidos;

La muerte gana todas sus demandas.

CONCLUSION

Conocimos un mundo en donde los ancianos eran queridos y respetados, donde estos estaban orgullosos de un pasado que justificaba su decadencia. Veíamos en ellos un modelo de vida y el fin que nos esperaba, temíamos su muerte porque nos dejaban solos frente a nuestro destino

Nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a reintegrar a las personas a su natural sociedad. Los ancianos deben volver al seno de la familia o a la compañía de los adultos, de los jóvenes y de los niños. Es en la diversidad de los contactos, en la relación entre generaciones que se forjan las individualidades, se prolongan los tradiciones, se construyen las identidades, reinterpretando y enriqueciendo la realidad presente.

Revitalicemos los sistemas de parentesco, fortifiquemos la familia, no como institución moralizante y represiva, sino como refugio de los afectos defendidos por las fidelidades olvidadas, dejemos las críticas al lado y reemplacémoslas por las solidaridades. Tal vez algún día recuperen el lugar social que les corresponde en el corazón de la juventud, restituyendo el orden natural que implica el vivir en conjuntos que no marginen por criterios de edad o de cualquier otro, a los viejos de ahora y los por venir. Siempre se puede reiniciar una nueva vida, en la etapa que sea, como jóvenes, como adultos o como ancianos. La gran lucha de la humanidad es la de recuperar la alegría de vivir como jóvenes o viejos. No es problema de la tercera edad, es el problema de nuestra especie. Los hombres en su evolución hacia la espiritualidad, saben que esta se encuentra en la felicidad.

El proceso de envejecimiento comienza al nacer, incluso antes de esto. Uno aprende a envejecer desde chico, con la experiencia cotidiana, entre los vínculos con los que nos relacionamos, empezando con las relaciones primarias y luego con los otros vínculos sociales y grupales. Todos vamos recolectando diversas experiencias, vivencias y sentimientos que van formando nuestro marco referencial, y de este dependerá como enfrentaremos a la vejez. Para realizar este trabajo monográfico, hemos compartido diversas experiencias con numerosos ancianos, de distinto lugares, tales como, geriátricos, centros de jubilados, nuestros familiares y vecinos. En estas charlas, comprendimos que cada uno de ellos tenía su propia manera de enfrentar la vejez y que esto estaba relacionado con sus diversas circunstancias vinculares (afectivas, intelectivas, laborales). Algunos de ellos esperaban con paciencia la inevitable llegada de la muerte, o creían que llegaría cuando ellos mismos lo desearan, sin embargo otros ni pensaban en esto y buscaban la forma para enriquecerse y seguir creciendo, participando activamente en la sociedad o en sus propias familias. Es el aporte creativo y la participación, lo que le permite a la persona trascender, no caer en el mundo de hoy, donde todos los cuerpos tienen edad y las mentes tienen tiempo. La persona que responde con creatividad ha aprendido a no identificarse con el tiempo.

Bibliografía

- El envejecimiento. David P. Barash.

Ed. Biblioteca Científica Salvat. Año 1987

- El hombre frente a la muerte. G. Favarger, J. Cabus, M. Erard, F. Clerc, Ch. Guyot, R. Schaerer, P.H-H. Meroud.

Ed. Troquel. Año 1964.

- El sufrimiento del enfermo viejo.

Orientación médica, Vol. II, N°7, año 1973.

- Enfermo terminal

Revista Interamericana de geriatría y gerontología. Vol. III, N°9, año 1993.

- Interacción del anciano: una difícil experiencia familiar. Medico Moderno Vol. 19, N°7, año 1981
- Vejez: Aspectos polémicos. Dres. Meroff y Pulpeiro.

Geriatría Practica, Vol. IV, N°10, año 1994.

- La salud de los ancianos: un desafío para la investigación interdisciplinaria. Prof. Dr. Lehr.

Geriatría Practica, Vol. V, N°2, año 1995.

- Psiquiatría y salud Mental. Prof. Dr. Dalma.

Psiquiatría Vol. IV N°1–4, año 1961