

# Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen 2  
Volume 2

Número 1  
Number 1

Enero-Marzo 2004  
January-March 2004

*Artículo:*

Actitud del médico en la atención del anciano

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**



## Actitud del médico en la atención del anciano

Guillermo Muñoz-Zurita,\* José Antonio Rivera-Tapia,\*\* Norma Elena Rojas Ruiz\*\*\*

En el pasado era sumamente difícil llegar a la vejez; esa posibilidad se consideraba como un privilegio y hablaba de la fortaleza y del vigor de los que la lograban. La vejez se consideraba como una etapa de la vida rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos. En México, la atención del anciano, elemento básico en la cohesión familiar, era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una mejor calidad de vida para los viejos. En la sociedad moderna –individualista y competitiva– se valora más la juventud y la condición física, lo que, de manera indirecta, debilita las redes sociales de apoyo a los ancianos que, poco a poco, van perdiendo su lugar protagónico en la familia. El anciano se ha convertido en una carga familiar, social y económica, después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en construir la sociedad que ahora lo rechaza.

### EL MUNDO Y LA TERCERA EDAD

La Organización de Naciones Unidas (ONU) abordó por primera vez el tema de la “Tercera Edad” en 1948 cuando en la Asamblea General celebrada en Argentina se presentó un proyecto de declaración sobre los derechos de los ancianos.<sup>1</sup> Se vuelve a retomar en 1969 y culmina en 1982 con la celebración en Viena de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.<sup>1,2</sup> En octubre de 1992 la Asamblea General de la ONU designó como Año Internacional de

las Personas Mayores el año 1999 (AIPM).<sup>2</sup> Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de la tercera edad son: Independencia, participación, contar con los cuidados necesarios, autorrealización, dignidad.<sup>3</sup>

El programa presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Año Internacional de Personas Mayores (1999) llevaba por título “Envejecimiento” y el documento se expone dentro del marco social y sanitario, sin embargo, en algunos aspectos su discurso va más allá, apunta a niveles de mayor calado humano. Algunos de los temas que toca el programa de la OMS se encuentran en la base de la gerontología y sirven como puntos de referencia para la bioética geriátrica; como por ejemplo, el de acabar con el mito de que las personas mayores no tienen nada que aportar a la sociedad.<sup>4-6</sup>

Vivir en un mundo envejecido obliga a los científicos, sociólogos, filósofos, políticos, médicos y familias a descubrir en las personas mayores los recursos, la fuerza que poseen y su aporte a la sociedad.<sup>5,6</sup>

Si desde el punto de vista biológico la vejez es una involución, un deterioro general, en la esfera de lo personal es –debería ser– la etapa de la sabiduría, en países de África y de Asia se describe a las personas mayores como aquellas que “guardan los conocimientos”. Cierto que se pierde agilidad física y mental, capacidad de aprendizaje, de percepción, y el razonamiento se hace más lento, pero se gana en profundidad (se suele tener una conciencia más clara de las cosas que merecen la pena, el saber distinguir entre lo importante y lo que no es, y se hace más evidente que la vida es algo más que ella misma).

Es importante reconocer que en la vejez no sólo hay pérdidas sino también ganancias. El envejecimiento no es una enfermedad sino que, en muchas ocasiones es la oportunidad de emplear la experiencia adquirida en el transcurso de la vida. En este tramo de la vida que resta todavía por vivir surgen unos valores, se desarrollan unas actitudes, que sólo se pueden realizar en esta etapa. Por otra parte, los avances tecnológicos han reducido las capacidades físicas que antes se exigían para determinados trabajos y permiten que muchas personas sigan su vida activa.<sup>5,6</sup> Las personas mayores suelen mantener la salud hasta una edad avanzada y son capaces de seguir con tareas cotidianas y mantener un papel activo en la comunidad. Las observaciones más recien-

\* Profesor Titular de la Academia de Cultura y Ética de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP).

\*\* Profesor Investigador del Instituto de Ciencias de la BUAP.

\*\*\* Postgrado de Ciencias Ambientales del Instituto de Ciencias de la BUAP.

#### Correspondencia:

M. en C. Guillermo Muñoz-Zurita. Edificio 76 complejo de Ciencias. Instituto de Ciencias de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México. C.P. 72520.

Tel. 2332010.

Correo electrónico: guimuzu2003@yahoo.com

Aceptado: 21-01-2004.

tes en países industrializados indican que las incapacidades graves en las personas muy mayores remiten a un ritmo de 1.5% al año. Según estudios del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) y los datos aportados en la 5<sup>a</sup> Conferencia Mundial sobre Envejecimiento organizada por la International Federation on Aging (IFA), septiembre del 2000, se calcula que el número de personas mayores gravemente discapacitadas descenderá a la mitad entre el año 2001 y el 2050 si las tendencias actuales se mantienen.<sup>2</sup> Hay quienes piensan que la sociedad no dispondrá de los medios necesarios para prestar las ayudas económicas y la asistencia sanitaria que requerirán las personas mayores en los próximos años. El debate mundial desgraciadamente está enfocado sobre el coste de las pensiones y de la asistencia sanitaria que recae sobre la sociedad y no sobre el mantenimiento y la importancia de la aportación económica de los ciudadanos mayores. Así circula uno de los tópicos de que los ancianos en general son económicamente dependientes y por tanto suponen una carga para la sociedad.<sup>5</sup>

Un error frecuente en la civilización occidental es la confusión entre vida productiva y vida activa, que conduce a valorar a las personas sólo por lo que producen. El hombre se desdibuja, cuando se le reduce al ámbito del hacer y del tener.<sup>6</sup>

Desde esta concepción utilitarista quedaría justificada la postergación de personas mayores de la vida activa de la sociedad, de la cultura y de la familia, vulnerándose de este modo sus derechos, así como los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad; sería un nuevo modo de elitismo.<sup>2</sup>

### LA ÉTICA Y LA TERCERA EDAD

La medicina está al servicio de la persona que sufre; las técnicas, los instrumentos, los ajustes en los sistemas defectuosos, la estabilización de los fluidos, etc. no pueden hacernos olvidar que tienen como fin la persona: curar, ajustar, sustituir, son vías a través de las cuales se buscan soluciones o se quitan obstáculos para una mayor y plena realización de la persona enferma.<sup>7,8</sup> En la persona mayor existe una mayor complejidad en la aplicación de las terapias, se corre el peligro de caer en dos extremos no siempre fáciles de determinar: *extralimitarse en el tratamiento* (ensañoamiento terapéutico) o *no poner todos los medios* (eutanasia más o menos consciente) sobre todo por la no aplicación, debida a recortes presupuestarios, en tratamientos que tienen relación con procedimientos de diagnóstico o terapéuticos de alta tecnología.<sup>9</sup>

Al decidir los tratamientos terapéuticos, deben tenerse en cuenta los siguientes criterios: 1) En ausencia de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfer-

mo a los medios que se disponen en la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase experimental y no exentos de riesgo; 2) Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados decepcionan la esperanza puesta en ellos. Pero para tomar tal decisión deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo, el de sus familiares y también la opinión de los médicos verdaderamente competentes; 3) Es siempre lícito conformarse con los medios normales que la medicina ofrece. No se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de curas, que aun cuando estén ya en uso, todavía no están exentas de peligro o sean demasiado gravosas; 4) Ante la inminencia de una muerte inevitable no obstante los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que prolongan la vida de modo precario y penoso pero sin interrumpir las curas normales debidos a los enfermos en casos semejantes.<sup>10-13</sup>

### DILEMAS ÉTICOS EN MEDICINA GERIÁTRICA

*La edad como indicador terapéutico:* Varios autores argumentan a favor de usar como criterio la edad para decidir la proporcionalidad de un tratamiento, puesto que consideran la edad como índice del beneficio médico de una intervención. Discrepan sin embargo a la hora de considerar la edad avanzada como índice positivo o negativo de tal beneficio. Así para algunos el anciano ya ha recibido y se ha beneficiado durante su vida, de muchos recursos y ahora tiene menos derecho a que se invierta en él. Mientras que otros opinan que el anciano exige mayores apoyos y cuidados en cuanto que es merecedor de un respeto social particular.

Otros autores niegan en cambio que el factor edad tenga importancia por sí mismo y por tanto que pueda convertirse en criterio para la distribución de recursos en política sanitaria. Nuestra opinión es que la edad por sí misma, no es en general, un factor determinante que pueda adoptarse para la decisión médica. La edad cronológica es más bien una medida indirecta de otras variables que son un factor importante para ciertas decisiones terapéuticas. Por tanto es necesario distinguir entre edad cronológica y capacidad real de adaptación en el aspecto fisiológico. Los efectos de una enfermedad y las variaciones biológicas individuales son tales que un paciente anciano puede tener un pronóstico mejor que un paciente más joven con la misma patología.

*Reanimación cardiopulmonar:* En el ámbito clínico no hay en la literatura médica una opinión única acerca de la utilidad de la reanimación en la persona anciana. Existen distintos estudios, investigaciones, documentos, directrices que varían según los países. Desde el punto de vista ético la norma fundamental es intentar la reanimación teniendo en cuenta las condiciones clínicas del paciente prescindiendo de su edad. Es fundamental prote-

ger la dignidad de la persona contra el tecnicismo que tiene el riesgo de ser abusivo, el derecho a morir no significa derecho a buscar o procurar la muerte cuando se desee sino el derecho a morir con serenidad.

**Soporte nutricional:** La nutrición e hidratación artificial no sólo es un tratamiento médico, es el soporte vital; por lo tanto es un medio proporcionado tanto en los resultados como en los recursos, que no debe ser suspendido.

**Uso de los fármacos:** Los medicamentos no deben ser administrados con la finalidad de hacer dispensable la presencia y cuidados de familiares o personal sanitario, dicho de otro modo como "medicación de confort". Deben darse los analgésicos y sedantes que necesite el anciano y no el que necesite la familia o personal sanitario para descansar de la carga que puede suponer la atención continua del paciente.

**Rehabilitación:** Es uno de los aspectos más importantes de los cuidados de los ancianos para ayudarlas a vivir con la mayor autonomía posible. La OMS define la rehabilitación como "toda intervención que se dirige a reducir los efectos de una incapacidad y las circunstancias que han determinado una limitación y también toda intervención que se dirige a la integración social del paciente". La rehabilitación debe llevarse a cabo mediante programas interdisciplinarios con especialistas en fisioterapia, terapia del lenguaje, enfermería, psicología clínica, geriatra, etc. Un equipo que debe tener en cuenta para intervenir la globalidad de la persona en todas sus dimensiones.<sup>14,15</sup>

## PRINCIPIOS Y ASISTENCIA GERIÁTRICA

*El principio de autonomía y de la dignidad de la persona:* El anciano debe tener la libertad de elegir siempre que tenga la capacidad para ello; *el principio de beneficencia:* actuar por el bien del anciano, respondiendo tanto a sus necesidades físicas como a las exigencias sociales, emocionales y espirituales; *el principio de no maleficencia:* defender a la persona anciana de abusos, negligencias y malos tratos que aparecen cada vez con mayor frecuencia en entornos familiares y residencias geriátricas; *el principio de verdad:* a los ancianos con capacidad de tomar decisiones y a los familiares se les debe dar información verdadera, progresiva, sin contradicciones, accesible y en el momento idóneo, que les permita adoptar los criterios y medidas terapéuticas sobre la base de un consentimiento explícito; *el principio de discreción:* el personal sanitario debe respetar el secreto de las confidencias hechas por los ancianos. No obstante pueden presentarse algunas dudas cuando existe riesgo para la vida; *el principio de justicia:* los principios de igualdad e imparcialidad significan en realidad promover una equitativa repartición de

las cargas y de los beneficios entre todos los miembros de la sociedad. La sociedad y el personal sanitario deben garantizar todos los medios para que los ancianos puedan tener acceso a los cuidados necesarios; *el principio de subsidiariedad:* La sociedad no debe suplantar la libre iniciativa de la persona o grupos pero sí garantizar su funcionamiento.

Es importante resaltar el principio de relación interpersonal, el cual consiste en la necesidad de comunicación, de diálogo efectivo y afectivo de la persona mayor con personas de todas las edades.<sup>16,17</sup>

De tal forma el anciano no debe ser tratado como un simple destinatario de una serie de servicios y prestaciones. La formación profesional sanitaria como toda acción gerontológico-geriátrica, debe tener en cuenta las técnicas más avanzadas pero también la singularidad y valor único de cada persona mayor.

Cuando no es posible curar, entonces habrá que optar y priorizar la medicina de cuidados y de rehabilitación. La calidad de vida en el anciano, no es sólo un concepto físico y económico sino que debe tener en cuenta a un proyecto de vida global. Es preciso luchar contra el dolor y el sufrimiento y evitar tanto una muerte prematura como una agonía excesiva.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., USA: OPS; 1990. pp. 3-4.
2. Delgado-Ramírez G. Envejecimiento. *Boletín sobre envejecimiento ONU* 2000; 1: 188-189.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. *J Bioethics* 1979; 7: 12.
4. Piron-Rueden J, Baby-Jhon K. Envejecimiento. *Longevidad* 1999; 5: 13-16.
5. Patrao-Nethig G. Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1996; 2: 11-27.
6. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. *Bioética* 1995; 12: 5-6.
7. Vélez LA. Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. *Invest Bioéticas* 1996; 4: 84-85.
8. Bernard-Juárez M. La bioética. *Debates* 1994; 32: 55-59.
9. Vidal-López M. Bioética. Estudios de bioética racional. *Tecnos* 1994; 79: 116-22.
10. Beauchamp T, McCullough L. Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. *Labor Ética* 1997; 11: 23-28.
11. Tagore-Mejía R. Enfermería y muerte. *Longevidad* 2002; 2: 60.
12. Sánchez TF. Temas de ética médica. *Giro Ético* 1999; 4: 333.
13. Brody B, Engelhardt HT. Bioethics. Readings & Cases. *Bioethics* 1999; 9: 12.
14. Agramonte-Campo A. Eutanasia: los dilemas morales en la senectud. *Alcor* 1992; 3: 116-129.
15. Ollero Tassara A. Derecho a la vida y derecho a la muerte. *Longevidad* 1994; 10: 43-44.
16. Castillo-Alery A. Declaración de ética en medicina crítica y cuidados intensivos. *Cuadernos de Bioética* 1993; 14: 97-111.
17. De Juana-Mart J. Eutanasia. *Noticias Med* 1990; 10: 12.