

El envejecimiento

Reflexiones acerca de la atención al anciano

Dra. María E. de la Uz Herrera¹.

RESUMEN

Se revisaron algunos aspectos esenciales del proceso del envejecimiento, con un acercamiento no solo a los aspectos biomédicos, sino también a los éticos y sociales. Se prestó especial atención a la modificación de los roles familiares y sociales en la ancianidad, así como al análisis de tendencias erróneas y mitos en relación con la vejez y del respeto a la Autonomía y el Consentimiento Informado en esta etapa de la vida. Se concluyó que existen tendencias erróneas y prejuicios entre los profesionales de la salud de manera generalizada con respecto a la ancianidad que merecen ser modificadas.

Palabras claves: *Geriatría y gerontología; adulto mayor; consentimiento informado.*

INTRODUCCIÓN.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se han agregado 20 años a la esperanza de vida de las personas. 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 cual la pirámide de las edades está completamente invertida respecto a como se presentaba no hace más de cincuenta años: de manera constante crece el número de ancianos y disminuye el número de jóvenes.

Este aspecto reviste una singular importancia puesto que esta prolongación de la vida constituye un reto tanto para los protagonistas como para toda la sociedad en general. Se necesitan por tanto, con urgencia, soluciones nuevas e ingeniosas para afrontar este “desafío”, siendo en este momento unas de las tareas más importantes para la sociedad en el mundo.

Las profundas transformaciones sociales y el avance tecnológico en el campo de la medicina han contribuido, de manera protagónica, a prolongar la duración de la vida humana. Sin embargo estos “logros” en la expectativa de vida, no se han acompañado de una adecuada formación de recursos humanos en temáticas relacionadas con el envejecimiento. La Gerontología y la Geriatría son ciencias relativamente jóvenes y de reciente incorporación al Plan de Formación de los profesionales de la salud en las sociedades modernas. De manera similar ocurre con la Bioética, a pesar de visualizarse un marcado interés por su aprendizaje en el último decenio.

Se requiere, por tanto, de profundos conocimientos en estos temas para hacer frente a este reto de manera eficaz lo cual permitirá un mejor resultado a mediano y largo plazo.

Se conoce que durante esta etapa de la vida existe una mayor fragilidad orgánica como resultado de los cambios degenerativos que se producen en los diferentes órganos y aparatos, con las consecuentes alteraciones psicológicas y sociales, todo lo cual otorga una mayor vulnerabilidad a este grupo.

Para un abordaje más integral de la problemática del anciano es necesario tener en cuenta estas peculiaridades, así como una adecuada formación ética.

Con el presente trabajo se pretende enunciar algunos aspectos de interés relacionados con el proceso de envejecimiento, abordado desde una perspectiva biomédica y ética.

DESARROLLO.

El proceso de envejecimiento comienza desde el mismo momento en que nacemos y se desarrolla a lo largo de toda nuestra vida. Este proceso dinámico no ocurre de manera similar en todas las personas, así como tampoco envejecen de igual manera todos los componentes del organismo en un individuo, lo cual infiere que existe una serie de factores que “modulan” este proceso.

En realidad podemos hablar de factores inherentes a la reducción global y progresiva de las funciones de reserva del organismo con el decursar de los años, es decir, los llamados “cambios fisiológicos” a los cuales se sobreañaden dos componentes importantes, en primer lugar, los procesos o enfermedades que el paciente haya padecido durante toda su vida y que han dejado secuelas o “huellas” en su organismo, ejemplo: mutilaciones, discapacidades, etc., y en segundo lugar el modo de vida del sujeto en el cual intervienen factores de tipo ambientales.

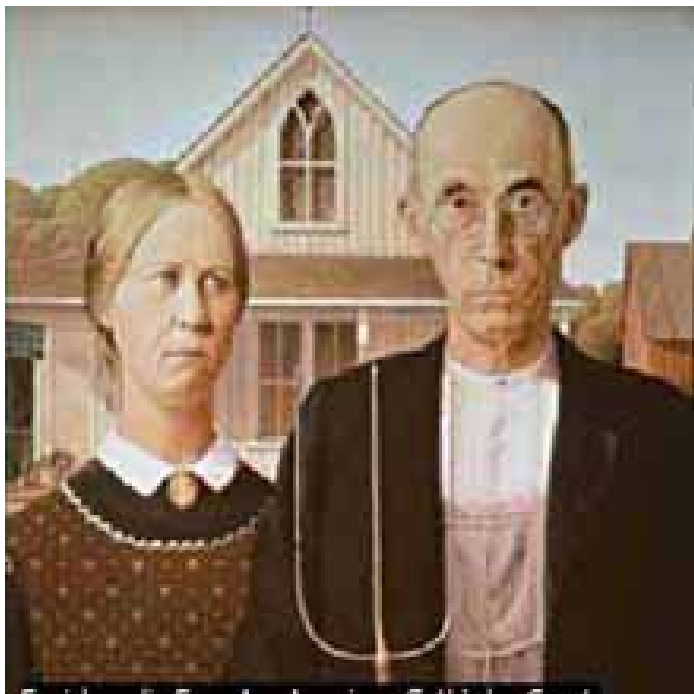
Este proceso se caracteriza por una serie de modificaciones o consecuencias que el “paso de los años” produce en diferentes tejidos y órganos de nuestra economía, y su repercusión el ámbito personal, familiar y social.

Cambios biológicos: De manera más simple podemos agruparlas en tres grupos fundamentales:

Pérdida total de determinadas funciones. El ejemplo más claro es la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer pasada la edad de la menopausia.

Cambios funcionales secundarios a cambios estructurales. Los ejemplos son múltiples: disminución del funcionamiento renal, pérdida de masa ósea, etc.

Pérdida de funciones sin alteraciones anatómicas demostrables: Un ejemplo clásico es la disminución de la velocidad de conducción en el nervio periférico, sin alteraciones morfológicas demostrables.



Cambios psicológicos: El envejecimiento no es un proceso marcado solamente por cambios a nivel corporal, sino además en la esfera psicológica, que abarcan la actitud y comportamiento frente al entorno, los cuales están muy relacionados con los acontecimientos vividos durante toda la vida y de muchas circunstancias impuestas por la situación en que se encuentran las personas con edad avanzadas. En esta etapa de la vida existe disminución de la capacidad para resolver problemas, acompañada de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento, la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas, la creatividad e imaginación se conservan, existen alteraciones en la memoria, sobre todo de la memoria inmediata, suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. Por otra parte la capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas.

Cambios Sociales. Existen cambios de roles tanto a nivel individual como social.

Cambios de rol individual: Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

El anciano como individuo. En su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas. Sin embargo, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. La relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa se caracteriza por un anciano independiente que ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa es cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y el anciano se hace dependiente de la familia, muchas veces suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia, o la búsqueda de un cuidador.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: La ancianidad es una etapa caracterizada por pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad.

El sentimiento de soledad es difícil de superar. En el anciano se distinguen dos tipos de soledad: soledad física (ausencia o pérdida de relación con otra persona que nos produzca satisfacción y seguridad, Ej. Viudez.) y soledad social (la no pertenencia a un grupo que ayude a compartir intereses y preocupaciones) se conoce además como "soledad en compañía".

Cambio de Rol en la Comunidad: La sociedad valora sobre todo al hombre activo, el cual es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa; sin embargo, tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de Rol Laboral: El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. Generalmente la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen. Se considera que la experiencia adquirida puede contribuir a que la vejez sea vista como un período de posible enriquecimiento y realización, aunque también sea un período de deterioro y pérdida. La síntesis de esos dos factores, realización y pérdida, es lo que constituye la dinámica particular de la vejez y su singular aporte de "sabiduría" a la sociedad.

En las últimas décadas se han ampliado los conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y las consecuencias funcionales de este proceso en las personas, tanto lo que se refiere al estado de salud, como a las necesidades de ayuda social y/o médicas de la vejez. En nuestras sociedades cada día nuestros ancianos son más cultos, exigentes y poseen más conciencia de sus derechos y deberes.

De manera consecuente, se hace imperativa una mayor formación ética de los profesionales sanitarios implicados en la atención a estas personas. Una asisten-



cia médica integral es aquella que logre la integración de una práctica médica realizada desde la reflexión científica profunda y el análisis sereno de todas las características y peculiaridades individuales que conforman el proyecto de vida de cada anciano con repercusión en la calidad de vida demostrable objetivamente y percibida además subjetivamente por el paciente y la sociedad.

Tendencias erróneas y mitos en relación con la vejez.

Las políticas sanitarias relacionadas con la atención y cuidado del anciano han tenido variación en las diferentes formaciones socio-económicas a través de la historia de la humanidad y en los diferentes países. En los años 60, en EEUU., se acuñó el término “ageísmo”, que significaba una discriminación al anciano exclusivamente por su edad. Esta actitud es injusta y se da también fuera del campo de la medicina, y no es infrecuente oír expresiones como: “momias”, “puros”, “vegetes” “cáncamos”, etc. Se reportan además otras actitudes inadecuadas entre los profesionales con relación a los ancianos que acuden a los servicios de urgencias en busca de atención a problemas puntuales de salud, atendiéndolos a la ligera.

Desde los años 70 varios autores han trabajado la temática, rescatando entre las actitudes negativas más difundidas las siguientes:

- Creencia de que el envejecimiento supone inevitablemente deterioro.
- Pesimismo sobre la posibilidad de que los ancianos puedan cambiar sus patrones conductuales.
- Creencia de que es inútil invertir esfuerzos en personas con una expectativa de vida limitada.
- Creencia de que la enfermedad mental en ancianos es inevitable, intratable e irreversible.

Al respecto podemos decir que los prejuicios, considerados como la actitud que permite la discriminación, configuran un aspecto muy arraigado de la cultura de ciertas sociedades y, casi siempre, van acompañados de falsas opiniones, que toman la forma de estereotipo. Los prejuicios se transmiten de generación en generación, condicionando desde sus primeros años de vida tanto a

quien discrimina como a quien es discriminado..

A continuación daremos a conocer los mitos y creencias más generalizados así como su contraparte, basada en la rica experiencia acumulada por la sociedad. Los más conocidos están relacionados con:

Educación:

Mito: “Los viejos no son capaces de incorporar nuevos conocimientos”.

Realidad: Esta es una creencia bastante generalizada en las generaciones más jóvenes y en los propios mayores. El derecho a la Educación es inalienable en cualquier etapa de la vida. La educación además, le permite al anciano, compartir con su grupo de pertenencia los conocimientos adquiridos, contribuyendo a consolidar y/o modificar la imagen social de la vejez. De esta manera, la educación permite el desarrollo y el ejercicio de un nuevo rol en los ancianos.

Vejez / Enfermedad:

Mito: “La vejez se asocia con enfermedad y/o discapacidad”.

Realidad: Si bien la buena salud en la vejez depende en gran medida de las condiciones de vida y medio ambiente, la historia de vida individual, es un indicador insoslayable del estado de salud actual. “cada uno envejece de acuerdo a como ha vivido”. Al anciano hay que enfocarlo desde su biología, su psiquismo y su circunstancia social, su biografía, su entorno, sus códigos específicos de significación y las particularidades de su existencia.

Jubilación.

Mito: “jubilarse del trabajo es sinónimo de jubilarse de la Vida”.

Realidad: La notificación de la jubilación no es un certificado de defunción para las personas. El impacto más fuerte lo sienten los trabajadores en relación de dependencia, quienes por ley al cumplir determinada edad deben abandonar su actividad bruscamente, siendo el varón quien puede sufrirlo más intensamente.

Institucionalización.

Mito: “las personas mayores viven mejor en los asilos, con la gente de su edad”.

Realidad: El entorno familiar sigue siendo la alternativa más apropiada para el anciano y la cooperación de todos permitirá una mejor calidad de vida, y una convivencia intergeneracional más justa, en este mundo envejecido.

Los problemas asistenciales de mayor carga ética que encuentra el médico moderno en su quehacer diario frente a personas ancianas con discapacidad, son los relacionados con los siguientes principios y reglas :

El respeto a la Autonomía y el Consentimiento Informado:

La palabra autonomía deriva del griego autos (propio) y nomos (regla, autoridad o ley). Este principio se refiere a la norma que establece la necesidad de respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones en lo que atañe a su propia vida.

Este respeto debe ser activo y simplemente una acti-

tud aislada. La característica principal de la persona autónoma es su capacidad de autogobierno, que incluya la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente. Sin embargo la discapacidad interfiere en el autogobierno de la persona y en muchas ocasiones se ignora este principio lo cual significa contravenir, presionar y negar la existencia de una mínima igualdad entre las personas.

Regla del Consentimiento Informado: Este término es relativamente reciente en la práctica asistencial en diaria. Constituye todo un proceso y no debe ser considerado como un hecho aislado en la relación médico paciente. Hay que huir de su interpretación como un simple “acto legalista”, que precisa la firma de un documento, y asumirlo como todo un proceso informativo a los ancianos competentes sobre la naturaleza, objetivos, riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de manera que la persona pueda decidir con las máximas garantías de libertad y conveniencia.

Algunas limitaciones de la edad avanzada y especialmente la presencia de alteración mental dificultan, a menudo, que el proceso informativo reúna las características o requisitos necesarios tales como:

-Voluntariedad: En el anciano puede ser quebrada si se recurre a las acciones coactivas, incluso con intención beneficente. Por tanto, para permitir que el anciano ejerza libremente su derecho a la autonomía se deberá evitar la tentación de proporcionar información manipulada o de amenazar con ceses terapéuticos o altas voluntarias.

-Comprensibilidad: La transmisión de la información debe adaptarse a las características de cada anciano, utilizándose el lenguaje más asequible, empleándose el tiempo preciso. Sin embargo otro aspecto geriátrico bastante específico radica en la dificultad para interpretar una información sobre el procedimiento a realizar, aún siendo proporcionada de manera suficiente y comprensible. Por tanto la misma debe incluir áreas tales como: el diagnóstico de la enfermedad, la naturaleza y los objetivos del proceder que se va a realizar, los riesgos y efectos secundarios, las alternativas existentes, la evolución natural en caso de no efectuarlo y el tipo de atención que supondría el rechazo a lo propuesto.

-Competencia: Es la habilidad o aptitud para realizar una tarea determinada. El debate se basa en la determinación de si los sujetos son psicológica o legalmente capaces de tomar decisiones adecuadas. Por tanto, la competencia está íntimamente ligada con la autonomía y el consentimiento informado. Habitualmente, la evaluación de la competencia se centra normalmente en la detección de las habilidades cognitivas necesarias para decidir sobre una indicación médica concreta y deberíamos preguntarnos: ¿Comprende el paciente lo que se le está explicando?, ¿Puede tomar una decisión en el tratamiento basándose en esa información? ¿Qué grado de comprensión y capacidad se necesitan para que el paciente sea considerado competente? ¿Es consecuente esta decisión con el proyecto de vida del enfermo? Hay



que recordar que la valoración de la competencia es un acto clínico, mientras que la incapacitación es una decisión judicial.

En el anciano pueden ocurrir una serie de circunstancias adversas que enmascaran o dificultan la capacidad mental. Por ejemplo: los cuadros contusionales agudos que aparecen en el curso de una sepsis o deshidratación, los procedimientos quirúrgicos. La edad avanzada muchas veces se asocia con la pérdida de memoria y se interpreta como pérdida de capacidad, lo cual no es real.

Existen situaciones en que no se precisa de consentimiento informado:

El tratamiento urgente por riesgo vital.

El imperativo legal.

La presencia de incapacidad.

Cuando exista riesgo para la salud pública.

Aplicabilidad de la alta tecnología a la población anciana.

Siempre se perciben criterios de rentabilidad al establecer decisiones médicas. El principio de la justicia hace que la edad no sea un criterio de exclusión para el uso de tecnologías, debido a razones éticas. Es importante tener en cuenta la voluntad del anciano para acceder a estos programas y también evitar el sobreesfuerzo en caso de que existan razones médicas que lo contraindiquen.

Uso de placebos en mayores.

Este uso tiene indicaciones muy particulares, en ancianos muy característicos, nunca usar para el alivio del dolor en pacientes terminales.

Manejo del dolor.

Es importante un adecuado manejo del dolor. Hay que dejarle claro que el dolor es mitigable y que se puede controlar. Debe explicársele que existen otras alternativas terapéuticas.

Atención religiosa.

Se le debe facilitar, cualquiera que sea su credo. Sus sentimientos y convicciones deben ser respetados.

Alimentación e hidratación artificial.

Requiere un juicio individualizado. Siempre que sea posible, debe garantizarse las medidas de soporte, así

como la opción que sea más adecuada y con el sufrimiento mínimo.

Eutanasia.

La legalización de la eutanasia no favorece la causa de la libertad humana sino que significaría una enorme constricción del ejercicio de la libertad, porque elegir la muerte no es una opción entre muchas, sino el modo de suprimir todas las opciones. El enfermo que se siente rodeado por el amor de sus seres queridos, bajo el soporte de la fe cristiana, no pide acabar con su vida. La eutanasia es una derrota de quien la teoriza, la decide y la practica.

Decisión en torno al problema del domicilio.

El objetivo prioritario es mantener al anciano en su propia casa, arropado al máximo por su entorno familiar más inmediato. Sin embargo, esta problemática depende no solo de la voluntad del paciente y del médico, sino de infraestructuras adecuadas, de recursos, etc. Se precisa del apoyo familiar, debiéndose evitar los maltratos de cualquier índole así como la sensación de indefensión en los ancianos.

CONCLUSIONES.

El envejecimiento es un proceso caracterizado por una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que le confieren una mayor vulnerabilidad en la esfera social, familiar y personal pero no alteran su condición y dignidad de "persona", de ser humano a pesar de la pérdida de ciertas facultades.

Para tratar adecuadamente la problemática de la vejez el profesional moderno debe tener suficientes conocimientos no solo en Geriatria y Gerontología, sino de ética y bioética para poder hacer un manejo más integral

de este tipo de paciente.

Existen tendencias erróneas y prejuicios entre los profesionales de la salud, de manera generalizada, con respecto a la ancianidad que merecen ser modificadas.

Existen particularidades en el manejo del paciente anciano enfermo que requieren de un adecuado análisis ético para evitar conflictos asistenciales.

En el anciano, el Consentimiento informado tiene sus particularidades y debe ser aplicado siempre que no existan situaciones que representen un riesgo vital para la vida del paciente y la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Ribera, J. M., Cruz A.J: Manual de Geriatria. IDEPSA, Madrid. 2002.
2. Rodríguez, S; Castellanos, A: Intervención Crónica y Psicosocial en el anciano. ICEPSS, Las Palmas 1999 Págs. 17-39.
3. Pérez, AM: Rev. Cub. Salud Pública vol. 29 n.1 Ciudad de La Habana ene-mar. 2003
4. González, A. M: Claves éticas para la bioética Cuadernos de Bioética (CB) 2001Nº 46, 3ª
5. Amor Pan, JR Introducción a la bioética, PPC, Madrid, 2005.
6. Caballín, J. Vejez y fina de la vida, en: Ensayos de Bioética 3. Fundación Mapfre Medicina, Barcelona, 2003.
7. Callahan, D. El envejecimiento y los objetivos de la medicina. Labor Hosp.. 1997; 29(245): 247-250.
8. Puértolas, S. Con otra mirada. Taurus Pensamiento. Madrid, 2001.
9. Cuadrón, L. La persona anciana con trastornos psicogeriatricos, en: Ensayos de Bioética 2. Fundación Mapfre Medicina, Barcelona, 2001.

¹ Médico especialista en Medicina Interna. Diplomada en Bioética por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesora del Master en Bioética del Centro Juan Pablo II y la Universidad Católica de Valencia.

Imagen: Gótico americano, cuadro del pintor Grant Wood (EE. UU.)