

REFLEXIONES SOBRE CALIDAD DE VIDA, DIGNIDAD Y ENVEJECIMIENTO

THOUGHTS ABOUT QUALITY OF LIFE, DIGNITY AND AGING

DRA. ADELA HERRERA P. (1), DR. ANDRÉS GUZMÁN H. (2)

-
1. MÉDICINA INTERNA. CLÍNICA LAS CONDES. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE.
2. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Email: doc.adela.herrera@gmail.com

RESUMEN

El problema del envejecimiento ha preocupado al hombre desde el principio de su existencia, y en la actualidad se ha acentuado su interés por las implicancias éticas, los cambios sociales y económicos significativos de la población que contribuyen a la modificación del perfil demográfico de un país.

Estas condicionantes demográficas se traducen en nuevos escenarios, en los cuales la inequidad, asimetría y exclusión social son factores que influyen en las condiciones de vida del adulto mayor que envejece a pasos acelerados y que plantea principales desafíos, aspiraciones y oportunidades. En consecuencia, las sociedades que envejecen deberían priorizar su preocupación en la dinámica demográfica en función de la percepción de la satisfacción personal, bienestar, calidad y dignidad de vida de sus mayores.

El presente trabajo analiza aspectos cruciales del envejecimiento en un intento de una mejor comprensión del proceso de envejecimiento en sí mismo, las condiciones personales, familiares, sociales y ambientales que promueven una vejez digna y en calidad. Destaca que los cambios en las políticas sociales para mejorar la cantidad, calidad y dignidad de vida no son dictados por el avance de los conocimientos científicos, sino por decisiones políticas que reflejan el pensamiento y las necesidades sentidas por la sociedad donde se produce.

Palabras clave: Envejecimiento, calidad de vida, dignidad.

SUMMARY

The problem of aging has preoccupied man since the beginning of its existence and now has increased its interest in the ethical implications, the social and economic changes significant population contributing to the change in the demographics of a country.

These conditions translate into new demographic scenarios, in which inequality, asymmetry and social exclusion are factors that influence the lives of the elderly to age at an accelerated pace and poses major challenges, aspirations and opportunities. Consequently, aging societies should prioritize its concerns on population dynamics based on the perception of personal satisfaction, wellbeing, quality of life and dignity of their elders.

This paper analyzes key aspects of aging in an attempt to better understand the aging process itself, the personal conditions familiar, social and environmental factors that promote a dignified old age and quality. Stresses that the changes in social policies to improve the quantity, quality and dignity of life are not dictated by the advance of scientific knowledge, but by political decisions that reflect the thought and the felt needs of the society in which it occurs.

Key words: Aging, quality of life, dignity.

INTRODUCCIÓN

“La vida no tiene que ser fácil para ser maravillosa. De hecho, la vida fácil es el camino más corto hacia la monotonía. El trabajo debe concebirse en todo momento como un medio de realización personal, aún en los años de vejez. La persona retirada debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad. Cada individuo debe descubrir a tiempo sus capacidades y limitaciones”.

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

A este hecho demográfico se ha sumado el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el incremento porcentual y absoluto de los grupos de edades más avanzadas. En los países desarrollados, la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental.

Al igual que en el resto del mundo, Chile no escapa de esta situación. A partir de la década del 70 se observa un descenso de la tasa de natalidad y mortalidad infantil con un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer: durante el quinquenio de 1950 – 1955, la esperanza de vida al nacer para los hombres era de 53 años, mientras que para las mujeres eran de 57 años. En el transcurso de 50 años, ha habido un incremento importante de la esperanza de vida de alrededor de 20 años, constituyendo en el último quinquenio 2005 – 2010 de 75,5 años para los hombres y de 81,5 años para las mujeres.

Según estimaciones del INE, en el quinquenio 2015 -2020, la esperanza de vida al nacer de la población chilena será de 77 años y 83 años para hombres y mujeres, respectivamente (1-4).

Por tanto, y dada la limitación de los recursos económicos disponibles, resulta prioritario establecer estrategias asistenciales socio-sanitarias que den respuesta a las crecientes necesidades de este sector poblacional en alza. Existen estudios que demuestran que los pacientes geriátricos se benefician de una asistencia especializada, pero siguen siendo debatidas cuestiones básicas, como qué tipo de pacientes deben ser objeto de atención geriátrica hospitalaria o cuál debe ser el dispositivo asistencial más adecuado (5).

En efecto, la realidad biológica actual y las perspectivas futuras de la investigación biomédica dejan prever como muy cercana la meta del siglo de vida como edad límite normal. Además, los adelantos científicos y de la biotecnología nos han llevado a las “superespecializaciones”, nos hemos transformado en médicos de órganos y no de organismos biográficos. Los profesionales de la salud omiten a menudo la consideración de la fundamental importancia de un acercamiento multidisciplinar al concepto de la calidad de vida (CV). En este acercamiento integral es

imprescindible tener presente una gran interrogante que debería transformarse en nuestra principal premisa al momento de resolver cualquier dilema en relación con el AM: “¿Estamos prolongando una vejez desagradable o conseguiremos asegurar una buena calidad de vida durante más tiempo?”, “¿Estamos prolongando vida o agonía?”.

Desgraciadamente, aún falta una conciencia social y médico-psicológica y un razonamiento ético elaborado sobre este tema específico.

OBJETIVOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Aún se desconocen muchos tópicos en relación a la intervención activa sobre los AM y la longevidad y la calidad de vida. Como en todo a lo que envejecimiento se refiere, todavía tenemos muchos desafíos. Uno de éstos dice relación con la necesidad de contar con más antecedentes sobre cómo pueden las intervenciones afectar positivamente a los resultados. Otro desafío es lograr un consenso sobre las prácticas de prevención en este grupo etario.

Sin embargo, a pesar de lo desconocido la mayoría de los profesionales de la salud concuerdan en los objetivos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las personas mayores (6):

- Reducción de la mortalidad prematura producida por las enfermedades agudas y crónicas.
- Mantener la independencia funcional tanto tiempo como sea posible.
- Aumentar la esperanza de vida activa.
- Mejorar la calidad de vida.

ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA (CV)

El concepto de calidad de vida se refiere al conjunto de condiciones necesarias para poder llevar a cabo el proyecto personal de una vida íntegramente humana. Toda valoración de la CV debe partir de lo que la propia persona considera que hace “buena” su propia vida. Estos valores, preferencias y deseos convierten la CV en algo, en primera instancia, subjetivo. Esta valoración es compleja y multidimensional, y abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales, etc. (7) La OMS concibe la CV como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.

CONCEPTO Y VALORACIÓN DE LA CV

Calidad de vida es un concepto relativamente reciente. Deriva de la teoría de la “calidad de materiales”, que comenzó a ser elaborada en las primeras décadas del siglo recién pasado. En la década de los 80 se aplica esta expresión en el campo de la salud, al principio en un sentido puramente biológico.

Es en el ámbito de las ciencias biomédicas donde su empleo ha alcanzado la máxima repercusión, emergiendo como un concepto ligado a la visión de la salud como el total bienestar físico, mental y social. Su desarrollo implica el reconocimiento de que los indicadores tradicionales

de salud, como los índices de morbimortalidad o de expectativa de vida, no son suficientes a la hora de considerar la salud de un determinado grupo humano.

La CV es un concepto multidimensional configurado por una amplia gama de condiciones tanto socio-ambientales como personales, relacionados con la satisfacción con la vida, el bienestar físico, mental y social, y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. Estas condiciones se pueden considerar tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva.

Por tanto, la CV resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos.

La percepción subjetiva es clave dentro de la concepción multidimensional de la CV y rescata la importancia de considerar la experiencia, preocupaciones y puntos de vista de las personas de interés frente a los parámetros objetivos analizados desde afuera (por planificadores, profesionales, cuidadores, etc) y que tradicionalmente han dominado el sistema de valoración.

Por otro lado se ha comprobado que la CV se encuentra estrechamente relacionada con la participación social. En este sentido se la entiende como "la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad".

La CV sería desde esta perspectiva un constructo caracterizado por: subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas.

El envejecimiento está directamente relacionado con la manera como la persona satisface sus necesidades a través de todo el ciclo vital. En la actualidad estamos asistiendo a "un nuevo colectivo de AM": un número creciente de personas que cada vez están alcanzando edades más avanzadas en mejor estado de salud, con mayor lucidez y energía suficientes como para optar a otras actividades por un período más prolongado de su vida. Esto, sumado a que cada vez tienen más claros sus derechos reivindicativos los lleva a plantearse nuevos desafíos aspiraciones, oportunidades y a una reflexión profunda e integral respecto a cómo deben mantener su percepción en la calidad de vida. Pero, lamentablemente aún en pleno siglo XXI, nuestra actual sociedad los obliga a enfrentarse a escenarios de inequidad, asimetría y exclusión social. En este sentido, es rescatable lo subjetivo en la apreciación de la calidad de vida y que hace diferente a un individuo de otro: cómo vive cada uno

este proceso, en qué condiciones, el significado que da a lo vivido, la apreciación de su persona y de sus posibilidades, el grado de plasticidad que posee como para ir cambiando y adaptando a las nuevas exigencias, así como la disponibilidad para nuevos vínculos

El concepto de CV precisa de esclarecimientos constantes si se analiza la CV de la persona humana en el contexto social o en situaciones propias de la práctica profesional de las ciencias biomédicas y en especial la atención de salud (8, 9). Por otra parte, son diversos los enfoques, que desde posiciones filosóficas, religiosas, culturales y profesionales se formulan en torno a él.

Además la CV implica un quehacer ético de cada uno de los seres humanos en función de una vida digna y realizada. Esa vida se caracteriza por una existencia humanizada, plena y feliz, donde la personalidad se va construyendo con autonomía y libertad, pero también con exigencias y respeto a los otros, para así lograr una vida inteligente y de convivencia pacífica, querida, elegida libremente. Esto es lo queremos para todas las personas, sin discriminación de género, socioeconómica, raza ni edad.

DIGNIDAD DE LA VIDA

El concepto calidad de vida, según Diego Gracia Guillén, más que definir la idea de vida parece rebajarla, ya que el ser humano es esencialmente diferente al resto de los vivientes y su vida está revestida -por el simple hecho de ser- de una especial dignidad. Es preferible, entonces, hablar de dignidad más que de CV, puesto que llevado al extremo este último concepto, carecerían de CV los inválidos, los enfermos mentales, los discapacitados en general (10).

La dignidad de la vida, por ser un adjetivo propio de la vida en sí, es inherente a ella y abarca aspectos que van más allá de la mera calidad que sólo considera una temporalidad determinada y no la historia completa de la persona y su entorno afectivo. De acuerdo a eso, el ser humano mientras sea persona es digno de existir y nadie puede, ni siquiera él mismo, decidir acerca de la continuación o no de su propia existencia (11).

A la ética médica le interesa la idea de dignidad de la vida, especialmente en lo que atañe a la relación médico-paciente; es indispensable tenerla presente al decidir entre la vida y la muerte en situaciones en que la vida no puede prolongarse indefinidamente y en cualquier condición; esto es, cuando ha perdido su dignidad intrínseca.

En la búsqueda de una vida realizada el sujeto no se conforma solo con alcanzar cosas agradables sino que actúa rectamente para lograr el fin de una "vida buena" y sabia.

Por vida buena se entiende el conjunto de ideales y deseos de realización, por los que cada individuo se esfuerza en alcanzar y trata de adecuar cada acción suya que realiza intencionalmente. El sujeto se reconoce como autor de su propio discurso y de su propia obra, siente que juzga y obra bien, como una pretensión de vivir bien.

Por tanto, la vida a la que aspira el hombre no es vivir de cualquier modo, sino una vida de calidad que ha de ir en la línea de satisfacción de las metas biopsicológicas, pero dentro de una integración comunitaria y cultural.

Nuestra tarea no consiste sólo en encontrarle sentido a la vida en solitario sino conectando con la vida de los demás. Es inevitable nuestra dependencia de los otros para sobrevivir y, más aún, la vida realizada es impensable al margen de la comunidad. Es con los otros con quienes convivimos, es a los otros a los que recurrimos cuando estamos tristes, desorientados o abatidos y, también con quienes compartimos nuestros triunfos, alegrías y sentimientos más optimistas. Por tanto, para una vida de calidad es necesario la convivencia gozosa y la compatibilidad recíproca.

Así, la CV es entendida como una vida digna donde la persona se siente plenamente realizada, toda vez que sus objetivos y expectativas se van cumpliendo. Pero, cada sujeto experimenta esta realidad personal de un modo subjetivo, dependiendo de su situación, su época y su cultura. Es decir, la vivencia de la CV es contextual y es relativa y existen límites por debajo de los cuales es imposible vivirla. Son los derechos humanos de carácter social los que establecen la base para que una vida humana sea considerada digna y, por tanto, realizada. No se trata de vivir más, sino vivir lo más plenamente posible. Cuando uno tiene cubierta sus necesidades y aspiraciones y, junto a ello, adquiere una evaluación positiva de su vida, está más capacitado para ser feliz que el que quiere tener más y más y nunca se siente satisfecho: la felicidad facilita el crecimiento del hombre hacia su propia realización.

En suma, el concepto CV posee las siguientes características (12-15):

1. Una buena salud física y psíquica, con los elementos necesarios que le permitan al individuo no estar preocupado por su bienestar.
2. Un status socioeconómico y laboral que le permita un excelente nexo con la comunidad circundante.
3. Posibilidad efectiva de acceso a las fuentes de la cultura y a los bienes y servicios de la sociedad a la que pertenece.
4. Reconocimiento por parte de los demás de sus derechos, valores y cualidades que le permitan un buen nivel de autoestima.
5. Un entorno ecológico-ambiental sano y limpio de contaminantes que le facilite una vida feliz, dentro de un desarrollo sostenible.
6. Sentido de pertenencia a una sociedad justa, con solidez y seguridad jurídica, en la que pueda participar y ser reconocido como ciudadano de derechos y libertades.

Con todo lo dicho hasta el momento cabría preguntarnos si cómo sociedad ¿estamos posibilitando una vida digna y de calidad a medida que se envejece?

ENVEJECIMIENTO Y SOCIEDAD

“Las actitudes ante la ancianidad están socialmente condicionadas, y sólo son comprensibles dentro de la propia estructura social”.

La estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia. Esta estimación ha ido decreciendo con el paso del tiempo, de modo que fue inmensa en las culturas primitivas y, en la historia de la cultura occidental existe un evidente desplazamiento de la estimación social hacia la juventud.

De esta manera, si quisiéramos analizar los rasgos más destacados de “nuestra” sociedad actual y ponernos en la situación de los ancianos que la habitan entenderíamos, en parte, como se sienten en esta sociedad a la cual ellos también “pertenecen” y por qué perciben que su vida no es digna y carece de calidad (16).

Rasgos de la sociedad actual:

- Es altamente competitiva
¿Cómo se considera a sí misma la persona que a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y cuyo consumo se ve limitado a los medicamentos y pocas cosas más?
- Es efectista
¿Cómo se siente el AM en una sociedad “de prisas” que exige resultados inmediatos, cuando por definición tiene una disminución de la capacidad física? ¿Cómo evita las frustraciones?
- Es masificada
¿Cómo se siente el AM en esta urbanización de la gran ciudad cuando no goza de la paz ni los espacios adecuados necesarios para los encuentros personales?
- Es de relativismo valórico
¿Acaso valores tan importantes como la verdad, la justicia, la equidad, el amor, la sexualidad, la honestidad profesional, la autonomía son tomados de manera distinta de acuerdo al grupo étnico?
- Es acelerada
¿Cómo puede sentirse en un ambiente así el AM, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación?
- Es de familia nuclear
¿Qué rol pueden desempeñar los AM en un lugar donde no se les da cabida?
- Se ha prolongado la vida biológica
¿La biografía de las personas que viven más tiempo, es también más intensa e interesante, o el individuo la siente como estéril y vacía de contenido?
- Existen signos de sensibilidad y solidaridad
Como es la toma de conciencia respecto a la defensa de los derechos humanos en general, y de los derechos de la mujer en particular

Al analizar las características del concepto de CV enumerados previamente y los rasgos de la sociedad actual se entiende el por qué de la autopercepción del anciano de esta etapa de su vida como un “período de pérdidas”:

- Pérdida de autoestima
- Pérdida del significado o sentido de la vida: “el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo”
- Pérdida de la facilidad de adaptación: “marginación social”

BUENA VIDA, DIGNA Y DE CALIDAD A MEDIDA QUE SE ENVEJECE

El proceso de envejecimiento es muy complejo: no es solo biológico, sino también mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural. Es un proceso que se origina en el individuo pero que tiene connotaciones sociales, económicas, laborales y familiares.

Los AM pasan de ser miembros activos y productivos a jubilados y dependientes del Estado o de la economía familiar. No son enfermos ni inválidos, aunque sí existe un período progresivo de deterioro global, consecuencia del envejecimiento celular. Esto los lleva, frecuentemente, al aislamiento, la dependencia y, en algunos casos, al abandono, lo que ocasiona la pérdida de grados de calidad de sus vidas.

Además, el proceso de envejecimiento es heterogéneo, es decir, cada sujeto evoluciona de forma peculiar de acuerdo con su propia biografía y con el estilo con que afronte los diversos acontecimientos que se van presentando a lo largo de la vida. Este estilo de vida será clave a la hora de enfrentarse con ilusiones y desesperanzas, con la salud y la enfermedad, con las enfermedades crónicas y/o las discapacidades, con la compañía, y la soledad, con el trabajo y el ocio y tiempo libre, y con las ganas de vivir. Así, surgen formas de comportamiento con respecto a uno mismo y para con los demás: el cuidado del cuerpo, el desarrollo intelectual, las conductas arriesgadas, los estados placenteros, los esfuerzos por mantener relaciones humanas y la capacidad para asumir aprendizajes nuevos.

Es decir, cuando el AM adopta ante la vida una actitud dinámica, emprendedora y optimista, tiene muchas probabilidades de vivir su última etapa vital con dignidad y calidad.

Diversos estudios han demostrado que las personas que participan en actividades grupales mantienen un nivel de salud de mayor calidad que los individuos aislados y, los que experimentan relaciones afectivas significativas tienden a vivir más (17, 18). Existe, además una alta correlación entre la percepción subjetiva de bienestar y el modo de enfrentarse positivamente ante las dificultades; mientras que la percepción subjetiva de malestar tiende a una actitud pasiva y resignada ante las mismas. Se ha constatado una relación positiva entre los factores psicosociales y la CV, entre redes sociales de apoyo y sentimientos de bienestar, entre la formación permanente y la actividad intelectual, lo que ayuda a los AM a mantenerse dinámicos y, por tanto, experimentan una mejor CV. Sin embargo, se asocia cada vez más la carencia de solidaridad —rasgo muy destacado de nuestra sociedad— con ciertos trastornos y males de nuestra cultura.

Las evidencias científicas concluyen que el aspecto más relevante que determina la calidad de vida de los AM es “tener buena salud”, seguido por otros dos aspectos que tienen que ver directamente con la salud como son “poder valerse por sí mismo” y “mantenerse activo”.

En Chile, algunos investigadores han estudiado distintos aspectos de la salud de los AM, destacando una novedosa encuesta que analiza la autopercepción de las necesidades de los AM y, según los propios ancianos, sus problemas más importantes están relacionados con las

necesidades económicas y de salud, las cuales los limitan para desarrollar en forma satisfactoria sus actividades básicas de la vida diaria (19). Otro indicador de CV en la población AM es la vida en pareja; en Chile solo el 57% de los AM vive en pareja, lo que indica que el 43% no tiene la posibilidad de generar el espacio de intimidad y compañía asociado a la pareja, lo cual es un factor de riesgo para los indicadores biomédicos y de calidad de vida en general (20).

I. El factor salud

La principal preocupación de las personas mayores es la salud, otorgándole a ésta y a los cuidados médicos, una especial relevancia, muy por encima de otros aspectos de la vida. La “satisfacción de vida” de los mayores está influenciada principalmente por el tipo e intensidad de su dependencia o autonomía funcional. No se puede identificar vejez con enfermedad. Pero, es innegable que muchos AM padecen enfermedades y un cierto deterioro de su salud. Es entonces cuando la sociedad y la familia deben ayudar a superar o paliar esa deficiencia o desequilibrio.

- La salud como concepto y como preocupación en el adulto mayor (AM)

Definir lo que entendemos por salud no es fácil. Por años se ha admitido que tener salud era equivalente a no estar enfermo.

La OMS define salud como “aquel estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social, y no solamente una ausencia de enfermedad”. Esta definición adquiere en el AM un especial relieve, superior al que podría tener en otras edades, ya que insiste en la necesidad de considerar, junto a las eventuales alteraciones físicas y/o mentales, las circunstancias personales socioeconómicas y culturales, las que van a incidir directa e indirectamente en aquellos aspectos.

Al definir salud, lo objetivo (eventuales patologías) y lo subjetivo (el cómo se encuentra uno) se corresponden con lo que entendemos como salud o como bienestar.

Los factores determinantes de salud son muchos e inciden de una forma muy especial en las personas mayores. Esta complejidad conceptual hace que en la geriatría, cuando se habla de salud, se utilice las funcionalidad o capacidad, tanto desde la perspectiva física como mental y social. Reducir las incapacidades o discapacidades en este grupo de edad constituye el objetivo prioritario de esta rama de la medicina, ya que, hablar de incapacidades es hablar de calidad de vida y no se limita a un problema orgánico concreto, sino que incorpora un concepto mucho más amplio.

Actualmente, el principio de “protección de la salud” constituye un derecho universal, y en lo que respecta específicamente a la “salud de los mayores” esta es considerada como problema social.

- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

En lo que afecta al cuidado de la salud, el concepto de CV se ha aplicado de forma específica para aquellas preocupaciones vitales que se afectan más por la salud o la enfermedad. De ahí que se utilice un nuevo concepto: calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que se define como el “impacto sobre el bienestar físico, emocional y social de una enfermedad médica y su tratamiento”. La CVRS representa una

estimación subjetiva del impacto de la enfermedad y su tratamiento, de forma que distintos sujetos, en apariencia con el mismo estado de salud objetiva, pueden apreciar una CV muy diferente debido a las diferencias personales y únicas en sus expectativas y talento o capacidad para enfrentarse a la situación. Por tanto, la CVRS debe medirse desde la perspectiva individual más que desde el punto de vista de los observadores (hijos, cuidadores, profesionales de la salud, etc), complementando así a las medidas habitualmente utilizadas en la evaluación geriátrica integral. La multidimensionalidad es otro importante componente de esta definición. La CVRS comprende muchas dimensiones, las comúnmente aceptadas son siete (21, 22):

1. El bienestar físico: la experiencia con los síntomas físicos, como el dolor o la disnea.
2. El bienestar funcional: la capacidad de participar en las ABVD, como actividades de ocio o relación, el cuidado doméstico, o el autocuidado.
3. El bienestar emocional: comprende tanto los aspectos emocionales positivos (por ej. felicidad, paz interior) como los negativos (tristeza, ansiedad, etc.).
4. El bienestar familiar: la capacidad de mantener las relaciones familiares y la comunicación.
5. El funcionamiento social. La capacidad para participar en actividades y desempeñar un papel social.
6. La satisfacción con el tratamiento.
7. La satisfacción con las relaciones sentimentales, sexualidad e intimidad.

Otras dimensiones como la espiritualidad, el estigma social y la percepción sobre el funcionamiento cognitivo pueden ser importantes en ciertos ámbitos.

Se debe tener presente que la situación de la salud de nuestros actuales AM —y de los futuros “nuevos” AM— está cambiando bastante gracias a los progresos de la medicina y de la seguridad social. Es una realidad que existen graves situaciones de sufrimiento y desamparo en bastantes casos, especialmente en ancianos en etapa terminal. Pero, un grupo creciente de AM disfruta de un aceptable estado de salud, con sus limitaciones. También es cierto que existen médicos, especialmente los geriatras, que abogan por una medicina preventiva para los AM. Así, los jubilados podrán beneficiarse de ciertos cuidados médicos antes de que lleguen a estar enfermos. Como una forma de mejorar la CV de los AM en los aspectos de la salud se recomienda (23):

1. Facilitarles la posibilidad de chequeos y análisis periódicos para detectar patologías y disfunciones precozmente, antes de que su desarrollo imposibilite una cura total o que sea el origen de la discapacidad.
2. Educar, concienciar y posibilitar a los AM una atención fisioterapéutica integral que mantenga su organismo activo, dentro de sus posibilidades, para evitar el deterioro de su sistema músculo-esquelético, la discapacidad, postración y dependencia.
3. Promover y prestar especial atención a los aspectos psicológicos y psiquiátricos de la salud de los AM, ya que por envejecimiento de su sistema nervioso, son propensos a enfermedades de carácter neurológico y degenerativo.
4. Potenciar y promover la educación en el área de la nutrición para así:

- Evitar muertes prematuras por patologías dependientes de una malnutrición.
- Evitar discapacidad física debido a pérdida de masa muscular (sarcopenia) y masa ósea (osteoporosis) por déficit de Ca, vit D y proteínas y discapacidad mental relacionada con déficit de nutrientes específicos (complejo B, piridoxina, folato).
- Controlar y manejar factores de riesgo relacionados con la dieta y estilos de vida que determinan muerte y discapacidad en los AM.

Con estas medidas de carácter preventivo y/o curativo los AM no sólo alargarán su vida, sino que el tiempo que vivan lo harán con dignidad y con una calidad de vida envidiables.

Es prioritario educar en el “autocuidado”; sólo así envejecer en forma digna, con calidad de vida, dejará de ser una utopía para pasar a la forma habitual de envejecer.

Por el contrario, en nuestra sociedad, que es una sociedad de consumo, se nos incita a consumir y disfrutar del bienestar, sin pensar en las consecuencias personales y sociales de nuestros actos. Debemos dotarnos, en lo posible, de una “inversión a largo plazo”, a través de la prevención y la educación en el autocuidado para así lograr enriquecer la CV de la futura vejez.

II. Necesidades económicas

Es otro de los elementos que, según la propia percepción de los AM, los limita para desarrollar una vida satisfactoria. La mayoría de las personas piensa que el poseer dinero suficiente da seguridad vital. Es conocido el hecho que con la vejez se reduce el poder adquisitivo, lo que produce en los AM una gran inseguridad. Existen factores que influyen en esta inseguridad: una jubilación escasa; las necesidades de los mayores aumentan; unos servicios escasos para este grupo etario y que muchas veces los tienen que pagar los propios jubilados (los hijos no pueden asumir los cuidados de sus AM ya que sus viviendas y sus trabajos hacen imposible o insuficiente su atención hacia sus ascendientes). No es infrecuente el que algunos padres tengan que ayudar con sus escasos ingresos a sus hijos cesantes o cuidar a sus nietos para que sus padres puedan trabajar o porque han tenido alguna desgracia económica.

Así, muchas veces las pensiones de los jubilados contribuyen al propio bienestar e incluso, al progreso de la economía familiar. Otras veces ocurre lo contrario, la familia contribuye al bienestar y CV de los AM, sobre todo cuando están en la etapa final de su vida y, especialmente cuando viven sin pareja (viudos o carecen de compañía), y asisten a sus ancianos cuando más lo necesitan, con apoyo, compañía y ayuda económica.

La dignidad de la vida y la responsabilidad del Estado:

Obviamente, la idea de una vida digna rebasa el campo de la salud y por ello, una de sus dimensiones implícitas tiene que ver con el deber ético que obliga al Estado a procurar a las personas sanas aquello que, en cada etapa de sus vidas, requieren para vivir con al menos un mínimo de dignidad (vivienda, salud, alimentación, educación, etc). En lo que dice relación con la salud, la dignidad de la vida aparece como un área

prioritaria -precisamente porque en ese campo se debaten los límites entre la vida y la muerte-, donde debe intentarse otorgar a la población el máximo en cuanto a medicina preventiva y curativa así como los implementos (equipos y medicamentos) necesarios para quienes no tienen posibilidad de acceso a ellos. Como todos los países disponen -en mayor o menor medida- de recursos limitados frente a necesidades ilimitadas, el concepto de dignidad de la vida jugará un rol importante a la hora de establecer prioridades.

Las necesidades económicas y sociales son objeto de planificación política por parte de los estados. Debido a la disminución de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida, la población pasiva crece y la población activa es cada vez menor, con lo que la aportación del Estado a las clases pasivas debe ser mayor. Esta situación amenaza con llevar a la bancarrota a los sistemas estatales de previsión y es cada vez más difícil mantener un nivel de vida y de protección satisfactorio.

En Chile, alrededor del 80% de los AM dependen del Estado en salud y previsión. Se proyecta que para el año 2025 el 16% de la población será mayor de 60 años, lo cual pone de manifiesto el enorme desafío que enfrentará el Sistema Previsional y el Sistema Público de Salud chileno: por una parte, otorgar servicios para asegurar una buena calidad de vida y por otra, adoptar políticas viables con recursos limitados.

En una sociedad cada vez más individualista y menos solidaria, el tema de la utilización de recursos a través de la "solidaridad intergeneracional" crea tensiones, lo que obliga a reflexionar sobre la ética social y la equidad a través de un diálogo intergeneracional constante, público y transparente.

Entre las soluciones factibles y más razonables se apuntan: fomentar la natalidad y la ayuda a las familias más numerosas especialmente, a las más necesitadas; planes complementarios de jubilación; aprovechar de algún modo el saber y la experiencia de los AM que han sido obligados a jubilarse por ley. Estos mayores podrían aportar su sabiduría mediante un trabajo a tiempo parcial y, a la vez podrían mantener su poder adquisitivo y su calidad y dignidad de vida.

III. Vida afectiva: cariño, compañía, comprensión y amor

"La vida, mientras esté rodeada de amor, merece ser vivida" (Dr. A. Roa).

La vida en pareja, en intimidad y compañía es otro indicador de CV en la población AM. La vivencia que tenga el adulto mayor con su medio familiar y social van a determinar en gran parte la expresión de emociones y sentimientos positivos o negativos.

El mundo de los sentimientos no sufre deterioro con el paso de los años: permanece el deseo de amar y ser amado, ser útil e independiente y ser consciente del sentido profundo que representa la existencia a lo largo de la vida.

El AM necesita sentirse querido por los que lo rodean y, en consecuencia, ser capaz de expresar recíprocamente ese mismo sentimiento a los otros.

Temor al desamparo de otros:

- El amor salvador de lo siniestro:

"La antípoda de lo siniestro es el amor; sólo el auténtico amor proporciona el ansiado horizonte de serenidad y paz, pues el amor anonada a la muerte, convirtiéndola no en una aniquilación, sino en una dormición" (Dr. A. Roa).

Es por todos conocidos que muchos ancianos se enferman y mueren por "miseria espiritual": por sentirse abandonados, solos o despreciados. Duele más el "sufrimiento del alma" que el dolor físico y "matan más las penas que el hambre". Esto lo vemos cuando un viudo(a) deja de encontrarle sentido a su existencia, al perder al compañero(a) de toda la vida.

Si es verdad que a lo largo de nuestra existencia no podemos pasar sin cariño y el afecto de aquellos con quienes compartimos nuestras vivencias, no es menos cierto que, cuando nos acercamos al final de la vida, estos sentimientos se hacen indispensables. Hasta tal punto esto es así, que resulta imposible vivir dignamente y con mínimo de calidad cuando alguien experimenta el abandono total de los seres queridos. Se trata de un miedo no tanto a la propia muerte, como al desamparo de otros. De ahí la expresión que hemos oído tantas veces en asilos de ancianos: "no temo a la muerte, no tengo a nadie a quien hacerle falta". No es un dolor por la muerte en sí, sino por el menoscabo de vidas amadas, lo que prueba que la vida muestra siempre un sentido valioso aún para quien está a punto de abandonarla.

La sensación de inutilidad menoscaba la dignidad del AM y él mismo desarrolla una baja autoestima:

Es imprescindible para poder vivir dignamente que el AM no pierda su autoestima ya que esto conlleva una sensación de inutilidad, de estorbo, de inoperancia y de desprecio que puede sumirle en la depresión. Actualmente, con el aumento de la expectativa de vida no solo se llega a edades más avanzadas, sino que las sociedades desarrolladas contemporáneas tienden a convertirse en ciudades fuertemente envejecidas y los presupuestos de las clases pasivas están empezando a desequilibrar las economías de los países. Todo ello implica un desfase entre la edad de jubilación y la muerte de la mayoría de los ancianos. Este desfase hace que el jubilado quede relegado a ser un parásito que consume sin producir, sus ingresos disminuyen; al no trabajar, su capacidad intelectual se deteriora; si no hace ejercicios su capacidad física empeora; en los ambientes familiares y sociales se les considera un estorbo y su afectividad queda seriamente dañada. Afortunadamente no siempre es así, pero no es infrecuente que los ancianos sean una carga económica y psicológica para muchas familias.

Los sentimientos de soledad y abandono se producen por el distanciamiento de la familia y seres queridos: los hijos se independizan y

los familiares y amigos van muriendo. La soledad desemboca en falta de aprecio y en una inseguridad en sí mismos. Esto es el inicio de la cascada de deterioro caracterizada por depresión, abatimiento o tristeza persistente que se manifiesta en una pérdida de interés por todo lo que lo rodea. La tendencia general es el desarrollo de una baja autoestima, ausencia de comunicación y una infelicidad permanente.

Revertir esta situación no es tarea fácil, pero se debe hacer lo posible para que los AM recuperen su autoestima, el afecto perdido y la felicidad. Entre las medidas recomendadas están las siguientes (24):

- Ayudar al AM a valorarse, dándole la oportunidad de formar parte del sistema productivo en aquellas actividades para las que tenga aptitudes.
- Contribución de la familia para que el AM recupere su rol y su función concreta en la que se sienta seguro y necesario, debido a su experiencia y su saber.
- Aprender a escuchar al AM, no sólo en cuanto a sus necesidades y dolencias, sino también en sus opiniones y expectativas; es decir, que sienta que los demás miembros de la familia cuentan con él a la hora de tomar decisiones que afectan a todos.
- Apoyar y educar al AM para alcanzar un estado bio-psico-social y espiritual de bienestar que le haga madurar en su autoestima y felicidad personal.
- Proporcionar respeto, cariño, comprensión y compañía: es necesario que el AM perciba de forma real que es querido y respetado en su familia, que los que los asisten lo hagan con cariño y respeto, que se valore lo que ha hecho y que lo que percibe como pensión no es un regalo, sino que algo que se le debe en justicia y equidad.
- Facilitar al AM la relación y convivencia con personas a las que pueda ayudar y sentirse realizado con ellas, participando en eventos lúdicos y recreativos, culturales, de beneficencia y voluntariado.
- Preservar, proteger y favorecer la privacidad e intimidad de la pareja: No es infrecuente que el anciano tenga que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas médicos o por incapacidad importante, acudiendo al domicilio de familiares directos o incluso ingresando en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre, como mínimo se pierde la privacidad e intimidad de la pareja y muchas veces pueden presentarse conflictos con los familiares o cuidadores directos por no entender las expresiones sexuales del anciano adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia los ancianos. Esta situación se agrava más cuando se separa a la pareja, con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar siquiera que exista una necesidad de manifestación sexual. Los familiares pueden intentar imponer las normas de conducta que consideran apropiadas, sin plantearse que en esas nuevas situaciones los ancianos necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones.

Todo lo anterior se podría evitar si existiera educación en el tema, con un reconocimiento social generalizado de esta necesidad para así intentar, junto con los ancianos y sus familias, encontrar la mejor solución en el momento que se decida el cambio de domicilio o el reinicio de una nueva vida en pareja.

IV. Amor y sexualidad: "La sexualidad como recurso para el bienestar"

"Se comienza a envejecer cuando se pierde la capacidad de amar"

Desde mediados de siglo, ha surgido un cambio de enfoque en relación con la sexualidad en la vejez y el erotismo tendiente a la desmitificación y la búsqueda de variables positivas (25,26).

La gerontología aborda la sexualidad desde un discurso moderno y científico que se enfrenta a otro calificado de mítico, moralista o puritano y que intenta presentar a la sexualidad y al envejecimiento como términos que no se excluyen mutuamente. No sólo eso, sino que considera que la vida sexual activa constituye un valor tan central como la salud.

El concepto de calidad de vida aparece asociado actualmente a una vida sexual rica en la vejez. También el encuentro de nuevas parejas en esta etapa asume un sentido ligado al romanticismo y a la sexualidad, así como a una nueva posición frente a las expectativas de vida y ante la propia familia. Esta nueva estética de la sexualidad y del amor implica la construcción de un relato adecuado a los nuevos tiempos, donde la noción de edad puede volverse irrelevante para definir el erotismo (27).

Las críticas actuales hacia las residencias geriátricas apuntan a que en estos espacios la sexualidad es desconocida, tal como ocurre en muchos otros aspectos de la vida privada, y ello porque mantienen cierto sesgo asilar que busca el control de esta población más que el desarrollo de la autonomía individual.

Otro de los factores que actualmente también constituyen objeto de la crítica es la denominada bio-medicalización del envejecimiento, que supone una serie de controles sociales hacia la vejez desde el paradigma médico (28).

Diversas investigaciones apuntan a mostrar una noción de la sexualidad más rica en tanto no se limita a la genitalidad, sino que se asocia a la búsqueda de placer y de afecto lo que recupera un sentido más amplio de la sexualidad en la vejez. Así, se introduce el concepto de "intimidad", que implica cuidado mutuo, responsabilidad, placer, relajación, confianza y la comunicación abierta compartida con la pareja.

La sexualidad en la vejez no está relacionada con el nacimiento de hijos y la creación de una familia. Este tipo de libertad puede resultar excitante, en especial para quien, hasta entonces, no tuvo tiempo para pensar en la sexualidad y para poder dedicarse al conocimiento de sí mismo y del otro.

Por último, un nuevo lenguaje ha aparecido en escena, desde donde se estetiza la cuestión de la sexualidad en la vejez y se le empieza a incluir entre los factores que otorgan calidad a la vida. Este lenguaje implica "sensibilidad"; significa aclarar rencores antiguos y viejos motivos de irritación hacia la pareja y las personas en general, para que la propia energía pueda dirigirse hacia aspectos positivos: de esta manera es posible renovar el amor cada día. Es necesario conocer bien lo que le gusta a la pareja y a uno mismo: las diversiones, las pasiones, hablar, reír, llorar, provocarse, confiarse secretos, recordar acontecimientos del pasado, hacer proyectos para el futuro, confesarse temores e incertidumbres. Todos estos aspectos pertenecen a la intimidad de la pareja y no es necesario que se implique también la sexualidad.

Si el aburrimiento se insinúa en la relación, es necesario que ambos componentes de la pareja se den cuenta de ello (hecho muy importante a cualquier edad); éste es el momento para intentar escuchar los sentimientos más profundos que fueron almacenados en algún lugar del ser en previsión de la necesidad de sacar su riqueza para fortalecer a los dos.

Las personas mayores tienen tiempo para el amor

A pesar de que los años de esperanza de vida son menos respecto a las personas más jóvenes, los mayores pueden dedicar mucho más tiempo a las relaciones sociales y sentimentales. En general, es verdad que los AM tienen menos recursos económicos, pero, afortunadamente, las relaciones sociales son, entre los placeres de la vida, los menos caros. Si consideramos que en el curso de una vida normal la mayoría de las gratificaciones de tipo narcisista se verifican durante la adolescencia y la juventud y que, incluso cuando no se consiguen triunfos de tipo narcisista y gratificaciones en la edad adulta, el individuo debe, finalmente, enfrentarse con las problemáticas fundamentales del envejecimiento, de las enfermedades crónicas, de las limitaciones físicas y mentales y, sobre todo, con pérdidas, separaciones y soledad, entonces tenemos que concluir que la confrontación del sí mismo grandioso con la naturaleza frágil, limitada y efímera de la vida humana es inevitable.

Para los ancianos, el enfrentar y aceptar sus problemas, compensar sus pérdidas y limitaciones significa un reto muy difícil y el riesgo de fracasar es muy alto. Las modificaciones biológicas relacionadas con el proceso de envejecimiento, los cambios en la fisiología sexual, las enfermedades, provocan una sensación de fragmentación y de relativización del yo que sirve para facilitar la búsqueda de un sentido individual de la propia vida. Quizás este fisiológico dirigirse hacia el interior de uno mismo no sea nada más que el último acto de búsqueda del sentido de la propia existencia. Entonces la vejez puede representar la ocasión para un renacimiento de la edad de los sentimientos y, a través de ésta superar las "pérdidas" asociadas al proceso de envejecimiento.

Vivir el placer en el ámbito del "sentirse bien" puede ser considerado, hoy en día, el mejor índice de salud sexual y vida de calidad.

La experiencia madurada en el curso de la vida en el arte de amar a otra persona permite al AM:

- Expresar pasión, afecto, admiración, lealtad y otros sentimientos positivos. Esto sólo se consigue en relaciones sólidas consolidadas a través de los años:
- Reconfirmar la capacidad de vivir el placer: Un funcionamiento sexual satisfactorio valoriza la propia existencia y aumenta el interés y entusiasmo hacia las propias actividades cotidianas.
- Reconsolidar su identidad. Producir reacciones positivas en su pareja conserva y aumenta la autoestima (frecuentemente tan "sub-estimada" a esta edad).
- La autoconfirmación. Las relaciones personales y sociales se vuelven importantes porque representan una manera de expresar la propia personalidad.
- Una protección de la ansiedad. Vivir la intimidad sexual comporta un mayor sentido de seguridad, en especial al enfrentarse a las amenazas

de peligros y pérdidas del mundo exterior.

- Un desafío a los estereotipos de la vejez. Los AM sexualmente activos niegan ese estado de neutralidad - "seres asexuados"- que aún hoy día se les impone.
- El placer de poder "tocar" y "ser acariciados". Lamentablemente, tocar es un término muy mal entendido, que puede comportar sentimientos de culpabilidad. Los AM sin pareja se refieren a la pérdida del placer y el calor del contacto físico como una falta grave. El ser acariciado devuelve esa intimidad especial y esa gran sensación y satisfacción de sentirse queridos, deseados, amados...".
- Un modo de reafirmar la propia existencia. La sexualidad expresa felicidad: la calidad de la relación íntima es un óptimo medidor del valor de la propia existencia.
- Un crecimiento continuo en la sexualidad, la experiencia y el erotismo. El amor y la sexualidad son artes que requieren saber amar y dar sin contrapartida y conocimiento.

Por último, como lección de vida y preparación –prevención– para nuestro futuro envejecimiento en calidad: si como sociedad dejásemos de lado tantas de nuestras actitudes ageísta, ¡quizás cuántos aspectos de la sexualidad en la vejez serían la mejor enseñanza para que pudiésemos vivir plenamente nuestra sexualidad en las edades previas de la vida! (29).

V. Salud psicológica

"Cada individuo es artífice de su destino personal elaborando una forma peculiar de pensar, sentir y actuar su envejecimiento dentro de un marco definido por su sociedad". El individuo se va adaptando a las pérdidas a lo largo de todo su proceso vital. Todos estos cambios colocan al anciano en una situación de fragilidad tanto física como psicológica (30, 31).

Nuestro cuerpo envejece sin que podamos dominarlo. Poseemos el único sistema nervioso que tiene conciencia del fenómeno del envejecimiento. Y como tenemos conciencia de las cosas, nuestro estado mental influye sobre aquello de lo que tenemos conciencia. Los descubrimientos científicos de las tres últimas décadas han demostrado que el envejecimiento depende del individuo en un grado mucho mayor del que se ha imaginado nunca.

La mayoría de las personas desea evitar el deterioro físico y mental, quizás, como forma disfrazada de deseos más profundos, tales como no querer sufrir ni morir. Entonces, la sugerencia sería tratar de mantenerse en el plano de funcionamiento más juvenil posible y, como deseo más amplio, mejorar todos los días experimentando más energía, más creatividad, más vivacidad, etc.

- Aprender de los más ancianos:

Históricamente, llegar a cumplir los cien años era una hazaña, casi un fenómeno. Las personas más ancianas de la actualidad no tienden a ser meros sobrevivientes del azar, sino individuos con actitudes y valores envidiables, destacando su fuerte apego a la libertad y la independencia. Si envejecer fuera, simplemente, una cuestión de desgaste, cabría esperar que todos los centenarios tuvieran mala salud y con un alto grado

de deterioro. Pero, las investigaciones realizadas demuestran que en los centenarios hay buenos niveles de salud, menos de uno entre cinco están discapacitados. En su mayoría se mueven sin ayuda, y muchos continúan trabajando en las tareas domésticas y su cuidado personal.

Al analizar los pocos estudios existentes en poblaciones de centenarios se puede observar que casi la totalidad de los AM estudiados había escapado a enfermedades catastróficas, lo que indicaba que algunos poderosos factores positivos los protegían. Contrariamente, los factores puramente objetivos vinculados con la vida larga eran pocos y muy generales (un peso estable, comían moderadamente y se mantenían activos durante toda la vida). Obviamente, no bastan estos factores para explicar la longevidad. Son los factores psicológicos los que hacen la diferencia en estos sujetos:

- Optimismo
- Falta de preocupaciones, ansiedades,...
- Vivir en pareja
- Disfrutar de una razonable vida sexual
- Gran adaptabilidad emocional
- Capacidad de disfrutar la vida
- Amor a la autonomía

Todo esto indica un alto grado de salud psicológica.

Más allá de todas las evidencias sobre el envejecimiento y cómo evitarlo, el factor más importante por sí solo es que se haga de la existencia algo creativo.

La vida es una empresa creativa. Amar por completo, no juzgar y aceptarse uno mismo es un objetivo exaltado. Los años avanzados deberían ser el tiempo en que la vida se integra.

CONCLUSIONES

“La ancianidad es una gracia, si se llega a ella con alegría, creatividad y curiosidad. Estas cualidades requieren vivir plenamente el momento actual, pues hoy es la juventud de tu longevidad”.

Pero, esto requiere vivir plenamente el momento actual, y erradicar los estereotipos sobre la vejez, tan arraigados en nuestra sociedad. Debemos cambiar el “antiguo paradigma” (aún vigente) que dice que el cuerpo se desgasta con el tiempo, la vida se torna menos satisfactoria y que la provisión de posibilidades se agota después de cierta edad (definida arbitrariamente a los 60 años en nuestra sociedad). El “nuevo paradigma” nos dice que la vida no es un proceso de declinación, sino de transformación constante y, por tanto, lleno de potencial para un crecimiento ilimitado.

Lo más importante para cualquier persona, especialmente, para los que se encuentran en la etapa final de la vida es sentirse felices, satisfechos y en paz consigo mismos y con el ambiente que los rodea, es decir, haber alcanzado la “salud espiritual”, la cual es posible conseguir y acrecentar incluso cuando el bienestar físico, psíquico y social esté deteriorado irreversiblemente.

Un fuerte sentido de la libertad individual, combinada con felicidad personal, es un factor crítico para sobrevivir hasta edad avanzada con buena salud, dignidad y CV.

Por tanto, el secreto para alcanzar y permanecer dignamente es lograr una vida física, psicológica, social y espiritual sana y activa durante el mayor tiempo posible ¿Cómo lograrlo?

DESAFÍOS

- Por parte del AM:

“Al aumentar la inteligencia interior, incentivando su felicidad y su satisfacción, puede derrotar al envejecimiento de un modo duradero y significativo, sin elementos químicos de posibles efectos colaterales”.

Saber enfocar los acontecimientos de una manera positiva, de manera que sea el sujeto el que domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio. Aprender a escuchar y ser receptivo con los demás, para eso tiene todo el tiempo del mundo. Mantener excelentes relaciones con la familia y amigos donde el sentimiento y el afecto formen parte integrante y primordial de sus vivencias. Evitar, en lo posible, vivir del resentimiento y el rencor (el pretérito) y de la preocupación (el futuro), para disfrutar el “presente” ya que como la palabra lo dice, “presente es sinónimo de regalo” y los regalos se disfrutan y agradecen, debemos agradecer por el “nuevo día” - por nuestro regalo diario - y disfrutarlo plenamente, cada instante, como si fuese el último regalo de nuestras vidas.

En suma, mantenerse con dignidad, con CV, desarrollando la sabiduría personal propia de una edad madura.

- Por parte de la sociedad y la familia

La sociedad no tiene como responsabilidad hacer feliz a todos sus ciudadanos, pero sí tiene la obligación de quitar todos los obstáculos que impidan a cada ciudadano desarrollar su propio proyecto de felicidad. Debe facilitar y contribuir a que los AM se encuentren en su mundo, entre los suyos.

Una sociedad que se considere humana y ética debe saber amalgamar la responsabilidad del quehacer presente con el recuerdo, la estimación y el respeto a la tradición y a las canas. Y los mayores son la personificación de esa tradición, herencia, cultura, historia y ese saber a los que nunca podemos renunciar si no queremos perder la dignidad de humanos.

A la sociedad le corresponde además, arbitrar modos de atención y reconocimiento a los AM por deber y por justicia: no hacerlo sería una forma más de discriminación.

Los menores de 60 años debemos “aprender a envejecer”, prepararnos, siendo previsores en el cuidado de la salud (prevención y autocuidado) y en la planificación económica, para no ser una carga muy pesada para la sociedad. Así, presenciaremos un pago recíproco: pagaremos a la sociedad lo que ella nos ha ayudado y la sociedad pagará a quien con su trabajo, constancia, generosidad y sabiduría contribuyó para que ella creciera.

- Por parte de los profesionales de la salud

El cuidado de los AM debe estar orientado en principios éticos específicos y sólidos, como son el respeto de la autonomía y la confidencialidad del paciente, actuando en el mejor interés de éste, evitando los daños y mostrando empatía con todos los pacientes por igual. Además, esta orientación ética debe focalizarse en:

- Estar centrada en la persona, en forma integral ya que los AM a menudo tienen múltiples problemas y necesidades específicas.
- Ser consciente de la dignidad de los pacientes y la protección de su privacidad. Con promoción de su independencia, calidad de vida y capacidad para su autocuidado.
- Ser sensibles con los temas de justicia y la no discriminación injustificada por motivos de edad.
- Respetar los diferentes valores culturales.
- En el reconocimiento de los factores sociales que afectan nuestro comportamiento y actitudes "ageístas" hacia las personas mayores

La educación sanitaria en el ámbito geriátrico representa un instrumento indispensable para superar creencias y mistificaciones sobre la vejez y, especialmente, en lo que concierne a la sexualidad. Sólo con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general, junto con la realización de programas de educación para los ancianos, se logrará una mayor sensibilización hacia estos aspectos olvidados de los mayores, contribuyendo directamente a una mejor calidad de vida y mayor satisfacción y bienestar de muchos

ancianos e indirectamente, para todas las personas jóvenes, como una premisa natural para poder vivir la propia futura vejez de manera serena y más completa.

Urge la necesidad de un **Gran Cambio Cultural**:

A los profesionales de la salud se nos prepara para "curar el dolor",... pero no para "promover el placer". A medida que la sociedad envejece y se prolonga más la expectativa de vida se hace imprescindible que el médico acepte que las veces va a curar (fin último, aún, de las actuales facultades de medicina), y que la más de las veces va necesitar "saber" asistir, aconsejar, aliviar, acompañar (incluso en el duelo y después de éste) y, por sobre todo, aprender a "escuchar" (lo que aún no se enseña en ninguna escuela de pre-grado ni post-grado), sólo así no seremos profesionales frustrados.

Es indispensable un constante compromiso social que pueda compensar las pérdidas fisiológicas de la vejez con un nuevo entusiasmo y creatividad que permitan al anciano protagonizar las elecciones de su vida.

Por lo tanto, el primer paso para una consideración ética acerca de la vejez y sus consecuencias en todos los ámbitos que esta concierne, pasa ineludiblemente por reconsiderar estas actitudes ageístas que, ocultando la existencia del problema, dificultan enormemente su remedio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASEN (2006) Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Chile.
2. INE, (2007) Adulto Mayor en Chile. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile
3. INE, (2008) Población, país y región. Boletín informativo. Chile
4. La Nación, (2010) Estadísticas prevén disminución de población menor de 15 años entre 2010 y 2020. Noticias www.lanacion.cl/noticias/2010
5. British Geriatric Society (2002). Standards of care for specialist services for people. Londres: British Geriatric Society
6. Pérez Millán I. Medicina Preventiva en geriatría. En Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I, editores. Manual de Geriatría. Barcelona: Masson; 2002. p. 115-24
7. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989; 27:S148.
8. Cella D, Wagner L, Cashy J, et al. Should health-related quality of life be measured in cancer symptom management clinical trials? Lessons learned using the functional assessment of cancer therapy. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2007; 53.
9. Reeve BB, Potosky AL, Smith AW, et al. Impact of cancer on health-related quality of life of older Americans. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101:860.
10. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Madrid: Triacastela; 2004
11. Roa A. Ética y Bioética. Editorial A. Bello. 1998
12. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835.
13. Cella D, Gershon R, Lai JS, Choi S. The future of outcomes measurement: item banking, tailored short-forms, and computerized adaptive assessment. *Qual Life Res* 2007; 16 Suppl 1:133.
14. Sprangers MA, Moynihan CM, Moynihan TJ, et al. Assessing meaningful change in quality of life over time: a users' guide for clinicians. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:561.
15. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable adults. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:363-9
16. Herrera A. Bioética y Vejez. En Libro "Bioética. Fundamentos y Dimensión Práctica". De Autores: Escriber Ana, Pérez Manuel, Villarreal Raul. Ed. Mediterráneo, Pág. 371-353, Mayo 2004

17. Gundy CM, Aaronson NK. The influence of proxy perspective on patient-proxy agreement in the evaluation of health-related quality of life: an empirical study. *Med Care* 2008; 46:209.
18. McPhail S, Beller E, Haines T. Two perspectives of proxy reporting of health-related quality of life using the Euroqol-5D, an investigation of agreement. *Med Care* 2008; 46:1140.
19. Domínguez, O. Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años y más en Chile. Simposio Internacional sobre envejecimiento. Chile: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. 1987.
20. INE (2000) Enfoques Estadísticos del Adulto Mayor. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
21. Cella D, Bullinger M, Scott C, et al. Group vs individual approaches to understanding the clinical significance of differences or changes in quality of life. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:384.
22. Cicirelli VG. Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end-of-life decisions. *Psychol Aging*. 1997; 12:72-83.
23. Herrera A. La prevención como arma en la asistencia geriátrica. En Libro de Geriatria Iberoamericano "Avances en Geriatria" Autores: Gómez Sancho M., Ribera Casado J Ed. GAFOS (Gabinete de Asesoramiento y Formación Sanitaria).
24. Herrera A. Bioética y Envejecimiento. Trabajo acreedor del Premio Mención Honrosa. Colegio Médico de Chile. Diciembre 2000.
25. Hazzard W.R. The sex differential in longevity. In *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Mc Graw-Hill, New York. 1990
26. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996; 23: 99-109.
27. Herrera A. "Sexualidad en la vejez: una realidad no abordada aún" Libro "Sexualidad: Una Perspectiva Multidisciplinaria" 2008. Pág.65- 93.
28. Herrera A. "Calidad de vida y sexualidad en mujeres post menopáusicas con incontinencia urinaria" *Actas Urol. Esp.* 2008; 32(6)
29. Herrera A. Sexualidade na velhice: uma realidade ainda não abordada" Livro *ame suas rugas: valorize todas as idades (volume 3) Em Portugal, até outubro de 2010.*
30. Buchanan DR, O'Mara AM, Kelaghan JW, et al. Challenges and recommendations for advancing the state-of-the-science of quality of life assessment in symptom management trials. *Cancer* 2007; 110:1621.
31. Arlt S, Hornung J, Eichenlaub M, et al. The patient with dementia, the caregiver and the doctor: cognition, depression and quality of life from three perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23:604.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.