

ANCIANIDAD: EL ENTORNO SOCIAL Y SUS LIMITACIONES

Resumen: Se exponen en este trabajo afirmaciones cualitativas sobre la situación de los ancianos y de su entorno social, en particular los miedos que acosan a las personas mayores. Se mencionan los estereotipos que se han creado sobre la sexualidad de los ancianos y la situación de soledad que padecen. Se presentan también diversas teorías sobre la ancianidad, los acentos que ellas marcan y las pérdidas propias de los adultos mayores. Se pasa a considerar luego la tendencia actual de promoción de una salud psíquica preventiva y los deberes para con la ancianidad. Se cierra con una consideración a las familias como acompañantes de los ancianos y de sus derechos.

Palabras claves: ancianidad - entorno social - limitaciones - deberes

Abstract: Qualitative statements on the situation of the elderly and their social environment, particularly the fears that beset the elderly, are discussed in this paper. Stereotypes that have been created on the sexuality of the elderly and the situation of solitude suffering are mentioned. Various theories about old age are also presented, and the accents by themselves made on own losses and of older adults. Then it goes on to consider the current trend tending toward a preventive mental health and duties to old age. It closes with a consideration to families as containment elderly and the rights of the elderly.

Keywords: old age - social environment - limitations - duties

Introducción

No se debe solicitar al escritor lo que el lector desea. Por ello, conviene poner en claro la finalidad que se propone el escritor cuando desea comunicar algo.

En este artículo no se pretende realizar un trabajo “científico” si por ello se entiende una comunicación basada en datos estadísticos de numerosas personas cuantitativamente registrados, sino expresar opiniones cualitativamente vividas. Esta opción -como las otras- tiene sus ventajas y sus limitaciones. Los registros cuantitativos implican el supuesto de que la mayoría tiene menos probabilidad de equivocarse, pero no aporta un resultado siempre verdadero. Las investigaciones cualitativas aportan mayor riqueza de información matizada, pero suelen ser menos generalizables.

En este caso, se ha optado por una consideración narrativa y cualitativa de la problemática referida a la ancianidad y a su entorno, a partir estudios realizados y citados, y de expresiones no sistematizadas ni cuantificadas de adultos mayores.

Entorno social, la ancianidad y los miedos

1.- La ancianidad de personas indigentes suele ser lastimosa. La ancianidad con recursos, lucidez y salud, puede ser un tiempo de gozo y de crecimiento personal.

A veces, el cese de la acción laboral va dejando a las personas encerradas en sus hogares y van, en consecuencia, perdiendo el sentido y gozo que puede producir la vida social.

Es una crueldad culpable de nuestra sociedad abandonar a los ancianos desvalidos. Ser señor (*senior* en latín “de mayor edad”, por oposición a *junior* “joven o de menor edad”) era un título de prestigio en la antigüedad; era el que poseía experiencia y autoridad; por ello Dios es nominado como el Señor.

Hay viejos llenos de vida, intelectualmente muy curiosos, y lúcidos. A éstos les cuesta admitir que deben dejar su lugar a los jóvenes¹. Peor aún, las generaciones actuales son quizás las primeras en saber más que los ancianos, al menos en ciertos sectores hoy prestigiosos del conocimiento, como lo es el tecnología virtual. Ante esto, toda la sabiduría de los ancianos parece desmoronarse o, al menos, desvalorizarse y puede genera una condición depresiva en los ancianos.

2.- La sabiduría no es una prerrogativa automática de la edad. Es un don adquirido mediante la reflexión sobre lo largamente vivido. El anciano debe proponerse como meta, alcanzar esa sabiduría del corazón que permite “saber contar los propios días”, es decir, vivir con sentido de responsabilidad el tiempo vivido. Núcleo de esta sabiduría es el descubrimiento del *sentido* más equilibrador y profundo de la vida humana.

En la modernidad, la industria de la vejez, las cirugías, la gimnástica, los cosméticos se han hecho fuertes y redituables.

En siglos pasados, las arrugas eran los signos de la experiencia, pero estar contento con el propio cuerpo exige un esfuerzo psicológico y reflexivo notable, para no sentirse castigado por no ser joven.

Si bien el miedo es parte integral de nuestra condición humana es bastante lógico tener miedo a lo que no se conoce; pero el miedo no es pánico. El miedo no paraliza y ha sido la razón principal de que tengamos cultura, dada la conciencia de nuestra finitud y de las fuerzas superiores de la Naturaleza, dado los límites de nuestro cuerpo y la desconfianza hacia los desconocidos. De hecho, la incertidumbre, la vulnerabilidad humana, los caprichos del mercado constituyen las bases de cualquier poder político. Este poder político trata de ganar adeptos prometiendo atenuar o suprimir el miedo y vendiendo promesas de seguridad (más trabajo estable, más protección jubilatoria, mejor sanidad, vivienda, convivencia, etc.), ante un imprevisible mercado libre, *banlieus* poblados por inmigrantes, ante la desaparición de la esfera privada, la presencia creciente de distritos violentos, delincuentes en libertad, vagabundos problemáticos, bandas juveniles violentas, holgazanes y agresores, que superan la limitada experiencia personal.

Un miedo frecuente en la vejez es *el miedo a la soledad*. Los sondeos sociológicos² perciben que la soledad es uno de los sentimientos con más altos porcentajes en la ancianidad. Si bien todas las personas -de diferentes edades- pueden sentir (y de hecho sienten) momentos de soledad (de aislamiento no deseado), en la ancianidad la soledad es más sentida porque es *una soledad sin esperanzas* de que pase. La soledad, en los ancianos, pasa de ser unos momentos a ser un estado. Además no suele ser sólo una soledad física; sino, lo que es peor, afectiva: una carencia de afecto acompañada de los recuerdos felices vividos con su pareja. Esta carencia no la llena nadie, ni siquiera la presencia de los hijos.

El viejo ya no es atractivo ni joven. Suele tener dificultades de movilidad y tiene que quedarse en un lugar. Aunque pierde gradualmente la potencia sexual (más rápidamente la mujer que el hombre), el hombre no pierde el deseo sexual y la necesidad de acariciar y besar, ser acariciado y besado, como lo hacen dos personas adultas. Esta frustración oculta -pero siempre presente en los ancianos (y mayormente en los hombres)- puede generar depresión o la resignación dolorosa; es que la relación afectiva está en la raíz misma de la vida humana. Sólo el tiempo va curando la virulencia de la herida, mediando la capacidad de adaptación, y creando nuevos lazos.

El anciano pierde gradualmente la agudeza de los sentidos: del gusto (pérdida de apetito), del olfato (no percibe la necesidad de higienizarse), de la vista (y del interés por medios masivos y visivos de entretenimiento), del oído (por lo que se aísla físicamente de su entorno).

La persona anciana y sabia sabe, sin embargo, “perdonarse” el envejecer, de lo que parece culparlo la publicidad. En algunas profesiones, puede ser traumático perder el trabajo por los años vividos, -por no ser tan joven-, como en el caso de las “modelos”, o de los deportistas. Aún en la cambiante situación de vida en la que les toca estar a los ancianos/as, ellos buscan desarrollar sus vidas con plenitud, aunque los no-ancianos los perciben en una perspectiva reducida.

Sexualidad y ancianidad

3.- Una visión reducida, por ejemplo, es el tema de la sexualidad en la ancianidad. Este aspecto es un tema casi vedado, o solo objeto de solfa, lo cual hiere la persona del anciano/a.

Con los años, el sujeto humano suele volcarse hacia su interior. Se produce un mayor conocimiento de sí mismo y se integran los aspectos a la personalidad. Se toma contacto con aspectos inconscientes y, a veces, desconocidos de la personalidad. Este proceso desarrolla la capacidad de *aceptar el paso del tiempo* y las frustraciones, y genera mucha confianza en los recursos internos para ser capaz de tolerar cosas que antes no creía posibles. Se puede lograr una expansión de la personalidad y del conocimiento; y el anciano puede ser más tolerante con los demás y con él mismo. Mas también sucede que algunos ancianos -conscientes del tiempo que se les acorta- se vuelven más impacientes y exigentes. La vejez hace aparecer lo mejor y lo peor de cada uno.

También aparecen *cambios biológicos y físicos*: se hacen presentes las canas, la calvicie, la sequedad cutánea y las arrugas. Se da una disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción. Se acumula el tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo, la columna vertebral se encorva y se produce una estrechez de hombros. La artrosis hace dolorosa las acciones de las manos, pies y cintura: el manipular objetos y cada paso pueden ser dolorosos.

Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino disminuciones en las acciones, cambios en la imagen corporal y en los hábitos de vida.

Físicamente, en la mujer, se vive la menopausia (entre los 45-50 años). Se da la pérdida de una función: la capacidad reproductora, acompañada a veces de mal genio, labilidad, falta de energía; desajuste en relación al equilibrio anterior. La sintomatología física y psicológica le hace entender a la mujer que se está poniendo vieja: ya no podrá tener más hijos; aunque hoy se dan casos de mujeres que, a los 65 años de edad, mediando la inseminación artificial, logran ser madres. Claro está que esa madre debería pensar también en la situación de su futuro hijo de 15 años cuando ella tenga 80. De todos modos, la mujer suele vivir más aceptadamente la vejez, siempre que no haya centrado su autoestima en el atractivo físico.

4.- La andropausia, en los hombres, implica la disminución de la hormona masculina (testosterona): disminuye en él la cantidad de esperma y la velocidad de la eyaculación. Disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales. Con la pérdida de la testosterona, los hombres sienten una cierta inestabilidad sexual, por lo que se requiere más estimulación y apoyo de parte de la pareja.

Todos estos cambios generan mucha angustia y duelo por el cuerpo humano, y mucho más si el anciano se compara nostálgicamente con los jóvenes. Las carencias propias de la

impotencia, se convierten en una gran herida narcisista, que refuerzan la conciencia de la vejez y del final de la vida.

En el mejor de los casos, se puede esperar la aceptación de la nueva imagen física en los adultos mayores, y que esos cambios sean sensatamente integrados a la personalidad de cada uno.

5.- El mito de la perenne juventud es cruel y un poco estúpido, aunque los avances de la ciencia dan cierta base para fantasear con ello.

Es verdad que la población irá creciendo demográficamente hasta al menos la mitad de este siglo XXI. Casi la mitad de la población tendrá, entonces, un promedio de 30 años. Los jóvenes de 30 años ya son considerados adolescentes (según la Organización Panamericana de la Salud) y están preparándose para tener el primer trabajo rentable y, con él, la autonomía. Por otra parte, crecerá la cantidad de gerontes a cargo de los jóvenes trabajadores, deseosos desde hace tiempo de gozar a pleno tiempo y poco interesados en cuidar de hijos y ancianos.

La población, en la actualidad, vive el doble de lo que se vivía hace algunos siglos atrás, pero vivir esa longevidad con temor, es una larga agonía.

La sociedad actual -aunque presume de serlo- no es muy sexuada y tiene, sin embargo, miedo a la pérdida de la virilidad. Los testimonios de los jóvenes indican que su sexualidad es una sexualidad sin *slancio*, sin empuje, sin vitalidad; es, más bien, fachada machista y evasión virtual o adictiva.

Hasta la premodernidad, los hombres y mujeres vivían su sexualidad activamente toda la vida, hasta que morían, lo que acaecía hacia los cuarenta años y tenían alrededor de veinticinco hijos, de los que la mitad podrían llegar a ser adultos. Los ancianos de hoy vivieron en una época del siglo XX que admiraba una vida sexual plena, después del descubrimiento de las pastillas anticonceptivas y del Sildenafil.

El desarrollo sexual humano es un proceso que abarca toda vida. Cada persona tiene sentimientos, actitudes y creencias sexuales procesadas a través de una perspectiva intensamente individual, la cual se conforma por experiencias personales, tanto íntimas como sociales.

Existe la tendencia a ignorar, subestimar, sensacionalizar a veces, los deseos y necesidades que tienen los ancianos en la esfera sexual. Por todo ello, la problemática de la expresión sexual en el anciano se agrava no solo por los estereotipos sociales, sino también porque, muchas veces, existe la falta de la pareja. La familiaridad y la comprensión son importantes como apoyo para la sexualidad de los ancianos. El análisis de las encuestas arrojó que el 59,1 % de los abuelos considera que no importa la edad para llevar a cabo la sexualidad, mientras que la mayoría de las ancianas creen que la sexualidad es propia de la juventud (49 %) ³.

Teorías sobre la ancianidad: Pérdidas en la ancianidad

6.- Una teoría es una interpretación. Sobre una misma temática o realidad -en este caso, la ancianidad- se han elaborado diversas teorías. Estas teorías no son indiferentes pues rotulan o encasillan un objeto de estudio y pueden distorsionarlo, dado que ninguna teoría es necesariamente verdadera. Si un hecho fuese evidente en sí mismo, no necesitaría teoría alguna; porque sería idéntica la realidad y lo que se comprende de ella.

a).- La *teoría del desapego* (o del descompromiso: *Theory of Disengagement*) ⁴ acentúa el creciente aislamiento psicológico y social de los ancianos respecto de su entorno profesional y cultural. Cuando un individuo se asume como viejo, tiende a concebir sus conocimientos

también como viejos o desactualizados, y a generar un juicio negativo sobre lo nuevo, pues ya no lo entiende ni tiene deseos de esforzarse por aprender lo nuevo. Entonces el anciano comienza a considerar más importante no ya los asuntos de la sociedad, sino los de las personas individuales. La jubilación, o el retiro, apresuran la sensación de rechazo de los jóvenes para con los ancianos, lo cual genera en éstos una pérdida de motivación y un desencanto por todo lo que han luchado. La misma sociedad supone que los ancianos deben conocer su deber que es el de apartarse discretamente o aislarse, para el bien de la misma sociedad. Este desapego, por otra parte, va acompañado con la sensación de bienestar y satisfacción por lo vivido. Esto permite un cambio generacional por personas más jóvenes y aptas a las nuevas circunstancias. Según esta teoría, ambos, la sociedad y los ancianos se separan mutuamente y, este hecho es beneficioso para ambos.

b).- La *teoría del etiquetaje* sostiene que es la sociedad la que impone la concepción a los ancianos y no es el resultado primero de una autoidentificación realizada por los mismos ancianos. La sociedad impone la etiqueta de viejo, mayoritariamente por la edad (acompañada de decrepitud, dependencia, enfermedad, fealdad, etc.), con la cual no se identifican con las generaciones jóvenes. Esta teoría del *viejismo* es descalificadora de los individuos e ignora las características personales: existen ancianos muy capaces, de los que se ignoran sus aspectos positivos, como la inteligencia o bondad o sentido del humor de los mismos. Esta teoría toma su fuerza del hecho social de la predominancia de la juventud, del sentido material de la vida y de la capacidad productiva; pero parece ignorar que, actualmente, un alto porcentaje de los líderes mundiales no son precisamente jóvenes.

c).- Se ha elaborado también la *teoría del vaciado de roles*. En ella, se acentúa el hecho de la sucesiva pérdida de normas, relaciones y roles: con la viudez se pierde un rol familiar relevante; con la jubilación y la emancipación de los hijos, se pierden roles profesoraes, laborales y familiares. Estas pérdidas son reemplazadas con conductas asociales (la exposición al peligro en público en la circulación, cierta falta de pudor, cierta agresividad en las críticas, etc.). Pero los ancianos también pueden experimentar mayor sensación de libertad.

d).- La teoría de la *gerontología crítica* estima que la ancianidad, desde el punto de vista social, es una construcción histórica. Las naciones capitalistas han creado una economía de dependencia con los ancianos, lo que no existía, sino excepcionalmente, antes de la Modernidad. Dada la falta de producción de los ancianos, ellos ocupan un rango social inferior con relación a las personas productivas. Pero es posible reaccionar ante esta situación y conquistar nuevos territorios (como podrían ser generar educación universitaria para la tercera edad), desarrollando otras formas de convivencia que, a largo plazo, hagan ver que es posible mejorar la condición de los ancianos y que no predomine un único discurso acerca de los ancianos. En la sociedad del conocimiento virtual, como mencionamos, no pocos ancianos siguen siendo líderes.

e).- La *teoría de la actividad* propone de los ancianos permanezcan activos, reaccionando contra las teorías que tienden a dejar a los ancianos en la desvinculación social. Según esta teoría el envejecimiento debe entenderse, como el mantenimiento de las actividades y actitudes habituales de una persona, el máximo tiempo posible, haciendo habitualmente lo que hizo en la edad adulta.

f) *Nueva teoría del ciclo vital*. El predominio de la psicología genética impuso una visión de la vida, y de la educación, dividida en tres etapas. Se pensó a la educación como una socialización, de modo que la educación tenía sentido en la medida en que ella integraba a las personas a la sociedad de los adultos. En una primera etapa, se adquirían los conocimientos necesarios para la vida adulta; en la segunda etapa, las personas se dedicaban a aplicar todo lo

aprendido; la tercera era una etapa de retiro, de no producción, no destinada al mercado; sino al disfrute de actividades improductivas. Pero, hacia fines del siglo XX, surgió una nueva teoría del ciclo vital, en la cual se considera que la ancianidad no es una época de deterioro; sino de *crecimiento potencial*, para los llamados viejos jóvenes (entre 65 y 75 años). Se trata de una época en la que las personas aprenden a compensar sus pérdidas y a potenciar todavía ciertos aspectos del desarrollo vital, especialmente en el ámbito de las relaciones sociales, y en la elaboración de un sentido sapiencial de la vida⁵.

7.- Vistos, a grandes trazos, algunos de los rasgos de la ancianidad en la sociedad actual, podemos ahora referirnos a algunos aspectos psicológicos de las pérdidas del adulto mayor⁶.

a)- *Pérdida de autoestima.*

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia valoración, y que ésta es un proceso psíquico conocido como autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, en alza o en baja, no es indiferente; de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.

El hombre o mujer actual, enfrentados a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos enumerado en el apartado anterior, es probable que vivan la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que el anciano se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él; es más, varios jóvenes están dispuestos a ocupar rápidamente su lugar. Y en nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya, poco a poco, sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia es necesaria: en la familia moderna todos están ocupados en sus propios asuntos o en que los dejen descansar. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.

b)- *Pérdida de la potencia sexual*

Existen numerosos problemas que impiden que el anciano mantenga una actividad sexual continuada. El primero es la propia actitud del anciano ante lo que son cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones, y la mayor dificultad para tenerlas, puede producir una ansiedad creciente en el hombre o en su pareja, y esta ansiedad perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual.

Puesto que en nuestra sociedad aún se mide la actividad sexual según el coito, y la frecuencia con que éste es posible, entonces en la vejez, muchas parejas de ancianos van optando progresivamente por la abstinencia. De este modo, aún sin impedimentos físicos, muchas veces, se produce, en las personas ancianas, un completo desinterés por la actividad sexual, para evitar frustraciones⁷.

Autopercepción del atractivo sexual varía en las personas mayores. La persona que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja tiene más posibilidades de mantener relaciones sexuales satisfactorias. No hay que confundir la potencia sexual que físicamente disminuye (pero que ahora puede ser químicamente potenciada) con el placer sexual (situado en el hombre básicamente en la vista y, en la mujer, en el tacto y las caricias): éste permanece y se prolonga.

Los padres, frecuentemente viven en la misma casa con sus hijos y los hijos difícilmente pueden imaginar a sus padres teniendo relaciones sexuales y guardar una prudente privacidad para ellos. La sociedad, en general, cree que las ancianas son las que pierden más prontamente su atractivo sexual, posiblemente debido a que se produce una pérdida más precoz de la capacidad de procreación en relación con el hombre.

Situación de la mujer mayor posee características propias. En un mundo donde se privilegia a la juventud y la productividad, no es difícil que exista miedo a "llegar a ser viejas", ya que, poco a poco, se las considera inútiles.

El climaterio anticipa este "sentimiento de vejez" en la mujer, sentimiento que en el hombre sucede dos décadas después, cuando comienza a perder prestigio.

En general, para las mujeres mayores, la sexualidad sigue siendo algo negado, víctimas de la educación y la cultura. Mas es un mito la creencia que los ancianos pierden el apetito sexual. Lo único que se ha probado es que la duración de la fase orgásmica en la mujer de 50 a 70 años sufre una disminución paulatina que no tiene mayor importancia.

Muchas mujeres creen erróneamente que terminada su función reproductiva se pierde, también, la función sexual. Pero, la sexualidad permanece sin muchos cambios. La respuesta sexual física a la estimulación se mantiene por largo tiempo, a pesar de los cambios hormonales de la posmenopausia (lo que se puede obviar en parte con administración de hormonas femeninas). De acuerdo a los estudios de Master y Johnson⁸, ya hace más de medio siglo, la actividad sexual periódica protegería contra las alteraciones fisiológicas del envejecimiento en la anatomía sexual femenina.

Los estudiosos del tema manifiestan haber comprobado que:

- Los cambios físicos sufridos, secundarios al proceso de envejecimiento, no han logrado afectar en gran medida la sexualidad de la mujer; más bien ella ha sido capaz de adaptarse a los cambios (excepto, el hecho de presentar una menor lubricación vaginal, dependiendo de si la mujer recibe o no terapia de reemplazo hormonal).
- Las mujeres perciben su sexualidad como un aspecto relevante en sus vidas y el sexo está vinculado a su intimidad y al amor hacia su pareja: es una expresión más de amor.
- El amor se constituye como parte fundamental de la relación de pareja y en su vida en general; los años de convivencia no han menoscabado su intimidad; es más, demostraciones como abrazos, besos y caricias se observan en la cotidianidad de muchas relaciones. La mayoría concuerda en que la vida en pareja es digna de vivirse.
- La salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el lugar y momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía: se cambia el mito de "síndrome de nido vacío" por el de "misión cumplida".
- Otro mito que se está derribando en nuestro medio es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y que es impropio, "anormal", a sus años. Mayoritariamente se observa una paulatina disminución del prejuicio "el sexo en el adulto mayor". Las mujeres mayores gradualmente, desde finales del siglo XX, no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Ya la sexualidad no está solamente relacionada con la procreación, sino que, es una parte integral de sus vidas. Pero, surge una contradicción ya que por otra parte, *a numerosas mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales*, por tanto tienden a esperar que sea su pareja quienes las busquen e inicien la relación sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida

por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer.

- Además, se observa que, para las mujeres adultas mayores, el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional. Para muchas, la *belleza* es clave en la percepción de la sexualidad. Para algunas, el sentirse deseadas sexualmente pasa por el seguir sintiéndose bellas. El deseo de no verse "viejas", pasa por el culto de la belleza juvenil y la belleza física, tan propios de nuestra sociedad. Además, se percibe que esta sociedad permite a los hombres envejecer sin ser tan duramente juzgados por su apariencia física; se les permite envejecer de muchas maneras, lo cual no ocurre con las mujeres.

c)- *Pérdida del significado o sentido de la vida.*

Víctor Frank ha dicho que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal, acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Podría preguntarse: ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida?

Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. Estos hombres y mujeres, ancianos pero mentalmente activos, son también capaces de enfrentarse al final de la vida con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción⁹.

El *intento de suicidio*, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta de personas carentes del significado positivo de la vida, aunque no las únicas¹⁰. Desgraciadamente existen muchos textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás, son los más graves; y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna, evitarían que ambas ocurrieran.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera hacer es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un vehículo, quemándome").
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se conoce esta conducta también como *plan suicida* y es sumamente grave.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera, y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

d)- *Pérdida de la facilidad de adaptación*

Los ancianos, por un desgaste físico natural del cuerpo humano, padecen más frecuentemente dolores físicos y, consecuentemente, menos deseo de moverse para evitar los dolores provocados por lo que ocasiona la movilidad en ese estado, frecuentemente de artrosis, escoliosis degenerativa, diabetes, hipertensión y otras enfermedades degenerativas o crónicas¹¹.

Como consecuencia también de la falta de movilidad, los ancianos se retraen y permanecen en sus hogares, perdiendo la conexión con sus amistades. Primeramente se desea mantener la red de amistades por vía telefónica; pero luego se va perdiendo también el interés por este recurso.

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. Las motivaciones o refuerzos sociales disminuyen en el interés de los ancianos, y esto les hace más difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Se define a la *discapacidad* como la pérdida de habilidades para desarrollar cualquier tipo de actividad; y de no prevenirse adecuadamente, ésta genera en *incapacidad*. En el anciano la discapacidad le genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tendrá como consecuencia la pérdida de la independencia, de la autonomía física y mental, así como el rechazo social y el abandono familiar.

La *incapacidad* es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La *invalidéz* es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le rodea.

Los ancianos pueden aparecer psicológicamente como personas algo rígidas, "chapas a la antigua", aferradas a su sola experiencia (tan importante para él o ella); pero que sienten que en la sociedad no se la valora en la forma que la persona anciana considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

Hacia una salud psíquica preventiva: deberes para con la ancianidad

8.- En la Modernidad, caído el poder social de la visión religiosa tras las guerras de religión y el aparato represor de la Inquisición, la noción de *deber* surge en el nuevo contexto antropológico y social de las acciones de los hombres y, más precisamente, en el contexto del hombre autónomo. El hombre es libre y no tiene que obedecer más que a su conciencia, de la cual surge el sentido moral. Si Dios y los mandamientos, dado el proceso de secularización, no son ya autoridades sociales prestigiosas, se debilita el sentido del deber: no hay alguien ante el cual se tienen deberes que cumplir. Sólo queda el personal tribunal de la conciencia. Pero este tribunal termina adecuándose a las circunstancias y siendo vencido por la ley del menor esfuerzo.

La *obligación moral* es distinta de la *imposición física o por fuerza*. La obligación moral se da como una actitud y una exigencia de respuesta coherente ante lo justo, sin que reciba un premio o castigo público, en las sociedades secularizadas. Las nociones de obligación y de deber suponen previamente la existencia de un humano consciente y libre, *capaz de responder por las decisiones libremente tomadas*, y de aguantarse las consecuencias de las

mismas. Tanto la idea de *derecho* como de *deber* exigen como premisas la idea de lo justo, ante lo cual el hombre, consciente y libre, advierte el peso del deber y la obligación de exigirse cumplimiento. Si se admite que el llegar a ser consciente y libre, es algo natural al ser humano, y por lo tanto es natural poder conocer lo justo y lo injusto; entonces este “poder hacer” o “derecho” es un derecho natural; y si hay derechos humanos naturales, éstos son universales (naturalmente para todo ser humano, por el hecho de nacer); y hay, también, deberes humanos naturales y universales (por el mero hecho de nacer y ser humano)¹².

El *deber* es, pues, la exigencia moral de trato justo, que toda persona -que conoce y es libre- siente y advierte. El deber es algo que se siente y se conoce, y que, en este sentido, obliga; pero que puede ser desoído, desobedecido, porque obliga moralmente, pero no físicamente. En este caso, el sujeto que no realiza un acto justo, sólo se daña como persona moral, no se realiza plenamente.

Ante todo, el adulto mayor, la persona de tercera edad, el anciano, es protagonista de su propia vida y de su propia salud física y psíquica. Evitar en este campo, como en otros, actitudes paternalistas en las que la solución viniera desde otras esferas ajenas a los mismos protagonistas, es ya una buena medida preventiva. Todas las instancias de la sociedad deben relacionarse y conectarse entre sí, para producir "redes de seguridad" en beneficio de los seres más desvalidos, pero cuidando que los mismos sujetos sean (dentro de lo posible) agentes de su propia liberación.

Algunos autores proponen como medidas preventivas de la salud psíquica, para todas las personas, las siguientes:

1).- *Educación en la verdad*: He aquí una de las primeras medidas preventivas en salud psíquica, promotora de hombres psicológicamente sanos. Ésta empieza desde la infancia y se desarrolla a través de las distintas etapas de la vida; no termina nunca. Buena educación significa educación para la vida, para la verdad de la vida, para enfrentar los gozos y esperanzas de la vida, pero también sus angustias y tristezas; educarse bien significa prepararse para el conflicto, contrariedades y estrecheces, igual que para las holguras y abundancias; significa prepararse para aceptar y asumir la verdad que nos hace libres¹³.

En nuestra cultura, somos artistas para el eufemismo, para cambiar nombre a las cosas para que estas suenen bien; somos artistas para eludir los conflictos en vez de enfrentarlos y solucionarlos. Tenemos miedo al enfrentamiento y preferimos el ocultamiento; nos parece que si los problemas permanecen debajo de la alfombra ya están tapados y que por lo tanto no existen. Con tal política de avestruz nos cuesta encontrar las verdaderas soluciones a los verdaderos problemas; y a nuestros niños los educamos en esa política del disimulo, que a la larga los incapacita para crecer en fortaleza. Así no los preparamos para la realidad de la vida. Si desde niños nos educamos en la verdad, cuando lleguemos a situaciones y momentos de la vida más difíciles estaremos mejor preparados para enfrentarlos y salir airosos de la prueba.

2).- *Verdad de la tercera edad y del envejecimiento*: Hemos visto aspectos negativos de esta edad, y sobre todo los sentimientos derivados de la autopercepción que el individuo tiene de sí mismo al llegar la edad de su retiro y jubilación. Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a "problemas de la edad"; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de *estabilidad y continuidad*, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios. Por eso, el anciano que

se ha *educado en la verdad*, al llegar a esta edad de la última etapa de su vida, sabe sustituir o compensar las pérdidas y defectos con las ganancias y ventajas; *se acomoda y adapta a las carencias*, pero de ninguna manera renuncia a las conquistas, como veremos en seguida.

Desarrollo de una actitud abierta: virtudes de la ancianidad

9.- En consonancia con la percepción fundada, el anciano, apoyado en esas experiencias previas que le han permitido desarrollar y consolidar sentimientos de autoestima, así como sentimientos positivos acerca del mundo y de las otras personas, es capaz de mantener a estas alturas de su vida, los *sentimientos básicos* para un ideal funcionamiento y una saludable existencia psíquica hasta el fin de sus días:

1. *Sentimiento de eupatía*. Palabra griega que significa "sentirse bien". Consiste en sentirse y aceptarse a sí mismo como radicalmente valioso. El sentimiento de eupatía, al igual que el aprecio a sí mismo y la autoaceptación, significa que el sujeto reconoce sus cualidades y logros con sencillez, sin caer en jactancia ni fanfarronería. Al igual que reconoce sus fallas y errores, sin por eso sentirse frustrado ni fracasado. El hombre y mujer que entra en la tercera edad con sentimientos de eupatía saben mirar el pasado no para añorarlo nostálgicamente ni para quedarse anclados en el mismo, sino para aprovecharlo y sacar partido de las experiencias, tanto gratas como ingratas.
2. *Sentimiento de simpatía*. Palabra griega que significa "sentir con". Consiste en *sentirse bien con los demás y a causa de los demás*. Por eso la persona simpática suele ser una persona sociable, acogedora, a la vez que sabe aprovechar sus espacios y ratos de soledad porque también necesita calar en la hondura de la propia intimidad. El anciano "simpático", en el auténtico significado psicológico de la palabra, es aquel que, desde la profundidad de su vida interior, es capaz de salir al encuentro de los otros, y tanto en ellos como en el resto del mundo encuentra lo que es positivo, digno de felicitación y aplauso.
3. *Sentimiento de autonomía*. Palabra griega que significa "ser uno mismo norma de sí mismo"; lo contrario a la heteronomía, que es dependencia de los demás. Consiste en la convicción de que (a pesar de las limitaciones físicas que puedan existir a causa de la edad o de otros motivos), *yo valgo por mí mismo*, por lo que soy y por lo que a pesar de todo puedo llegar a ser. Es autónoma, desde el punto de vista psicológico, toda persona que vive la experiencia de que en lo más profundo de sí misma sigue existiendo su propio ser como algo todavía no acabado. Ahora no se trata tanto de proyectar cosas para realizar, sino de seguir creciendo como persona libre, liberada y liberadora.
4. *Sentimiento de anástasis*. Palabra griega que significa "levantarse, ponerse en pie". Consiste en sentir, experimentar, que a pesar del peso de los muchos años, nada le impide mantenerme en pie, y que *no puede dejar de crear, pensar, producir*. El anciano que vive este sentimiento vence los prejuicios y estereotipos sociales según los cuales una persona mayor carece de resolución o de valor para enfrentar situaciones nuevas. Es la experiencia del que sabe y siente que la vida y el amor, son más fuerte que la pálida idea del fin de la vida. Este sentimiento de *anástasis* es el que da también sentido al final de la vida. Quien vive de esta manera anastasística, encontrando el sentido de la vida hasta el último momento, es la persona que por lo mismo, experimenta que el final de la vida es parte de la vida¹⁴.

La *pregunta por el sentido de la vida* es, en parte, soberbia. Es la pretensión de conocer, con seguridad, el todo; la pretensión de utilizar metáforas para ir hacia un más allá. Pero como hacemos metáforas analógicas (en parte igual a lo que ya conocemos y, en parte, diversamente para lo que no conocemos), entonces aparece la posibilidad de la equivocación: a partir de una palabra (unívoca: una voz), nos remitimos a con esa misma palabra (equivocación) a problemas y objetos muy diversos. Los hombres que han llegado a ver claro el sentido de la vida después de mucho dudar, no saben frecuentemente decir en qué consiste este sentido; advierten lo pretensioso de la pregunta. La respuesta consiste en hacer ver la soberbia que yace en la pregunta.

Conflictos entre las diferentes generaciones en la familia

10.- Si bien pueden existir conflictos entre las diferentes generaciones de la familia, no siempre ocurre así, pues aunque existen objetivos diferentes entre sus miembros de acuerdo con la edad e intereses de cada uno, se puede llegar a un entendimiento que permita relaciones familiares satisfactorias¹⁵.

La existencia de límites no definidos en la familia puede deberse a patrones culturales que son transmitidos de generación en generación, relacionados con una actitud sobreprotectora donde se diluye la autonomía y la expresión de la personalidad. La tendencia a la sobreprotección al anciano, interfiere con su capacidad de autodeterminación.

La comunicación adecuada de los ancianos en una familia es un resultado alentador porque *la comunicación* constituye el factor individual más importante que afecta la salud y las relaciones de una persona con los demás. Esto puede estar favorecido por ciertas características culturales e idiosincrásicas de ser comunicativos, extrovertidos y tendientes a la expresión de la afectividad.

El hecho que *los ancianos perciban su sistema de apoyo familiar* de una manera satisfactoria es algo muy positivo, ya que las personas que carecen de familiares que los apoyen sufren de una mayor morbilidad, y constituye un factor de riesgo que se ha hallado en individuos con ideas suicidas.

Con bastante frecuencia, se escucha que los familiares no se ocupan del anciano como antes de la era industrial, pero en realidad no existen pruebas de que ello sea así. Por otra parte, las investigaciones realizadas muestran que la familia ha sido y sigue siendo la proveedora principal de cuidados.

Mientras las relaciones familiares son más armónicas, se favorece el estado emocional de los ancianos, pero a medida que las relaciones son más conflictivas y desarmónicas, aumenta el número de ancianos deprimidos¹⁶.

El anciano puede sentirse disgustado y culpable por su dependencia y se torna hostil al entorno, pero otras veces, revierte su hostilidad contra sí mismo y entra en depresión. En la relación que se establece entre la autonomía del anciano y la dinámica de las relaciones puede estar incidiendo que los familiares tienen que dedicar mayor cantidad de recursos económicos y financieros, más tiempo y esfuerzo físico al cuidado y atención del anciano, todo lo cual puede traer como consecuencia *un estrés familiar* que haga el terreno propicio para los conflictos entre el anciano y la familia.

Maltratos a ancianos y redes de apoyo y género

11.- Se entiende por *maltrato al anciano*¹⁷ toda acción intencionada o que puede producir daño desde el punto de vista biológico, psicológico, social, material, financiero; y a las actitudes negligentes, ya sean de forma transitoria o permanente¹⁸.

Maltrato físico: implica cualquier forma de agresión intencionada, realizada a una persona anciana, que le produzca daño físico, desfiguración y/o el final de la vida.

Abuso sexual: dado por cualquier forma de intimidación sexual realizada sin consentimiento de la persona y donde se utilice la fuerza o amenaza de fuerza.

Maltrato psicológico: está constituido por toda conducta -por acción u omisión- que provoque angustia mental en el anciano. La principal dolencia de los ancianos suelen ser la del silencio y la de la soledad, la del encierro en un geriátrico donde será un perfecto desconocido. Como los jóvenes desean ser vistos, los ancianos desean ser oídos; por esto “quizás, la peor violencia de todas (si es que hay alguna que sea ‘la peor’) sea la del ‘rincón’, la de la asfixia vital, la de la reducción de un ser por otro, hasta llevarlo al abismo de la nada. Quizás, sea la del *silencio*, la que acalla nuestros sentidos y deseos, la que nos lleva a la muerte, no del hombre sino a la de su significación”¹⁹.

Maltrato social: todas las acciones que conduzcan al no-reconocimiento del anciano como figura de valor y la falta de opciones recreativas.

Negligencia: toda acción de descuido intencional o por desconocimiento que pueda provocar daño físico, angustia o daño mental.

Violencia (según la OPS) es la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupos en contra de sí mismo, de objetos o de otras personas, que produce como resultado la destrucción o daño del objeto y la limitación de cualquiera de los derechos establecidos de las personas o grupos de personas víctimas²⁰.

12.- La red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia²¹. En la Argentina, el 80% de las personas de mayor edad conviven con familiares, estimándose un 2% de ancianos institucionalizados en establecimientos geriátricos, un porcentaje bajo en comparación con el de países denominados desarrollados, que presenta una media de 5% de institucionalización de ancianos.

María Julieta Oddone da cuenta de los factores estructurales como limitantes del apoyo al anciano reducido a las familias:

“Si bien las investigaciones nos muestran a las familias actuales como las principales contenedoras de los ancianos, el proceso de cambio en que se encuentra la estructura de las mismas nos indica que en un futuro cercano los ancianos y sus verticalizadas familias deberán ser contenidos por redes de la sociedad civil”²².

La existencia de un clima cultural y social en el que se profundiza el proceso de individualización o personalización de las relaciones sociales, y el desentendimiento del Estado de sus obligaciones en la atención a los sectores más vulnerables de la población, constituyen, a nuestro entender, el marco de producción de nuevos prejuicios hacia los más débiles y el debilitamiento de las redes de apoyo familiares y sociales.

13.- Las *ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos* han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización. Las desventajas de la atención por parte del cuidador familiar estarían

relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos.

Al mismo tiempo, es un hecho comprobado en diversas investigaciones y de relevancia por las consecuencias individuales y sociales, que el cuidado de los familiares viejos enfermos produce en los cuidadores problemas de diversa índole. La preocupación constante y la tensión que origina el cuidado del anciano, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercute en el desarrollo normal de las actividades laborales, produce privaciones en el cónyuge e hijos y restringe la vida social del cuidador. La especial vulnerabilidad de los cuidadores y los trastornos psicosomáticos están relacionados con la escasez de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas.

14.- La imagen de “depósito” del geriátrico guía las prácticas de familiares y representantes de la institución, actuando como profecía autocumplidora. Por un lado en la mayoría de los familiares la imagen negativa suele generar una fuerte resistencia a la internación, demorándose ésta para situaciones límite. Toda situación límite implica una crisis y una necesaria reestructuración familiar para afrontarla, a lo que se le suma el sentimiento de culpa por haber llevado a cabo un acto socialmente no siempre bien visto.

Por otra parte, directivos y personal del geriátrico no están exentos de estas representaciones, aunque se atribuye a los familiares el carácter de “depositador” dificultándose así la posibilidad de comprender la retracción familiar inicial, atribuyéndolas al desinterés o falta de afecto. Estos prejuicios sólo pueden superarse en un clima de participación y reconocimiento mutuo de las dificultades que comparten especialmente empleados y familiares en el cuidado de los ancianos. La complejidad de los problemas que presenta la atención de ancianos en geriátricos requiere de intervenciones en diferentes niveles: la familia, el anciano, el personal, los profesionales y directivos del mismo. La integración de las familias, red social y voluntarios, debe ser alentada por propietarios y el equipo de profesionales, en vistas a una mejora calidad de vida de los ancianos.

Obligación moral de fortalecer jurídicamente la situación de los ancianos

15.- La realidad posmoderna que vivimos es ambivalente dado que, si bien la expectativa de vida de las personas ha aumentado, la calidad vital no es alcanzada por todos los seres humanos en igualdad de condiciones²³. En este contexto, los ancianos constituyen *un grupo especialmente vulnerable*, padeciendo, por ello, múltiples situaciones de discriminación.

De esta manera, en la sociedad actual, el cambio cada vez más rápido de los conocimientos y de las costumbres, modifica la relación entre quien sabe y quien no sabe, afectando la comunicación intergeneracional, con el consiguiente aislamiento del anciano. Quizás por primera vez en la historia humana, los jóvenes saben más que los ancianos en el manejo de ciertas tecnologías.

Asimismo, el avance del capitalismo y el valor superlativo otorgado al consumo, exalta a los sujetos interesados en el mercado, marginando a los sujetos sin capacidad de compra, como suelen ser los ancianos pobres, los que muy pronto resultan ser excluidos del sistema. Frente a esta situación el Derecho de la Ancianidad, en tanto rama jurídica autónoma y transversal, está orientado a fortalecer la situación de los ancianos como sujetos de derecho en sentido pleno²⁴.

En este aspecto, importa entender el envejecimiento como un proceso complejo que no es unitario sino múltiple; no se da de la misma manera en el hombre que en la mujer, dado que, en cada caso, el desarrollo presenta factores propios, determinados por el estilo de vida y la posibilidad de acceso a los servicios con los que ha contado cada uno.

Derecho a la calidad de vida y a la nutrición adecuada en la ancianidad

16.- El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen²⁵. Se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. La salud es un componente fundamental que no puede ser analizado únicamente desde una perspectiva biológica, ya que existen múltiples factores que influyen en la misma.

Aceptar y asumir las pérdidas inevitables, ser capaz de enfrentar los cambios orgánicos y del medio social que ocurren en el anciano, el grado de adaptación adecuado (aceptación y respuesta) y de satisfacción personal, permitirá mantener una vida saludable. Esa satisfacción personal es denominada *satisfacción con la vida* o *satisfacción vital*. La carga subjetiva presente en este concepto, tiene derivaciones interesantes en la adopción de determinados estilos de vida, que facilitarían o limitarían las posibilidades de lograr un correcto estado de salud. La alimentación y su resultante, el estado nutricional, son componentes fundamentales en su logro.

Desde una perspectiva nutricional, la calidad de la alimentación está determinada por el tipo de alimentos que se consumen, su *proporcionalidad*, *moderación* y *diversidad*. La *proporcionalidad* se refiere a la ingesta equilibrada de ciertos nutrientes claves como por ejemplo hidratos de carbono y grasas, el aporte proporcional de energía derivado de los mismos, y la necesidad de consumir cierta cantidad de porciones de diferentes grupos de alimentos para asegurar dicho equilibrio. La *moderación* se refiere a la necesidad de limitar ciertos nutrientes como grasa, sodio y azúcares refinados, que se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. La *diversidad dietaria* se define como el número de diferentes alimentos o grupos de alimentos consumidos bajo un período de referencia dado, y es considerada como un elemento clave para definir la calidad de la dieta. Así lo había expresado Escudero, en el año 1935, al definir las Leyes fundamentales de la alimentación, estableciendo que *la alimentación debe ser suficiente, completa, adecuada y armónica*.

17.- Cuanto mayor es la variedad de alimentos consumidos mayor probabilidad existe de alcanzar una ingesta adecuada de micronutrientes y energía, lo cual disminuye los riesgos de desarrollar problemas de deficiencia o excesos de algún nutriente.

Estudiar la calidad de la dieta en adultos mayores presenta ciertas dificultades, ya que con el envejecimiento aparecen una serie de factores que influyen en la alimentación. Uno de ellos es el descenso del número de papilas gustativas, que conduce a una disminución en el placer por la comida. Además la pérdida de piezas dentales, o la implantación de prótesis que se adaptan mal y comprometen la masticación, limitando la selección de alimentos, hacia aquellos de consistencia blanda. La falta de ingresos suficientes condiciona el acceso a alimentos variados. En México, un estudio realizado en ancianos no institucionalizados, determinó que los alimentos de consumo frecuente eran predominantemente de costo bajo o medio²⁶.

Los cambios en la estructura familiar (el final de la vida del cónyuge, la independencia de los hijos), la soledad y el aislamiento social, comúnmente llevan a la depresión, y en consecuencia a una falta de interés en todos los aspectos de su vida, incluida la alimentación. El comer es una actividad que contribuye positivamente a una mayor satisfacción con la vida, sin embargo comer en soledad puede conducir a una alimentación insuficiente y monótona, ya que muchas personas no sienten el deseo de preparar una comida para posteriormente comerla a solas. En consecuencia, en estas circunstancias, la diversidad de alimentos que componen la dieta habitual de los adultos mayores, suele disminuir y su proporcionalidad se ve alterada, poniendo en riesgo su salud nutricional.

El deber moral de las familias, para con los ancianos, debería tener presente también este aspecto.

18.- La *satisfacción con la vida* se define como un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran la calidad de sus vidas, las expectativas y aspiraciones, y los objetivos conseguidos, sobre la base de su propio conjunto unificado de criterios. Esta percepción podría traducirse con la expresión *cuánto le gusta a una persona la vida que lleva*, juzgándola en conjunto como más o menos satisfactoria.

Los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado. Este último matiz es importante ya que no se trata de un estándar impuesto externamente sino que es un criterio autoimpuesto.

La satisfacción con la vida es sinónimo de bienestar subjetivo, el que se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que resultan cuando evalúan su existencia. En este bienestar, se reconocen dos componentes básicos: uno referido al aspecto afectivo-emocional, y otro, al aspecto cognitivo-valorativo.

19.- El *componente afectivo-emocional* constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Este componente es lábil, momentáneo y cambiante.

El *componente cognitivo* alude a la discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. La principal característica de este componente es su relativa estabilidad en el tiempo. Estos componentes no son completamente independientes, pero están relacionados. Una persona que tenga experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva.

La satisfacción con la vida se ve influenciada por múltiples variables, de índole social, cultural, económicas, demográficas (edad y sexo), y características y rasgos de personalidad. La misma disminuye a medida que la persona envejece. Los juicios que sobre ella elaboran, tienen tres componentes: calidad de vida, expectativas y aspiraciones, y logros obtenidos.

20.- El deterioro de la calidad de vida a medida que aumenta la edad se explica por el menor grado de salud física y de capacidad mental, el aislamiento social que los conduce a considerar que la vida no es lo de antes, haciéndose presente la insatisfacción. Con una vida dilatada, las expectativas y aspiraciones que permiten seguir mirando hacia delante van disminuyendo, pero los logros son mayores, ya que con el transcurrir de los años se contabilizan en mayor cantidad, disminuyendo paralelamente las aspiraciones. Sin embargo los mayores lo-

gros no alcanzan a compensar la insatisfacción producto de la disminución de la calidad de vida y de las expectativas y aspiraciones.

No obstante, si la persona que envejece es capaz de *aceptar las pérdidas y adaptarse activamente a los cambios*, optimizando su potencial personal y social, con una *vida activa, participativa y productiva*, no verá deteriorada su calidad de vida, manteniendo una valoración positiva.

Elevados niveles de satisfacción están ligados a una mayor capacidad de controlar el entorno. El comer es un componente esencial de la satisfacción con la vida, considerando en ese término no sólo lo que se come, sino cómo y con quién se come, es decir, la comida y los rituales que la rodean.

21.- En el grupo de ancianos, cambios muy sutiles en el estado nutricional pueden tener efectos adversos sobre el estado funcional y la calidad de vida. En la ancianidad, las posibilidades de sufrir alteraciones en el estado nutricional, tanto por déficit como por exceso, se ven incrementadas. Se produce una normal disminución de agudeza visual y auditiva, y de la sensibilidad del tacto, gusto y olfato.

Todos estos procesos biológicos son afectados por procesos psicológicos motivacionales. Los ancianos responden lentamente, para evitar errores. Ya no les interesa el éxito, la fama ni la efectividad. La pérdida perceptiva del mundo externo se equilibra con mucha más atención a sus señales psicológicas internas, por lo que están menos preocupados por lo que les pasa en su cuerpo.

Además, las desviaciones del estado nutricional, denominadas malnutrición, incluyen el sobrepeso y la obesidad, los déficits de micronutrientes, como la vitamina B12 y la anemia subsiguiente, o la disminución de la síntesis de vitamina D y sus consecuencias sobre las enfermedades óseas, y la desnutrición calórico proteica y sarcopenia (pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza). Los estados de malnutrición si bien tienen una relación directa con factores biológicos propios de la edad y la falta de movilidad, están también asociados con otros factores sociales y económicos que acompañan esta etapa de la vida (convivencia, institucionalización, situación económica, entre otros).

Los estudios epidemiológicos demuestran una relación entre estado nutricional y morbilidad. Entre las múltiples consecuencias que la malnutrición puede acarrear, se encuentra su asociación con los estados de fragilidad, sarcopenia y discapacidad. Los cambios en el estado nutricional suceden como consecuencia de la acción conjunta de varios factores. La evaluación nutricional tendrá por lo tanto diferentes exigencias en las personas mayores, para permitir detectar cambios en el estado nutricional global y en cada uno de los compartimentos corporales.

Derechos y deberes humanos para con los ancianos

22.- Las Naciones Unidas han elaborado documentos sobre los derechos humanos de la tercera edad²⁷.

La dificultad se encuentra en definir estos derechos y en concretarlos en normas jurídicas. Algunos autores presentan como *«derechos fundamentales» todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a «todos» los seres humanos en cuanto dotados de status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por «derecho subjetivo» cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica*²⁸.

N. Bobbio opina que uno de los esfuerzos que debe hacerse no es tanto el “de saber cuáles y cuántos son estos derechos, cuál es su naturaleza y su fundamento, si son derechos naturales o históricos, absolutos o relativos, sino cuál es el modo más seguro de garantizarlos, para impedir que, a pesar de las declaraciones solemnes, sean continuamente violados”. Para este autor, “...el problema de fondo relativo a los derechos humanos no es hoy tanto el justificarlos como el de protegerlos. Es un problema no filosófico, sino político”²⁹.

Hay que reconocer, según J. Bellina, que las posibilidades de concreción de tales garantías en el plano político son exiguas. *La satisfacción de los Derechos Sociales es costosa y su implantación alteraría sustancialmente la lógica del mercado*, los límites impuestos a su funcionamiento en el nivel internacional chocarían con una férrea resistencia, por parte de los países más desarrollados, porque *pondría en discusión sus niveles de vida*³⁰.

23.- La normativa presente en Argentina se la puede rastrear a través del Protocolo de San Salvador, del cual Argentina es país signatario desde octubre del 2003. En este Protocolo, en su Artículo 17 se refiere específicamente a la “Protección de los Ancianos”:

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas;*
- b) Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;*
- c) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.*

Si bien, en Argentina, los ancianos no cuentan con ninguna Ley Nacional específica, como por ejemplo el *Estatuto del Anciano* en Brasil, que les provea atención integral sustentada en sus Derechos Fundamentales, existe en cambio una legislación dispersa que hace referencia directa a muchos de sus derechos a través de leyes nacionales y provinciales.

Cabe resaltar que los Derechos Fundamentales de los ancianos están contemplados en la Constitución Argentina, que en su artículo 75, Inciso 23, declara que corresponde al Congreso: “*Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad*”.

24.- En relación con la validez y viabilidad de las garantías, asumiendo que “*las garantías individuales existen y protegen a los individuos por el solo hecho de estar consagradas en la Constitución, independientemente de las leyes reglamentarias*”, la Constitución Argentina de 1994, en su artículo 43, dice:

“Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades

públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva. Podrán interponer esta acción contra cualquier forma de discriminación y en lo relativo a los derechos que protegen al ambiente, a la competencia, al usuario y al consumidor, así como a los derechos de incidencia colectiva en general, el afectado, el defensor del pueblo y las asociaciones que propendan a esos fines, registradas conforme a la ley, la que determinará los requisitos y formas de su organización...

Artículo 86.- *“El Defensor del Pueblo es un órgano independiente instituido en el ámbito del Congreso de la Nación, que actuará con plena autonomía funcional, sin recibir instrucciones de ninguna autoridad. Su misión es la defensa y protección de los derechos humanos y demás derechos, garantías e intereses tutelados en esta Constitución y las leyes, ante hechos, actos u omisiones de la Administración; y el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas. El Defensor del Pueblo tiene legitimación procesal...”*

De acuerdo al Art.86, quedó configurada una nueva relación jurídica: el Estado sujeto pasivo y el Defensor del Pueblo legitimado para actuar en procesos, en defensa y protección de los derechos tutelados por la Constitución, ante hechos, actos y omisiones de la Administración que lesionen, amenacen o alteren los derechos.

25.- Los Derechos Humanos son la forma en que el Derecho, unilateralmente, *“se erige en verdad exclusiva de la democracia, rechazando la consideración de lo político y de lo social-histórico”*, y lo hace con gran eficacia; denuncian la iniquidad del estado de cosas existente, enunciando lo que debería ser, suministrando una potente palanca de transformación. No obstante, tales derechos no dicen nada de las razones que hacen que las cosas sean lo que son, ni nos dan ideas sobre los medios para cambiarlas.

El principio supremo de justicia exige *“asegurar a cada hombre, una esfera de libertad tan amplia que le sea posible desarrollar su personalidad”* (Goldschmidt), convirtiéndose de individuo en persona³¹. El *Paradigma de la Inclusión* afecta directamente en la dimensión valorativa del Derecho de la Vejez proporcionando una serie de postulados éticos que son recepcionados por los principios básicos del Derecho de la Vejez: El principio de continuidad vital, el principio de privacidad y el principio de participación.

Estos principios tienen como fin reforzar la autonomía de los sujetos ancianos, sin desconocer la necesidad de ayuda de terceros que indudablemente requieren algunos. El Régimen de Justicia de la ancianidad se presenta de forma gradual, debido a un *requerimiento especial de justicia* que contempla la situación del autónomo y la del dependiente.

El anciano abuelo/a

26.- La *“abuelidad”* (abuelo/a, bisabuelo/a, tatarabuelo/a, etc.) es la última fase de la parentalidad. Los abuelos dan a la familia en sentido de la trascendencia, esto es, de pensar en algo más que en la vida inmediata.

El rol de abuelo/a es el más importante en la ancianidad y va a modificar la personalidad del anciano. Algunas de sus características son la ser sabio (conocer más fases de la vida

y tener prudencia), respetuoso, representa el pasado de la familia y son como los portadores del mundo ético y del sentido del tiempo pasado.

El abuelo/a es el que continúa la tarea del educador, pero no de la misma manera que el padre, sino que en una relación más libre.

El niño tiende a la idealización con el abuelo. Generacionalmente se da una alianza nieto-abuelo. El nieto colabora, siendo descendencia, para darle al abuelo un sentido de trascendencia, de dejar algo en este mundo. Otras formas de trascendencia se dan cuidando las obras que han realizado o escrito, deseando que se los recuerde.

Hay consentimiento mutuo entre ellos sin hostilidad, desplazando a los padres a veces con un poco de hostilidad.

Las conductas de los abuelos suelen ser ambivalentes: aparece en ellos la gratitud, pero también, en ciertos casos, la impaciencia, no-tiempo para esperar (dada la proximidad del final de la vida), y la agresividad si es necesario para obtener lo que desean.

La ancianidad es, a veces, el tiempo de la reparación: pueden reparar con los nietos aspectos negativos (intolerancia, rigor) que cometieron con los hijos.

27.- La relación de *pareja de ancianos* se caracteriza por estar juntos más tiempo: compartieron toda una historia y siendo conscientes de que ya no les queda mucho tiempo. La rutina diaria tiene que cambiar, se tiene que crear espacios mutuos y para eso se pasa por discusiones.

Suelen aparecer comprensibles conflictos sobre la privacidad. Si se dan restricciones económicas éstas implicarán un cambio de vida bastante brusco, con sentimientos de desesperanza, angustia, temor, sentimiento de vulnerabilidad física y económica, y un fuerte sentimiento de dependencia.

Los abuelos dejan de lado las relaciones sociales y se vuelcan más sobre la familia y el barrio. El encuentro con el otro/a se da mediante otras maneras. Los impulsos agresivos son más fuertes porque hay manejo de la expresión de la agresividad como algo constructivo, ya que se sabe que el amor persiste.

La preparación para el final de la vida se vuelve frecuente, disponiendo de sus cosas en este sentido (testamentos, bienes, etc.).

El duelo por el final de la vida de la pareja es el más doloroso y largo.

“Cuando yo me esté muriendo
siéntate a mi cabecera,
que mirádonos los ojos,
puede ser que no me muera”.

Joan Manuel Serrat

Si los ancianos son muy unidos, sucede con frecuencia que la pareja que queda muere al año siguiente, porque el logro de la identidad mediante la pareja aparece manifiestamente como la única posible, lo que implica aceptar aspectos positivos y negativos, y recordarla como una historia, y con satisfacción.

Mas la vida humana, hermosa y limitada, tiene también sus aspectos ingratos; y el final de vida, a veces, es un cierto alivio.

La enfermedad terminal en el anciano/a

28.- El final de la vida está casi siempre precedido, en los ancianos, de *la voluntad de morir*. La persona de edad avanzada, por lo general, sufre varias enfermedades a la vez o su vida queda implicada en la suma de complicaciones que debilitan sus sistemas vitales ya afectados por el envejecimiento.

El anciano que es hospitalizado en estas condiciones, en la unidad de cuidados intensivos, aun recibiendo apoyo médico que le sea posible, fallece finalmente. No importa solo prolongar la vida, sino también la calidad de vida. Deberá sopesarse, pues, la oportunidad de esos cuidados en los casos terminales. En esta unidad suele suceder que, si se es aún consciente, se muere con angustia, miedo, dolor, confusión y soledad, porque este lugar fue creado para dar una atención médica de alta tecnología y con cuidados específicos para que se garantice, ante todo, el sostén de la vida, descuidándose frecuentemente la calidad de vida.

Finalizando

29.- La vida es un *continuum*, una cadena, de la que somos ni más ni menos que un eslabón. Hemos tenido el gozo de ser uno de esos eslabones en los que ha fluido y se ha transmitido la vida; donde cada eslabón tiene su inicio, su tiempo y espacio, y su final.

El anciano considera la finalización de la vida como un tema obligado en su próxima agenda. Su finalización de la vida puede ser causada por el deterioro propio de la edad o por una enfermedad cualquiera que no responda a los tratamientos convencionales que hoy en día ofrece el saber médico.

Puede considerarse el deterioro como “el daño continuo y progresivo que sufren células y órganos, por el proceso común y corriente de realizar sus funciones en el entorno ordinario de la vida diaria”. El anciano contrae enfermedades comunes, como son las infecciones en vías urinarias, vías respiratorias, tracto gastrointestinal, etc., como consecuencia de la disminución de las defensas contra las infecciones y por eso se agrava con facilidad hasta finalmente fallecer.

30.- El derecho a morir dignamente es un derecho profundamente humano, que permite a cada uno decidir por sí mismo, y con plena capacidad mental (y, en algunas sociedades, jurídica), cómo quiere vivir su propio final de vida³².

La persona mayor gradualmente, si no intervienen las enfermedades, se muere de vejez, del deterioro propio e irreversible de nuestras facultades. El anciano lúcido acepta el final de la vida con serenidad como producto de una profunda reflexión. Acepta el final de la vida teniendo la oportunidad de vivir su último duelo, cuando su vida ya no tiene proyecciones a largo plazo y, además, cuando ha perdido las esperanzas de ser útil para sí mismo y la sociedad. El anciano se plantea el final de la vida como una posible experiencia cercana y se permite iniciar la tarea de su despedida. La finalización de la vida es su último paso sobre el camino de la vida y, a la vez, es el alivio a una existencia que ahora carece de bienestar. El envejecimiento y la finalización de la vida no pueden separarse.

Vista en perspectiva la vida humana es bien poca cosa, aunque sea lo más importante para nosotros. La vida es un continuo: seguirá después de nosotros, aunque la misma vida no esté asegurada de permanecer tal cual hoy la conocemos. Si tenemos una perspectiva cósmica, nuestra vida no es importante. Lo admirable es el cosmos es su inmensidad y en su aparente carencia de sentido.

31.- Volviendo a lo que nos toca más de cerca, el Senado de Argentina aprobó, por unanimidad, la llamada ley de “muerte digna”, que permite a los pacientes con enfermedades terminales negarse a recibir tratamientos médicos que alarguen la vida de manera artificial³³.

La normativa modificó la ley sobre Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud y establece el paciente que presente una “enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en estado terminal” tiene el “derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital”. El paciente tiene el “derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”. Incluso en el caso de haber expresado y firmado ante escribano público su voluntad con relación a sus últimos momentos de vida, esta decisión puede ser cambiada, por el paciente lúcido, con la sola expresión revocatoria de lo ya establecido. Lo que tiene vigencia y da derecho es la autonomía de la libertad del paciente.

Estas afirmaciones del derecho tienden a concretar un concepto abstracto como es el de autonomía. En este modelo se puede comprender la posición de algunos críticos que si bien reconocen que el concepto dignidad está presente en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, lo limitan al respeto por la autonomía del paciente. En forma directa afirman esos críticos que la dignidad es un concepto inútil, si no se pone a sostener una legislación pertinente³⁴.

La integridad es vista aquí como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado de espíritu cuyo componente especial es la autoaceptación. Refiriéndose a dicho estado de espíritu Edmund Sherman dice que es la aceptación de la realidad, la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de las ilusiones. Sin embargo, varios de nosotros no llegan a liberarse de sus objetivos no realistas (que acarician a menudo sin saberlo), y los sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo que resultan de todo ello conducen inevitablemente a un sentimiento de desesperación.

Lo importante es que el individuo acepte y asuma lo que él es en verdad, y no lo que los elementos estresores y ansiógenos de la sociedad le pretendan imponer. De ahí que sea necesario incluir en nuestros programas universitarios y de otras organizaciones los planes que permitan entregar a todo ser humano la formación que necesita para *aprender a envejecer*. Esto significa, entre otras cosas, desarrollar la autoestima y aprender a manejar las propias emociones (destreza emocional), pues ello contribuye a una mejor calidad de vida.

El éxito de la vejez consiste en vivir esta última etapa de la vida como un período de crecimiento personal.

NOTAS

¹ “Directorio Franciscano y la dignidad del anciano”. Cfr. <http://www.franciscanos.org/docecle/dignoanciano.html>

² Cfr. Fernández Brañas, Sonia. *Factores psicosociales presentes en la tercera edad*, en *Revista Cubana Higiene y Epidemiología*, Vol. 39, n.2, Ciudad de la Habana Mayo-Ago. 2011, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032001000200001&script=sci_arttext

³ Cfr. ORIHUELA de la CAL Jorge. “Sexualidad en el anciano: un elemento importante en su calidad de vida” en *Rev Cubana Med Gen Integr*, v. 17, n. 6. Ciudad de La Habana nov.-dic. 2011, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000600006&script=sci_arttext

⁴ Cfr. Bellina Irigoyen, Jorge. *Tres ensayos sobre la ancianidad*. Rosario, UCEL, 2009, p. 105.

- ⁵ Cfr. Bellina Irigoyen, Jorge. *Tres ensayos sobre la ancianidad*. Op. Cit., pp. 145-146.
- ⁶ Tengo presente aquí el artículo de Ysern de Arce, José Luis. *adulto mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento*. Cfr. <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
- ⁷ Cfr. Herrera, Adela. "Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?" en *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.68 n.2 Santiago 2003. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000200011&script=sci_arttext&tlng=e
- ⁸ Cfr. Masters, W. H. – Johnson, V. E. *Human sexual response*. Boston, 1957.
- ⁹ Cfr. Fernández Brañas, Sonia; Almuña Güemes, Marcía; Alonso, Oscar; Blanco, Blanca. "Factores psicosociales presentes en la tercera edad" en *Rev. Cubana Hig. Epidemiol.* 2012; Vol. 39, n° 2, pp. 77-81.
- ¹⁰ Cfr. Pérez Barrero, Sergio Andrés. "El suicidio, comportamiento y prevención" en: *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* Vol. 15, n. 2, Ciudad de La Habana mar.-abr. 1999. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000200013&script=sci_arttext&tlng=pt
- ¹¹ Cfr. Durán, Adriana; y otras. "Enfermedad crónica en adultos mayores", *Univ. Méd.* Bogotá (Colombia), Vol. 51 (1), pp. 16-28, enero-marzo, 2010.
- ¹² Cfr. Herrera Romero, Wilson. "El contractualismo moderno y la culpa política" en *Estudios de Filosofía*, 2010, n° 42, pp. 59-86.
- ¹³ Cfr. Daros, W. R. "La educación entendida como formación humana y social" en *Invenio*, 2012, n° 28, pp. 19-28
- ¹⁴ Ysern de Arce, José Luis. *adulto mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento*. Cfr. <http://www.ubiobio.cl/vitrina/envejecim.htm>
- ¹⁵ Tamara B. Domínguez González, Ana Margarita Espín Andrade y Héctor Bayorre. "Caracterización de las relaciones familiares del anciano". *Revista Cubana de Medicina General Integral*. v. 17, n.5, Ciudad de La Habana sep.-oct. 2001
- ¹⁶ Cfr. Álvarez M, Díaz MJ, Rodríguez I, González S. *La familia cubana. Cambios, actitudes y retos*. Departamento de estudios sobre la familia. CIPS-ACC. Ciudad de La Habana, 1990.
- ¹⁷ Se suele llamar *viejo joven* al anciano de 60 a 79 años y *viejo viejo* al anciano de 80 años y más.
- ¹⁸ Rodríguez Miranda, Esvaldo; Olivera Álvarez, Alberto; Garrido García, Rolando José; García Roque, René. "Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja" en *Revista Cubana de Enfermería*, 2002v.18 n.3.
- ¹⁹ Dabove, M.I. y Urrutia, M. "Violencia, vejez y género. El acompañamiento telefónico: una estrategia posible de prevención" en *Derecho y Ciencias Sociales*. Abril 2015. N° 12 (Violencias). Pg. 68.
- ²⁰ Cfr. Fernández Larrea, Niuris; Clúa Calderín, Ana Margarita; Báez Dueñas, Rosa María; Ramírez Rodríguez Milvia y Prieto Díaz Vicente. "Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos" en *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000, vol.16 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. Dabove, M.I. y Urrutia, M. "Violencia, vejez y género. El acompañamiento telefónico: una estrategia posible de prevención" en *Derecho y Ciencias Sociales*. Abril 2015. N° 12 (Violencias). Pp. 50-69.
- ²¹ Seguimos aquí el texto de De los Reyes, María Cristina. "Construyendo el concepto cuidador de ancianos", en <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>
- ²² Oddone, María Julieta. "Estrategias de supervivencia, vida cotidiana e impacto de las redes de apoyo social para los trabajadores de mayor edad desocupados". *Revista del Centro de Investigación*. Universidad La Salle, vol. 10, núm. 38, julio-diciembre, 2012, pp. 117.
- ²³ Seguimos aquí el texto de Nawojczyk, Érika. "Derecho de la ancianidad. Reflexiones sobre la construcción de esta nueva rama jurídica a partir de la dikelogía trialista". *Revista del centro de investigaciones de filosofía jurídica y filosofía social*, p. 77. Disponible en: <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/centro/article/viewFile/1325/1466>
- ²⁴ Hoevel, Carlos. *La teoría de la justicia de Amartya Sen y los orígenes del concepto católico de justicia social en Antonio Rosmini* en *Revista Cultura Económica*, 2011, n° 81-82, p. 38-53.
- ²⁵ Seguimos aquí el texto de Acosta, Raquel Susana; Clacagni, María Silvina; Massobrio Esteban, Gasparutti Gerardo, Gubiani M.L., Boillos Cristina y Celton Dora. *Calidad dietaria, satisfacción vital y estados de malnutrición en ancianos*". Córdoba, República Argentina, 2007. Disponible en: <http://adultosplenos.com/el-envejecimiento-activo/>
- ²⁶ Raquel Susana Acosta y otros. *Calidad dietaria*. Op. Cit.
- ²⁷ Cfr. NACIONES UNIDAS "Derechos Humanos y Personas de Edad". Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Comentario N° 6: Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas de Edad, 1995. En: <http://www.onu.org/temas/edad/ddhhyedad.pdf>
- ²⁸ Bellina Yrigoyen Jorge. *Derechos fundamentales de los ancianos -política y economía-* en *INVENIO* Junio 2006, p. 39.
- ²⁹ Cfr. Bobbio, N. "Sobre el fundamento de los derechos del hombre", en *El tiempo de los derechos*, (Traducción de Rafael de Asis Roig), Madrid, Sistema, 1991, Pág. 53-62, 61. Citado por Marline Maxine Harrison, en *Reflexiones sobre el estudio de los derechos humanos y su fundamentación*, pp. 13-36. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, n° 2, 2005.
- ^{30 30} Bellina Yrigoyen Jorge. *Derechos fundamentales...* p. 46.
- ³¹ Fernández Oliva, Marianela; Isern, Mariana. "El principio supremo de Justicia y el desarrollo del derecho fundamental a la calidad de vida de los ancianos en la Posmodernidad" en *Oñati Socio-Legal Series*, Vol. 1, n. 8 (2011), p. 9.
- ³² Seguimos aquí el texto de Uribe de Alexiades Clemencia *Morir dignamente: un derecho de los ancianos*. Cátedra Europa, Universidad del Norte (Colombia), 2009, en <http://www.uninorte.edu.co/catedraeuropa/Memorias/ebook2009/files/catedra%20europa%202009%20web%202.pdf#page=28>
- ³³ Ley 26.529 – SALUD PUBLICA – *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.
- ³⁴ Cfr. Ramos-Vergara P, Arenas-Massa A. "Algunas conceptualizaciones acerca de la dignidad del anciano" en *Bioderecho,pers.bioét.* 2015; Vol. 19(1),pp. 25-35.