ISSN 1853-1539

Geriatría clínica

Volumen 9 Número 2 | 2015

Editorial

N. Soengas

El maltratro hacia las personas mayores: mecanismos de prevención y acción

L. Di Césare

Osteoporosis en ancianos mayores de 80 años

J. Soutelo, N. Soengas

Miscelánea Gerontológica. Parte IV

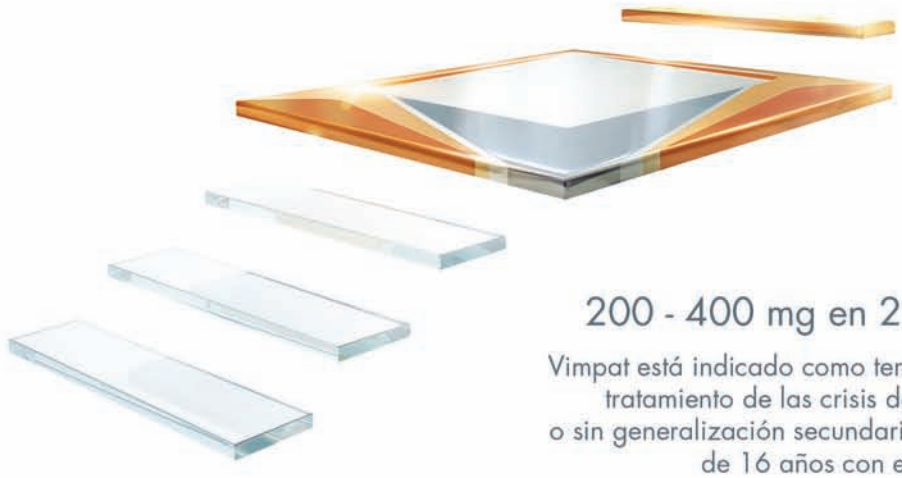
L. Strejilevich

Publicaciones Latinoamericanas S.R.L.

Para la Epilepsia.
Si persisten las crisis, agregue

VIMPAT®

lacosamida



200 - 400 mg en 2 tomas diarias.

Vimpat está indicado como terapia concomitante en el tratamiento de las crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria en pacientes mayores de 16 años con epilepsia. [1]

Mejor control de las crisis [1-2]

PRESENTACIONES

50 mg por 14 comprimidos | 100 mg por 28 comprimidos
150 mg por 28 comprimidos | 200 mg por 28 comprimidos.

REFERENCIAS: 1-Data en archivo UCB. 2)Beydoun A, D'Souza J, Hebert D, Doty P. Lacosamide: Pharmacology, mechanisms of action and pooled efficacy and safety data in partial -onset seizures

Bajo Licencia ucb

Bagó

Neupro®

rotigotina parche transdérmico

Presentaciones:

2 mg envases conteniendo 7 parches
4 mg envases conteniendo 14 parches
6 mg envases conteniendo 14 parches
8 mg envases conteniendo 14 parches

Bajo licencia: Neupro® rotigotina original bajo licencia ucb pharma, representante en Argentina, Laboratorios Bagó S.A. Información completa para prescribir: consultar el prospecto en www.bago.com.ar o comunicarse con Laboratorios Bagó S.A. - Información de Productos, Departamento Médico 011 4344 2216. *El producto con la nueva indicación estará disponible a medida que se agoten las unidades con la indicación actual.

Bagó

auspiciada por:

Geriatría clínica

ISSN 1853-1539

Geriatría Clínica

Directora
Dra. Natalia Soengas

Subdirección
Dr. Luciano Di Césare
Dr. Carlos Roberto Rojo

Coeditores
Dra. Romanela Aguirre
Dra. Mi Hae Park

Secretaria
Sra. Sofía Natalia Soengas

Consejo Asesor
Prof. Dr. Federico Pérgola
Dr. Isidoro Fainstein
Profa. Dra. Haydee Andrés
Dra. Elisa Gvozdenovich

Consejo Científico
Lic. Analía Carril
Lic. Natalia Paola Espínola
Profa. Mariana Checkerdemian
Dr. Raúl Ricardo Sosa
Dra. María Jimena Soutelo

Referato
Dr. José Daniel Balza
Dr. Lorenzo Albani
Dr. Guillermo Povedano
Dr. Vicente Perreta
Dra. Liliana González
Dra. Nélida Bela
Dr. Fernando Soriano.
Dr. Luciano Juri
Dra. María Jimena Soutelo

Sumario

Editorial 33
N. Soengas

El maltratro hacia las personas mayores: mecanismos de prevención y acción 34
L. Di Césare

Osteoporosis en ancianos mayores de 80 años 44
J. Soutelo, N. Soengas

Miscelánea gerontológica. Parte IV 47
L. Strejilevich

Eventos 55

Reglamento para la publicación de artículos 57

Producción editorial, comercial y gráfica
Publicaciones Latinoamericanas S.R.L.

Publicaciones Latinoamericanas S.R.L.

Piedras 1333 Piso 2° C | C1240ABC Cdad. Aut. de Buenos Aires | Argentina | Tel/fax (5411) 4362-1600
info@publat.com.ar | www.publat.com.ar
Registro de Propiedad Intelectual: 596307

NEUROPLUS

MEMANTINE 10 / 20 MG

MEJORA LA CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

TRATAMIENTO MENSUAL ASEGURADO
30 y 60 COMPRIMIDOS
PRESENTACIONES

NEUROPLUS 10 MG

Fórmula:
Cada comprimido ranurado contiene:
Memantine 10 mg.
Presentaciones:
Envases con 20, 30, 40 y 60 comprimidos ranurados.

NEUROPLUS GOTAS

Fórmula:
Cada mililitro (20 gotas) contiene:
Memantine 10 mg.
Presentaciones:
Frasco de 30 ml y gotero dosificador.

NEUROPLUS 20 MG

Fórmula:
Cada comprimido ranurado contiene:
Memantine 20 mg.
Presentaciones:
Envases con 30 comprimidos ranurados.

NEUROPLUS DUAL

Fórmula:
Neuroplus Dual 20/5:
Memantine 20 mg / Donepecilo 5 mg
Neuroplus Dual 20/10:
Memantine 20 mg / Donepecilo 10 mg
Presentaciones:
Neuroplus Dual 20/5 - 20/10:
Envase con 60 comprimidos. (30+30).

pami INSSJP 50%
IOMA
pap Programa de ayuda al paciente

Información completa para prescribir
Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)

Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar

Editorial

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201502

Deseo, al iniciar esta nueva etapa, no defraudar la confianza que el Dr. Federico Pérgola y demás responsables de la editorial depositaron en mí, ante el desafío de continuar su labor en la revista.

Este número de Geriatría Clínica incluye un artículo del Dr. Luciano Di Césare sobre el maltrato en la población anciana, una revisión de los escenarios donde se pueden encontrar signos para identificarlo y estrategias preventivas y superadoras. Entre otras cosas, cita a Iacub con el relato del episodio de Sófocles, cuando tuvo que enfrentar a un tribunal debido a un juicio de insania impulsado por sus hijos. Reflexionando al concluir el trabajo con los conceptos de Elie Wiesel, ganador del Nobel de la Paz en 1986, acerca de las consecuencias del silencio de una sociedad ante la injusticia.

Espero que los temas aquí presentados funcionen como disparadores para todos los profesionales que trabajan con los ancianos y que la sección de casos clínicos refleje las inquietudes que surgen en el quehacer diario, mostrando las estrategias, enfoques diagnósticos y terapéuticos en esta población.

Los invito a que nos envíen los trabajos de revisión, investigación y casos clínicos complejos que nos ocupan en el día a día y a mantener el flujo de información acerca de las actividades de formación en Gerontología y Geriatría de nuestro país y del exterior.

Natalia Soengas
Directora de *Geriatría Clínica*

El maltrato hacia las personas mayores: mecanismos de prevención y protección

Luciano Di Césare

RESUMEN

Este trabajo propone un acercamiento novedoso para abordar el maltrato contra las personas mayores y brinda elementos para su comprensión y análisis. Se afirma que el maltrato está relacionado con la capacidad de las sociedades de integrar a todos sus miembros, y que en la medida que exista más apertura frente a la diferencia y las necesidades de todos los sujetos que la componen, resultará más fácil detectarlo y prevenirlo. También se enfatiza la importancia de afrontar el maltrato desde la perspectiva del ciclo vital, puesto que las reservas con que cuenten las personas mayores para salvaguardarse de los actos de violencia dependen de los factores protectores de distinto orden que hayan acumulado durante su vida. De forma complementaria, se refuerza la idea de que el maltrato es un problema de todos y que no debe resolverse de manera aislada. La sociedad en general, y el Estado en particular, tienen la obligación de fomentar y fortalecer los factores protectores por medio del desarrollo de políticas públicas específicas. El uso de este enfoque permitiría diseñar intervenciones que habiliten a las personas mayores para lograr el cambio necesario en este sentido.

SUMMARY

The article proposes a novel approach to address abuse against older persons and offers tools for its understanding and analysis. It affirms that abuse is related to the ability of societies to include all its members. As long as there is openness to the differences and needs of all members of society, it will be easier to detect and prevent instances of abuse. It also emphasizes the importance of dealing with abuse using the life-cycle approach given that the ability of older persons to safeguard themselves from violent acts depends on various protection factors they may have gained in their lifetime. To complement this, the article reinforces the idea that abuse is everybody's problem and therefore it should not be solved isolatedly. Society in general and the State in particular have the obligation to encourage and strengthen protective measures through the development of specific public policies. The use of this approach would allow for the design of interventions that would empower older persons to achieve the necessary change in this regard.

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201502

A. LAS SOCIEDADES Y SUS DIMENSIONES: VISIBILIDAD DEL ABUSO Y EL MALTRATO

Para abordar el tema del abuso y el maltrato hacia las personas mayores con profundidad se propone comenzar con una reflexión vinculada a su visibilidad social. Para ello, resulta útil efectuar una analogía que denomino "las sociedades y sus dimensiones". Tales dimensiones están determinadas por la posibilidad de ver, y no solo de mirar, que tienen sus integrantes.

Para afrontar el tema del abuso resulta preciso entender la influencia directa que tienen las sociedades y sus dimensiones (D) como determinantes de lo que la propia sociedad percibe respecto de esta situación, y del trato hacia sus mayores. De allí que el maltrato, aun cuando exista, puede no ser visible. Se declara invisible aquello que, por más que se mire, no se puede ver.

En esta analogía que se propone como marco de interpretación, se encuentran en una primera instancia las sociedades unidimensionales (lineales). Pueden representarse como una recta, en la que cada punto de esa línea es un individuo que de acuerdo hacia dónde mire es lo que ve. En estas sociedades, cada miembro ve hacia adelante o hacia atrás, siempre en un único sentido, en forma caótica e individualista (véase el **Diagrama 1**).

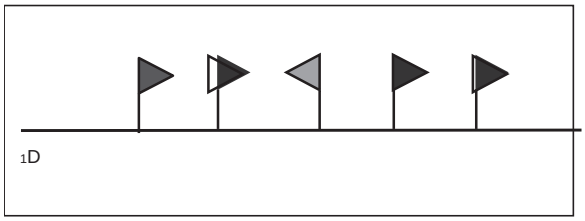


Diagrama 1. *Sociedades lineales unidimensionales. Fuente: elaboración propia.*

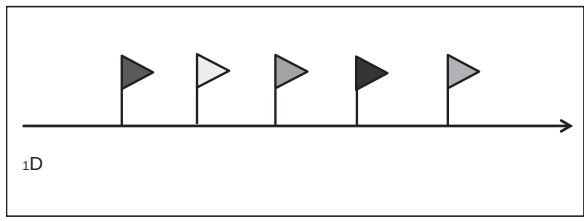


Diagrama 2. *Sociedades lineales unidimensionales unidireccionales. Fuente: elaboración propia.*

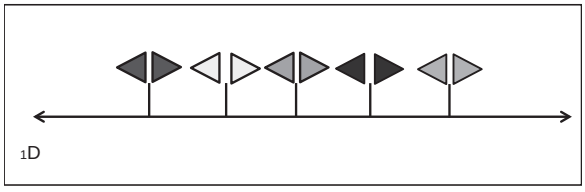


Diagrama 3. *Sociedades lineales unidimensionales bidireccionales. Fuente: elaboración propia.*

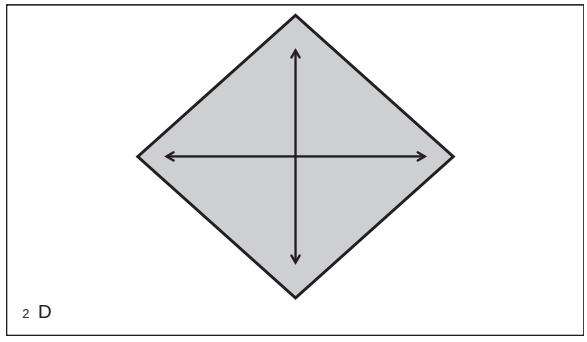


Diagrama 4. *Sociedades bidimensionales planares. Fuente: elaboración propia.*

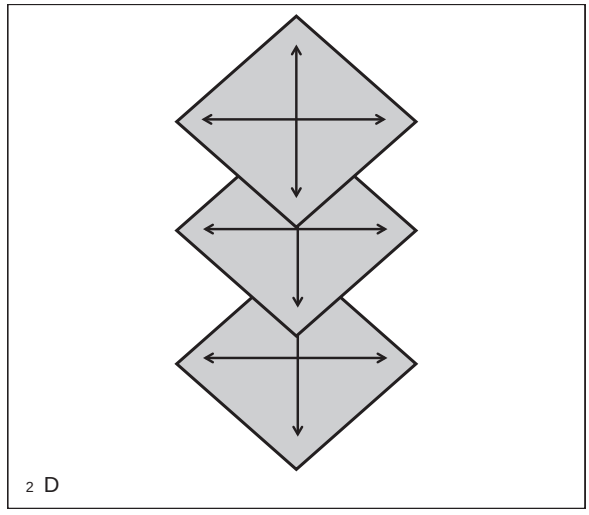


Diagrama 5. *Sociedades bidimensionales multiplanares. Fuente: elaboración propia.*

Este tipo de sociedades también pueden presentarse más organizadamente, representándose con dos vectores distintos. Por una parte, se encontrarían aquellas en las que los individuos solo ven a quien está delante. Se las representa como un vector único. Están dominadas por el individualismo y la competitividad extrema. Los individuos se preocupan por alcanzar únicamente lo que tienen delante (véase el **Diagrama 2**).

Por otra parte, la sociedad lineal puede avanzar hacia otro estadio, que se representa mediante un vector simultáneo, puesto que en ellas cada miembro mira hacia adelante y atrás (véase el **Diagrama 3**). Sus individuos se orientan hacia adelante pero ven también a quienes tienen detrás, aunque esta última no es una visión de preocupación, sino de competitividad, con la pretensión de evitar que los que vienen detrás los alcancen.

Luego, como un nuevo estadio de avance, se encuentran las sociedades bidimensionales o planares, cuyos integrantes pueden ver hacia adelante y atrás, y también hacia sus lados —derecha e izquierda—. Sin embargo, no ven hacia abajo ni arriba (véase el **Diagrama 4**).

La visualización comprende un único plano de dos dimensiones en el que se aprecia solo lo similar. Esta dimensión podrá ser incluso multiplanar. A ella responde por ejemplo el esquema de solidaridad social propuesto por Bismarck, en el que solo se perciben trabajadores, los demás miembros de la sociedad están en otro plano, cada cual permanece en su plano sin mezclarse con los demás (véase el **Diagrama 5**). Por una parte están las personas ricas y aseguradas y por la otra las pobres y sin cobertura del seguro social—así categorizadas socialmente—, y entre ellos no se ven, caen o pasan de un plano a otro. La interacción generada por esa solidaridad supone nutrirse de un plano en detrimento del conjunto. Es una interrelación que podría denominarse de "captura".

Seguidamente, se encuentran las sociedades tridimensionales, en las que sus miembros ven hacia adelante y atrás, a la derecha y a la izquierda, y también incorporan una nueva dimensión de percepción, arriba y abajo (véase el **Diagrama 6**).

Aquí surgen conceptos in sólidum; los miembros de esta sociedad se encuentran integrados en un mismo cuerpo, con un reconocimiento de pertenencia, preocupación por el bienestar general, verdadera solidaridad, y nadie actúa en detrimento de otro. Existen obligaciones comparti-

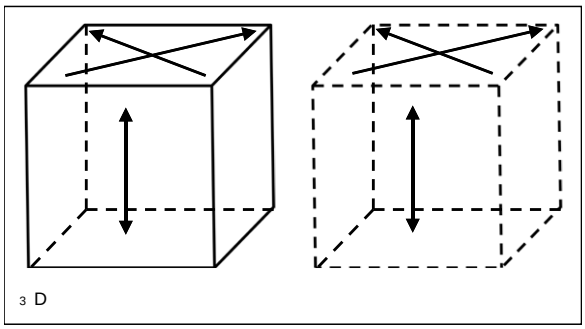


Diagrama 6. *Sociedades tridimensionales. Fuente: elaboración pr opia.*

das. No se generan beneficios ni caridad, sino que la integración social se produce por esta mirada in totum que comparten.

Obviamente, una sociedad con esta dimensión de visibilidad implica un avance hasta el primer supuesto de integración, en el que se establece un consenso social propio e integrador del todo y de cada uno. Ello puede significarse como un nuevo contrato social.

Sin embargo, esta estructura social tiene sus límites, y suelen convertirse en sociedades endogámicas. En función de ello, no ven ni reconocen a los individuos inmigrantes o a los pueblos indígenas, por ejemplo, los cuales se ubicarían en otra dimensión.

Finalmente, el grado más avanzado de integración lo representan las sociedades multidimensionales, en las que no existen miembros invisibles. Al poder ver a todos los individuos que la componen, sus dimensiones y su extensión hacen que se verifique una real o más acabada integración social (véase el **Diagrama 7**).

Se generan acciones completamente diferenciales que responden a las necesidades de cada uno o de cada similar, con una efectiva tutela de derechos, como así también obligaciones y responsabilidades conjuntas. No hay límites ni condiciones que operen como determinantes de la integración social.

Utilizando estas analogías, se podrá comprender y actuar frente al abuso y la violencia hacia las personas mayores con más claridad, reflexionando sobre lo que es visible y lo que no lo es en las sociedades realmente existentes. En cada dimensión social los individuos ven lo que pueden, pero ello no quiere decir que lo que no ven no exista.

La mirada que no logra ver la integridad de una sociedad tampoco puede percibir el abuso hacia una persona mayor tal como efectivamente existe, y en base a este fenómeno se construye el concepto de "invisibilidad", estrechamente vinculado al análisis de los asuntos de la vejez.

La mirada que no logra ver la integridad de una sociedad tampoco puede percibir el abuso hacia una persona mayor tal como efectivamente existe, y en base a este fenómeno se construye el concepto de "invisibilidad", estrechamente vinculado al análisis de los asuntos de la vejez.

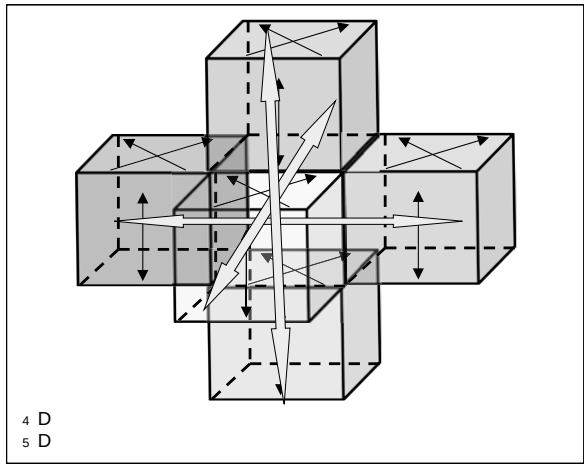


Diagrama 7. *Sociedades multidimesnionales. Fuente: elaboración propia.*

B. CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO

El abuso o maltrato contra las personas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones o falta de acción apropiada que les produce daño físico
o psicológico.

A diferencia de otras definiciones, en esta no se considera la situación de "expectativa de confianza", pues esa variable no se impone como condición necesaria para que efectivamente exista el maltrato, en todo caso, será considerada un agravante de la conducta. Tampoco es determinante la voluntad de causar el daño efectivamente.

Esta conceptualización amplia permitirá abarcar todos los tipos de maltrato que van a exponerse seguidamente, admitiendo una definición lo suficientemente flexible, en consonancia con la influencia que tienen las sociedades y sus dimensiones en esta problemática, tal como se expuso previamente.

C. TIPOS DE MALTRATO

Los "tipos" constituyen una mera categorización teórica, en función de la naturaleza preponderante que se advierte para cada una de estas categorías delimitadas, pero ello no implica que una forma de daño causado no genere a su vez otro tipo de daño —físico y a su vez psicológico, por ejemplo—. Las tipologías que se describen pretenden ser lo suficientemente abarcativas, con el fin de contener las distintas dimensiones de percepción o visibilidad de cada sociedad.

Es necesario aclarar que los tipos de maltrato se distinguen de los contextos en los que pueden ocurrir. Pueden entonces describirse distintos tipos de maltrato (Iborra, 2005; Bazo, 2004):

- Maltrato físico: está constituido por acciones u omisiones impuestas físicamente que provocan o pueden provocar daño, lesiones o limitaciones físicas, incluyendo todo tipo de agresión o coerción física o la acción de impedir el movimiento libre de una persona en un mueble o sitio. Los síntomas que pueden aparecer ante un caso

de maltrato físico suelen ser lesiones físicas, disminución de la movilidad, escaras, aislamiento, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.

- Maltrato psicológico y emocional: está conformado por acciones —por lo general de carácter verbal— o actitudes que provocan o pueden provocar daños psicológicos. La victimización y la interferencia perniciosa han sido descriptas como casos particulares de este tipo. Los síntomas que pueden presentarse son el miedo, insomnio, tristeza, sectarización, sueño excesivo, dificultad para adoptar decisiones, apatía, aislamiento y depresión.
- Negligencia: se define como cualquier descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o la acción de dejar desamparada a una persona que depende de la ayuda de otra, como también aspectos vinculados a estos cuidados que generan un daño que pudo ser evitado, por ejemplo, no proveer los alimentos adecuados, agua, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo, atención médica e higiene personal.
  Los síntomas que suelen presentar las personas mayores que son objeto de negligencia son palidez, pérdida de peso, labios secos, ropa sucia, carencia de anteojos, audífonos, temblores, infecciones genitales reiteradas, falta de higiene corporal, incontinencia, escaras o úlceras, deterioro físico y mental.
- Abuso económico: consiste en la utilización o exigencia excesiva, ilegal y no permitida de los recursos económicos o propiedades de una persona. Se consuma mediante el uso ilegal, la apropiación indebida o la afectación del patrimonio de las personas mayores. Los indicadores que aparecen en estos casos suelen estar vinculados con el desapoderamiento de los bienes, la repentina judicialización de la capacidad legal, la adquisición de créditos usurarios, la incongruencia entre sus bienes y las condiciones en las que vive la persona mayor, entre otros.
- Abuso sexual: es cualquier contacto corporal de connotación sexual realizado sin consentimiento, en el cual la persona mayor involucrada participa contra su voluntad.
- Maltrato pseudo-terapéutico: es aquel que se infiere mediante técnicas terapéuticas no adecuadas que generan perjuicio a la salud, dolor, restricciones o control sobre la persona mayor. Puede responder al ensañamiento profesional, a la prescripción medicamentosa o a las prácticas diagnósticas requeridas, y puede irrogar peligro de vida. Incluye tanto la polimedicación perniciosa como el subtratamiento. Los síntomas que se manifiestan son problemas en la movilidad, confusión, ausencia, aislamiento y otro tipo de alteraciones del comportamiento, dolor, lesiones severas o complicaciones en la salud, incluyendo el riesgo de vida.
- Acusaciones de brujería: tendencia a culpar a las personas mayores, en especial a las mujeres, de todo tipo de adversidad. Estos casos responden en ciertas ocasiones a cuestiones vinculadas con la propiedad de la tierra y los derechos de herencia; en esas situaciones, la viuda es desposeída de su derecho mediante esta acusación (Naciones Unidas, 2002).

D. CONTEXTO DEL ABUSO Y EL MALTRATO

1. Contexto social

Es el marco social en el que se produce el maltrato en función de la descomposición de las relaciones sociales o de un encono especial contra las personas mayores, situaciones que transforman este entorno en un espacio propicio para que se produzcan distintos tipos de maltrato. Son casos particulares de este contexto, a su vez:

- La delincuencia comunitaria: delitos, atracos, robos aprovechando la vulnerabilidad de las personas mayores.
- La violencia política: desplazamientos forzosos, refugiados.
- Las emergencias o desastres naturales: las personas mayores no cuentan con protocolos de protección frente a estos eventos.

2. Contexto sistémico

Este contexto requiere de interrelaciones que involucran distintos actores que, entre sí y por medio de la articulación de normas, prácticas, programas, disvalores o restricciones establecidas por el sistema, resultan dañosas para las personas mayores. Se trata, por ejemplo, de situaciones de marginación, menosprecio, ingreso forzado a instituciones, barreras de accesibilidad —a sitios públicos, a créditos—, endeudamiento, abusos de distinta índole, entre otras (Dabove, 2002).

Un ejemplo claro de este tipo de contexto se produjo en la Argentina con las mutuales de crédito, que podían descontar legalmente en forma automática de los haberes jubilatorios los préstamos que otorgaban a las personas mayores. Estos además solían ser créditos usurarios o de consumo, y en algunas oportunidades se concretaban sin su expresa voluntad. Se trata de un caso de abuso económico perpetuado por un contexto sistémico en función de las regulaciones que lo permitían. De allí que para contrarrestarlo fue preciso un decreto de la Presidencia de la Nación que limitó estas posibilidades hasta entonces sistémicamente admitidas.

3. Contexto familiar

Muchos de los casos de maltrato se producen en el seno de la familia —superan el 40% según los informes especializados (Roqué, 2009)—, teniendo como particularidad una gran invisibilidad dada por el alto umbral de tolerancia y el fuerte contenido emocional que inevitablemente se verifica en este contexto.

Se ha llegado a describir que existen dos espacios en los que la violencia es muy explícita: uno es la guerra y el otro justamente la familia. Por ejemplo, se dice que Sófocles se vio obligado a escribir y recitar ante el juez una de sus

obras magistrales, "Edipo en Colono", debido a un juicio de insania emprendido por sus propios hijos que reclamaban el manejo de sus bienes (Iacub, 2007).
En este contexto, las barreras a las denuncias son muy importantes, de modo que los mayores requieren no solo una protección especial frente a estos hechos, sino además sistemas que faciliten la solución del conflicto intrafamiliar.

4. Contexto institucional

En este caso, el maltrato hacia la persona mayor se produce en el marco de una institución pública o privada, mediante el ejercicio del poder o la dominación. Puede ser efectuado por miembros del personal, visitantes voluntarios o los familiares aisladamente, distinguiéndose este caso particular de los demás tipos de maltrato por el hecho que se verifica en este contexto en virtud de prácticas institucionalmente instauradas.

E. FACTORES DE RIESGO

Pueden ser definidos como determinantes derivados de las características familiares, personales, sociales o culturales que, cuando existen, generan o incrementan la posibilidad de que se produzca un determinado daño considerado como maltrato hacia las personas mayores.

1. Factores de riesgo individuales

a. De la víctima

Este grupo etario es habitualmente considerado vulnerable simplemente por el paso del tiempo, esta condición lo coloca en una situación de riesgo (González Zeinos et al., 2004). Del mismo modo, las limitaciones a la autonomía suelen acentuar esta exposición a los abusos, al igual que la dependencia (Homer y Gilleard, 1990). Ello se agudiza en las personas que han perdido su capacidad jurídica.
Otro de los factores de riesgo respecto del maltrato y el abuso es la pobreza (OPS y OMS, 2003), que muchas veces implica la convivencia de hasta tres generaciones en un mismo hogar, en contra de la voluntad de los integrantes de la familia. También actúan en este sentido los gastos que provoca la atención de la persona mayor, en tanto que pueden generar resentimiento entre los familiares. En este punto no puede dejar de reconocerse que la dependencia de cuidados o económica de la persona mayor respecto de quien lo maltrata diluye la posibilidad de denuncia o defensa.
Las personas mayores que padecen depresión, ideas suicidas, sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpa son más pasibles de sufrir y tolerar el maltrato (Muñoz, 2004). La desvalorización de sí mismo opera como otro factor de riesgo. Además, considerar al envejecimiento como una discapacidad genera estereotipos con los que muchas veces la persona mayor también se identifica y tiene como consecuencia una afectación concreta de su integración social y comunitaria, como así también del ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos (Cabra de Luna y Bariffi, 2009).
El umbral de automaltrato de la persona mayor suele ser muy alto, y es un determinante de la tolerancia al maltrato. El aislamiento social también las expone a este tipo de situaciones. El género puede considerarse un factor de riesgo, ya que se ha descrito un mayor padecimiento de este problema por parte de las mujeres (González et al., 2005). Finalmente, existen estudios que demuestran que cuanto más violenta o agresiva es la conducta de la persona mayor, más riesgo corre de ser objeto de maltrato.

b. Del agresor

En determinados casos el propio cuidador, por lo general un familiar, depende económicamente de la persona mayor, y esta situación le produce sentimientos de ira o enojo porque se ve obligado a convivir con ella o cuidarla, lo que en ocasiones genera el maltrato (Wolf y Pillemer, 1989).
El aislamiento social también puede presentarse en los cuidadores, además de la falta de apoyo social. En definitiva, el desgaste del cuidador resulta un factor de riesgo de relevancia. Claro está que existe una prevalencia de maltrato en el caso en que los agresores de las personas mayores presenten problemas psicológicos —como la depresión— (Paveza et al., 1992) o de abuso de sustancias tóxicas (Bristowe y Collins, 1989).

2. Factores de riesgo relacionales, sociales y comunitarios

Los estereotipos sobre el significado de la vejez se manifiestan casi por igual tanto entre los jóvenes como entre las propias personas mayores, y son determinantes de tratos que conducen a su infantilización, deshumanización y la pérdida de sus derechos.
Es una realidad que el cuidado de una persona mayor puede ser una importante causa de estrés dentro de la familia, en general agravada por otro factor de riesgo que es el desconocimiento sobre el proceso de envejecimiento, al igual que la carencia de apoyos idóneos.
La violencia intergeneracional se presenta como una forma de conducta cotidiana en los contextos antes analizados, a lo que se suma la alta tolerancia social a los escenarios de violencia en general.
La carencia o el escaso desarrollo de entidades de gobierno específicas vinculadas a las personas mayores puede considerarse otro factor de riesgo. Además, cuando estas instituciones existen, suele verificarse una escasa articulación entre los diferentes organismos del gobierno, lo que hace más difícil la implementación de acciones de prevención y control del abuso y el maltrato contra este grupo social.

F. RESERVAS: FACTORES DE PROTECCIÓN O PREVENCIÓN

Los factores de protección o prevención serían aquellas reservas con que la persona cuenta o que se le otorgan a fin de que pueda afrontar las distintas situaciones que se le presentan en su vida. Se van edificando mediante aquello que se recibe del mundo externo y lo que el propio sujeto toma de ese mundo para interiorizarlo, hacerlo propio y utilizarlo como una forma de protección o prevención. En términos generales, las reservas minimizan o evitan cualquier daño o peligro que deba enfrentar el sujeto, o bien facilitan el abordaje de esa situación.

Estos factores surgen de distintas acciones concretas, que a veces se refieren al propio recorrido de vida de la persona y en otras oportunidades se vinculan con los servicios que se les brindan o lo que reciben de las estructuras sociales en las que están insertas, pero que participan de una concepción: siempre logran generar reservas.

Es preciso analizar con qué tipo de reservas llega la persona mayor a esta etapa de la vida, su cantidad y calidad. En el caso de que fueran escasas, será necesario implementar acciones concretas que las solidifiquen, para permitirle posicionarse en un espacio en el que no pueda ser sujeto de maltrato o logre defenderse de él. El umbral de tolerancia al maltrato proviene en buena medida de la capacidad interior de automaltrato o autocastigo, por ello, las reservas sirven para generar recursos que fortalecen la autoestima individual y social de las personas mayores, disminuyendo esa tolerancia.

G. TIPOS DE RESERVAS Y ACCIONES QUE LAS GENERAN

Entre las acciones concretas que actúan como reservas para la prevención y protección frente al abuso y el maltrato, una que se reconoce en la mayoría de las sociedades es el sistema jubilatorio, que claramente constituye una reserva económica vinculada a la vejez que brinda la posibilidad de evitar condiciones de dependencia económica de la persona mayor respecto del eventual maltratador. Sin embargo, la jubilación es una condición necesaria pero nunca suficiente por sí sola para su integración, y mucho menos evitará su maltrato. Por eso, se requieren otro tipo de reservas.

Entre estas otras formas de reserva que se necesitan se encuentran las afectivas. Si bien es cierto que este tipo de lazos se construyen a lo largo de la vida, las comunidades y los Estados pueden hacer mucho para facilitar estos entornos afectivos, y también para debilitarlos.

Estas reservas afectivas juegan un papel decisivo en la vejez. La soledad es uno de los temas más complejos en esta etapa de la vida, de modo que estas reservas son claros recursos de afrontamiento. Un mayor que vive en un entorno contenedor y de amor puede confiar, se siente fuerte, no así el que está solo o aislado.

Es necesario entonces que se promuevan acciones que tomen en cuenta el fortalecimiento de los lazos familiares, sus relaciones vinculares afectivas y las diversas formas de familia. Son ejemplos de estas acciones los programas que favorecen la permanencia de la persona mayor en su hogar. En el caso de internaciones en residencias de larga estadía, hay que efectuar actividades de puertas abiertas, establecer un horario de visitas amplio y flexible e impulsar la vinculación intergeneracional familiar. Para ello, se deben generar vínculos familiares sanos que permitan incorporar y valorar el aporte de los abuelos como transmisores de la historia familiar.

Asimismo, es muy importante que quien sea designado como cuidador de la persona mayor sea concientizado sobre la relevancia de su trabajo, reciba la capacitación necesaria para brindarle cuidados efectivos y de calidad y se le otorgue también a él la contención necesaria.

Otro tipo de estas reservas con las que se debe contar para evitar o afrontar situaciones de maltrato son las vinculares, que permiten interactuar socialmente, ya sea con pares, jóvenes, niños, amigos, compañeros de tareas, de entretenimientos, entre otros. Estas reservas repelen la soledad o el aislamiento, promueven la autonomía y generan defensas contra el abuso y el maltrato. Es difícil que alguien que se mantiene vinculado, más allá de los afectos o de los lazos familiares, sea maltratado, y cuando lo es, su diagnóstico puede ser temprano.

Algunas acciones concretas para fomentar las reservas vinculares son las que permiten que la persona mayor pueda expresarse libremente, relacionarse y sostener sus vínculos, por ejemplo, la formación de movimientos
o asociaciones, al igual que las redes sociales ligadas a la tecnología o Internet, de modo que los programas de educación informática son una puerta a estas vinculaciones. Es importante arbitrar medidas efectivas y apropiadas desde un enfoque intergeneracional e intercultural, socavando prejuicios y estereotipos. Así, se logrará una visión más positiva de la vejez mediante la promoción de programas en los que se realicen interacciones significativas entre las personas mayores y los jóvenes. También cumplen un rol significativo los programas de acceso a la información, para que conozcan sus derechos, su contexto y la actualidad en la que están inmersas. La promoción de actividades de voluntariado apropiadas a sus intereses y capacidades, particularmente en las instituciones de larga permanencia, son acciones que colaboran con la formación de este tipo de recursos emocionales.

Las reservas de salud, incluyendo las cognitivas, se vinculan sobre todo con las etapas previas en la vida de la persona, con su genética, entre otros aspectos, pero deben reforzarse con acciones concretas. Entre ellas se encuentran las que fortalezcan y promuevan el envejecimiento activo —actividades físicas, culturales, aprendizaje de idiomas, entre otras—, y también las que favorezcan el conocimiento sobre el envejecimiento y las patologías prevalentes, garantizando que la persona

mayor comprenda el tratamiento al que será sometida, a la vez que se fomenten técnicas de autocuidado.

Para enfocar la atención de la persona mayor desde el cuidado de su salud se le deben brindar servicios sociales y sanitarios integrados mediante profesionales especializados. Es importante que en los hospitales o en las salas de urgencia existan protocolos de intervención para atender a las personas mayores maltratadas.

Finalmente, se encuentran las reservas motivacionales, que permiten a la persona mayor sentir confianza para emprender nuevos desafíos, mantener aquellas actividades que disfrutan, conservar los vínculos, aprender y crecer como personas.

Las acciones concretas para fomentar las reservas motivacionales son aquellas que propenden al mantenimiento y el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la persona mayor, la promoción y el respeto de su libertad de iniciativa, prestándoles los apoyos de asesoría, legales o financieros necesarios para el desempeño de sus actividades.

Del mismo modo, son significativas las acciones como la implementación de programas educativos en los cuales las personas mayores sean las transmisoras de conocimientos, cultura y valores espirituales; los programas de educación continua basados en la comunidad y orientados al esparcimiento, el desarrollo cultural y espiritual; las actividades físicas y otras formas de utilización creativa del tiempo libre. También es importante que se propicien políticas activas para luchar contra el analfabetismo.

Este tipo de reservas está directamente vinculado con la tarea de empoderar a la persona mayor para que pueda seguir creciendo y realizando actividades que la lleven a transitar esta etapa de la vida en forma activa. De lograrse este objetivo, se estará ante una persona llena de intereses, de movimiento y energía, que logre salir del lugar de sujeto pasivo o de supuesta carga para sus familiares. Indudablemente, se genera así una mejor valoración de sí misma y por parte del resto, y en consecuencia un alejamiento natural de las situaciones de maltrato.

Se advierte entonces que las distintas reservas generan entre sí una sinergia superior a la que podría lograr cada una por sí sola, puesto que se produce entre ellas una interacción de la que resultan potencialidades que se apalancan unas con otras.

Uno de los elementos centrales en el abordaje de la problemática del maltrato contra las personas mayores es la prevención, que por esta relevancia se constituye en una cuestión de salud pública (WHO, 2011). Y en el ámbito de la prevención, un asunto de suma importancia consiste en minimizar la soledad y proveer todas aquellas herramientas que puedan transformarse en reservas para la prevención de estas situaciones y la promoción de un trato digno y una vida plena para las personas mayores.

H. CONDICIONANTES COMPLEMENTARIOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Existen otro tipo de acciones o estructuras complementarias que se unen al esfuerzo por mejorar la calidad de vida de las personas mayores y por ayudarlas a transitar un envejecimiento activo, alejado del maltrato. Estas acciones se ensamblan con las ya descritas, y son las que provienen de medidas de tipo legislativo, estructural, entre otros ámbitos. Tal es el caso de los organismos especializados en la atención de las personas mayores (véase el recuadro 1), o las leyes específicas sobre la tutela legal y las garantías para proteger su consentimiento.

Si bien es cierto que en la mayoría de los países no se ha adoptado una legislación específica sobre el maltrato contra este grupo social, esta situación suele estar contemplada en términos generales en el derecho penal o civil o bien incluida en la normativa genérica sobre los derechos de propiedad, la violencia familiar o la salud mental. Además, las normas específicas se potencian con los sistemas que se establecen para la protección desde la niñez, puesto que las reservas para afrontar estas circunstancias se construyen a lo largo de toda la vida.

En el caso de la Argentina, una de las políticas vigentes más significativas respecto de las personas mayores fue la inclusión, por medio del decreto 1454/05, de 2,5 millones de ciudadanos al régimen de la seguridad social, accediendo a una jubilación y a los servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) – PAMI. Pero esa inclusión e integración se fomenta también mediante la asignación universal por hijo (*), que permite comenzar a generar reservas desde la niñez, puesto que al ingreso económico que se otorga mediante este beneficio se le asocian ciertos requerimientos educativos, planes de prevención en salud y la participación en la comunidad en forma integral. Luego, los programas de acceso a la tecnología en el nivel secundario permiten reducir la brecha tecnológica. De este modo, los niños y adolescentes beneficiados con estas políticas contarán con todas estas reservas de protección cuando sean personas mayores.

El liderazgo de las políticas y planes nacionales para prevenir el maltrato es una función de los organismos especializados en las personas mayores y de los ministerios de salud, pero también deben incluirse otras carteras en esta tarea, tales como la de justicia, educación, trabajo, medio ambiente y bienestar social, puesto que este problema demanda un abordaje integral.

(*) La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (Decreto Nº 1602/09) es un beneficio que perciben las personas desocupadas, que trabajan en el mercado informal o ganan menos del salario mínimo, vital y móvil, y cuyos hijos son menores de 18 años. Para cobrarla, son requisitos indispensables que los niños y adolescentes asistan a la escuela, se realicen controles periódicos de salud y cumplan con el calendario de vacunación obligatorio.

Acciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI, Argentina

Un ejemplo concreto del rol significativo que puede desempeñar un organismo nacional especializado en la atención de las personas mayores en la generación y el fortalecimiento de reservas económicas, afectivas, vinculares, motivacionales y de salud para prevenir y afrontar las situaciones de maltrato hacia los miembros de este grupo social lo provee el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) – PAMI, de la República Argentina.

Esta institución realiza acciones diversas y articuladas desde los servicios sanitarios y sociales que brinda a sus 4,5 millones de afiliados, que actúan como un factor de prevención o protección del abuso contra las personas mayores. Entre ellas, es menester destacar el Programa Nacional de Promoción y Prevención Comunitaria "Prevenir para seguir Creciendo", con una cobertura de 350.000 afiliados mensuales durante el último año, 11.000 talleres realizados y 2.500 centros de jubilados efectores.

Este programa se basa en tres componentes: i) el envejecimiento activo, para promover las capacidades personales que favorecen el desempeño en la vida cotidiana; ii) la educación para la salud, mediante la difusión del conocimiento para el autocuidado —hábitos saludables y patologías prevalentes—, y iii) los derechos y la ciudadanía —conocimiento y ejercicio de derechos, género y familia, medio ambiente y acciones solidarias—.

La metodología que se utiliza en su implementación es grupal y comunitaria, con un encuadre de participación, integración y contención, mediante la modalidad de talleres. Se realizan por ejemplo talleres de yoga, de la memoria, taichí, reiki, reflexología, psicología, masaje, mesoterapia, gimnasia, fisioterapia, artesanías, computación, corte y confección, coro, costura, danza, dibujo, folklore, expresión corporal, manualidades, música, peluquería, pintura, tango, teatro, tejido, telar, sexualidad, empoderamiento, entre otros temas.

Durante la aplicación de este programa surgieron experiencias que ameritaron desarrollos programáticos nuevos, tales como las colonias de verano, el programa Ágil-mente, los programas intergeneracionales "Grandes y chicos construyendo cultura" (Raíces y retoños, Abuelas lee cuentos y Abuelas relatoras por la identidad, la memoria y la inclusión social), el Cine debate y el programa Nomeolvides. Como se advierte, con estas acciones logran fortalecerse diversas reservas, en particular las motivacionales, de salud y relacionales.

Además, otras actividades que generan similares acciones de protección y prevención son el programa Club de Día, el Programa de Turismo Social, de Miniturismo, de Caminos Culturales, y particularmente el UPAMI, que brinda acceso a las universidades.

Otra acción institucional relevante es el fomento y el apoyo a las organizaciones de jubilados y pensionados. Existen casi 7.000 centros en todo el país, concebidos como herramientas de cogestión, fundamentalmente en las actividades preventivas y de integración comunitaria que se articulan con el INSSJP - PAMI.

Otra línea de acción es el Programa Nacional de Atención Domiciliaria, que apunta al fortalecimiento de los cuidados y actúa tanto respecto de las reservas de salud como de las afectivas o vinculares.

En esa misma dirección, y como respuesta a las condiciones de vulnerabilidad, se encuentran el Programa de asistencia a situaciones de riesgo sociosanitario, el Probienestar, que apunta a brindar seguridad alimentaria, y el de detección y asistencia a poblaciones vulnerables. Estos programas constituyen a su vez reservas económicas.

Otra línea de abordaje que actúa sobre los condicionantes complementarios del maltrato contra las personas mayores es la capacitación de recursos, por ejemplo, mediante el Curso universitario de formación de posgrado para médicos de cabecera, las residencias médicas universitarias en efectores propios, las becas para el fomento del estudio de la enfermería, el Curso de farmacología y terapéutica en personas mayores, entre otros. Finalmente, otros espacios de acción relevantes en este campo son los Centros de información PAMI y el Servicio PAMI escucha y responde.

Esta labor demuestra que una organización especializada, bajo la perspectiva de los derechos de las personas mayores, puede tomar partido con acciones concretas destinadas a generar reservas contra el abuso y el maltrato.

Fuente: Elaboración propia.

En este marco, son también relevantes las medidas para mejorar los datos disponibles sobre la prevalencia y el control del maltrato, para contar con información suficiente y realista al momento de diseñar intervenciones de política. Además, es necesario promover mecanismos estructurales sobre las responsabilidades de los cuidadores o profesionales que interactúen con las personas mayores respecto de la notificación de los presuntos casos de maltrato. La notificación obligatoria se considera un instrumento valioso, puesto que omite la necesidad de que sea la persona mayor quien efectúe la denuncia.

En algunos países se han creado instituciones que se dedican a la lucha contra el maltrato, poniendo a disposición líneas telefónicas de denuncia, alojamiento temporal, asesoramiento jurídico, atención médica, la posibilidad de presentar denuncias anónimas, entre otras medidas (Decalmer y Glendenning, 1993). Además, se ha implementado un certificado obligatorio de buena conducta para los cuidadores a sueldo, algunas directrices específicas y la obligación de denunciar los malos tratos contra un mayor. Para esto también es importante que se implementen programas educativos destinados a los cuidadores.

Los equipos multidisciplinarios de mediación en estas situaciones aún no tienen un desarrollo suficiente, pero resultan una herramienta efectiva y de mayor accesibilidad, por cuanto no implican una denuncia judicial, pueden estar incluidos en las redes sociales y permiten solucionar el conflicto dentro del contexto en que se produce.

Las redes sociales y también las tecnológicas son muy efectivas para combatir el maltrato. En la Argentina, los centros de jubilados son ejemplos de ello, y también el uso de las nuevas formas de comunicación, pues un simple correo electrónico o un mensaje en Twitter pueden contrarrestar la soledad y hacer a la persona mayor menos vulnerable al maltrato, en un mundo cada vez más integrado, de más dimensiones "n" (véase el Diagrama 7).

Es importante que se incrementen los canales de comunicación para generar conciencia sobre la necesidad de evitar los malos tratos contra las personas mayores. Una herramienta esencial en este sentido es la concientización (OMS e INPEA, 2002), ya que con ella se llega al fondo de la cuestión y podrá hacerse visible el maltrato invisibilizado. Para ello deben utilizarse los medios de comunicación, los programas de educación, el marketing social, propiciando la perspectiva de un envejecimiento saludable y promoviendo la participación de las personas mayores en los procesos de transformación de la conciencia social.

I. CONCLUSIONES

La construcción de reservas emocionales, cognitivas, vinculares y motivacionales en el marco de una sociedad permite que las dimensiones primarias —unidimensional o bidimensional— transiten hacia una sociedad abierta a otras dimensiones, en la que no solo se requiera un estatus moral y legal o normativo, sino también un estatus de integración con obligaciones recíprocas.

Ahora bien, el tipo de reservas que tengan las personas mayores dependerá, por lo general, de cuál sea la mirada de la sociedad hacia este grupo etario. En las sociedades lineales las reservas serán individuales y, por lo tanto, las personas mayores quedarán más expuestas al maltrato y a otros descuidos o negligencias. En una sociedad bidimensional, en tanto, las reservas solo acogerán a los similares, como sucede con el sistema jubilatorio. La persona mayor carecerá de factores de protección o de prevención integradores, por el solo hecho de que no hay visibilidad entre los distintos planos.

La tridimensional es una sociedad solidaria en la cual todos se preocupan por el bienestar de los demás y en la que las personas mayores, siempre que pertenezcan a la misma comunidad, serán consideradas y probablemente reciban elementos de diverso tipo que puedan considerarse factores de protección y de prevención que les permitirán construir reservas para evitar situaciones de maltrato.

En las sociedades multidimensionales, finalmente, no existen personas invisibles, las reservas serán de integración y por lo tanto eficaces para construir factores de protección y de prevención. Entonces, se debería aspirar a una sociedad que integre a todos sus miembros, promoviendo la construcción de reservas afectivas, económicas, vinculares y motivacionales desde la primera infancia y desde los distintos contextos —familiar, social, institucional y sistémico—. Ello a fin de que hacia 2050, cuando los jóvenes de hoy sean personas mayores, pertenezcan a una dimensión "n" en la que no existan invisibles.

En función de todo lo expuesto, puede sostenerse que el abuso y el maltrato contra las personas mayores constituyen una problemática que exige ser vista y demanda que se forjen acciones eficaces para su prevención y protección, tarea que atañe a todos y a cada uno de quienes formamos parte de esta sociedad. Como sostenía Elie Wiesel, Premio Nobel de la Paz en 1986: "Ante las atrocidades tenemos que tomar partido. La posición neutral ayuda siempre al opresor. Nunca a la víctima. El silencio estimula al verdugo, nunca al que sufre".

BIBLIOGRAFÍA

- Bazo, M. T. (2004), "Perfil de la persona mayor víctima de violencia", en Sanmartín, J. (coord.), El laberinto de la violencia, Barcelona, Ariel.
- Bristowe, E. and J. B. Collins (1989), "Family Mediated Abuse of Non-Institutionalized Frail Elderly Men and Women Living in British Columbia", Journal of Elder Abuse and Neglect, 1(1) 45-64.
- Cabra de Luna, M. A. y F. J. Bariffi (2009), "Personas mayores en condición de vulnerabilidad. Maltrato y abuso desde la óptica de la discapacidad", en Personas mayores vulnerables: maltrato y abuso, Madrid, Consejo General del Poder Judicial.
- Dabove, I. (2002), Los derechos de los ancianos, Buenos Aires, Ciudad Argentina. Decalmer, P. y F. Glendenning (1993) (comps.), El maltrato a las personas mayores, Buenos Aires, Paidós.
- González, J. A. et al. (2005), "Malos tratos al anciano", en Sánchez, T. (coord.), Maltrato de género, infantil y de ancianos, Temas de psicología X, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.
- González Zeinos, M. et al. (2004), "Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental", Revista Cubana de Medicina General Integral v.20 n.1, enero-febrero, La Habana.
- Homer, A. C. and C. Gilleard (1990), "Abuse of Elderly People by their Carers", British Medical Journal, 301(6.765): 1.359-1.362.
- Iacub, R. (2007), "El cuerpo externalizado o la violencia hacia la vejez", Revista Kairós Gerontologia V. 10, Nº 1, São Paulo, Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento.
- Iborra, I. (ed.) (2005), "Violencia contra personas mayores", Colección Estudios sobre Violencia Nº 11, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, Barcelona, Ariel.
- Muñoz, J. (2004), Personas mayores y malos tratos, Madrid, Pirámide.
- Naciones Unidas (2002), "El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Informe del Secretario General" (E/CN.5/2002/PC/2), Consejo Económico y Social, Nueva York.
- OMS e INPEA (Organización Mundial de la Salud e International Network for the Prevention of Elder Abuse) (2002), "Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor", Revista Española de Geriatría y Gerontología; 37:319-31.
- OPS y OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud) (2003), Informe mundial sobre la violencia y la salud, Capítulo 5: "El maltrato de las personas mayores", Washington, D. C.
- Paveza, G. J. et al. (1992), "Severe Family Violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and Risk Factors", The Gerontologist, 32(4).
- Roqué, M. (2009), Informe DINAPAN "La percepción sobre la discriminación, el abuso y maltrato por parte de las personas mayores", presentación de relevamiento nacional realizado en el marco del Programa de prevención de la discriminación, abuso y maltrato hacia las personas mayores, Buenos Aires.
- WHO (World Health Organization) (2011), "European report on preventing elder maltreatment", Regional Office for Europe, Copenhagen, [online] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pd f [December 28, 2012].
- Wolf, R. y K. Pillemer (1989), "Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse", Nueva York, Columbia University Press.

Osteoporosis en ancianos mayores de 80 años.

Evidencia acerca del costo beneficio del tratamiento en este grupo etario

María Jimena Soutelo, Natalia Soengas

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201502

Desde que el geriatra británico Bernard Isaacs describió como síndromes geriátricos principales el de inestabilidad y caídas, la incontinencia urinaria, la incompetencia mental y la inmovilidad, mucho se ha escrito e investigado y poco han variado las graves consecuencias físicas y el desmedro en la calidad de vida que estos síndromes producen en la población anciana. El objetivo de este artículo es ahondar sobre el tratamiento en osteoporosis y profundizar en los alcances que poseen para prevenir dos de estos síndromes: el de inestabilidad y caídas y el de inmovilidad. Iniciaremos recordando el significado de algunos términos, luego expondremos en cifras la gravedad del tema, para pasar a la evidencia sobre los distintos fármacos y terminar con las indicaciones terapéuticas al momento de la escritura de este artículo.

La inestabilidad trae como consecuencia caídas y fracturas (el 90% de las fracturas de cadera, antebrazo y pelvis tiene como antecedente una caída) y con ello los ancianos sufren de inmovilidad. Entendemos como inestabilidad a la falta de firmeza, de equilibrio en el espacio, en el rumbo o en una posición y a una caída como la pérdida del equilibrio hasta dar con el suelo o en algo firme que lo detenga. Una fractura es la rotura de un hueso o cartílago y por último la inmovilidad puede definirse como la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Puede ser relativa o absoluta, siendo un problema geriátrico caracterizado por la reducción marcada de la tolerancia al ejercicio, progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación[1]. Las fracturas en los ancianos se producen principalmente por fragilidad y osteoporosis. Entendemos como fragilidad a un síndrome caracterizado por la disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores que expone al viejo al riesgo de morir u otras complicaciones; posee las siguientes características: debilidad, lentitud, pérdida de peso, inactividad. La determinación de masa ósea por sí sola no la predice[2]. La desnutrición, la obesidad, el tabaquismo y los síntomas depresivos se asocian fuertemente con la presencia de fragilidad y cobran importancia a nivel preventivo[3].

LUGAR DE FRACTURA

Las fracturas vertebrales aparecen en el 44% de las mujeres mayores de 70 años, son fracturas de compresión, generalmente en T8 a L2, de baja energía, si están en otro lugar deberemos pensar en un origen neoplásico. Las personas con fracturas vertebrales tienen mayor mortalidad, se cree que es por la pérdida de peso y fragilidad física[4].

En la fractura de cadera el factor más importante es la osteoporosis, pero el sedentarismo, el alcohol, el tabaquismo, la demencia[5], el uso de medicación psicotrópica, la presencia de fracturas previas y dietas bajas en calcio son también muy importantes. Las mujeres blancas se hallan en mayor riesgo, y tienen 2 o 3 veces más riesgo las mujeres que los hombres[6].

1. Médica Especialista en Endocrinología y Diabetes. Complejo Médico Policial Churruca Visca.
2. Médica Geriatra. Complejo Médico Policial Churruca Visca. CABA, Rep. Argentina.
Correspondencia: info@geriatriaclinica.com.ar

La *osteoporosis* es una enfermedad caracterizada por una masa ósea baja y el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que conducen a un aumento de la fragilidad ósea y como consecuencia a un incremento en la incidencia de fractura.

La prevalencia de osteoporosis aumenta con la edad. Es de 4% entre mujeres de 50 a 59 años y de 52% en mayores de 80. El 90% de las fracturas de cadera o vertebrales son por osteoporosis, de las cuales dos tercios ocurren en mujeres mayores de 75 años. La mortalidad posterior a una fractura de cadera es de 20% en el primer año, y menos del 50% retorna a sus actividades habituales[1].

Los factores de riesgo para padecerla son la edad, el sexo, la presencia de menopausia precoz, una nutrición inadecuada de calcio, déficit de vitamina D (70% de internados por fracturas tienen déficit de vitamina D)[7], el uso de medicación como glucocorticoides, el hiperparatiroidismo, las benzodiazepinas, el tabaquismo, el alcohol y la falta de ejercicio. Puede ser *secundaria* a hiperparatiroidismo primario, hipertiroidismo, enfermedad de Paget, osteomalacia, mieloma múltiple, síndrome de malabsorción, hipogonadismo[8]. Los hombres con testosterona disminuida tienen mayor fragilidad que los que no la tienen[9]. Se asocia a enfermedades sistémicas, accidentes cerebrovasculares (ACV), debilidad muscular[10]. El 40% de las fracturas en pacientes vulnerables ocurrieron en dementes, y el 29% en pacientes con enfermedades importantes.

El diagnóstico de osteoporosis se realiza a través de la densitometría mineral ósea (DMO) en región lumbar y fémur proximal en posición anteroposterior. Es importante en pacientes mayores de 80 años realizar previamente radiografía de columna dorsolumbar frente y perfil para descartar aplastamientos, espondilosis, escoliosis y ateromatosis aórtica; dado que todas estas patologías producen un valor erróneo de la DMO lumbar, en estos casos se aconseja realizar DMO de ambas caderas. Denominamos DMO *normal* a una densidad mineral ósea dentro de 1 desvío estándar de un adulto joven normal (T-*score* > –1); *osteopenia,* entre 1,0 y 2,5 por debajo de un adulto joven normal (T-*score* entre –1 y –2,5); *osteoporosis,* entre 2,5 o más por debajo de un adulto joven normal (T-*score* < –2,5); y *osteoporosis severa,* a una DMO < –2,5 más la presencia de fractura[2].

Asimismo se sugiere realizar un laboratorio general que incluya hemograma, hepatograma y función renal, dado que estos datos nos pueden servir para realizar diagnósticos de osteoporosis secundaria. También debemos realizar un metabolismo fosfocálcico que mínimamente incluya calcio, fósforo, creatinina, ionograma y magnesio en sangre y orina de 24 hs, FAL/FAL ósea como marcadores de formación ósea y marcadores de resorción. Es fundamente para realizar tratamiento específico evaluar 25OH vitamina D3 sérica.

El tratamiento de la osteoporosis en ancianos mayores de 80 años comienza con los cambios de estilo de vida y prevención de caídas[1,2]. Es mandatorio evaluar la dieta en calcio y vitamina D. El 90% de los ancianos mayores de 80 años presenta déficit de vitamina D (niveles plasmáticos de 25OH Vit D < 30 ng/ml) y no cumplen con los requerimientos diarios de calcio (1200 mg/día) y vitamina D (800-1000 UI/día)[3,4].

Por tal motivo se sugiere a todo paciente de esta edad incrementar la dieta con calcio y suplementar con vitamina D.

Existe un consenso generalizado para el tratamiento específico de la osteoporosis. Está indicado en pacientes con fractura de cadera o vertebral, osteoporosis por DMO o pacientes con osteopenia con riesgo de 3% de fracturas de cadera a 10 años y/o 20% de riesgo de fractura por osteoporosis (www.shef.ac.uk/FRAX)

El tratamiento de elección para la osteoporosis son los bisfosfonatos, que pueden utilizarse por vía oral o endovenosa. En general reducen el riesgo de fractura vertebral entre un 40-70%, de cadera un 40-50%[1].

El uso de bisfosfonatos declina con la edad, es mayor entre los 75 y 79 años y se reduce luego de los 90 años; el uso de calcio y vitamina D es desigual según la edad[12]. Sigue siendo bajo el *screening* de osteoporosis en pacientes tratados con glucocorticoides, en hombres, negros y en algunas especialidades médicas[13]. Los médicos y enfermeros son muy importantes en la prevención de la fragilidad[14] manteniendo su importancia la prevención para la calidad de vida de los pacientes[15]. De lo antes expresado queda claro el valor que este tema tiene para los médicos geriatras, no solo sobre el tratamiento, el diagnóstico y la prevención.

Hasta el día de hoy no se ha prestado atención suficiente a la prevención de fracturas por fragilidad, de hecho, un 80% de los pacientes con fractura de fémur proximal atendidos en los hospitales públicos no siguen un tratamiento efectivo para la osteoporosis y, lo peor, más del 50% de los que son dados de alta después de la resolución de la fractura sigue sin tratamiento de la osteoporosis, cuando en todas las guías de manejo de la fractura osteoporótica, el diagnóstico de esta es reconocido como causa suficiente para instaurar un tratamiento farmacológico.

Una evaluación económica se puede definir como un análisis comparativo de alternativas, o cursos de acción, en términos de costos y consecuencias. También puede tratarse de una comparación entre dos tratamientos alternativos o más, dentro de un grupo de pacientes determinados. Esto genera información que puede ser usada por proveedores de salud en la toma de decisiones para el destino de recursos[16].

Vale la pena el tratamiento temprano, la prevención de fracturas osteoporóticas en ancianos[17], el incremento de la dieta en calcio y vitamina D, además de la evaluación acerca de la adhesión al tratamiento con bisfosfonatos[18].

El tratamiento con bisfosfonatos de la osteoporosis en mujeres de alto riesgo[19] es costo efectivo, y también disminuye las fracturas en hombres tratados menos tiempo que el sugerido. Aconsejar acerca de dejar de fumar, el tratamiento de la obesidad, el suplemento de vitamina D, el cuidado de la salud en general y visitas domiciliarias también es costo efectivo[20].

Pero no todos los bisfosfonatos han demostrado ser efectivos en prevenir o disminuir la fractura de cadera, teniendo en cuenta que es la fractura más frecuente y discapacitante en ancianos de 80 años. Solo el alendronato, el risedronato y el ácido zoledrónico, este por vía endovenosa, han demostrado ser efectivos en la prevención de fracturas de cadera.

De presentar contraindicaciones para el uso de bisfosfonatos, pocas drogas serán realmente efectivas a esta edad. El denosumab, un anticuerpo monoclonal contra el ligando del receptor activador del factor nuclear kappa B ligando *(RANKL: receptor activator for nuclear factor κ B ligand)*. También ha demostrado ser efectivo el ranelato de estroncio, pero existe evidencia de incrementar el infarto agudo de miocardio, el ACV y el tromboembolismo pulmonar. Y si bien la terapia hormonal ha demostrado ser efectiva para la prevención de la fractura de cadera, está contraindicada formalmente a esta edad.

El tratamiento de la osteoporosis en los ancianos debe ser individualizado, el médico deberá evaluar beneficios *vs* efectos adversos y contraindicaciones[3,4,21].

CONCLUSIONES

Es importante la prevención, no solo el tratamiento. Una dieta rica en calcio y la suplementación de vitamina D es esencial para su prevención. La dieta debe contener entre 1200 mg/día de calcio, independientemente de la edad.

La producción de una fractura por fragilidad es causa suficiente para establecer el diagnóstico de osteoporosis; ya no se considera imprescindible la medición ósea para establecerlo tras una de esas fracturas.

Las caídas favorecen las fracturas por fragilidad. Debemos investigar acerca de los factores de riesgo de caídas para prevenir complicaciones. Por ello es conveniente no acumular fármacos, revisar la tensión arterial, la vista, el oído, acudir al médico en caso de sufrir de inestabilidad y retirar todos los obstáculos que puedan entrañar algún peligro en el medio ambiente.

Todas las personas que hayan tenido fracturas por fragilidad, las mujeres de 65 años con factores de riesgo, las personas con causas secundarias de osteoporosis y los pacientes de 50 años con fracturas múltiples deben ser estudiados y tratados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro del Nogal M. Inestabilidad y caídas. Geriatría desde el principio Ed. Glosa. 2001E.
2. Gerdhem P, et al. Bone mass cannot be predicted by estimation of frailty in elderly ambulatory women. (Abstract) Gerontology 2003 May-Jun;49(3):168-72.
3. Woods NF, et al. Frailty: emergence and consequence in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. Am Geriatrics Soc 2005 Aug;53(8):137-30.
4. Aspray TJ, Bowring C, Fraser W, Gittoes N, Javad MK, MacDonald H, et al. National Osteoporosis Society Vitamin D Guideline Summary. Age and Aging 2014;43:592-595.
5. Li Tat Chen, et al. Hip fractures in the elderly - the impact of comorbid illness in hospitalization costs.
6. Goldstein J, et al. Problemas ortopédicos seleccionados en ancianos. Rheumatic Disease Clinics of North America (ed. Española) Vol. 2 N° 3 2000. Pág. 634-635.
7. Glowacki J, et al. Importance of vitamin D in hospital based fractures care pathways. The Journal of Nutrition, Health & Aging Vol. 12 Number 5, 2008.
8. Kenny AM. Osteoporosis. Rheumatic Disease Clinics of North America (ed. Española) Vol. 2 N° 3 2000. Pág. 595-611.
9. Cawthon PM, et al. Sex hormones and frailty in older men the osteoporotic fractures in men(US). J Clin Endocrinol Metab 2009 Oct;94(10):3806-15.
10. Birge SJ. Osteoporotic fractures: a brain or bone disease. Curr Osteoporos Rep 2008 Jun;6(2):57-61.
11. Kanny P, et al. Non – pharmacological means to prevent fractures among adults. Ann Med 2005;37(4):303-10.
12. Johnell K, et al. Undertreatment of osteoporosis in the oldest old? A nationwide study of over 700.000 older people. Arch Osteoporos 2009 Dec;4(1-2):17-23.
13. Curtis JR, et al. Longitudinal patterns in the prevention of osteoporosis in glucocorticoid treated patients. Arthritis Rheum 2005 Aug;52(8):2485-94.
14. Rochat S Frailty and use of health and community service by community dwelling older men: the Concord Heath and Ageing in men Project. Age Ageing 2010 Mar 39(2):228-33.
15. Caliri A, et al. Osteoporotic fractures: mortality and quality of life. Panminerva Med 2007 Mar;49(1):21-7.
16. Ravaglia, et al. Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. Age and Ageing 2008;37:161-166.
17. Larsener, et al. Vitamin D and calcium supplementation prevents osteoporotic fractures in elderly community dwelling residents: a pragmatic formulation. - based 3 year intervention study. J Bone Miner Res 2004 Mar 2004 Mar 19(3) 370- 8.
18. Switzer JA, et al. Overcoming barriers to osteoporosis care in vulnerable elderly patients with hip fractures. J Orthop Trauma 2009 Jul;23(6):454-9.
19. Tostesn AN, et al. Therapies for treatment of osteoporosis in US women: cost-effectiveness and budget impact considerations.
20. Abrahamsen B, et al. Declining incidence of hip fractures and the extent of use of anti-osteoporotic therapy in Denmark 1991-2006. Osteoporos Int 2010 Mar;21(3):373-80.
21. Osteoporosis. Clinical guideline for prevention and trestment. Executive Summary. Updated November 2014 (www.NOF.org)

Miscelánea Gerontológica. Parte IV

Leonardo Strejilevich

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201502

GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA: EVITAR DUPLICIDADES

Dada la explosión sociodemográfica de los adultos mayores, el aumento incesante de los costos de la atención sociosanitaria, los problemas de una administración costosa en la asignación de los recursos y todavía un gran déficit en materia de accesibilidad y calidad de los servicios, se hace necesario e impostergable tomar medidas que tengan por objeto evitar duplicidades, eliminar trabas burocráticas para los adultos mayores, simplificar el marco normativo y los procedimientos administrativos, así como reforzar los mecanismos de cooperación entre las diferentes instituciones y administraciones, de modo que se agilite y abarate el costo de la actividad.

Se trata de que la sanidad y los servicios sociales sigan al adulto mayor, y no al contrario. Dentro de este objetivo deben implantarse tres proyectos fundamentales:

La receta electrónica, que garantizará la conexión de recetas prescritas en los distintos servicios así como con la dispensación en farmacias. Esto facilita a los pacientes la accesibilidad a los tratamientos en sus desplazamientos y evitará visitas médicas y consultas innecesarias sobre todo en Atención Primaria. Junto con la reducción del papel receta se generará un ahorro altamente beneficioso.

Hay que poner en marcha la historia clínica digital interoperable. El objetivo es disponer de un registro electrónico y estructurado de datos clínicos de los pacientes, de modo compartido entre todos y cada uno de los servicios de atención sociosanitaria, de manera que se disponga de sus datos clínicos en cualquier servicio donde deba ser atendido. Esta medida supondrá un ahorro por la repetición de consultas y pruebas diagnósticas.

Deberá elaborarse una base de datos de tarjeta sanitaria del sistema de salud. A cada adulto mayor se le asignará un código de identificación, lo que evitará fraudes al sistema y tener que renovar la tarjeta. Será necesario crear un Consejo o Comité de Evaluación de Medicamentos, Tecnologías y Prestaciones Sanitarias para adultos mayores, que se configura como un órgano colegiado, adscrito al Ministerio de Salud Pública. Su función será ayudar a la toma de decisiones sobre la incorporación de nuevas prestaciones o exclusión de otras de bajo valor terapéutico o funcional en la cartera de servicios sanitarios, así como en la modificación de sus condiciones de uso y la puesta al día de un vademecum de medicamentos con monodrogas de uso geriátrico.

Es necesario también racionalizar las estructuras administrativas con supresión de altos cargos y el excesivo número de personal de apoyo. Una entidad de referencia deberá evaluar los servicios sociales destinados a los adultos mayores. Esta medida está encaminada a evaluar los servicios sociales gestionados por las distintas instituciones y organizaciones competentes, con el fin de garantizar la igualdad efectiva en el acceso a los mismos de todos.

Asimismo, se deben unificar las normas y los criterios de los distintos programas existentes y permitir el acceso a estos programas a personas con ingresos bajos que, en la actualidad, tienen dificultades para participar.

Es importante que la sanidad y el trabajo social dejen de ser objeto de confrontación y se reaviven en torno a ellas los consensos fundamentales que garanticen la sanidad universal, gratuita y de la máxima calidad. Deberíamos clarificar, para conocimiento público, los conceptos de asegurado, afiliado, beneficiario y acabar con el turismo sanitario y social por diversas instituciones y servicios. Conviene tener una cartera común de servicios y una plataforma de compras centralizadas, que permitirá ahorros superiores e importantes de dinero.

1. Médico, Exprofesor Regular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Salta. Exdocente de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA, Rep. Argentina. Correspondencia: info@geriatriaclinica.com.ar

La historia clínica digital permite a los profesionales y a los efectores sociosanitarios disponer de todos los datos de un paciente, venga del servicio de salud que venga. Hay que conseguir grandes dosis de consenso para poner en marcha las reformas necesarias que el sistema merece que, en todo caso, está destinado a mejorar la calidad y la eficacia de los servicios que se prestan.

Desde el punto de vista político es recomendable establecer un pacto sociosanitario que garantice la sostenibilidad, la calidad y el acceso a los servicios asegurando su acceso en igualdad de condiciones a todas las personas, con independencia de su lugar de residencia. Hay que hacer el esfuerzo para alejar del debate político partidista las cuestiones que afectan a la sanidad y los servicios sociales, el objetivo es legar a las generaciones presentes y futuras un sistema de bienestar eficiente y sostenible y tender puentes y alcanzar acuerdos con los profesionales y técnicos de la salud.

VEJEZ, ENFERMEDAD Y MUERTE

"Lo trágico de la existencia es que la significación de lo que vivimos no se determina más que a último momento, en la muerte"
"Je marche à la mort, comme le moteur marche à l´essence"
("Yo ando con la muerte del mismo modo que un motor anda con combustible")
Jacques Derrida

(Este texto está inspirado y parafraseado en parte de ***"Memorias de Adriano",*** *de Marguerite Yourcenar, en traducción de Julio Cortázar.)*

Es triste y no lo bastante ir a ver a mi médico a esta edad tan avanzada. Habíamos convenido que nos íbamos a encontrar en su consultorio en horas de la tarde. Llegué mucho antes de la hora acordada dada mi antigua ansiedad y el carácter obsesivo de mi personalidad. Cuando me tocó mi turno de consulta me apresuré en la medida de mis posibilidades a despojarme de la ropa y tenderme a lo largo de la camilla de examen clínico.

Es difícil seguir siendo soberbio, petulante y engreído ante un médico a cualquier edad y más aún a la mía. El ojo de mi médico veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre en el cuerpo de un hombre que envejece cada día más y se prepara a morir. Mi médico quedó alarmado a pesar suyo por el rápido progreso de mis enfermedades y achaques y pronto se dispuso a descargar la culpa en todos aquellos médicos que me asistieron durante sus ausencias y a mis desobediencias y falta de compromiso y responsabilidad en el cumplimiento de sus indicaciones. Me di cuenta que ese compañero fiel que era mi cuerpo me estaba abandonando; ese amigo fiel y mejor conocido que mi alma no es más que un monstruo solapado que habrá de devorarme. Nunca pude convencer a mi médico que amo a mi cuerpo que siempre me ha servido bien y que nunca le escatimé los cuidados necesarios pero que ya no responde a las virtudes maravillosas de los medicamentos y remedios y sin embargo mi médico insiste y abunda en vagas fórmulas de aliento y optimismo demasiado banales para engañarme; sabe muy bien cuánto detesto esta clase de impostura pero comprendo que hace mucho que ejerce la medicina, ha sido siempre un buen servidor y hace esfuerzos por disimularme la muerte; todo enfermo es un prisionero.

No hay que vivir sin procurarse momentos en paz para pensar en la propia muerte. Pensar en la muerte mejora la vida porque te hace más consciente del tiempo transcurrido y del tiempo que no hay que perder. Pensar en la muerte significa pensar más allá de lo tolerable. La reflexión sobre la propia finitud es una condición que podríamos pedirle a todo nuestro prójimo y tal vez así seríamos mejores personas.

Sabemos que en el fondo nadie quiere morir, pero necesitamos también la imagen de alguien dispuesto a sacrificarse y entregar su propia vida por altruismo, profundas convicciones, desesperación y desgana. Ninguna muerte tiene mensaje porque nadie quiere morir. Tengo que apurarme, no sé para qué, porque soy irreversiblemente viejo y puedo olvidar casi todo sin haber transmitido lo que se antes de morir. La muerte es sólo una palabra para la gente joven.

La comunicación y el intercambio con las demás personas se produce durante cierto tiempo y luego se desvanece; cuando llegamos a viejos lo que hubiéramos podido aprender ya está aprendido aunque se puede seguir aprendiendo; lo que éramos capaces de decir ya está dicho. Nuestras fantasías de interpretación nos acompañan desde siempre y justifican nuestros comentarios; las restauraciones de lo pensado son irreparables; la belleza se aleja, la autenticidad también.

La vida humana es un diagrama de líneas sinuosas que se fugan hacia el infinito, constantemente próximas y divergentes; un hombre es la suma de lo que ha creído ser, de lo que ha querido ser y de lo que realmente fue. Hasta el hombre más apasionado por la verdad o la exactitud y menos convencional tiene dudas, repliegues, rodeos.

Los seres humanos no somos los únicos que miramos cara a cara un inexorable porvenir ante nosotros; sólo es por orgullo, por grosera ignorancia, por negligencia o necedad que nos negamos a ver el presente como realmente es y vislumbrar razonablemente el futuro.

La sustancia, la estructura humana apenas cambian; el tiempo a cierta altura de la vida no cuenta, la distancia entre los tiempos puede reducirse a nuestro antojo.

Desconocer la existencia de grandes fronteras que separan, de persona a persona, de siglo a siglo, la infinita variedad de los seres, o por el contrario dar demasiada importancia a las simples, caóticas y rutinarias oficinas administrativas de los servicios sanitarios y sociales que atienden a los viejos y protestar hasta el final

por las magras asignaciones que el estado nos ofrece para mal subsistir es fatigoso e inconducente.
Me felicito de que mis enfermedades y achaques me hayan dejado mi lucidez hasta el fin pero acaso deberé pasar la prueba de la extrema vejez, de conocer su endurecimiento, esa rigidez, esa sequedad, esa atroz ausencia de deseos.
Soy viejo y mi paciencia ha aumentado y da sus frutos, sufro menos y la vida por momentos se vuelve casi dulce. No me enojo con los vecinos y con los médicos, me faltan fuerzas para los accesos de cólera de otros tiempos; mucha gente que todavía quiero ha abusado de mi confianza pero no los culpo ni castigo; el porvenir del mundo no me inquieta y no es que confíe más en la justicia o en la cordura del hombre. La vida es atroz, y lo sabemos. Espero poco de la condición humana dados los antecedentes de la inmensa acumulación de males, fracasos, incuria y error, catástrofes y ruinas, desorden, guerras. Sin embargo hubo y habrá períodos de felicidad, de progresos parciales, de paz, de orden; las palabras libertad, humanidad y justicia recobrarán siempre el sentido primitivo que hemos tratado de darles.
Si algunos años vinieran a agregarse a los pocos días que me quedan, volvería a hacer las mismas cosas y hasta incurriría en los mismos errores, frecuentaría los mismos caminos aunque sean los mismos infiernos; estos son buenos argumentos en favor de la utilidad de la muerte, pero al mismo tiempo me hace dudar de su total eficacia.
Me ha vuelto la facultad de soñar que estaba amortiguada desde hacía años; los incidentes de la vigilia parecen ser menos reales y menos inoportunos que mis sueños. Estoy encerrado como viajero en el enfermo que soy y me intereso por la muerte que representa una partida. Imagino que la muerte está hecha de la misma manera confusa y fugitiva que la vida; desconfío absolutamente de todas las teorías de la inmortalidad; el sistema de retribuciones, penas y culpas me dejan frío e indiferente.
La meditación de la muerte no enseña a morir y no facilita la partida; pero ya no es facilidad ni nada lo que busco. Si poseo un alma no estoy seguro; sólo se que soy una triste masa disuelta a medias, un saco de males, deseos y ensueños, no soy más sólido ni más consistente que una sombra; sólo me diferencio de los muertos en que me está dado respirar todavía un momento más.
La vejez y la muerte tan cercanas agregan majestad y prestigio a mi persona aunque los hombres se apartan calladamente a mi paso; las alegrías de la amistad casi no existen para mí; me respetan demasiado para amarme.
La existencia me ha dado mucho y he sabido extraer mucho de ella pero a estas andaduras me parece que no tiene ya nada que ofrecerme pero no estoy seguro de que nada me queda por aprender de ella; escucharé sus instrucciones hasta el fin. Toda mi vida he tenido confianza en el buen sentido de mi cuerpo y he tratado de saborear con mesura las sensaciones que ese amigo me procuraba. No rehúso la agonía que me corresponde, ese final lentamente elaborado con la coloratura de mi temperamento, preparado poco a poco por todos y cada uno de mis actos en el curso de mi vida. La hora de la impaciencia ha pasado; en el punto en que me encuentro, la desesperación es de tan mal gusto como la esperanza; he renunciado a apresurar mi muerte.
Estoy de acuerdo y acepto morir pero sin tantos sufrimientos; la enfermedad nos hace sentir repugnancia por la muerte y queremos sanar, lo que es una manera de querer vivir. Pero la debilidad, el sufrimiento, las mil miserias corporales, no tardan en privar al enfermo del ánimo para remontar la pendiente, las fuerzas flaquean y entramos en la perpetua espera de la próxima crisis y del final anunciado.
Un hombre tiene el derecho de decidir en qué momento su vida cesa de ser útil, es entonces en que la muerte puede convertirse en el objeto de un ciego ardor, de una avidez semejante al amor por esto es tan frecuente el suicidio de los viejos. Se puede vivir mal y entrar en un combate sin gloria encontrándose con el vacío, la aridez, la fatiga, la repugnancia de existir que culmina con el deseo de la muerte.
Toda la verdad no figurará en las biografías oficiales y será mentira lo que se inscriba en las tumbas. La aventura de mi existencia como la de todos tiene que tener un sentido, un proyecto, un propósito sino el transcurso del tiempo no hace sino agregar un vértigo más a la desdicha si bien el dolor se decanta, la desesperación se purifica, el remordimiento de los errores se acrecienta, el cuerpo envejece y se sufre.
Nada es más lento que el verdadero nacimiento de un hombre y nada más rápido que su final. La vejez tiene una de esas raras ventajas que es la posibilidad de quitarse la máscara en todas las ocasiones.
Tengo hijos y nietos y esto me hace feliz pero otros viejos como yo no tienen hijos y no lo lamentan y no se entregan a esa nostalgia que llamamos melancolía del deseo; esa vana nostalgia descansa en hipótesis dudosas tales como que un hijo nos sucede necesariamente o que realmente merecemos tener sucesión. Uno puede emplear lo mejor posible sus virtudes y habilidades, sacar buen partido de los vicios, pero no tener interés en legarlo a alguien; no es la sangre lo que establece la verdadera continuidad humana; la mayoría de los hombres notables de la historia tuvieron descendientes mediocres.
La enfermedad tiene una extraña semejanza con la guerra y el amor, sus compromisos, sus vericuetos, sus exigencias, esa amalgama tan extraña como única producida por la mezcla de un temperamento y un mal. Cada vez que me sentía enfermo pero algo mejor le quería ganar en astucia a mi cuerpo para imponerle mi voluntad aunque siempre debía ceder prudentemente a la suya, ponía en esa tarea tanto arte y esfuerzo como el que aplicara mucho tiempo atrás a ampliar y ordenar mi universo, construir mi propia persona y embellecer mi vida.
La agonía, mi propia agonía, así sea breve no puede explicarse como todas las experiencias del cuerpo, es indecible y mal que nos pese sigue siendo el secreto del hombre que la ha vivido.
Me repito con frecuencia que es vano esperar la eternidad que no ha sido acordada a los hombres ni a las cosas y que

más sabios que yo la niegan. Las formas complicadas que tiene la vida, los refinamientos del arte y la felicidad, la libertad espiritual que se desea, dependen de probabilidades tan innumerables como raras, de condiciones casi imposible de reunir y cuya duración no cabe esperar.

Como dije, durante toda mi vida me había entendido bastante bien con mi cuerpo contando con su docilidad y su fuerza pero aquella alianza está al borde de disolverse, mi cuerpo ya no forma una sola cosa con mi voluntad, con mi espíritu; mi inteligente camarada de hace años ya no es más mi esclavo y pone mala cara ante cualquier esfuerzo o trabajo que haga. Siento ahora en el pecho la sensación de miedo, una opresión sin pausa, el insomnio me

atormenta y me despierto muchas veces en la noche horriblemente angustiado; cuando me siento es como si me desplomara y levantarme me demanda un esfuerzo para el cual tengo que prepararme por adelantado; el menor gesto se convierte en fatiga; los brazos y las piernas me pesan como si estuviera exhausto. Es cierto, la naturaleza nos traiciona, la fortuna cambia y Dios mira las cosas desde lo alto sin verme.

Hace tiempo había perdido mi gusto por las ideas y las relaciones nuevas, ya no tengo la flexibilidad intelectual que me permitía asociarme al pensamiento ajeno y aprovecharme de él a la vez que lo juzgaba; mi antigua curiosidad ha desaparecido y sólo la ejerzo actualmente para cosas fútiles y para resolver algunos problemas menores de la vida diaria.

Esta instancia me tiene sumido en profunda tristeza por haber comprobado que en el seno de nuestro mundo, pese a todos los esfuerzos, sigue mostrándose duro e indiferente a las penas y a las esperanzas de los hombres; a los desventurados les cuesta mucho conseguir un punto de apoyo y una confortación. Los ejercicios intelectuales propios y ajenos no pasan de bordados en el vacío, veo una creciente vacuidad que no se si atribuir a una disminución de la inteligencia, a una decadencia del carácter, a la mediocridad espiritual y a la falta de valores; veo en muchas partes asombrosa violencia y bajeza del alma.

Siempre traté de poner energía y buena voluntad para hacer cada cosa pero me he visto forzado a tropezar demasiadas veces con el acaecer fortuito y fatal, con un torrente de sucesos confusos que no admitían previsión, una dirección o un juicio.

Los hombres alzamos débiles defensas contra la muerte y la consideramos un mal inevitable recordando que ni la belleza, ni la juventud, ni el amor, escapan a la podredumbre y por fin la vida es un cortejo de males más horribles que la muerte, por lo cual parece preferible perecer que llegar a viejo. Estas afirmaciones nos mueven a la resignación con tonalidad de desesperación. Otra postura es negar la muerte; sólo el alma cuenta dando por sentada su inmortalidad; el alma vaga entidad que jamás hemos visto funcionar en ausencia del cuerpo y que nadie, hasta ahora, ha probado su existencia. La inmortalidad de la especie humana se considera un paliativo de la muerte de cada hombre, pero poco me importa que las generaciones se sucedan hasta el final de los tiempos sin mi presencia aunque quedara alguna huella de mi persona en esa larga historia. El hombre se apasiona en desdeñar los hechos en beneficio de las hipótesis y no reconoce sus sueños como sueños. La muerte es olvido, la memoria de la mayoría de los hombres es un cementerio abandonado donde yacen los muertos que aquéllos han dejado de honrar y de querer.

Cuando somos jóvenes, la vida y la muerte son igualmente embriagadoras y fáciles; se muere a cualquier edad y tantas veces irresponsablemente hice abuso de las palabras hablando de morirme de sueño, de morirme de hastío sin entender la palabra agonía, duelo, pérdida, muerte.

Cada hombre está obligado, en el curso de su breve vida, a elegir entre la esperanza infatigable y la prudente falta de esperanza, entre las delicias del caos y las de la estabilidad, entre el Titán y el Olimpo, a elegir entre ellas o acordarlas alguna vez entre sí.

Parte de nuestros males no provienen de nuestra finitud inexorable sino que, entre otras cosas, hay demasiados hombres vergonzosamente ricos o desesperadamente pobres; un inteligente reajuste económico del mundo está todavía por hacerse. Los cambios reales o supuestos de nuestras sociedades han modificado muy poco la licencia de nuestras costumbres, nuestra eterna mojigatería, la debilidad de nuestra pretendida fuerza, las formas de servidumbre tan malas como las antiguas pero más solapadas, la impronta inconfesable que logre transformar a los hombres en máquinas estúpidas y escasamente satisfechas, creídas en su libertad en pleno sometimiento o el horrible estado que pone a un hombre a merced de otro a veces reglado por la ley; un día Atlas dejará de sostener el peso del cielo y su rebelión conmoverá la tierra.

Los hombres tenemos servidumbres inútiles, desgracias evitables e innecesarias y siempre tendremos males verdaderos como la muerte, la vejez, las enfermedades incurables, el amor no correspondido, la amistad rechazada o vendida o traidora, la mediocridad de nuestra propia vida por falta de proyectos, sueños y utopías.

Hay un momento en la vida en que el ser humano se abandona a su demonio o a su genio, siguiendo una ley misteriosa que le ordena destruirse o trascenderse.

Cuando estamos embriagados de vida no prevemos la muerte; ésta no existe y la negamos con cada gesto. Hoy ya viejo consagro un pensamiento de cada dos a mi propio fin viendo mi cuerpo gastado y entregado a lo inevitable y además con una mezcla de reserva y audacia, de sometimiento y rebelión cuidadosamente concertados, de exigencia extrema y prudentes concesiones, he llegado finalmente a aceptarme a mí mismo. Cuando rememoro mi juventud tan alabada y añorada se me presenta como una época mal desbastada de mi existencia, un período opaco e informe, huyente y frágil. Cada uno decide, vive y muere conforme a sus propias leyes y si se es viejo uno está sumergido en la indiferencia ante los

sucesos presentes y futuros pero una parte de mi vida o de cada vida así haya sido insignificante trata de buscar las razones de ser o haber sido, los puntos de partida, las fuentes.
Hice grandes esfuerzos y me obligué a llegar a un acuerdo con ese individuo con quien me veré forzado a vivir hasta el fin, pero pese al conocimiento y la familiaridad que tengo conmigo mismo mi autoconocimiento es oscuro, interior, débilmente formulado, secreto.
Siempre es enojoso oír hablar o leer cosas tristes como las presentes; nuestra inteligencia sólo deja filtrar hasta nosotros un magro residuo de los hechos; ya desempeñé mi papel en los negocios humanos, no me niego a admitir mi propio fin y como considero que soy un hombre sensato debo ser dichoso hasta mi muerte.

ADULTOS MAYORES: POLÍTICAS Y CUESTIONES SOCIALES

Los adultos mayores y la sociedad en general necesitan instituciones sólidas y bien administradas.
Poco a poco nuestros adultos mayores, jubilados o no, deben dejar de vivir con tantas restricciones y haberes previsionales que son verdaderos mendrugos en la inmensa mayoría de los casos.
El Estado tiene que recaudar, cuidar y asignar bien los aportes y contribuciones al sistema previsional. La pobreza en la que viven la mayoría de los adultos mayores y jubilados es consecuencia directa de la ausencia de instituciones fuertes, sólidas y previsibles.
Sin instituciones, la gente no tiene defensa frente a los vaivenes del Estado y sus políticas.
Las cuestiones a atender y resolver son:

l. Articulación entre políticas, instituciones y organizaciones, 87
2. Debate permanente de la problemática de la vejez y el diseño de lineamientos y modelos superadores de alto impacto y de costo racional,
3. Inclusión en la agenda pública y privada de la situación sociosanitaria de los mayores y la necesidad de brindar respuestas institucionales y no institucionales,
4. Acuerdos con diversos "socios" y diversas fuentes de financiamiento para un accionar programático de buena calidad,
5. Reingeniería articulatoria prestacional integral con coordinación rápida, efectiva y eficiente de la oferta de servicios sociales y sanitarios,
6. Superación y abolición del cortoplacismo y la supresión de intereses ajenos a la tercera y cuarta edad ya que, cuando se trabaja con y para los mayores, se lo hace siempre para varias generaciones.
7. Integración de todos los actores sociales de la comunidad, 8. Construcción de redes que operen sin liderazgos ilegítimos o impuestos por individuos, grupos u organizaciones,
9. Introducción de actores privados en un mix con el Estado en la atención integral del proceso de envejecimiento de la población,
10. Sustitución de servicios costosos por servicios menos costosos e igualmente o más beneficiosos para los mayores,
11. Estimulación autoorganizativa de los mayores en núcleos autogestionarios,
12. Transformación de la "dependencia" de los mayores con respecto a las organizaciones que los atienden y protegen en una actitud protagónica, participativa y corresponsable del beneficiario o cliente.
13. Capacitación permanente de una masa crítica de expertos en gerontología social y su participación inexcusable en el nivel de las decisiones tecnopolíticas que se tomen para con los mayores, en todo el país y con enfoque local y regional,
14. Capacitación y acreditación de una gran masa de recursos humanos (auxiliares gerontológicos formales o profesionales, agentes sanitarios gerontológicos urbanos y rurales, promotores de salud, dinamizadores sociales, cuidadores domiciliarios e institucionales, profesores de educación física para mayores, gestores administrativos, voluntarios sociales, terapistas ocupacionales, psicólogos intervencionistas, etc.) que formen equipos pluridisciplinares en oferta permanente. Esto supone, un concepto de verdadera contención y tratamiento integral de los problemas y la creación de un inmenso mercado laboral para los prestadores hasta ahora desatendido.

SINDICATOS DE PERSONAS MAYORES

Sindicato es una asociación de trabajadores, en nuestro caso de personas o adultos mayores extrabajadores, constituida para la defensa y promoción de intereses profesionales, económicos o sociales de sus miembros. La organización sindical tiene como objetivo ejercer la acción reivindicativa de los derechos de sus miembros.
El envejecimiento de la población en los países centrales, se utiliza para avalar la idea de que los gobiernos no podrán mantener el gasto necesario para atender la creciente demanda de atención médica y pagar las jubilaciones y pensiones de la población envejecida. Los beneficiarios de este fondo son, mayoritariamente, las personas que cotizaron a lo largo de su vida laboral contribuyendo en su momento a financiar las prestaciones que la seguridad social va pagando. Estas cotizaciones son, precisamente, las que dan derecho a acceder a una jubilación o pensión, cuando a causa de la edad o por situación de invalidez, alguien queda fuera del mercado laboral.
Es evidente que atender a estas personas y garantizarles un salario previsional digno es una responsabilidad del Estado. Los ingresos de la Seguridad Social han sido suficientes para atender sus obligaciones con los jubilados y

pensionados e incluso se ha acumulado un excedente, que mayoritariamente ha sido invertido en deuda pública.
La Seguridad Social, por lo tanto, no solo no ha generado el déficit presupuestario sino que ha ayudado a financiarlo. Es cierto que, en determinadas situaciones, los ingresos recaudados con las cotizaciones pueden ser insuficientes. Pero llegado a este extremo, el gobierno siempre puede aprobar una transferencia de dinero hacia la caja única con lo que se recrean las condiciones necesarias para pagar todas las obligaciones.
De hecho, resulta difícil imaginar que esta transferencia superará, en ningún caso, a las astronómicas cantidades en concepto de intereses, que el Estado está pagando ahora por su deuda pública. La riqueza material de un país, depende, en último extremo, de la cantidad de bienes y servicios que es capaz de producir.
Con el tiempo, el crecimiento de la productividad proporciona los medios necesarios para mejorar el nivel de vida, ya que permite que la población pueda acceder a más recursos trabajando el mismo número de personas con el mismo número de horas o incluso menos.
Este proceso equipara cada vez más al país con los patrones demográficos de Europa, que ya enfrenta severos conflictos por el envejecimiento de sus poblaciones, que se suma a la debacle financiera y el riesgo de una recesión profunda.
Instituciones de Argentina prestadoras de servicios médicos como CEMIC, FLENI, OSDE, la fundación Favaloro y los hospitales Alemán, Británico e Italiano, entre otras instituciones, muestran estadísticas del sector privado, que indican que los afiliados de más de 60 años representan el 25,7% de su nómina, pero absorben el 63% de los medicamentos. Además, el envejecimiento influye en los costos de la salud, ya que con una población de más edad aumenta la incidencia de ciertas enfermedades relacionadas con la vejez (Parkinson, Alzheimer, afecciones cardiovasculares, cáncer), y el elevado costo que tratarlas significa. Gran parte del incremento del gasto sanitario es determinado por factores no demográficos, el envejecimiento es solo un factor más, como la intensidad y calidad de la atención, las nuevas tecnologías médicas y los aumentos registrados en medicamentos e insumos.
La gran población de adultos mayores tiene un grado de organización muy baja, que no llega al 1%. Muy pocos sindicatos o asociaciones de trabajadores permiten que los jubilados y pensionados sean miembros activos, otros están organizados en asociaciones de pensionados, jubilados, envejecientes, retirados, de tercera edad, adultos mayores, etc., pero en su mayoría son organizaciones débiles, para los grandes y graves problemas que tienen los adultos mayores, tanto hombres como mujeres.
Hay que tratar de organizar la mayor cantidad posible de personas adultas mayores que no tienen ningún tipo de organización y que estas tengan una presencia activa y militante en todos los países y territorios de América Latina y el Caribe y especialmente en todas y cada una de las regiones en las que hay que lograr representaciones. El Cono Sur de América tiene países donde existe la mayor tradición de estructuras sociales, como son los casos de Argentina, Chile, Brasil y Uruguay.
Las organizaciones de adultos mayores no son organizaciones sindicales tradicionales, sin embargo uno de los temas principales son las luchas por los salarios previsionales, los servicios de salud, alimentación y protección social.
Las organizaciones de mayores deben contar con orientaciones programáticas, ayudas técnicas y financieras, deben brindar servicios educativos, crear servicios sociosanitarios propios de atención integral, cercana y accesible y realizar acciones concretas personalizadas y comunitarias.
El cuerpo directivo de las organizaciones de mayores debe asumir las responsabilidades que aceptaron, dedicar tiempo para cumplir las tareas y responsabilidades que le corresponde a cada uno de los miembros.
Las asociaciones de adultos mayores deben preocuparse en la promoción humana integral, en pensar y hacer en forma organizada, partiendo de las necesidades fundamentales de los afiliados, con un análisis de su situación concreta, planteamiento del problema, posteriormente hacer una reflexión en función de la determinación de las necesidades, una visión humanista de esa realidad, con planteamiento de las alternativas de soluciones posibles, concluyendo con acciones al alcance de los adultos mayores y velar por las necesidades, problemas y aspiraciones, principalmente de los miembros más débiles, indefensos y oprimidos (CLaTJuPAM: Central Latinoamericana y del Caribe de Trabajadores Pensionados, Jubilados y adultos Mayores).
Considerando el número creciente de adultos mayores en condiciones físicas, psicológicas y sociales satisfactorias para el ejercicio de una actividad social, en beneficio de otros adultos mayores, debemos convencerlos de que tienen que asumir un papel activo en la vida y en la acción de la acción. Dado el universo de los problemas irresueltos que tiene la mayoría de los adultos mayores de nuestro país es hora de organizarse, formar verdaderos sindicatos de personas mayores que deberán incorporarse a las luchas y a la reivindicación de los derechos que poseen pujando para obtener una aceptable justicia distributiva en términos económicos, sanitarios y sociales como cualquier otro miembro o grupo social de cualquier edad.

RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

Cualquiera que entre, se desplace y transite por la mayoría de las residencias para adultos mayores, geriátricos u hogares para ancianos sentirá un profundo desasosiego, impotencia y tristeza porque no ofrecen bienestar y calidad de vida. Esta es la percepción más habitual que debe ser modificada y corregida con el trabajo institucional de cada día, cuidando cada detalle, para conseguir instalar ese estado ausente para las personas mayores individualizadas y

para su vida comunitaria que, por otra parte, es el deseo más solicitado y compartido por los adultos mayores.
El sector poblacional de las personas mayores es muy numeroso y necesita en forma creciente y progresiva atención sanitaria y social, aprendizajes y entrenamientos permanentes para mantener su autonomía, la autoestima, alejar la discapacidad y evitar la exclusión social.
Es hoy imposible volver a la atención y al cuidado tradicional de los adultos mayores por parte de sus familiares; actualmente los servicios sociales del estado y las instituciones vinculadas con los servicios destinados a los adultos mayores deben compensar este déficit.
El ideal sigue siendo que las personas mayores sigan permaneciendo en sus hogares el mayor tiempo posible con la ayuda de los servicios sanitarios y sociales contando con la contención afectiva del entorno y las condiciones básicas de derechos y seguridad ciudadana, con la presencia de un entorno adecuado, la familia que es insustituible y de ser necesario el apoyo del voluntariado social.
Lo peor que le puede suceder a un adulto mayor cuando no hay una expresa e inequívoca razón o varias razones de peso para su institucionalización es ponerlo, obligarlo sin su consentimiento, depositarlo en esas residencias donde abundan los viejos excluidos donde se vive en un verdadero gueto aunque sea bonito, costoso y protésico.
La fatal, irrenunciable e irreversible vejez debe ser cuidada hasta que los días tengan fin; con el paso del tiempo hay cada vez más personas de mayor edad y será necesario contar con más recursos y más gente capacitada para atenderlos. Es infructuoso tratar de combatir la vejez y la muerte aunque el hombre posea la ingenua ansia de la vida eterna. Cada ser humano tiene su propia muerte que es personal e intransferible y nadie hasta ahora ha adquirido el derecho a la eternidad. El envejecimiento de la población se acelera, la población activa disminuye, la combinación de una menor población activa y una mayor proporción de jubilados y pensionados está suscitando tensiones y desajustes en el sistema previsional y en el estado de bienestar.
Se debe promover un envejecimiento activo, preservar y sostener una vida digna pese a la edad avanzada y las discapacidades que puedan surgir, estimular la independencia y la participación en la vida social, económica y cívica, reformular y actualizar en forma permanente los sistemas de la seguridad social para poder ofrecer jubilaciones y pensiones dignas y sostenibles, recrear los pactos de solidaridad intergeneracional, estimular la organización de los mayores en la sociedad civil en movimientos, asociaciones o centros sociales.
Las residencias para mayores tienen que ser lo más parecido a la propia casa; las habitaciones deberían poseer una parte al menos del mobiliario, los objetos, los adornos, los cuadros, los libros, las fotografías que han acompañado al adulto mayor a lo largo de su vida; estos son símbolos con contenido afectivo y sentimental a lo que siempre conviene sumar la participación en las actividades comunitarias de la residencia aunque muchas veces se generen desencuentros y malos entendidos que son frecuentes en la convivencia diaria en las residencias. Tener casi todo lo que uno desea y ser independiente da felicidad entendiendo, al mismo tiempo, que la autonomía y la individualidad no debe convertirse en aislamiento social; de todo esto depende el equilibrio vital que permita vivir en una residencia compartida que suele ser la última morada para la inmensa mayoría de los adultos mayores.

LAS CRISIS DE LA VEJEZ

Con el transcurso del tiempo y el envejecimiento se produce una modificación subjetiva del pasaje del tiempo. Expresiones tales como ¡que rápido que pasó el tiempo!, ¡va quedando cada vez menos!, ¡como creciste!, ¡soy el próximo en la fila!, son comunes en los adultos mayores. La perspectiva del tiempo comienza a ser tomada más en función de lo que falta por vivir, que por lo que ha transcurrido desde el nacimiento. Surge la conciencia de la finitud, marcada por el crecimiento de los hijos, la muerte de los padres y la muerte sucesiva de los parientes, amigos y conocidos de la misma generación. Hay una sensación subjetiva de que el tiempo de vida pasa más rápido y contrariamente el tiempo cotidiano parece lento con sentimientos de aceleración e impaciencia. Las crisis de la vejez transcurren por lo general en silencio.
Hay un retorno hacia lo intracorporal, una especie de ensimismamiento, que constituye una carga y un capital negativo en el envejecimiento. Pueden surgir diferentes caminos del enfermar, originados en la pulsión de muerte.
Estamos en la antesala del desencadenamiento psicosomático. Una depresión convencional preexistente puede adquirir un carácter orgánico, porque conduce a la ruptura de un equilibrio. La mayor o menor capacidad para el procesamiento de las crisis se vincula con los distintos elementos que participan en el envejecer personal (filogenia, familia, herencia y factores individuales). Dentro de los factores individuales interesa la forma de tramitar los traumas.
En todo caso, hay que intentar la posibilidad de apertura para seguir teniendo proyectos; para insertarse en ellos en un ámbito convencional cuando los espacios habituales claudican.
La fisiología, la clínica y la gerontología más las descripciones subjetivas de pacientes, señalan una lenta disminución de la cantidad de horas de dormir a medida que avanza la edad. Puede mantenerse la duración a expensas de la profundidad. Con el insomnio, muy frecuente en las personas mayores, queda interferido el proceso normal del ciclo sueño-vigilia que produce el dormir. El insomnio crea tensión vital a través de diversos síntomas y degrada la vitalidad. Se puede tener sensación de peligro, el que es experimentado como anticipación de la muerte.

ALGUNAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL AUTOR

LIBROS

1. "FUNDAMENTOS DE NEUROLOGÍA. Morfología y Bioestructura Funcional. Propedéutica para una Neurología y Neurocirugía Integrada"; Editorial COBAS. Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños; Salta (Argentina); 1994.
2. "LA VEJEZ. ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES Y TECNICOPOLITICOS"; Prólogo del Prof. Dr. Roberto Kaplan; Editorial Víctor Manuel Hanne Editor; Salta (Argentina); 1998.
3. "GERONTOLOGÍA SOCIAL"; Editorial Dunken; Buenos Aires; 2004.
4. "LA VEJEZ EN LA PATRIA MORENA"; Prólogo del Prof. Dr. Félix E. Nallim. www.gerontogeriatria.org.ar. Trabajos Publicados Año 2008; pág. 9; agosto; 2008.
5. "LOS VIEJOS DE SALTA"; Premio "Senador J. Armando Caro" 2010;http://www.lulu.com/content/e-book/los-viejos-de-salta/9982258
6. 100
7. "APUNTES DE GERONTOLOGÍA"; ISBN 978-1-257-10358-4; ebook; www.lulu.com/content/e-book/apuntes-degerontolog%c3%8dasegunda-edici%c3%b3n/10090973.
8. "GERONTOLOGÍA"; Editorial Académica Española; 2012. ISBN 978-3-8473-6586-0.
9. "LA VIOLENCIA"; Secretaría de Cultura; Salta; Argentina; 2012. Primer Premio Ensayo, en los Concursos Literarios Provinciales 2012, organizados por la Secretaría de Cultura de la Provincia de Salta.

ARTÍCULOS

10. - Elogio de la resistencia y el tesón. Rita Levi-Montalcini y Eugenia Sacerdote de Lustig; dos mujeres inefables de vidas paralelas; www.elintransigente.com; 1° de mayo; 2012.
11. -Solidaridad con los envejecientes; www.ideario7.com; 24 de mayo; www.elintransigente.com; 28 de mayo; 2012.
12. -Voluntad anticipada: decisiones al final de la vida; www.elintransigente.com; 11 de julio; 2012; www.ideario7.com; 13 de junio; 2012.
13. - Las no enfermedades; www.elintransigente.com; 31 de julio; 2012.
14. - Gerontología y sociedad; www.elintransigente.com; 12 de agosto; 2012. 101
15. - Violencia y maltrato en adultos mayores; gerontogeriatria.com; 25 de agosto; 2012.
16. -Carpe diem; www.elintransigente.com; 25 de agosto; 2012. Geriatría Clínica; Volumen 7, Número 02; 2013
17. -La violencia; www.elintransigente.com; www.ideario7.com; 10 de
18. septiembre; 2012.
19. - Las denuncias por maltrato a adultos mayores aumentaron cinco veces en la capital; www.tn.com.ar; 26 de Septiembre; 2012.
20. - Envejecimiento en el siglo XXI; www.elintransigente.com; 03 de mayo; 2013; www.gerontogeriatriaonline.com; 03 de mayo; 2013; www.ideario7.com; 05 de mayo; 2013.
21. - Acerca de la biomedicalización; Revista de Cultura Ñ 505; pág.5; 01 de
22. junio; 2013.
23. - Geriatría y gerontología: evitar duplicidades; www.ideario7.com; 18 de agosto; 2013. www.elintransigente.com; 20 de agosto; 2013.
24. - Gerontología en frases; www.ideario7.com; 12 de septiembre; 2013.
25. -Vejez, enfermedad y muerte; www.ideario7.com; 24 de septiembre; 2013. www.geronto-geriatria.com; 24 de septiembre; 2013. www.elintransigente. com; 02 de octubre; 2013. 102
26. -Salud mental; www.elintransigente.com; 09 de octubre; 2013. www.ideario7.com; 10 de octubre; 2013. www.gerontogeriatria.com; 10 octubre; 2013.
27. -Adultos mayores: políticas y cuestiones sociales; www.elintransigente.com; 29 de octubre; 2013.
28. - Desnutrición y adultos mayores; www.elintransigente.com; 23 de octubre; 2012.www.gerontogeriatría.com; 30 de octubre; 2013. www.ideario7.com; 03 de noviembre; 2013.
29. - Las manos, el trabajo y el cerebro; www.ideario7.com; 03 enero; 2014. www.elintransigente.com; 06 de enero; 2014.
30. - Sindicatos de personas mayores; www.gerontogeriatría; 30 de enero; 2014. www.elintransigente.com; 04 de febrero; 2014.
31. -Datos gerontológicos para un encuadre social; www.gerontogeriatría.com; 10 de febrero; 2014.
32. - Centro de salud argentino; www.elintransigente.com; 04 de marzo; 2014; www.ideario7.com; 05 de marzo; 2014; www.gerontogeriatria.com; 05 de marzo; 2014.
33. - Salud mental; www.ideario7.com; 17 de marzo, 2014. www.elintransigente. com; 18 de marzo, 2014. 103

Eventos

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201502

PRÓXIMOS ENCUENTROS

- XXIX Jornadas Científicas de la Sanidad Policial P.F.A.
- 15 al 23 de octubre de 2015, CABA Argentina info-jornadas2015@gmail.com
- 11th EUGMS Congress Oslo 16-18 sept 2015 sitio web: http:// www.eugms.org
- 10a Asia del IAGG / Oceanía regional de congresos, 19 a 22 octubre 2015 en Chiang Mai, Tailandia. Sitio Web: http://iaggchiangmai2015.com
- 60° Congresso Nazionale SIGG Nápoles 28-11-2015.Sitio web: http://www.sigg.it
- La segunda Conferencia Internacional sobre la Nursing Home Research, diciembre 02 al 03 de 2015. Sitio web: http: // www .nursing-home-research.com
- 21º Congreso de IAGG Mundial sobre 23 hasta 27 julio, 2017, en San Francisco, EE.UU. Sitio
- Web: http://www.iagg2017.org

CURSOS 2015

- CURSO SUPERIOR BIENAL DE ESPECIALISTA EN GERIATRÍA
  Comienza el 27 de marzo de 2015 – Todos los viernes 18:00 a 21:00 hs
  Lugar: Asociación Médica Argentina
- DIPLOMATURA BIENAL EN GERONTOLOGÍA
  Comienza el 28 de marzo de 2015 – 3º Sábado de cada mes 09:00 a 18:00 hs. Lugar: Asociación Médica Argentina
- CURSO DE PSICOGERIATRÍA CLÍNICA
  Comienza el 18 de abril de 2015 – 2º Sábado de cada mes 10:00 a 17:00 hs. Lugar: Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

LINKS DE INTERÉS

- **Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría**
  http://www.iagg.info
- **Unión Europea de Medicina Geriátrica**
  http://www.eugms.org
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
  http://www.segg.es
- Sociedad Americana de Geriatría
  http:// www.americangeriatrics.org
- **Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría**
  http://www.sagg.org
- **Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría**
  http://www.sugg.org.uy
- **Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile**
  http://www.socgeriatria.cl
- **Sociedad Brasilera de Geriatría y Gerontología**
  http://www.sbgg.org.br
- **Sociedad de Geriatría y Gerontología del Perú**
  http://www.sggperu.org

- **Sociedad Colombiana de Geriatría y Gerontología**
  http://www.acgg.org.co
- **Sociedad Cubana de Gerontología y Geriatría**
  http://www.sld.cu
- **Sociedad italiana de Geriatría y Gerontología**
  http://www.sigg.it
- **Pubmed**
  http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- **OMS Organización Mundial de la Salud**
  http:// www.who.int/es/
- **Help Age International**
  http:// www.helpage.org
- **Sociedad Británica de Geriatría**
  http://www.britishgerontology.org
- **Sociedad de Gerontología y Geriatría de México**
  http://www.sociedadgeria.org.mex
- **Asociación Mexicana de Geriatría y Gerontología**
  http://www.amgg.com.mex
- **OPS Organización Panamericana de la Salud**
  http://www.paho.org/arg/

Reglamento para la publicación de artículos

La revista Geriatría Clínica publica artículos sobre temas relacionados con la especialidad en su más amplio sentido.

El pedido de publicación debe dirigirse a:

Revista Geriatría Clínica
Piedras 1333 2do C
(C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a la revista Geriatría Clínica para su publicación será sometido a la evaluación del Consejo Editorial. Los integrantes de dicho Consejo deberán ser idóneos en el tema del artículo. Estos se expedirán en un plazo menor de 30 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él. La revista Geriatría Clínica considerará para su publicación los siguientes artículos:

• Editorial
El Editorial será solicitado por el Comité a un experto acerca de temas de interés actual.

• Artículos Originales
Deben describir totalmente, pero lo más concisamente posible, los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que sea original. Todos los autores deben haber contribuido en grado suficiente como para responsabilizarse públicamente del artículo.
El texto incluirá Resumen, Abstract, Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Conclusión y Referencias; pueden agregarse Tablas/Gráficos/Fotos.
Se considera aceptable una longitud inferior a 10 páginas. En los artículos largos se pueden agregar subtítulos para hacer más clara su lectura.

Referencias. Las referencias deberán numerarse consecutivamente según el orden de aparición en el texto. En el texto deben figurar como números arábigos entre paréntesis. El formato debe respetarse según la National Library of Medicine de Washington. Las abreviaturas de las publicaciones deberán realizarse según las utilizadas por el Index Medicus. La lista puede hallarse en http://www.nlm.nih.gov/. No se aceptarán como referencias las comunicaciones personales (pueden aclararse en el texto), ni citas a resúmenes que no figuren en actas de la respectiva actividad científica.

Ejemplos: (para la lista de autores que superen el número de seis, se deben listar los primeros seis y agregar "et al.").
Formato para artículos:
Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl IP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.
Formato para libros:
Ringsven MD, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed, Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
Formato para capítulos:
Philhps SJ, Wishnant JP. Hypertension and stroke. En: Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management, Laragh JH, Brenner BM, editores. 2nd ed, New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

• Comunicaciones breves e Informes de casos
Casos interesantes por su rareza o comunicaciones científicas breves se considerarán para esta sección. Estos artículos deben contar con un título corto, no exceder las tres páginas y una tabla o figura. No deberán contar con más de 10 referencias que sean relevantes. No re-

quiere resumen. Se deben enviar tres copias y la carta de cesión de los derechos de propiedad intelectual.

• Cartas al Editor

Cartas cortas referidas a artículos publicados recientemente en la revista *Geriatría Clínica* y otros aspectos de particular interés para la especialidad serán evaluados por el Consejo Editorial. Tendrán un pequeño título, serán precedidas por el encabezado "Sr. Editor:" y deben contar con menos de 500 palabras, incluidos datos breves en formato de tabla. Contarán con un máximo de 5 referencias bibliográficas. Se deben enviar tres copias y la carta de cesión de los derechos de propiedad intelectual. Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/u opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

• Artículos de Revisión

Se aceptarán los artículos de Revisión de temas concernientes a Geriatría o a cualquier tema relacionado con la especialidad. Éstos serán solicitados por el Consejo Editorial a autores específicos. Se otorgará prioridad a las revisiones relacionadas con aspectos controvertidos. Deben contar con menos de 20 carillas y con el número de referencias adecuadas para la importancia del tema. El formato similar a la de los artículos originales, excepto que no contará con Material y métodos y Resultados. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica.

• Artículos de Opinión

Los artículos de Opinión serán solicitados exclusivamente por el Consejo Editorial a autores específicos sobre temas de particular interés y/o debate.