

Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral

Luis Alberto Villanueva Egan¹

RESUMEN

El envejecimiento de la población, requiere de una reorganización de los servicios sociales y de salud orientada hacia el incremento del bienestar, conservar la autosuficiencia, la independencia económica y promover programas de apoyo social para los adultos mayores. Además, es muy importante desarrollar programas preventivos de exacerbaciones de las enfermedades crónicas, de la discapacidad e institucionalización.

Los ancianos deben recibir una atención más amplia, por médicos generales o familiares entrenados y por equipos multidisciplinarios de salud, que puedan brindar una atención geriátrica integral estructurada en principios epidemiológicos, biomédicos, éticos y del entorno psicosocial.

Palabras clave: Envejecimiento, ancianos, gerontología.

PERFIL DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

La Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena en 1982, definió como adulto mayor a una persona de 60 años o más, de las que se estima que para el año 2018 habrá 1,000 millones en todo el mundo.

Para el año 2000, los Estados Unidos de América y el Canadá conjuntaban más de 50 millones de personas de 60 años o más. En América Latina y el Caribe la cifra actual corresponde a más de 42 millones de personas y de ellas el 55% son mujeres, siendo una condición presente en todas las regiones del mundo

ABSTRACT

The aging of the population requires a reorganization of the health and social services oriented toward to increase the well-being, self-sufficiency, economic independence and to promote social support programs for the older adults. Furthermore, is very important to carry on prevention activities of exacerbations in chronic disease, disability and institutionalization.

The elderly people should receive more extensive evaluation by trained general or family practitioners and by multidisciplinary team of health care professionals who can provide an integrated geriatric care, structured in a scenario of epidemiological, biomedical, ethical, psychological and sociological principles.

Key words: Aging, elderly people, gerontology.

que ellas sobreviven a los hombres, lo que tiene efectos directos en las condiciones de vida y de bienestar socioeconómico de las mujeres mayores. Para el año 2020 se espera que en América Latina y el Caribe, la cifra alcance 82 millones de personas de 60 años o más, el 12.4% de la población total, y que la base de la pirámide poblacional sea rectangular, con tantas personas de más, como menores de 30 años.¹

El cambio demográfico tiene implicaciones importantes para el crecimiento económico, la estructura de la familia y prioridades dentro de la prestación de servicios sociales y de salud. Mas aún considerando que entre los ancianos el grupo de mayor crecimiento es el de personas de 75 años o más, cuya presencia se triplicará en muchos países.² En la Región de las Américas, se espera que para el año 2020 habrá un total de 45.9 millones de personas de 75 años de edad o más.¹

Desde una perspectiva nacional, México contaba en 1998 con una población estimada en 98 millones 132 mil 418 individuos, de los que cerca de 4.5 millones eran personas mayores de 65 años de edad. De éstos, el 58.3% sin acceso a la seguridad social. En

¹ Subdirector de Investigación. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Subdirección de Investigación. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra.

Delegación Tlalpan. CP.14000. Tel / Fax: 56-66-60-21

Correo electrónico: laave@servidor.unam.mx

el año 2025, la población mexicana se incrementará en un 22%, alcanzando cerca de los 126 millones de habitantes. El porcentaje de población mayor de 65 años casi se triplicará y llegará a más de 13 millones y medio de personas, de las que una parte importante quedará –de no corregirse la organización actual– fuera de esquemas de protección social.²

El incremento en la población de adultos mayores tiene repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, que se expresan principalmente en los sistemas de pensión, jubilación, aporte de ingresos, distribución de tareas dentro de las familias y un aumento en la necesidad de asistencia médica, psicológica y socioeconómica, debido a la elevación en la frecuencia y número de enfermedades crónicas degenerativas causantes de invalidez (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares).

El problema de la salud de los adultos mayores, como de la salud pública en general, se encuentra íntimamente vinculado a la equidad social y a las diferencias de género. Existen diferencias notables en las características de la salud, el acceso a la asistencia médica integral de alta calidad entre las diferentes clases socioeconómicas. Por otra parte, los hombres y las mujeres presentan tendencias de morbilidad, mortalidad muy distintas, así como en la utilización de servicios de asistencia social y sanitaria, lo que genera un marcado deterioro del bienestar de las mujeres en edad muy avanzada, cuando más del 50% de ellas son viudas, sin una red de protección económica y social.¹

La transición demográfica y la naturaleza de los problemas de salud de la población anciana, plantea retos importantes al Sistema de Salud: en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, identificar oportunamente los padecimientos más comunes, prevenir o retrasar la aparición de complicaciones, así como mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad física, psicológica a través de la implementación de intervenciones nutrimentales adecuadas y promoción de las actividades físicas e intelectuales.

Por otro lado, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas obligará a la demanda de servicios especializados, de alto costo y atención multidisciplinaria.

Actualmente, es apremiante la creación de clínicas geriátricas interdisciplinarias, con profesionales

en trabajo social, enfermería, psicología, fisioterapia, odontología y medicina, que brinden servicios orientados principalmente a la prevención e identificación temprana de enfermedades, con objeto de mejorar la calidad de vida, disminuir el deterioro físico y psicológico, así como retrasar el desarrollo de complicaciones o invalidez en aquellos padecimientos crónicos de curso progresivo; además, estos servicios deberán ocuparse de tratar las enfermedades más comunes en la edad geriátrica, evitar el internamiento prolongado, brindar asistencia continua con servicio domiciliario y ofrecer alternativas comunitarias de institucionalización, cuando ésta sea absolutamente necesaria, como en los casos de dependencia funcional, sin que exista en la familia o en la comunidad quien pueda proveer el cuidado.

Es un hecho evidente que la población anciana es una de las mayores usuarias de los servicios de salud. En un estudio realizado en México,³ con base en los datos recolectados por la Encuesta Nacional de Salud II en 1994, se analizaron el perfil sociodemográfico y la utilización de servicios de salud durante los 12 meses previos en una muestra de 4,628 personas de 60 años o más. En esta investigación se demostró que el 82% de los ancianos de la zona rural y 42% en la zona urbana carecían de servicios de seguridad social. Las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial (9.9%); diabetes mellitus (9%); cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Durante el año previo a la encuesta, 5.5% de los hombres y 5.8% de las mujeres fueron hospitalizados, absorbiendo el IMSS el 40.5% de las hospitalizaciones. La tasa de utilización de los servicios de salud fue de 11.4%, lo que representa la tasa más alta de todos los grupos de edad, siendo la tasa nacional de 5.8% y fueron las mujeres las que más utilizaron los servicios (60%). Los servicios de salud en donde más frecuentemente se atendieron los ancianos en zonas urbanas fueron el médico particular (38%), el IMSS (32%), la SSA (11.5%), el ISSSTE (7.7%) y el IMSS-Solidaridad (2.5%). En zonas rurales fueron: el médico particular (36%), la SSA (30%), el IMSS-Solidaridad (13%), el IMSS (10%) y el ISSSTE (3%). Resulta notorio que el servicio de salud más utilizado por el anciano corresponde al servicio privado sin distinción por la zona de residencia (urbana o rural), lo que genera una fuente adicional de erogación de sus de por sí mermados recursos, por el pago de servicios de salud, lo que se debe a

problemas de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud públicos.

En los países que, como México, no han superado los problemas de salud derivados de la pobreza, la transición demográfica representa una fuente de mayor presión sobre un sistema de salud que ya está de por sí sobrecargado y que es a todas luces ineficaz. Es ineludible evaluar a fondo la estructura de los servicios de salud, concentrando esfuerzos, fortaleciendo los programas preventivos y de apoyo social, impulsando la participación activa de la población en la generación de programas destinados a satisfacer sus propias necesidades de salud, evitando que los siempre insuficientes recursos destinados a la salud pública se orienten principalmente a la generación de servicios altamente especializados, en aras de una supuesta incorporación a la modernidad, de muy elevado costo social y que frecuentemente no responden a las necesidades reales de salud de la población.

CONSIDERACIONES BIOMÉDICAS

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos, como de funciones; que se producen a varios niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El envejecimiento celular es un componente importante en el envejecimiento del organismo que se caracteriza por una disminución en diferentes procesos, entre los que se incluyen los de fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético. Este proceso es continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades. A diferencia del cronológico y social, el biológico sí corresponde con el proceso de envejecimiento.

Para explicarlo se han invocado diferentes argumentos, entre los que destaca la teoría que afirma la existencia de un programa que determina la duración de la vida, que está gobernado por la interacción entre los genes y los factores ambientales. Se han postulado defectos en la estructura y función de los componentes moleculares que participan en la transferencia de la información genética desde el DNA

hasta la síntesis de proteínas (estructurales de la célula, de la matriz extracelular y enzimas).⁴ También puede deberse al deterioro en la función de los mecanismos de reparación molecular y celular. Estos cambios ocurren con el paso del tiempo bajo la influencia de factores ambientales (nutrición, tabaco, tóxicos ambientales, radiación ultravioleta, etc.) o por la acción de los productos de procesos endógenos como son los altamente reactivos radicales libres de oxígeno y la glucosilación no enzimática de proteínas.⁵ En diferentes especies, la longevidad está inversamente relacionada con la generación mitocondrial de radicales superóxido y es directamente proporcional a la sobreexpresión de las enzimas antioxidantes superóxido dismutasa y catalasa. El incremento en el daño oxidativo se ha relacionado a la exposición ambiental repetida de agentes lesivos (por ejemplo: radiaciones ionizantes) aumentando con la reducción progresiva de mecanismos de defensa antioxidantes (vitamina E y vitamina C). La disminución en la ingestión energética disminuye los niveles en estado estable del daño oxidativo, enlentece los cambios relacionados con la edad y aumenta la duración de la vida en los mamíferos.⁵

Las células de un individuo viejo, tienen una disminución en la capacidad metabólica y un descontrol en las funciones de proliferación y supervivencia. La capacidad replicativa que se mide por el número de duplicaciones, que puede llevar a cabo una población celular, es un fenómeno determinado por el tipo celular, la edad y la especie del individuo del que provienen las células; las que derivan de un individuo viejo se duplican menos veces que las de uno joven y éstas menos que las de un feto. Mientras más vive un individuo, mayor es el número de replications que llevarán a cabo sus células. A la pérdida de la capacidad de replicarse se le denomina senescencia replicativa o celular y corresponde a una disminución del número de células que continúan dividiéndose en una población. Se ha sugerido la existencia de un reloj molecular que marca el momento de detener la capacidad de replicación celular y de entrar en un estado senescente. Se ha señalado que este reside en las moléculas de DNA localizadas en los extremos de los cromosomas, y que reciben el nombre de telómeros. Conforme una célula se divide, sus telómeros se van acortando, pero la enzima telomerasa los repara. Las células incapaces de restablecerlos se encuentran en un punto en el que

pueden morir o entrar en senescencia replicativa. Probablemente sea esta la causa de la disminución en la capacidad regenerativa de los tejidos de un individuo viejo, como ocurre con los componentes celulares, moleculares de los vasos sanguíneos y del corazón. Cuando en condiciones experimentales se reactiva la telomerasa, algunas células normales pueden extender su vida indefinidamente y no sufren senescencia replicativa, lo que se encuentra estrechamente asociado a los mecanismos del cáncer. Si una célula escapa al proceso de envejecimiento se vuelve cancerígena y desarrolla tumores especialmente en tejidos de renovación continua.⁶

Se ha observado que la disminución en la eficacia del ajuste homeostático conduce en la vejez a la insuficiencia de los mecanismos de adaptación. Existen evidencias de que en el proceso de envejecimiento, se encuentran afectadas las funciones de los tres grandes sistemas controladores: nervioso, endocrino e inmune, los que al actuar de manera integrada, alteran de manera general los procesos corporales, como el aprovechamiento de los nutrientes, la tasa metabólica, producción de anticuerpos, metilación de genes, tasa de reparación de DNA, producción de los radicales libres de oxígeno y la entropía del sistema, lo que incrementa la vulnerabilidad a las enfermedades.⁷

De estas consideraciones, nace la importancia de redefinir los procesos salud-enfermedad en este nuevo contexto fisiológico. Aun con el riesgo de parecer obvio, es conveniente recordar que el envejecimiento es un estado multicausal, con enfermedades que le son propias, con formas peculiares de presentación aun de las enfermedades comunes y con respuestas diferentes a las medidas terapéuticas en comparación con otros grupos etáreos. La salud en la vejez depende en mucho de los modos de vida, exposición a factores de riesgo, oportunidades de acceso a la protección y la promoción de la salud en el transcurso de la vida. Con el envejecimiento de la población cambian también los tipos de enfermedades predominantes. Las patologías crónico-degenerativas, tales como las afecciones isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y sus complicaciones, son las principales causas de morbilidad en población geriátrica, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía. Al lado de padecimientos demenciales, particularmente la enfermedad de Alzheimer, afecciones osteoarticulares y el deterioro sensorial, auditivo y visual.^{7,8}

Entre las recomendaciones más importantes de la prevención cardiovascular se encuentran el control adecuado del peso corporal, hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Así mismo es importante evitar o suspender el consumo de alcohol, tabaco e incorporar a los ancianos en un estilo de vida físicamente activo.¹

Otra entidad asociada a la vejez es la osteoporosis, que incrementa la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas, principalmente de cadera y vértebras. La terapia de reemplazo hormonal, la suplementación con calcio, la actividad física en mujeres posmenopáusicas disminuyen la velocidad de pérdida ósea y participan en la prevención de trastornos cardiovasculares del tipo del infarto agudo del miocardio y enfermedad vascular cerebral.⁹ Esta estrategia representa una práctica recomendable no sin antes evaluar cuidadosamente el riesgo y el beneficio en la paciente individual.

La disminución en las funciones visual y auditiva se encuentran entre las discapacidades más comunes en los ancianos. Ambas condiciones de no ser prevenidas y tratadas oportunamente son causa de aislamiento social, pérdida de la autosuficiencia en el cuidado personal y consecutivamente de depresión.

Es importante considerar que algunas complicaciones de enfermedades comunes, ocurren décadas después de iniciado el proceso y son en consecuencia, más frecuentemente observadas en el adulto mayor, como sucede con las manifestaciones tardías de la diabetes mellitus.

La estrechez económica y la elevada frecuencia de deterioro cognoscitivo o motriz, obstaculizan el proceso de atención, limitando las posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas o incluso el acceso a los servicios de salud.⁸

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El envejecimiento es un proceso que forma parte de la vida humana y que se enlaza en el sentido y significado de la vida. Como tal, implica cambio permanente, por lo que los compartimentos de juventud y vejez son segregables sólo con fines analíticos. Los ancianos de hoy fueron jóvenes y contribuyeron a desarrollar la sociedad actual, que ahora los rechaza; los jóvenes de hoy serán los ancianos de mañana, de lo que hagan en beneficio –sin paternalismo– por los viejos de hoy, lo estarán haciendo en beneficio de su propio futuro.

El sentido cotidiano de la existencia se encuentra en tener una tarea cohesionada por ideales y esperanzas, alentada por un propósito, un objetivo, una meta. La ejecución de estas tareas, requiere ubicarse dentro de los márgenes con que los sistemas normativos rigen los comportamientos tanto individual como grupal. Cuando aun dentro de éstos, convenientes para la convivencia social, las aspiraciones individuales no encuentran cauces para la realización personal, se generan frustración y un campo propicio para la tensión ética y social. La propiedad de una política para la ancianidad debe proveer oportunidades justas, defendiendo el sentido personal, respetando la autonomía y salvaguardando la dignidad individual. Los esfuerzos benefactores públicos o privados para "rejuvenecer" a los ancianos, niegan –de otra manera– el significado social, en consecuencia el valor de ser viejo.

Frecuentemente, los programas de atención a los ancianos se fundamentan en los conceptos de necesidad, reciprocidad y solidaridad. Sin embargo, al tratarse de conceptos muy imprecisos, en algunos casos han favorecido políticas discriminatorias, esquemas de sujeción o control caracterizados por pérdida de la autonomía como de la dignidad. Reiteradamente se ha respondido que para los ancianos, lo mínimo es lo necesario. Con astucia retórica, los defensores de una mínima intervención estatal, en los servicios sociales y de salud, invocando a la solidaridad, han delegado en la familia e incluso en los amigos, la creación y funcionamiento de las redes de apoyo social, argumentando lo funesto de un estado paternalista, olvidando que dentro de una población empobrecida no puede suponerse que en todas las familias se dispone de los recursos para asumir personalmente los deberes y obligaciones con sus viejos. Las acciones emprendidas por y para los ancianos deben fundamentarse en los principios de justicia, responsabilidad, autonomía y beneficencia. El principio de justicia supone brindar lo mismo a quienes requieren lo mismo y diferente para quienes deban recibir diferente. El servicio, una vez decidido y concedido, se dará a los que lo reciben sin reservas adicionales, bajo condiciones semejantes. La responsabilidad de un sistema consiste, en su capacidad para responder a demandas cambiantes del escenario en que se opera, a nuevas percepciones, expectativas de sus usuarios y para anticipar desafíos por cualquier concepto.¹⁰ Frecuentemente se llega a suponer que el anciano es incapaz de tomar sus deci-

siones, siendo que sólo un grupo menor que ha sido afectado por enfermedades, como la demencia, tiene el problema de la competencia mental, en estos casos la responsabilidad de decidir, es asumida por la persona legalmente designada, sus allegados o el médico. Aun en el supuesto de buscar el máximo beneficio, si se atropella la autonomía del anciano, da como resultado una sensación de minusvalía, segregación, aislamiento y depresión. Los ancianos son susceptibles a ser sometidos a procedimientos, diagnósticos o terapéuticos de carácter invasivo, en ocasiones sin representar ningún beneficio para el paciente, cuando lo primordial es mantener el nivel funcional, el cuidado paliativo, sin perder de vista el riesgo de caer en la abstinencia e indiferencia.

Para toda clase de decisiones, especialmente las difíciles, debe consultarse antes al paciente, valorar las condiciones en las que efectuó su decisión, en términos de competencia, bajo un problema depresivo o bajo presión externa y entonces diseñar la intervención adecuada.¹¹ Si bien, el envejecimiento es un fenómeno universal su expresión es individual, no todos los ancianos envejecen igual, al mismo ritmo ni con la misma intensidad, en este proceso intervienen factores genéticos, ambientales y sociales, por lo que las estrategias generales de atención deberán realizarse con la participación individual o familiar.

El presente es vivido por los ancianos como una época de pérdida: se pierde el trabajo, influencia, poder, autonomía y autoestima. El anciano debe depender de personas, instituciones y gobiernos que siempre tienen tareas "prioritarias" que atender, debe asumir ser relevado en la toma de decisiones aun de aquellas de su estricta competencia, aprender a obedecer las normas de otros y esperar su turno pacientemente. Una forma de anticiparse a los desafíos del envejecimiento proviene de adoptar, de manera racional, la noción del menoscabo gradual de funciones que ocurre desde la vida adulta, que se hace más notorio en el anciano, yendo desde la pérdida parcial reversible hasta la total irreversible. Al parecer la capacidad de adaptación a las pérdidas (duelo y jubilación), otros cambios que ocurren a lo largo de la existencia, determinan en gran medida la capacidad de ajuste personal a la edad avanzada. La conciencia de pérdida, permite que el individuo establezca tempranamente sus mecanismos de compensación para adaptarse a las nuevas situaciones de una manera más adecuada, sin menoscabo de su autonomía y de su

dignidad. Una forma en la que el anciano aprende a vivir, es vinculándose con el pasado a través del recuerdo, el cual no es una simple representación de acontecimientos, sino una reconstrucción personalísima de contextos, atmósferas fuente de sentido y significado para el individuo, casi imposible de compartir o de entender por otro. Un anciano podrá olvidar sucesos, pero siempre recordará atmósferas, como expresión de su intimidad.¹⁰ El hombre en una situación de desolación por la pérdida, lo soporta con dignidad sólo en la amorosa contemplación de la imagen del ser querido. El recuerdo trasciende la persona física del ser amado y encuentra su significado más profundo en su propio espíritu, en su yo íntimo.¹²

Aun más que a la muerte, la principal preocupación del anciano es un largo periodo de incapacidad y desvalimiento, más cuando es doloroso. Sobre la autonomía, libertad y dignidad del anciano, tanto la visión romántica-paternalista como la científica biomédica, han ignorado o despreciado considerar que la índole genuina del ser humano radica en la voluntad de éste, en su soberano libre albedrío y en el afán de ejercerlo incluso cuando tal ejercicio vaya en contra de la razón y de su ventaja personal. El gran escritor ruso Fyodor M. Dostoyevski en la voz de su personaje de *Apuntes del subsuelo* (1864), nos dice al respecto: «...el hombre, quienquiera que sea, siempre y en todas partes, prefiere hacer lo que le da la gana a lo que le aconsejan la razón y el interés; puede incluso que quiera hacer algo contra su propio interés, y a veces es **absolutamente imperativo** que lo haga. Su propia, libre y franca voluntad, sus propios caprichos por bestiales que sean, su propia fantasía exacerbada a veces hasta la demencia...es la más preciada ventaja que se ha pasado por alto, que no figura en ninguna clasificación, y contra la cual se estrellan de continuo todos los sistemas y todas las teorías...Lo que el hombre necesita es sola y exclusivamente una voluntad independiente, le cueste lo que le cueste y le lleve a donde le lleve». Es esta libertad la que permite que la vida tenga sentido y propósito.

CONSIDERACIONES SOCIALES

La Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, bienestar, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

servicios necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad". La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reunida en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994, instó a los gobiernos de los países a que aseguren las condiciones necesarias para permitirles a los adultos mayores llevar una vida sana, productiva para emplear su experiencia y habilidades en beneficio de la sociedad.

Tradicionalmente, el discurso político sobre el envejecimiento se ha construido sobre la base de la solidaridad y la defensa de los derechos humanos, mientras que el discurso económico sobre la modernidad se traza sobre los valores derivados de la competencia, la acumulación del capital y el consumo: el poder y el prestigio. En este contexto, los ancianos son relegados al momento del diseño de las políticas públicas sobre trabajo, educación, vivienda, salud, tiempo libre. Los esfuerzos destinados a satisfacer sus necesidades de atención médica o social no rebasan los límites de la caridad, el altruismo y la beneficencia pública, loables pero por demás insuficientes.

En una sociedad que fundamenta su éxito en el desarrollo y adquisición de nuevas tecnologías, el eje utópico social se sitúa ineluctablemente en el futuro. De modo que, el pasado representa lo obsoleto, lo arcaico, lo inadecuado conforme a las necesidades actuales: virtudes incomprensibles y destrezas inútiles. Cuando el desarrollo tecnológico impone la adquisición de nuevos conocimientos a la vertiginosa velocidad con la que ocurren los cambios en las herramientas y maquinarias, la experiencia carece de sentido. En las sociedades urbanas contemporáneas se niega todo sentido al ser viejo, lo que se manifiesta en los denodados esfuerzos para evitar envejecer o que se evidencie el envejecimiento, reflejados en los giros idiomáticos, en la ropa, y en el consumo irracional de cosméticos e intervenciones quirúrgicas destinadas a proyectar una apariencia seudojuvenil. Así, en las pujantes economías neoliberales, los ancianos no tienen un sitio, por no ser fuente generadora de riquezas, por sobrecargar los sistemas de cuidado, por su bajo nivel de consumo; son ciudadanos merecedores de "respeto" siempre que no graven la economía social u obliguen a "desmesurados sacrificios" en pensiones, jubilaciones y atención médica.

La pérdida del trabajo, lo cual frecuentemente ocurre en condiciones arbitrarias, abiertamente discriminatorias, significa renunciar a una fuente de ingresos que no se compensa por las jubilaciones o pensiones, por lo que al proceso de envejecimiento se asocia una situación de estrechez económica, sin dejar de mencionar el fuerte golpe a la autoestima que lleva implícita. Además, no todos los adultos mayores son jubilados, porque sólo acceden a esta situación aquellos que fueron trabajadores formales en su periodo de vida económicamente activa, lo que en estos casos se traduce en una situación de desprotección total. De aquí, surge la necesidad de instituir formas de integración social y económica de los adultos mayores, y el diseño de estructuras complementarias que incorporen al segmento de la población no incorporado a la seguridad social.

En las áreas rurales de América Latina más de la mitad de los hombres de 60 años o más, siguen siendo económicamente activos, debido a que la mayoría de los habitantes de las zonas rurales no tienen una edad "obligada" para retirarse.¹³ Es probable que las tendencias continuas de urbanización alteren significativamente el perfil ocupacional y epidemiológico de los trabajadores mayores en los próximos decenios.¹⁴ De acuerdo a la tendencia de migración del campo a la ciudad, se estima que en el futuro próximo 75% o una proporción mayor de los ancianos, residan en áreas urbanas.¹⁵

Actualmente, bajo el contexto de considerar a los adultos mayores como un grupo poblacional cuya atención significa altos costos, en donde la inversión realizada no tendrá condiciones de revertirse a la sociedad, se les desplaza de los mecanismos de participación social y sus derechos, carentes de un marco jurídico, se circunscriben en algunas prerrogativas de carácter eminentemente asistencial, ligadas al régimen de previsión social, limitado a los cotizantes provenientes en su mayor parte del sector público y de unas pocas áreas del sector privado. Las redes de apoyo social se encuentran principalmente en los sistemas informales que surgen como consecuencia de sentimientos afectivos, no de procesos formales o técnicos. La familia, los amigos así como los vecinos constituyen sus componentes principales. La proporción de ancianos que viven solos es por lo general mayor del 10%. En los casos en que los ancianos requieren asistencia en sus tareas domésticas y sus actividades diarias, los miembros de la

familia cercana -casi siempre las hijas- representan la fuente principal de apoyo. Lo anterior apunta hacia la necesidad de formular programas de respaldo a las familias en su función de prestadoras de cuidados.

Conforme aumenta la proporción de ancianos, también lo hace la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, lo que implica una mayor necesidad de recursos económicos, sanitarios para su prevención, atención y rehabilitación. Debe establecerse un esfuerzo adicional, en el subgrupo de los "ancianos frágiles": sujetos que, sin ser víctimas de patología grave, se ven expuestos al riesgo de deterioro funcional, por su estado nutricional, sus funciones cognitivas, tono afectivo o entorno social.^{8,11}

Por todo lo anterior, es necesario ampliar la cobertura de la seguridad social e impulsar la creación del marco jurídico que garantice al adulto mayor, ingresos regulares, adecuados a través de la incorporación a un sistema de trabajo parcial y aportes jubilatorios dignos, condiciones apropiadas de trabajo remunerado, vivienda de calidad a costo reducido, acceso a la atención integral de su salud, actividades de recreación, participación artística, cultural, reducciones en las tarifas de medicamentos, espectáculos públicos, actividades educativas, transporte, eliminación de barreras arquitectónicas, y la formación de recursos humanos en las acciones asistenciales (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.), así como el impedimento de la discriminación y la violencia dirigida contra los adultos mayores. La sociedad debe precisar que no tan sólo se perciban útiles, sino que adquieran una participación relevante con reconocimiento social.

La ejecución de estos programas generales alcanzará mayores posibilidades de desarrollo bajo el control del ámbito municipal, del barrio y de la organización vecinal, adecuando sus mecanismos para satisfacer las necesidades de grupos específicos de la población aun con características culturales diferentes.

Sólo mediante una reorientación social de la economía, que deposite su inversión más valiosa en el capital humano, el anciano recuperará su lugar protagónico en la familia, en la sociedad, como poseedor de experiencia, sabiduría y transmisor de valores para los más jóvenes. Para establecer políticas públicas y planes dirigidos a alcanzar un envejecimiento saludable se requiere crear fortaleciendo las redes de apoyo social, con un enfoque intergeneracional de prevención médica, social y económica, en beneficio de los adultos mayores actuales y futuros.

DISCUSIÓN

Si bien la vejez representa una condición biológica con características propias, son las estructuras sociales, económicas las que delimitan la participación de los individuos de acuerdo a su edad y sexo. En las sociedades occidentales contemporáneas se observa de manera creciente la desvinculación de la sociedad con los ancianos, argumentando un status de inferioridad física y en consecuencia socioeconómica asignada al grupo social de los mayores de 60 años.

Es una falacia considerar a los ancianos deseosos de descansar, meditar y aislarse. Contrariamente, la queja que de manera repetida manifiestan es la pérdida de participación social. Su afección más frecuente es la depresión por la pérdida de estímulos reales. Esto es particularmente cierto en las sociedades urbanas en las que el valor más importante es la productividad. Tradicionalmente, en algunas zonas rurales de nuestro continente se reconoce el valor del anciano como fuente de experiencia y sabiduría. Es conocido el lugar destacado que tenían los ancianos en las sociedades prehispánicas de América.

La vejez es inevitable, destino que debe asumirse en la mejor forma posible, siendo conscientes de que todos envejeceremos y que todo aquello que, combinando desarrollo y justicia social, acreciente las satisfacciones y necesidades de los ancianos, con lo cual se habrá logrado para todos.

CONCLUSIONES

- El buen envejecimiento depende en gran medida de: la prevención de las enfermedades, la discapacidad, el mantenimiento de una gran actividad física de las funciones cognoscitivas, así como de la participación interrumpida en actividades sociales y productivas.
- El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida; los modos de vida que favorecen un envejecimiento sano se fortalecen en épocas tempranas de la vida.
- El buen envejecimiento requiere hacer hincapié en la educación a lo largo de la vida, el uso creativo de las experiencias vitales, políticas que alienten el empleo y la capacitación permanente de trabajadores de edad.

- Se necesitan programas de preparación para la jubilación, al igual de políticas nacionales que aseguren un nivel mínimo y adecuado de seguridad económica para las personas jubiladas o desocupadas.
- Es importante establecer programas que fortalezcan la interdependencia, equidad generacional, tendientes a reducir el aislamiento físico y emocional, así como el maltrato a los ancianos.
- Es necesario fortalecer el desarrollo de recursos humanos, capacitados en el trabajo con ancianos, desde el nivel individual hasta la organización de programas de asistencia médica y social.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7:60-7.
2. Proyecciones de la población de México, 1996-2050. México. *Consejo Nacional de Población (CONAPO)*, 1998.
3. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex* 1998; 40:13-23.
4. Miller RA. The biology of aging and longevity. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG (eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4th ed. *Mc Graw-Hill*, 1999.
5. Sohal RS, Weindruch R. Oxidative stress, caloric restriction and aging. *Science* 1996; 273: 59.
6. Campisi J. Aging and cancer. *J Am Geriatric Soc* 1997; 45: 482.
7. Miller RA. The aging immune system: primer and prospectus. *Science* 1996; 273: 70.
8. Gutiérrez LM. El proceso de envejecimiento humano: implicaciones clínicas y asistenciales. *Rev Fac Med UNAM* 1998; 41: 198-206.
9. Barret-Connor E, Bush TL. Estrogen and coronary heart disease in women. *JAMA* 1991; 265: 1861.
10. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2000.
11. Rodríguez GR, Mendoza ML. Bioética. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D' Hyver C, ed. *Geriatría*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2000: 300-5.
12. Frankl VE. *El hombre en busca de sentido*. 19ª ed. Barcelona, España: Herder, 1998.
13. Kalache A, Coombes Y. Population aging and care of the elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews of Clinical Gerontology* 1995; 5: 347.
14. Kalache A. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento de la población en el futuro posible? En: Pérez EA, ed. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS, *Publicación Científica* No. 546, 1994.
15. Barros Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Pérez EA, ed. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS, *Publicación Científica* No. 546, 1994.