

Geriatría clínica

Volumen 9 Número 3 | 2015

Editorial

N. Soengas

Dolor en enfermedad de Parkinson

D. E. Glustein

Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento

S. Huenchuan

Un caso clínico. Varias paradojas

A. Carril

La vejez de los conocimientos en medicina

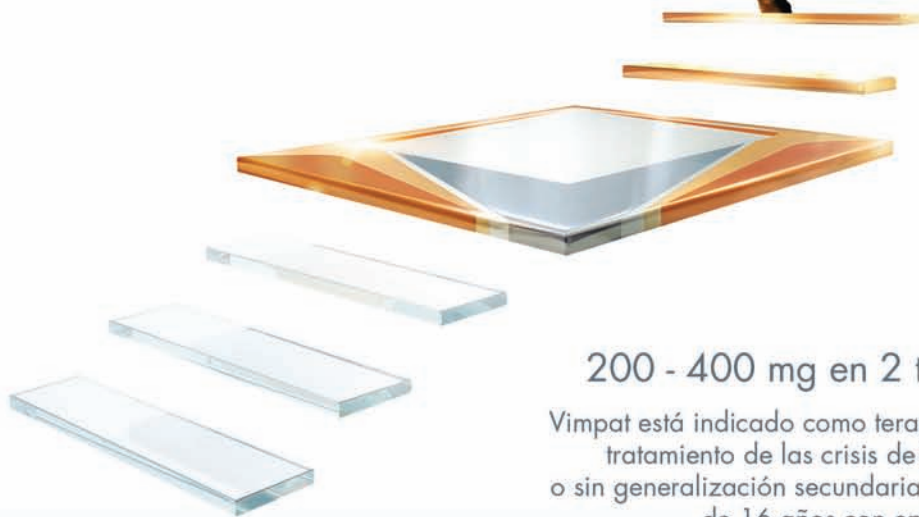
L. Strejilevich

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:Baydoun 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



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

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 Pégola
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. Nélica Bela
Dr. Fernando Soriano.
Dr. Luciano Juri
Dra. María Jimena Soutelo

Sumario

Editorial

65

N. Soengas

Dolor en enfermedad de Parkinson

66

D. E. Glustein

Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento

71

S. Huenchuan

Un caso clínico. Varias paradojas

87

A. Carril

La vejez de los conocimientos en medicina

90

L. Strejilevich

Reglamento para la publicación de artículos

92

Producción editorial, comercial y gráfica
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



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).



Información completa
para prescribir

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar

Editorial

Version web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201503

En este número continuamos con el tema sobre maltrato en el anciano.

La negligencia en el cumplimiento de los derechos humanos de los ancianos, la discriminación que sufren cuando se los trata en reductos junto a personas con enfermedades terminales o como uno de los últimos grupos a la hora de la distribución de recursos repitiendo argumentos (nunca probados) de utilidad, costos elevados, etc., que se utilizan caprichosamente según la conveniencia política del momento o cuando estas políticas son apoyadas por colegas del área de salud formados en Gerontología, producen preocupación y tristeza por un lado y estimulan, por otro, el deber de difundir con mayor énfasis estos temas en defensa de la posición del adulto mayor. El trabajo de Sandra Huenchuan *Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento* trata este problema

El tema es doloroso y no menor es el dolor que sufren nuestros pacientes con enfermedades. Este es el caso de la enfermedad de Parkinson, que es abordado en el artículo *Dolor en enfermedad de Parkinson* de Daniel E. Glustein.

Un ejemplo de las múltiples intervenciones y la multidisciplinariedad que nuestros pacientes ancianos requieren se expone en el caso clínico presentado por Analía Carril, en el artículo *Un caso clínico. Varias paradojas*.

Espero que empecemos con el intercambio de opiniones sobre los temas que se presentaron y de otros que les interesen que se desarrollen en próximos números.

Natalia Soengas

Dolor en enfermedad de Parkinson

Daniel E. Glustein¹

RESUMEN

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurológica degenerativa que presenta signos y síntomas motores y no motores. Entre 30 y 50% de los pacientes experimentan dolor. No existe consenso con relación a mecanismos y clasificaciones del dolor en EP.

Este trabajo revisa datos actuales sobre posibles mecanismos, clasificaciones, evolución y factores de riesgo potenciales para el dolor en EP. Revisiones literarias fueron hechas para identificar ensayos clínicos y revisiones cubriendo fisiopatología, clasificación, tipo de dolor, evaluación y factores de riesgo asociados a dolor en EP. El dolor en EP puede ser vinculado a cambios patológicos en las estructuras anatómicas involucradas en mecanismos nociceptivos. Los estudios de mecanismos de dolor fueron hechos, en su mayoría, en animales.

El mecanismo del dolor es complejo y está influenciado por distintos factores. Hay varias diferencias metodológicas entre los estudios que tratan de clasificar el dolor y caracterizar sus subtipos. Los factores de riesgo potenciales para dolor en EP incluyen edad, sexo o género y duración de la enfermedad. Si bien el dolor es uno de los síntomas no motores experimentados más a menudo por los pacientes, este es con frecuencia sobre conocido y, en consecuencia, subtratado o inadecuadamente tratado, en contraposición a los síntomas motores.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is a degenerative neurological disease presenting with motor and non-motor signs and symptoms. Approximately 30 – 50 % of the patients experience pain. There is no consensus regarding the mechanisms and classification of pain in PD. This paper reviews current data on the possible mechanisms, classifications, evaluation and potential risk factors for pain in PD. Literature searches were performed to identify clinical trials and reviews covering patho – physiology, classification, type, evaluation and risk factors associated with pain in PD. Pain in PD. Could be related to pathological changes in the anatomic structures involved in nociceptive mechanisms. Studies on pain mechanisms have been mostly conducted in animals. The mechanism of pain is complicated and influenced by different factors. There are several methodological differences between the studies trying to classify pain and to characterize its subtypes. Potential risk factors for pain in PD include = age, gender, and duration of the disease. Although pain is one of the non-motor symptoms most frequently experienced by patients, it is often under recognized and inadequately treated in contrast to motor symptoms.

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201503

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

A la sabida limitación y/o dificultad que los síntomas motores (temblores de reposo, marcha imantada, bradicinesia) generan en la vida de nuestro adulto mayor en la esfera afectiva, laboral, limitando su autonomía, etc., el dolor afecta la calidad de vida de manera más prominente que los síntomas motores¹. Es más, se ha reportado que, en ge-

neral, los síntomas no motores (SNM) no se identifican en más del 50% de las consultas, aun con especialistas entrenados^{2,3}. Como es sabido, la enfermedad de Parkinson (EP) es la alteración neurodegenerativa del movimiento más común y afecta a alrededor del 1% de la población mayor de 65 años⁴; esa incidencia aumenta en mayores de 85 años a 4-5%⁵, con un leve predominio en hombres sobre mujeres 1,5:1⁶ y la padecen alrededor de 4 millones de personas en el mundo⁷.

La frecuencia de dolor en el grupo poblacional que hoy nos ocupa llega de 27% a 75-83% según los distintos estudios, sesgados por diferencias poblacionales, definición de dolor, métodos, etc.⁷⁻⁹.

1. Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Humberto Primo 2239 PB D, CABA, Rep. Argentina.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DEL DOLOR EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP).

<p>1. Detectar si existe dolor en el paciente con EP</p> <p>a. Preguntar directamente al paciente si presenta dolor.</p> <p>b. Preguntar directamente al paciente si refiere síntomas sensitivos (entumecimiento, color, frialdad, acorchamiento, etc.).</p> <p>c. Pasar el <i>Brief Pain inventory</i> (BPI).</p> <p>d. Pasar el cuestionario <i>Medical Outcomes Study 36-item form</i> (SF-36).</p>
<p>2. Establecer las características del dolor en el caso de que esté presente (ayudará pasar el BPI y el SF-36).</p>
<p>3. Clasificar el dolor (hacer diario on-off y de síntomas no motores).</p> <p>a. Dolor asociado a la EP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más intenso en el lado más sintomático de la EP. • Mejoría con el tratamiento dopaminérgico. <p>a1. Dolor del período <i>off</i>.</p> <p>a2. Dolor distónico (espasmos distónicos dolorosos).</p> <p>a3. Dolor de pico de dosis (asociado a discinesias).</p> <p>b. Dolor no claramente asociado de forma directa a la EP (esperable una mejoría más leve con el tratamiento dopaminérgico).</p> <p>b1. Dolor radicular neuropático.</p> <p>b2. Dolor musculoesquelético.</p>
<p>4. Exploración general y neurológica siempre que el paciente refiera dolor, para descartar cualquier otra posible causa de este, además de su EP.</p>
<p>5. Exploraciones complementarias en casos seleccionados.</p> <p>a. Resonancia magnética lumbosacra, si se sospecha radiculopatía.</p> <p>b. Resonancia magnética cerebral, si se sospecha síndrome talámico (p. ej.: origen brusco, descartar causa vascular).</p> <p>c. Electromiografía, si se sospecha polineuropatía, radiculopatía, etc.</p> <p>d. Radiografía (dolor articular), etc.</p>
<p><i>Tomado de Santos García D et al. (# 11).</i></p>

Por otro lado, es dable destacar que un mínimo porcentaje de pacientes no presenta signos no motores (1,6%) o no son referidos¹⁰. A modo recordatorio, dentro de los SNM de la enfermedad de Parkinson consideraremos: alteraciones de conducta y/o neuropsiquiátricas (depresión, ansiedad, demencia), antinómicos (hipotensión postural, diaforesis, incontinencia esfinteriana, etc.), trastornos del sueño (insomnio, apneas, somnolencia, tratamiento de conducta en fase REM), sensoriales (alteraciones visuales, olfatorias, dolor) y sensitivomotores (fatiga, diplopía, síndrome de piernas inquietas)¹¹.

DIAGNÓSTICO DE DOLOR EN EL PACIENTE CON EP

Debe reconocerse primero si nuestro pacientes tiene dolor preguntándose o cualquier otro síntoma sensitivo asociado, ya que con frecuencia no es contado, y evaluar si ese dolor está asociado a la EP. El reconocimiento del dolor como síntoma de la enfermedad será importante para mejorar el control clínico del paciente, evitar pruebas complementarias innecesarias y tratamientos mal indicados y, en consecuencia, ineficaces¹¹.

Un dato elocuente sobre el dolor en nuestro grupo como síntoma infradiagnosticado e infravalorado es el siempre bajo porcentaje de enfermos que presentan dolor y reciben tratamiento analgésico. En el estudio de Lee et al. se evidenció que el 41,5% de los pacientes de su serie con dolor no recibían tratamiento analgésico^{12,13}.

TABLA 2. DIFERENCIAS ENTRE DOLOR NEUROPÁTICO Y DOLOR NOCICEPTIVO.

<p>1. Dolor nociceptivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor producido por daño mediado por nociceptores mecánicos, térmicos o químicos. • Descripción del dolor variable • En ausencia de repetición del estímulo la intensidad del dolor disminuye rápidamente. • Respuesta parcial a los AINEs • Respuesta buena a los opiodes. • Frecuentemente cumple una misión de protección.
<p>2. Dolor neuropático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Producido por daño en los mecanismos de información-transmisión del SNP y/o SNC • Dolor descrito como quemazón, extraño, lacinante... • La alodinia es común incluso en ausencia de lesión. • El dolor persiste o se intensifica durante semanas, meses o incluso años después de la lesión. • Raramente se alivia con AINE • ¿Es un dolor opioide resistente? Responde menos o a dosis más altas. • Frecuentemente se alivia con antidepresivos, antiepilépticos y anestésicos locales.

Puede ser útil entregar una serie de cuestionarios e inventarios para evidenciar si los pacientes tienen dolor y cuáles son sus características, con frecuencia el *Brief Pain Inventory* (BPI) y el *Medical Outcomes Study 36-item short form*^{12,14}.

En términos conceptuales se considera que el dolor se relaciona con la EP si se presenta o tiene la máxima intensidad en el hemisferio más afectado por la enfermedad y que mejora tras la administración de tratamiento dopaminérgico. Lo característico es que el dolor se presente en períodos *off* y mejore durante los períodos *on*¹⁵; además, usando el score de SNM el dolor es más frecuente en mujeres que en hombres^{16,17}.

La **Tabla 1** muestra los aspectos más importantes a tener en cuenta de cara al diagnóstico de dolor en EP.

Recordamos que el dolor no es único, por lo cual resumimos en la **Tabla 2**, a fines didácticos, las diferencias entre dolor neuropático y nociceptivo a considerar en nuestra revisión.

Dolor es definido, según la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP: *International Association for the Study of Pain*), como una sensación desagradable y experiencias emocionales con real o potencial daño tisular o descrito en función tal daño^{18,19}.

Abordamos un grupo de adultos mayores con EP y dolor. Como nuestro distinguido lector comprenderá; será necesario un meduloso interrogatorio y examen clínico-neurológico, a fin de descartar comorbilidad u otras patologías algógenas.

El dolor puede surgir en cualquier momento evolutivo de la EP, aun en algunos casos en fase premotora^{20,21}.

Finalmente, como médicos de atención primaria, usaremos la clasificación de dolor en EP propuesta por Ford²²⁻²⁴.

- Dolor musculoesquelético.
- Dolor radicular-neuropático.
- Dolor central.
- Dolor distónico.
- Dolor acatísico.

Dolor musculoesquelético (ME). La rigidez, la falta de movimiento espontáneo, las anormalidades posturales y las inadecuadas tensiones mecánicas contribuyen al dolor ME. Una de las quejas más comunes es la rigidez en los hombros, hombro doloroso o congelado, que puede, en ocasiones, ser el primer signo de EP²⁵. Son comunes también el dolor de cuello, espalda y/o cadera, lo mismo que deformidades en extremidades^{26,27}.

Dolor radicular-neuropático. Aparece fundamentalmente limitado al territorio de distribución de un dermatoma, en relación con una radiculopatía en aquellos pacientes con EP más artrosis y/o patología discal, o más raramente a un territorio de distribución periférica en el caso de una mononeuropatía o polineuropatía. Su origen se debe al daño focal radicular, compresivo, y suele describirse como agudo o sensación disestésica que se irradia al extremo distal de una extremidad^{11,24}.

Dolor distónico. La distonía se define como una alteración del SNC neuroquímica-muscular que se transmite en forma genética o ambiental (vg TEC), contracciones musculares sostenidas que causan torceduras y movimiento involuntarios repetitivos, que se traducen en posturas anómalas. Involuntarias y dolorosas, las distonías pueden afectar distintas regiones.

En general afecta los miembros inferiores, en ocasiones cuello o brazo. Suele ser de intensidad y aparece en situación *off*.

Dolor acatisico. Recordamos que acatisia es la imposibilidad de mantenerse quieto, se produce también en etapa *off* y en ocasiones es inducida por fármacos²².

Dolor central. Hace poco tiempo fue publicada una exhaustiva revisión de la literatura sobre este subtipo de dolor en 764 pacientes incluidos con EP, de los que 65 (8,5%) cumplían criterios de dolor central.

Este dolor es descrito como ardor, picazón, quemazón u oprimente en determinadas partes del cuerpo difícil de precisar^{11,24,28,29}. Fue inicialmente descrito por Souques³⁰. Localizado usualmente del lado motor más afectado, constante, especialmente en estado *off*; sin déficit sensorial ni limitado a un dermatoma o distribución neurológica específica²⁸. No es específico de la EP, ya que puede verse en otras entidades que afectan al SNC como la esclerosis múltiple³¹ o el ictus³². Puede ser muy grave y difícil de tratar.

FISIOPATOLOGÍA

Revisando la bibliografía abordamos un sinnúmero de teorías fisiopatológicas, de las cuales en muchas no hay consenso. Por tal motivo; y jerarquizando nuestra condición de médico de atención primaria, se enfocará el tema desde esta óptica.

Desde 1999, Senatrice et al. concluyen que la fisiopatología del dolor en EP es compleja y no del todo entendida³³. Las exacerbaciones del dolor en etapa *off* y mayoría en *on* sugiere el compromiso de vías dopaminérgicas³⁴. Para algunos investigadores la EP es quizás el mejor ejemplo de dolor comórbido como parte integral de una enfermedad degenerativa; alrededor de 50% tienen dolor crónico, que puede incluir de uno a tres subtipos de dolor, de lo que inferimos que los mecanismos algógenicos en nuestro grupo en estudio son varios y no excluyentes^{11,24,35}. El paciente con EP sufre dolor neuropático y nociceptivo.

Investigadores israelíes han establecido un umbral al dolor inferior en el paciente con EP en relación a controles sanos⁸; también es cierto que alrededor de un 30% presenta dolor no explicable¹⁰.

Se postula también que la derivación dopaminérgica podría inducir una hipersensibilidad central a los estímulos dolorosos a través de conexiones entre los ganglios basales y tálamo y la degeneración de células no dopaminérgicas, como las del *locus ceruleus*, los que, a través de vías noradrenérgicas intervengan en la producción de dolor¹¹.

En las últimas publicaciones no es clara la relación de dolor central con períodos *on-off*³⁶.

La fisiopatología del dolor central en EP no está definida. Se plantea una posible alteración en el control nociceptivo debido a la disminución de los niveles de dopamina en ganglios basales o a circuitos neurales aberrantes que generarían un dolor tipo *kindling*, que es un aumento de excitabilidad en neuronas del sistema límbico; los estímulos repetitivos generan una respuesta de umbral disminuido.

Como se ve, existen hallazgos vinculados a la generación del dolor en EP, todos importantes, por cierto, pero no hay una teoría única que explique fisiopatológicamente el proceso.

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EP

La mayoría del dolor con agonistas dopaminérgicos y/o levodopa no indica que el sistema dopaminérgico sea el único implicado ya que el tratamiento con levodopa actúa también sobre los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Los fenómenos sensitivos que ocurren en estados de hipofunción dopaminérgica podrían interpretarse como efecto directo de la desinhibición de las vías sensitivas desde los ganglios de la base^{37,38}. Fil A et al.²⁹ establecen factores que afectan potencialmente al dolor en EP, a saber:

- Edad avanzada: prevalente el dolor ME.
- Sexo o género: Beishe et al. encontraron a la mujer anciana como elemento predictor de dolor en EP.
- Severidad y duración de la EP: aún controversial.
- Depresión.
- Enfermedades preexistentes y trastornos sistémicos.

Dolor musculoesquelético

La variante más frecuente de dolor (50-70%). Indicaremos fisiokinesioterapia, programas de ejercicios, analgésicos (ver luego) y puede mejorar algo con tratamiento dopaminérgico.

Dolor radicular neuropático

Valorar patología de base (mononeuropatía, polineuropatía, radiculopatía por patología de columna). Este tipo de dolor mejora con el tratamiento del dolor neuropático (pregabalina, gabapentín, anticomociales, etc.)³⁹.

Dolor central

Este dolor se encuentra muy ligado a las fluctuaciones motoras; aparece en situación *off* y mejora en un elevado porcentaje con el tratamiento dopaminérgico^{11,40}.

Dolor distónico

En una publicación reciente enfocada a respuesta al tratamiento dopaminérgico, el dolor distónico y el central fueron los que más mejoraron (37 y 40% de los casos) *vs.* el musculoesquelético y radicular neuropático (respuesta favorable 17 y 14%, respectivamente)¹³.

Hay ensayos menos con toxina botulínica.

Dolor acatisico

Como se dijo, acatisia es la imposibilidad de mantenerse quieto. El origen más frecuente de esta entidad suele ser efecto colateral de fármacos, principalmente neurolepticos típicos (principalmente butirofenonas) y la enfermedad de Parkinson puede también cansarla. Se abordará la terapéutica tratando de reducir la dosis o suspender los fármacos involucrados y utilizar benzodiazepinas, clonazepam, benztropina, propranolol y recientemente fue exitoso el uso a tal fin de N-acetilcisteína.

En cualquier caso de dolor refractario a tratamiento se planteará la conducta neuroquirúrgica así como estimulación cerebral profunda y/o palidotomía unilateral^{41,42}.

La **Tabla 3** resume, en forma a didáctica, las opciones terapéuticas que disponemos para ayudar a nuestro adulto mayor con EP más dolor.

CONCLUSIONES I

Recordar, en nuestra práctica diaria, que la enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa con síntomas motores y no motores (dolor, depresión, demencia, incontinencia esfinteriana, etc.) que afecta aproximadamente a cuatro millones de personas en el mundo.

El dolor en enfermedad de Parkinson puede aparecer en el curso de la enfermedad, incluso en fase premotora, con una prevalencia que alcanza al 80 % de los enfermos.

No todos los pacientes presentan síntomas no motores.

El dolor en nuestro grupo resulta más frecuente que en la población general de la misma edad.

TABLA 3. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP).

<p>1. Dolor asociado a la EP.</p> <p>a. Terapia dopaminérgica.</p> <p>a1. Dolor del período <i>off</i>: terapia dopaminérgica (IMAO-B, ICOMT y, fundamentalmente, levodopa y agonistas dopaminérgicos).</p> <p>a2. Dolor distónico: terapia dopaminérgica.</p> <p>a3. Dolor de pico de dosis (discinesias dolorosas): reducir tratamiento dopaminérgico.</p> <p>b. Asociar antidepresivos tricíclicos si no hay mejoría.</p> <p>c. Asociar antiepilépticos si no hay mejoría (gabapentina, pregabalina).</p> <p>d. Asociar opiáceos si no hay mejoría.</p> <p>e. Considerar la toxina botulínica en distonía dolorosa grave.</p>
<p>2. Dolor no claramente asociado de forma directa a la EP (mejoría esperable menor con tratamiento dopaminérgico).</p> <p>a. Dolor radicular neuropático (tratamiento del dolor neuropático).</p> <p>a1. Primera línea: amitriptilina, gabapentina, pregabalina, carbamazepina.</p> <p>a2. Segunda línea: parche de lidocaína, oxcarbazepina, duloxetine, metadona, venlafaxina.</p> <p>a3. Tercera línea: tramadol, opiáceos de liberación, antagonistas NMDA.</p> <p>a4. Cuarta línea: lamotrigina, topíramato, otro.</p> <p>b. Dolor musculoesquelético.</p> <p>b1. No opioides (ácidos acetilsalicílico, paracetamol, metamizol, AINE) ± coadyudantes ^a.</p> <p>b2. Opioides menores ^b + no opioides ± coadyudantes.</p> <p>b3. Opioides mayores ^c + no opioides ± coadyudantes.</p> <p>b4. Tratamientos invasivos del dolor.</p>
<p>3. Considerar la cirugía en los casos con dolor intenso y refractario.</p> <p>^a Coadyudantes: antidepresivos, neurolepticos, antiepilépticos, corticoides.</p> <p>^b Opioides menores: codeína, tramadol, dextropropoxifeno, dihidrocodeína de liberación retardada.</p> <p>^c Opioides mayores: cloruro, morfina de liberación inmediata, sulfato de morfina, fentanilo transdérmico, meperidina.</p> <p>Tomado de Santos García D et al. (# 11).</p>

Al dolor se lo divide según Ford en 5 subtipos: musculoesquelético, radicular neuropático, central, distónico y por acatisia. Pueden surgir distintos tipos de dolor e incluso coexistir, en ocasiones.

Otra forma de clasificarlo es como dolor relacionado o no relacionado con la enfermedad de Parkinson igual el / los dolores que afectan el hemisferio más comprometido por la afección motora, relativa respuesta favorable al tratamiento dopaminérgico y sin otra causa/s que puedan explicarlo (no aceptada por todos los autores)

CONCLUSIONES II

Desde el punto de vista fisiopatológico, hay experiencias, datos, hallazgos que inducen a pensar. Pero carecemos hasta el momento de un sustento patogénico que explique el dolor en EP.

Con las bases que intentan explicar la génesis del dolor asociado a la experiencia cotidiana asistencial, disponemos de recursos terapéuticos para controlar el dolor en enfermedad Parkinson, en términos generales.

El dolor altera la calidad vida de nuestros pacientes con Parkinson. Es más, algunos encuentran este síntoma como más invalidante que los trastornos motores. El reconoci-

mento del dolor, su categorización y tratamiento mejorará la evolución clínica, su calidad de vida y así se evitarán

estudios innecesarios y tratamientos mal indicados que, en consecuencia, serán ineficaces.

BIBLIOGRAFÍA

- Martinez Martin P, Linazoso G, Kvlisevsky J, et al. A longitudinal study of patients with Parkinson's disease (ELEP): aims and methodology. *Neurology* 2006;42:360-365.
- Chaudhuri KR, Martinez Martin P, Schapira AH, et al. Multicenter international pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: the NMS Quest study. *Mov Disord* 2006;21:916-923.
- Cuál sería la causa del dolor en pacientes con Parkinson. <http://www.intramed.net>. Disponible 06/01/2015.
- Yang Y, Lu B. Mitochondrial morphogenesis, distribution and Parkinson's disease insights from PINK 1. *J Neuropathol Exp Neurol* 2009;68:953-963.
- Lang AE, Lozano AM. Parkinson's disease. First of two parts. *N Engl J Med* 1998;339:1044-1053.
- Wooten G, Currie L, Bovbjerg V, et al. Are men at greater risk for Parkinson's disease than women? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:673-639.
- Sophie M, Ford B. Management of pain in Parkinson's disease. *CNS Drugs* 2012;26(11):937-948.
- Djaldetti R, Shiffrin A, Rogowski Z, et al. Quantitative measurement of pain sensation in patients with Parkinson disease. *Neurology* 2004 June;62(12):2171-2173.
- Espiño U. Los enfermos de Parkinson son más sensibles al dolor. <http://www.elmundo.es>. Disponible 10/01/2015.
- Merello M. Trastornos no motores en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol* 2008;47(5):261-270.
- Santos Garcia D, Aneiros Días A, Macías Arribi M, et al. Síntomas sensoriales en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol* 2010;50(Supl 2): S65-S74.
- Lee M, Walker R, Hildreth T, et al. A survey of pain in idiopathic Parkinson's disease. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:462-469.
- Beiske A, Loge J, Ronningen A, et al. Pain in Parkinson's disease: prevalence and characteristics. *Pain* 2009;141:173-177.
- Quittenbaum B, Grahn B. Quality of life and pain in Parkinson's disease: A controlled cross-sectional study. *Parkinsonism Relat Disord*. 2004 Mar;10(3):129-36.
- Ford B, Lovis E, Greene P, et al. Oral and genital pain syndromes in Parkinson's disease. *Mov Disord* 1996;11:421-426.
- Truini A, Frontoni M, Cruccu G. Parkinson's disease related pain: a review of recent findings. *J Neurol* 2013;260:330-334.
- Bernal S, Morgan R, Craft M. PAG mu opioid receptor activation underlies sex differences in morphine antinociception. *Behav Brain Res* 2007 Feb 12;177(1):126-33.
- IASP pain terminology (Cit 5 de marzo de 2009) Disponible <http://www.iasp-pain.org/am/template.cfm?Section=Home...Cfm...> Section = Pain.
- Muntean ML, Perju Dumbrava L. Pain in Parkinson's disease patients. *Rom J Neurol* 2009;8(3):144-150.
- Cersosimo M, Micheli F. Enfermedad de Parkinson. En: Micheli F, Fernandez Pardo M, Cersosimo M. *Neurología en el anciano*. Edit Panamericana (2 edic) 2014, parte III; Cap 16: 209-241.
- Tolosa E, Compta Y, Gaig C. The premotor phase of Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2007;13:52-57.
- Ford B. Pain in Parkinson's disease. *Clin Neurosci* 1998;5:63-72.
- Kvlisevsky J, Luquin M, Arbelo J, et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características y tratamientos (Parte I) Documento De Consenso. *Neurología* 2013;28(8):503-521.
- El Dolor en la enfermedad de Parkinson. Ford B. Disponible 20/01/2015
- Stamey W, Davidson A, Jankovic J. Shoulder pain a presenting symptom of Parkinson disease. *J Clin Rheumatol* 2008;14(4):253-254.
- Melikoglu M, Sezer I, Kacar J, et al. Rheumatoid like hand deformities in Parkinson disease. *J Clin Rheumatol* 2007;13:236-237.
- Rezak M. Is pain a symptom of Parkinson's disease? Disponible en <http://www.youngparkinsons.org/> 02/02/2015
- Moreno C, Hernandez Beltran N, Munevar D, et al. Dolor neuropático central en enfermedad de Parkinson. *Neurología* 2012;27(8):500-503.
- Fil A, Cano de la Cuerda R, Muñoz Hellin E, et al. Pain in Parkinson disease: a review of the literature. *Parkinsonism Relat Disord* March 20130;19(3):285-294.
- Souques MA. Des douleurs dans la paralysie agitante. *Rev Neurol (Paris)* 1921;37:629-633.
- Osterberg A, Boivig J, Thomas K. Central pain in multiple sclerosis: prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain* 2005;9:531-542.
- Widar M, Samuelsson L, Karlsson Tivenius S, et al. Long-term pain conditions after stroke. *J Rehabil Red* 2002;34:165-170.
- Serratrice G, Michel B. Pain in Parkinson's disease patients. *Rev Rheum Engl Edit* 1999;66:331-338
- Ha A, Jankovic J. Pain in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2012;27:485-491.
- Borsook D. Neurological disease and pain. *Brain* 2012;135:320-324.
- Schestatsky P, Kumru H, Valls Solle J, et al. Neuro-physiologic study of central pain in patients with Parkinson disease. *Neurology* 2007;69: 2162-2169.
- Chudler E, Dong W. The role of the basal ganglia in nociception and pain. *Pain* 1995;60:3-38.
- Quinn - N, Koller - W, Lang - A, Et Al = "Painful Parkinson'S Disease" *Lancet* 1986; 1 : 1366 - 1369
- Movlin - D, Clark - A, Gilron - I, Et Al = Phenuacological Management Of Chrnic Neuropathic Pain. *Consensus Statement And Guidelines Form The Canadian Pain Society* "Pain Res. *Manag* 2007;12:13-21.
- Brefel Courbon C, Payoux P, Thalamas C, et al. Effect of pain threshold in Parkinson's disease. A clinical and positron emission tomography study. *Mov Disord* 2005;20:1557-1563.
- Honey C, Stoessl A, Tsvi J, et al. Unilateral pallidotomy for reduction of Parkinson pain. *J Neurosurg* 1999;91:198-201.
- Loher T, Burgunder J, Weber S, et al. Effect of chronic pallidal deep brain stimulation on off period dystonia and sensory symptoms in advanced Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:395-399.

Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento

Sandra Huenchuan¹

RESUMEN

En este artículo se analizan los derechos humanos en contexto de envejecimiento, poniendo énfasis en tres elementos: la universalidad, la igualdad y la especificación. Se examinan las causas de la discriminación de las personas mayores y las dificultades que enfrentan para dar valor a sus demandas e intereses. Se aborda la universalidad de los derechos humanos desde su fundamento y catálogo, así como su validez y utilidad para proteger a este grupo social. Se entregan argumentos dirigidos a fundamentar la necesidad de la especificación de las personas mayores como titulares de derechos. También se resumen los principales progresos en la afirmación de los derechos de este colectivo como un asunto de relevancia en el ámbito internacional y regional. Se concluye con una propuesta acerca de la definición de las personas mayores y las perspectivas sobre los contenidos de un instrumento internacional destinado a proteger sus derechos.

SUMMARY

The article analyzes human rights in an ageing context, placing emphasis on three areas: universality, equality and specificity. Causes of discrimination of older persons and the difficulties they face in giving value to their demands and interests are examined. The universality of human rights is addressed from its essence and categorization, as well as its validity and utility for protecting this social group. Arguments are made aimed at sustaining the need for specificity of older persons as rights holders. Also summarized are the main developments on the affirmation of the rights of this group as a relevant matter in the international and regional arena. It concludes with a proposal regarding the definition of older persons and the perspectives on the contents of an international instrument designed to protect their rights.

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201503

A. Introducción

Las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados en nuestra sociedad, tales como las mujeres o las personas con discapacidad. La causa principal de esta coincidencia radica en el estándar de normalidad a partir del cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en condiciones dignas e igualitarias, a aquellos que son diferentes. La configuración de este estándar no es neutra y se conforma a par-

tir de los parámetros de quienes constituyen el estereotipo culturalmente dominante (Courtis, 2004).

De una u otra manera, en la base de la construcción de este estándar de normalidad se ubica el poder, asociado generalmente a un arquetipo viril, blanco, sin deficiencias de ningún tipo y de preferencia joven, a partir del cual hemos aprendido a interpretar la existencia humana y que aplicamos al conjunto de los miembros de la sociedad como lo auténticamente válido. Aquel que no cumple con estos requisitos se aleja de la normalidad y sufre los efectos del sexismo, el racismo o el viejismo como prácticas cotidianas (Huenchuan, 2005). En este marco, la diferencia –sea de sexo, de edad, de deficiencia o étnica– se transforma inmediatamente en adversidad, y surgen los obstáculos que limitan o impiden una vida libre e independiente.

1. Asistente de investigación y especialista en envejecimiento del CE-LADE-División de Población de la CEPAL

Así, el itinerario social que siguen las personas y los grupos “diferentes” es muy parecido. Pasan desde su construcción como seres indeseables –carácter a veces atribuido a un origen mágico religioso–, siguiendo por el amparo, la necesidad urgente de anular o disfrazar la diferencia, hasta llegar a ser considerados y considerarse como sujetos plenos. También padecen los efectos de las políticas asistencialistas –muchas de ellas inspiradas en propósitos nobles–, elaboradas a partir de la concepción de la diferencia como una carencia, un defecto o una mutilación que debe ser suplida. Están además bajo la sospecha de no tener la capacidad para gobernar sus vidas, las que se les confían a otro superior o experto, sea el cónyuge o padre en el caso de las mujeres, los médicos en el de las personas con discapacidad o los geriatras cuando se trata de las personas mayores. La medicalización y la institucionalización son también dos prácticas comunes a las que se ven enfrentadas con demasiada frecuencia tanto las personas mayores como aquellas con discapacidad.

En la base de la reivindicación por el reconocimiento de estos grupos discriminados como sujetos plenos está su constante lucha por avanzar hacia sociedades más incluyentes y democráticas, que hagan de la diferencia parte de la riqueza humana y no un motivo de segregación. Este objetivo, sin embargo, es de largo aliento, plagado de obstáculos de diversa índole, pero puede alcanzarse al menos en su expresión formal. Paso fundamental para su materialización.

La reflexión, el debate y las soluciones relativas al tema de las personas mayores y sus derechos se ubican en este marco. No es un asunto centrado únicamente en la persona de edad avanzada, es una cuestión de la sociedad en que vivimos. Se trata de una interpelación a nuestra supuesta homogeneidad y el rechazo frente a aquello que no es igual a nosotros, que nos recuerda la “otredad” siempre presente y amenazante de nuestra tranquilidad. Quizás por la misma profundidad del cuestionamiento personal y colectivo que implica la edad de la vejez, el debate sobre los derechos de las personas mayores suele ser tan complejo de abordar, tanto en el plano político como académico y también en el ámbito cotidiano. A lo largo de estos años, hemos seguido de cerca el debate sobre los derechos humanos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Al comienzo se trataba de una tímida demanda que fue afirmándose con el paso del tiempo y que atrajo más simpatizantes provenientes de distintos ámbitos relacionados con las políticas sociales, la población, la medicina y la actividad legislativa. Este posicionamiento no estuvo exento de dificultades y su aceptación tampoco fue fácil. Parte de las mismas reservas que hoy existen en el ámbito internacional ya fueron superadas en la región. Para ello se realizaron un sinnúmero de reuniones, seminarios y talleres que abonaron a la construcción de un consenso. Igualmente, se fueron construyendo y afianzando liderazgos en distintos países, principalmente en el cono sur de América Latina, que dieron su apoyo decidido a la aplicación de la perspectiva de los derechos humanos a los asuntos de las personas mayores.

Hoy, cuando el debate sobre los derechos de este grupo social está sólidamente instalado en el ámbito interamericano –y se aprecia un interés semejante en el resto de la comunidad internacional–, surgen nuevas necesidades de orden conceptual y práctico para abordar el tema. En general, como afirmamos en este artículo, cuando los argumentos relacionados con la dispersión de los derechos de las personas mayores en distintos instrumentos internacionales y la consecuente dificultad para su implementación parecieran estar parcialmente posicionados en el debate internacional, surgen otros cuestionamientos que requieren de una nueva reflexión e ideas para continuar avanzando.

En efecto, actualmente podemos afirmar que la comunidad internacional ha progresado en el reconocimiento del hecho que se ha fracasado en la protección de los derechos humanos de las personas mayores, aunque no todos coincidimos en el camino que se debe seguir para encontrar una solución, menos aún si sus derechos deben ser protegidos de manera tan enérgica como ha ocurrido con otros grupos sociales.

Se necesitan nuevos fundamentos que faciliten una comprensión más profunda de los derechos humanos en contexto de envejecimiento. Esa elaboración académica y literaria que se produjo a propósito de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad está todavía ausente en el asunto que nos ocupa. Aunque hay adelantos en los distintos estamentos relacionados con los derechos humanos, ellos no son suficientes para comprender a cabalidad la esencia y el fundamento que sustenta el reconocimiento de las personas mayores como titulares de derechos.

Con este trabajo no pretendemos abordar todos los elementos relacionados con los derechos humanos de las personas mayores que se discuten en la actualidad. Sabemos que esa es una tarea de una envergadura mucho mayor. Lo que se pretende es refrescar el debate y entregar las bases para reflexiones futuras. Para ello, ponemos atención de manera particular en una arista de la discusión: la universalidad, igualdad y especificación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento, dando a conocer los puntos de vista existentes, así como nuestra propia interpretación y comprensión de cada uno de ellos.

Agradecemos la oportunidad de incluir este trabajo en este libro que publica conjuntamente el Gobierno de la Ciudad de México, por medio del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, y el CELADE-División de Población de la CEPAL. Su elaboración nos ha obligado a una pausa para escribir sobre algunos aspectos del debate actual que veníamos observando con preocupación desde hace un tiempo atrás y sobre los cuales consideramos que es posible hacer una contribución específica, que ayude a promover de manera firme y enérgica una más amplia protección de los derechos humanos de las personas mayores.

B. La construcción social de la edad como la base de la diferencia y la falta de autonomía

Un primer asunto que debe plantearse es *qué* es lo que hace distintas a las personas mayores del resto. John Williams (2011), en su trabajo titulado “An international convention on the rights of older persons?”, señala que resulta tentador hacer analogías entre las personas mayores y los niños, y afirma que “la necesidad de una convención para que los niños puedan desarrollar su capacidad de autonomía es la distinción fundamental entre los niños y las personas mayores, y una razón para una convención especial para los primeros y no para los segundos” (traducción libre). Las personas mayores son adultos y tienen derecho a la autonomía, afirma el autor. Por lo tanto, desde su punto de vista, el desafío de la comunidad es garantizar que esos derechos sean respetados de la misma forma que para otros adultos.

Más allá de la abierta negación de la necesidad de un instrumento específico para la protección de los derechos de las personas mayores, lo más importante de este argumento es la comparación entre dos grupos extremos que, a partir de una condición común –su edad–, son diferentes al resto de las personas. La edad cronológica es la que determina la dependencia en ambos casos: la falta de capacidad para decidir por sí mismos en los niños y la pérdida o limitación para ejercer la autonomía en las personas mayores. La diferencia fundamental entre ambos grupos radica, sin embargo, en la transitoriedad de la dependencia. Mientras que los niños son protegidos para desarrollar la capacidad de ser autónomos, las personas mayores, por el contrario, son despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas a medida que envejecen, convirtiéndose finalmente en perpetuas dependientes.

En este punto de la discusión, es estéril desconocer que la edad es una dimensión fundamental de nuestra organización social y que nuestra vida está dividida en períodos sociales relevantes que se basan en ella. Sin embargo, aún cuesta aceptar que los derechos y responsabilidades son distribuidos de acuerdo a la construcción social de la edad (Neugarten and Neugarten, 1987). Desde hace varias décadas, los estudiosos de la vejez han documentado la forma en que la edad social, de una u otra manera, condiciona la posición disminuida que tienen las personas mayores en las sociedades occidentales, lo que con frecuencia restringe su autonomía.

Esta constatación, ya de por sí indiscutible para los activistas en derechos humanos, académicos e incluso diseñadores e implementadores de políticas de vejez, parece no ser suficiente todavía para la comunidad internacional. De tal modo, así como hubo que hacer distinciones entre deficiencia y discapacidad cuando nos referíamos a las personas con discapacidad, entre sexo y género cuando se trataba de las mujeres, el mismo ejercicio hay que hacer ahora respecto de las personas mayores, en este caso, entre edad de la vejez y *viejismo*.

Todos sabemos que la edad cronológica o de calendario de los 60 años marca el inicio de una nueva etapa de la vida. En general, este límite etario suele estar asociado al momento de la jubilación como un fenómeno “conatural” para todas las personas, aunque en la práctica conlleva una relación más estrecha con la edad fisiológica. Ambos cambios –calendario y cuerpo– traen consigo una serie de alteraciones para las personas mayores y quienes las rodean, debido a que la sociedad suele tener una visión estereotipada y negativa de la edad de la vejez y subordina a quienes la experimentan por medio de un conjunto de restricciones para constituirse como sujetos autónomos. Surge así una relación opresiva entre las personas mayores y la sociedad, que es la misma que viven las mujeres y las personas con discapacidad, aunque basadas en causas diferentes: la anatomía imponiendo el destino en el caso de las primeras, la deficiencia haciendo lo propio con las segundas (Palacios y Bariffi, 2007), y la edad de la vejez repitiendo el mismo patrón con las personas mayores.

No obstante, en la diferencia que existe en la base de la discriminación entre las personas mayores y otros grupos oprimidos radica la complejidad de distinguirlas de manera específica y reconocer la particularidad de sus derechos. En efecto, la clasificación por edad se caracteriza por el continuo cambio. Además, como afirma Williams, en la práctica las personas mayores son adultos y, como tales, deberían disfrutar de una igualdad real y formal. Por otra parte, a menos que ocurra una muerte temprana, todos llegaremos a la edad de la vejez y corremos el riesgo de ser discriminados por ser mayores, con independencia del estatus que hayamos logrado en otras etapas de la vida (*en este sentido, hay que aclarar que no todas las personas mayores se autoperceben como discriminadas en razón de su edad. Este es un argumento que se suele utilizar para fundamentar que, por lo mismo, no son un grupo social diferenciado, ya que no comparten la experiencia de discriminación como algo común. No obstante, la heterogeneidad intrínseca de todos los grupos sociales no fue obstáculo para arribar a consensos dirigidos a eliminar la discriminación en el caso de las mujeres, de las personas con discapacidad o por motivos raciales. No deja de ser paradójico que a las personas mayores se les exijan más atributos comunes que a otros colectivos para reconocerles derechos*). Si esto es una realidad ineludible, ¿por qué como sociedad alentamos los prejuicios negativos hacia las personas mayores, si todos avanzamos por el mismo camino?, ¿por qué la autonomía que adquirimos con la adultez no permanece inalterable hasta nuestra muerte?

Traxler (1980) definió a las personas mayores como un grupo subordinado a causa de su edad, que ve conculcados sus derechos por la percepción estereotipada y negativa que se tiene de la vejez. A su vez, identificó cuatro factores que intervienen en nuestras actitudes y conductas negativas hacia las personas mayores en la sociedad occidental: el miedo a la muerte, el énfasis en un ideal joven, la

productividad medida estrictamente en términos de potencial económico y la concentración en las personas mayores institucionalizadas.

El miedo a la muerte influye en el temor a la vejez. La civilización occidental concibe la muerte como fuera del ciclo de la vida humana y como una afrenta hacia la propia existencia (Butler y Lewis, 1977). Es por ello que el *viejismo* refleja un profundo malestar de los jóvenes y adultos de mediana edad hacia la inutilidad, impotencia y finitud de la vida que representa la vejez en nuestro imaginario, lo que se expresa a la larga en un rechazo personal y una aversión hacia las personas mayores. Como el temor a la muerte es algo cultural, hasta que no lo aprenden, los niños suelen ser más condescendientes con los mayores.

El énfasis en un ideal joven y un imaginario asentado en la productividad van unidos. La belleza, la lozanía y la sexualidad como atributos de una inacabable juventud constituyen rasgos sobrestimados en nuestra sociedad (Northcott, 1975). Lo mismo ocurre con la acumulación de bienes materiales y la primacía de los proyectos personales, asociados al éxito y al poder. Las personas mayores han perdido ambos atributos –la juventud y la productividad basada en el empleo– y constituirían por lo tanto una carga para la sociedad, a diferencia de los niños, que cuentan con todo el potencial para desarrollarlos (Butler, 1969).

Por último, la vejez suele ser sinónimo de institucionalización, aunque ahora menos que antes. Esta asociación se basa en que una de las formas más antiguas de atención de las personas mayores ha sido su internación en instituciones llamados hospicios o asilos. Siendo una práctica corriente en el siglo XIX, su inspiración moralizante y segregadora sigue marcando hoy en día la representación colectiva de la edad avanzada (Guillemard, 1992).

Lo curioso del desarrollo de la gerontología de la década de 1980, que identificó de manera tan clara la causa de la discriminación de las personas mayores en las sociedades occidentales –y que, por cierto, se cuidó de no hacer extensivo este fenómeno a todas las culturas–, es que no logró llamar suficientemente la atención sobre el hecho de que las personas mayores, como ocurría con otros grupos discriminados, tienen derechos y que estos deben ser garantizados en el campo político (*hay que recordar que, en la misma época, la literatura académica ya reconocía el género y la raza como causas de opresión social [Palacios, 2008], y que más adelante hizo lo propio con las personas con discapacidad*). Por el contrario, este desarrollo dio como resultado el diseño e implementación de políticas de integración que fueron minando la construcción de las personas mayores como sujetos autónomos (Guillemard, 1992; Huenchuan, 2004).

En efecto, para tener derechos las personas deben ser percibidas como individuos diferentes unos de otros y ser capaces de formular juicios morales independientes, y por otro lado, deben formar parte de la comunidad política y ser competentes para establecer lazos de empatía con los demás (Hunt, 2009). Si la atención de las personas mayo-

res en las décadas de 1970 y 1980 estuvo concentrada en su institucionalización y su territorialidad se redujo a los ancianatos y hospitales, muy difícilmente podían llegar a cumplir con estos requisitos. Como corolario, a fines de la década de 1990 la definición ortodoxa de las personas mayores continuó vigente, y se les siguió negando sistemáticamente ese estatus de independencia que se requiere para ser reconocidas como completamente autónomas. De este modo, el deterioro y la dependencia que puede conllevar la edad fisiológica automáticamente se tradujeron en la falta de autonomía moral.

Sin embargo, tal como ocurrió con los esclavos, los sirvientes o las mujeres, el prejuicio en contra de las personas mayores y su autonomía también puede ser desterrado, puesto que la noción de autonomía no es estática, sino inventada, y las limitaciones otrora admisibles para tener derechos pueden ser puestas en entredicho.

C. La universalidad y la especificación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento

Los derechos humanos precisan de tres cualidades entrelazadas: deben ser *naturales*, vale decir, inherentes a todos los seres humanos; *iguales*, esto es, los mismos para todos, y *universales*, lo que significa que sean válidos en todas partes (Hunt, 2009).

La literatura sobre el tema muestra que fue más fácil aceptar el carácter natural de los derechos humanos, en contraposición a lo divino y lo animal, que su universalidad e igualdad (Hunt, 2009). Prueba de ello han sido las constantes luchas de los grupos discriminados por alcanzar un reconocimiento particular. En todos los casos, el argumento principal es que las características o necesidades específicas de las personas los colocan en una situación de inferioridad o marginación estructurales con respecto a la sociedad en su conjunto (Rodríguez-Piñero, 2010).

Esta desventaja sería el resultado de una modernidad incapaz de aceptar la diversidad social y proporcionar un trato igualitario a todos sus ciudadanos. Desde esta perspectiva, distintos autores han afirmado que la concepción de igualdad ciega a las diferencias sociales, la neutralidad del Estado respecto de las concepciones del bien y la buena vida, y la falta de tolerancia para garantizar el pluralismo, han impuesto una homogeneidad social lacerante que discrimina a los diferentes y oprime a los grupos desaventajados. Por el contrario, el reconocimiento de un conjunto de derechos para estos grupos sociales podría evitar estos males y remediar ese olvido (Rodríguez Abascal, 2002).

La especificación de las personas mayores como titulares de derechos está estrechamente relacionada con este debate acerca de la igualdad y universalidad de los derechos humanos. Testimonio elocuente de ello son los debates que se han producido en el marco del Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, establecido

por la Asamblea General de las Naciones Unidas en virtud de su resolución 65/182, en relación a la forma de mejorar la protección de los derechos de este colectivo (*para un conocimiento más detallado de los objetivos, funcionamiento y resultados del Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, véase en este libro el artículo de Sergio Vieira*).

1. El fundamento de la universalidad de los derechos humanos y las personas mayores

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos señala que “el principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales de derechos humanos. En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, por ejemplo, se dispuso que todos los Estados tenían el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales” (Naciones Unidas, 2008). Sin embargo, pese a este amplio reconocimiento, no siempre hay acuerdo sustancial respecto de la significación y los alcances de la universalidad, por lo que algunos autores afirman que esta noción se ha constituido en un lugar común, del que muchos hablan pero que en realidad pocos manejan con propiedad (Gutiérrez, 2011).

El debate sobre los derechos humanos de las personas mayores no está ajeno a ello (*véase el artículo de Lupita Chaves en este libro, en el que hace referencia a la relación entre la universalidad de los derechos humanos y el acceso a la justicia de las personas mayores*). Son usuales las referencias a la universalidad de los derechos tanto en aquellos que opinan que su protección jurídica debería ser más enérgica por parte de la comunidad internacional como entre quienes declaran que eso no es necesario y lo que falta es concentrarse en la implementación efectiva de los instrumentos existentes para su cautela. La coincidencia entre estas dos posiciones puede deberse a que la universalidad, pese a su aceptación, es un rasgo controvertido de los derechos humanos y se vincula con distintos aspectos relacionados con su dimensión ética y jurídica. Como dice Carlos Lema Añón (2011), “con la universalidad de los derechos humanos se puede estar haciendo referencia a varias cuestiones relacionadas, pero diferentes”.

Este autor aclara que, al margen de su origen histórico y geográfico concreto, el rasgo de la universalidad reclama un mínimo ético asumible por toda la humanidad en el momento presente, y que así planteada, la discusión se refiere, por una parte, al fundamento de los derechos y, por la otra, a su catálogo (Lema Añón, 2011), siendo precisamente este el marco en el que la discusión sobre la universalidad de los derechos y las personas mayores debe tener lugar.

Por lo tanto, la universalidad de los derechos humanos de las personas mayores puede analizarse desde distintos puntos de vista. Si se considera su fundamento, la cuestión a resolver es si efectivamente las personas mayores tienen los mismos derechos que todos los seres humanos o si existen formas alternativas de protección de su dignidad que no se expresen necesariamente por medio de los derechos. Un análisis de los debates en curso sobre los derechos humanos de las personas mayores lleva a la conclusión de que nadie niega que, desde su dimensión ética, la universalidad de los derechos también las incluye. No obstante, recién hay indicios de un incipiente acuerdo frente al hecho de que los derechos sean la mejor forma de defender su dignidad. En ocasiones, el estrecho vínculo que existió entre el envejecimiento y el desarrollo social llevó a la fácil conclusión de que las personas mayores solo necesitan intervenciones sociales o económicas para vivir con dignidad. Incluso, una posición más radical hace referencia a que ya son lo suficientemente privilegiadas como para reconocerles derechos y obligarse además a cumplirlos.

Respecto de lo primero, el Comité Directivo para los Derechos Humanos de Europa ha llamado la atención acerca de la evidente necesidad de aplicar la perspectiva de derechos humanos cuando se abordan los asuntos de las personas mayores en el marco de la Comunidad Europea (CDDH, 2012a).

En tal sentido, afirma que aunque la preocupación por las personas mayores no es algo nuevo para el Consejo de Europa –y ello se demuestra en la amplitud de temas abordados en decisiones y resoluciones del Consejo de Ministros y el Parlamento–, generalmente ellas eran tratadas como un grupo que requería protección, mas no como titulares de derechos. Para este organismo, la novedad actual es precisamente el uso del enfoque de los derechos humanos en los asuntos que les competen a las personas mayores, en contraposición con la visión tradicional de este colectivo.

La segunda postura suele ser común tanto en países desarrollados como en desarrollo. En el Uruguay, por ejemplo, algunos investigadores se han referido de distintas maneras a la llamada desigualdad generacional del bienestar, haciendo alusión a una sobreinversión en las personas mayores y una desprotección de la infancia (IPES, 2008). En los países desarrollados suele ocurrir algo similar, pero aludiendo a las escasas oportunidades de los jóvenes y los limitados beneficios a los que accede la población en edad productiva. La ampliación de la edad de jubilación en estos países es un problema que las generaciones jóvenes suelen visualizar como desventajosa con respecto a lo que ocurrió con las actuales personas mayores (*más allá de las causas de estos procesos, no deja de ser preocupante que en muchos casos quienes toman las decisiones sobre el devenir de las personas mayores o las representan en los foros internacionales son precisamente miembros de las generaciones que se perciben como perjudicadas con respecto a un sector al que no desean seguir beneficiando. Al respecto, véase el artículo de*

Zulema Villalta en este mismo libro, que describe una experiencia dirigida a habilitar a las personas mayores de Costa Rica para hablar y representarse a sí mismas).

Si bien este debate acerca del fundamento de la universalidad de los derechos humanos puede retrasar los avances en la asunción de un consenso, se trata solo de una dimensión sobre la que hay que trabajar, y como se aprecia en la actualidad, hay más puntos en común que en épocas pasadas.

Desde nuestro punto de vista, la segunda dimensión es igual o más compleja, puesto que los derechos humanos solo cobran sentido cuando adquieren un contenido político, es decir, cuando se positivizan. No son los derechos humanos en la naturaleza, son los derechos humanos en sociedad, y por consiguiente deben ser garantizados en el campo político (Hunt, 2009). En este punto del debate se abren distintas perspectivas sobre la situación de las personas mayores, que se comentan en el siguiente apartado.

2. La especificación y positivización de los derechos humanos de las personas mayores

Si los derechos humanos de las personas mayores se refirieran únicamente a un ideal de conducta –como ocurre de hecho con los actuales Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, aprobados por la resolución 46/91 de la Asamblea General– no sería tan complicado su reconocimiento por parte de la comunidad internacional. El disenso surge por la necesidad de que los derechos humanos estén vinculados a un instrumento positivo como un requisito sine qua non, puesto que “es exactamente la posibilidad de que la conducta sea exigible, lo que distingue la obligación jurídica de una obligación moral” (Gutiérrez, 2011).

Así entendidos no cabe duda de que, por su carácter jurídico, los derechos humanos de las personas mayores deben estar formalizados positivamente, puesto que solo de esa forma se convertirían en una condición necesaria y suficiente para imponer una exigencia a un tercero (obligación) que se funda en la elección de este efecto por parte del titular del derecho. Es decir, los intereses son el fundamento de los derechos y las normas son los instrumentos para su implementación (López Caldera, 2000).

Lo anterior se vincula nuevamente al debate sobre la universalidad de los derechos humanos y las posiciones acerca de su protección en contexto de envejecimiento. La controversia se presenta en relación a si las personas mayores han sido consideradas en los instrumentos internacionales de derechos humanos y, si ello no fuera así, cuál es la principal causa del problema.

A esta altura, es de Perogrullo discutir si existe o no una laguna de protección de los derechos de las personas mayores. En tal sentido, hay que recordar que en las primeras exploraciones sobre el tema en la región latinoamericana se adhirió con fuerza a esta postura, debido al hecho que en los instrumentos internacionales de derechos humanos no está reconocida la edad como un motivo explícito de discriminación (*este argumento sigue vigente aún*

en otras partes del mundo. Jorge Gracia Ibáñez afirma que “del análisis del conjunto de instrumentos jurídicos internacionales de derechos humanos se desprende la existencia de una laguna normativa en los derechos de las personas mayores, ya que en casi todos los instrumentos jurídicos fundamentales, se omite la edad como posible causa de discriminación” [Gracia Ibáñez, 2012, énfasis propio]). Esta afirmación se matizó cuando varios de los actores vinculados al tema continuaron profundizando su conocimiento sobre la normativa internacional y recuperaron la importancia del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”, en tanto único instrumento de orden vinculante que reconoce la situación específica de las personas mayores en su artículo 17 (OEA, 1988).

Posteriormente, los estudios desarrollados por la CEPAL demostraron que las personas mayores no han estado del todo ausentes del desarrollo de los derechos humanos y que existía un sinnúmero de resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que las incorporaban y les reconocían derechos. Es más, como sucedía con otros grupos discriminados, los comités de los tratados también habían elaborado observaciones y comentarios particulares sobre su situación. El problema entonces no reside en las lagunas, sino en la dispersión.

En efecto, un estudio de la CEPAL (2010) sobre el tema hizo una contribución notable en tal sentido. El organismo indicó que, luego de una exhaustiva investigación sobre las normas y políticas internacionales y sobre la acción normativa de los mecanismos y órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas, es posible concluir que no existe un vacío jurídico internacional en torno a la protección de los derechos humanos de las personas mayores, puesto que si bien no hay en la actualidad un instrumento internacional o regional específico, son muchos los que incorporan disposiciones reconociendo expresa o implícitamente sus derechos. Sí puede hablarse, sin embargo, de un contexto de dispersión normativa en el que los derechos de este grupo no cuentan con un sólido sustento, lo que genera una serie de consecuencias de orden práctico para su promoción y protección. Por mucho esfuerzo de abstracción que comporte este argumento, se podría decir que hoy es uno de los más ampliamente aceptados y reconocidos por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, los organismos internacionales y las agencias especializadas (*Evelyn Jacir, en su artículo publicado en este libro, retoma el argumento de la dispersión normativa de los derechos de las personas mayores y la forma en que ello afecta su implementación real y efectiva).*

Como resultado de esta trayectoria, desarrollada de manera muy rápida, el debate actual en el ámbito internacional se concentra en la otra arena. Se trata de establecer si el catálogo de los derechos humanos existente es realmente útil o no para proteger los derechos de las personas mayores. Varios países latinoamericanos han manifestado tanto en

el ámbito interamericano como en el internacional que no es suficiente y, sin impugnar la concepción universal de los derechos humanos, proponen su interpretación por medio de un catálogo diferente (*en este libro, varios autores refuerzan, desde distintas perspectivas de análisis, la necesidad de elaborar a una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores. El trabajo de Mónica Roqué se concentra en este tema y presenta los argumentos que, desde su perspectiva, fundamentan la necesidad de un tratado internacional*).

Este proceso de especificación al cual se hace referencia supone, de acuerdo a Norberto Bobbio (1991), la consideración de determinadas situaciones de especial vulnerabilidad social a la hora de asignar los derechos. No se trata de desconocer la universalidad de los derechos humanos, puesto que efectivamente el orden existente considera a las personas mayores por su sola condición de seres humanos. Se trata más bien de la especificación de los titulares de los derechos, que consiste en asignar derechos a sujetos determinados, como las personas mayores (Lema Añon, 2011). Esta especificación de los titulares está relacionada a su vez con la infundada invariabilidad del actual catálogo de los derechos humanos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dijo a propósito, en su Observación N° 6 de 1995, que: “Ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos. En vez de considerar que se trata de una exclusión intencional, esta omisión se explica probablemente por el hecho de que, cuando se adoptaron estos instrumentos, el problema del envejecimiento de la población no era tan evidente o tan urgente como en la actualidad” (Naciones Unidas, 1995).

Una singularidad de esta constatación de hace casi veinte años atrás es que no atrajo ningún movimiento amplio a favor de avanzar en la especificación de las personas mayores como titulares de derechos con la misma fuerza que ocurrió, en otros momentos y contextos, con aquellos grupos que se vieron afectados por la misma situación, con crecientes dificultades de orden práctico para hacer efectivos sus derechos. En este marco, ¿cómo llevar a la práctica o mejorar la aplicabilidad de los derechos si su universalidad se refiere solo al ámbito ético y no al sistema jurídico? Como ya observamos, en la actualidad hay acuerdo en que la universalidad de la moral genérica que respalda al conjunto de los derechos humanos, expresada en la dignidad, la solidaridad, la igualdad, entre otros principios, sigue siendo válida. Sin embargo, ello no significa que se consienta que tales principios no deban ser adaptados al contexto de envejecimiento, o que el catálogo de derechos humanos sea suficientemente útil para proteger a las personas mayores.

Un ejemplo de una adaptación de los principios de los derechos humanos a contextos específicos ocurrió en momentos previos a la adopción de una convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuando los expertos y la sociedad civil advirtieron que, si bien los valo-

res básicos que sustentan los derechos humanos constituyen los cimientos de un sistema de libertades fundamentales que protege contra el abuso de poder y crea un espacio para el desarrollo del espíritu humano, para que estos sean útiles debían ser pensados concretamente en contexto de discapacidad (Quinn y Deneger, 2002). En esa línea, es oportuno recordar que el artículo 3 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece un conjunto de principios generales y fundamentales que son el punto de partida para la comprensión e interpretación de los derechos de este grupo social, y ofrece puntos de referencia que sirven de parámetros para evaluar cada derecho que les asiste (Naciones Unidas, 2010). No existe un ejercicio sistemático en este sentido en el caso de los derechos humanos en contexto de envejecimiento. Si bien el tema se ha planteado en distintos momentos, aún no ha llegado a establecerse como una necesidad tan apremiante como ha ocurrido con la identificación de los derechos de las personas mayores (Huenchuan, 2010). En tales circunstancias, cabe recordar que las demandas morales que fundamentan cada derecho tienen un carácter histórico que aparece cuando surge su necesidad (Peces-Barba, 1999). En consecuencia, el reconocimiento a priori de la universalidad de los derechos humanos no debe entenderse de manera dogmática, como si esa moralidad fuera estática. Eso sería el equivalente a sostener que solo los derechos reconocidos en las leyes positivas son válidos. Por el contrario, cuando los defensores de los derechos de las personas mayores reclaman un ajuste al catálogo actual, lo hacen en base a una demanda de justicia, porque consideran que lo que existe debe mejorarse.

En definitiva, la búsqueda del consenso por una nueva especificación de los derechos humanos en contexto de envejecimiento concuerda con lo que nos ha demostrado la historia: “los derechos no pueden definirse de una vez por todas y para siempre. Los derechos continúan siendo discutibles porque nuestra percepción de quiénes tienen derechos y qué son esos derechos cambian constantemente” (Hunt, 2009).

D. Las barreras para la igualdad de los derechos humanos en la vejez

1. Factores que intervienen en el reconocimiento de la igualdad formal y real de las personas mayores

El reconocimiento de la especificación de las personas mayores como titulares de derechos no es una tarea fácil. Varios factores intervienen en esa situación, pero sin duda los más relevantes que podemos identificar son la irrupción reciente del colectivo de personas mayores como sujetos diferenciados del resto, el conflicto al que se ven sometidas al identificarse con rasgos que simbolizan marginación, la falta de un modelo social de atención que favorezca su autonomía y las reacciones adversas frente a los supuestos privilegios que ellas gozan.

Desde una perspectiva histórica, las personas mayores han sido las últimas en irrumpir como un grupo diferenciado, con intereses propios, rasgos culturales específicos y exigencias sociales definidas (Megret, 2011). La industrialización trajo consigo una estructuración social que a grandes rasgos se dividía en estamentos, clases sociales, etnias, pero no por grupos de edad. Antes de 1968, nunca antes en la historia un grupo de edad –en ese momento los jóvenes– se habían enfrentado a la sociedad como un colectivo diferenciado

del resto (Fericgla, 1991). De manera simultánea, o más tarde aún –como ocurrió con las personas con discapacidad–, surgieron otros colectivos que demandaron un reconocimiento particular.

La reciente irrupción de las personas mayores tiene un fundamento demográfico –sobre todo para los países en desarrollo–, pero también social. Por mucho tiempo se consideró que los problemas del envejecimiento y de las personas mayores formaban parte de la vida natural y había que resolverlos en el ámbito individual y privado. Se convirtieron en problemas públicos cuando las personas mayores empezaron a comportarse como un grupo distinto al resto, a exigir programas especiales a su favor, y a invocar la edad y no la necesidad como criterio de asignación de recursos (Elder y Cobb, 1993). Aunque todavía hay muchas reservas con respecto a esto último, como en relación a las obligaciones que la sociedad tiene para con este colectivo, es un hecho que las personas mayores cada vez con mayor frecuencia buscan el apoyo político invocando el derecho antes que la carencia (*véanse los artículos de Alexandre Sidorenko y Susanne Paul publicados en este libro. Ambos entregan un panorama mundial acerca de la participación de las personas mayores en la vida política y pública, sus logros y desafíos*).

Sin embargo, la evidente heterogeneidad de los intereses de las personas mayores ha impedido que surjan organizaciones masivas con autoridad para hablar por ellas y exigir sus derechos en pie de igualdad (Elder y Cobb, 1993). Ello constituye una verdadera limitante para plantear demandas en base a una plataforma común. Las razones de esta desestructuración son elocuentes y sus consecuencias innegables. Para cualquier ser humano es complicado identificarse o sentirse parte de un colectivo que es sinónimo de estigmatización, miseria material, enfermedades indeseables, soledad cotidiana y otras realidades igualmente poco atractivas, como ocurre con la vejez en las sociedades modernas (Fericgla, 1991). Distintos autores han afirmado que el carácter desestructurante que deriva de esta falta de identificación convirtió a las personas mayores en espectadores pasivos del abandono y el maltrato de los que son objeto y en un grupo altamente manipulado y dependiente de los valores del grupo productor. Desde hace muy poco tiempo, las personas mayores han empezado a organizarse de acuerdo a sus propias expectativas y a exigir un trato no discriminatorio (*en América Latina se aprecia un*

interesante fenómeno de organización creciente de las personas mayores. Es el caso de la Asociación de Jubilados y Pensionados Independientes de Nicaragua [AJUPIN], la Red de Adultos Mayores [REDAM] en el Uruguay, la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia [ANAMBO], entre otras, a las que se suman fuertes movimientos de personas mayores en el Paraguay, Guatemala y Puerto Rico, que han logrado la aprobación de leyes específicas en su favor o impedido medidas regresivas que afectarían sus derechos).

Por otra parte, el modelo social que se implementó en las décadas de 1960 y 1970 para atender a las personas mayores no siempre facilitó su constitución como sujetos valorados, diferenciados y autónomos. Muy por el contrario, frente a la falta de un modelo de intervención definido para trabajar con este grupo social que se distinguiera del biomédico, las prácticas gerontológicas se construyeron a partir de retazos de otras formas de trabajo adaptadas a las necesidades y expectativas de otros grupos sociales, principalmente los niños y los jóvenes. De este modo, las intervenciones con frecuencia infantilizaron a las personas mayores en vez de empoderarlas. Incluso, las modalidades institucionales de atención se asemejaron con frecuencia en sus nombres y métodos.

Como corolario, las personas mayores no tuvieron o no tienen otra alternativa que ocultar lo que las hace diferentes del resto: la edad de la vejez. La forma de rehuirla es no asumiendo ningún rasgo propio de ella y disimulando las evidencias externas. En la práctica, mucha gente mayor procura no exhibir sus características peculiares porque son signos de marginación, y ningún grupo realmente marginado quiere aceptar su marginalidad si esta no reporta algún beneficio (Fericgla, 1991). Cuando en una sociedad emerge la solidaridad como respuesta pública frente a los problemas de las personas mayores, como empieza a ocurrir en algunos países latinoamericanos, se comienza a valorar su distinción como un grupo diferenciado a partir de su edad y a identificarse crecientemente con ellas (*resulta interesante el aporte que hace Luciano Di Césare en relación con esta cuestión. En su artículo publicado en este libro, se refiere a la necesidad de trabajar para acumular factores protectores durante el curso de vida que propicien una vejez más plena y digna. De igual manera, se refiere a las obligaciones del Estado para apoyar a todas las personas en este proceso*).

La igualdad de los derechos humanos, por lo tanto, es un requisito todavía muy difícil de alcanzar cuando se trata de las personas mayores. Los obstáculos que deben enfrentar para dar legitimidad a su diferencia y a la necesidad de un trato distinto son enormes, e incluso siguen siendo un motivo de abierta discusión. Cuanto más se reflexiona sobre los derechos humanos de las personas mayores, surgen posiciones más encontradas. Sin embargo, hay que reconocer que en ningún caso son nuevas, y que hoy acometen viejas posiciones ya documentadas por distintos autores en la década de 1980.

Ejemplo de ello son los resentimientos de ciertos segmentos de la sociedad por la supuesta posición privilegiada que pueden llegar a tener las personas mayores, sobre todo en los países desarrollados, o bien la preocupación, especialmente en un momento de crisis como el actual, acerca de que los beneficios que conlleva el reconocimiento de los derechos de las personas mayores –en particular los de orden económico, social y cultural– se hagan a costa de otros grupos más necesitados (*sobre el nivel de vida y los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, véanse en este libro los artículos de Rosa Icela Rodríguez, Norma Licon y Leonardo Guimaraes*). Incluso a aquellos que suelen tener actitudes más favorables hacia las personas mayores les preocupa que un tratamiento diferenciado pueda aislarlas y estigmatizarlas todavía más (Elder y Cobb, 1993).

Estas y otras consideraciones son solo una muestra de cuánto cuesta que la comunidad en general reconozca que las personas mayores tienen una especificidad que debe ser tomada en cuenta para que disfruten de la igualdad real. Mientras no haya progresos en este sentido, seguirán siendo un grupo discriminado, en una situación de desigualdad sustantiva respecto del goce de los derechos humanos generalmente reconocidos.

E. Derechos de las personas mayores: ¿piedad o exigencia?

“Entonces pasaron a quitarme todas mis pertenencias y hasta la prótesis de mis anteojos y me metieron en la celda con todos los presos, donde me acosté en el frío suelo sin ninguna condición humana”; así expone los hechos un jubilado de 74 años para dar a conocer el trato que recibió de la policía de un municipio ubicado al norte del Nicaragua (AJUPIN, 2012).

¿Qué nos sucede frente a esta afirmación?, ¿por qué de manera casi instintiva ligamos su lectura a un quebrantamiento de derechos humanos? Lynn Hunt (2009) escribe que es difícil precisar qué son los derechos humanos porque su definición, su misma existencia, depende tanto de las emociones como de la razón. La pretensión de evidencia se basa en última instancia en una cualidad emocional: es convincente si toca la fibra sensible de toda persona. Además, estamos casi seguros de que se trata de un derecho humano cuando nos sentimos horrorizados ante su violación. En la práctica –agrega citando a Denis Diderot–, el uso del término “derecho” es tan frecuente que casi no hay nadie que no esté convencido en su fuero interno de que la cosa le es obviamente conocida. Hunt concluye que los derechos humanos no son simplemente una doctrina formulada en documentos, sino que descansan sobre una determinada disposición hacia los demás, sobre un conjunto de convicciones acerca de cómo somos las personas y cómo distinguir el bien del mal en el mundo secular.

Cuando se abordan los derechos de las personas mayores sucede exactamente lo que describe esta autora. En ocasiones, más allá de las evidencias expresadas en cifras o experiencias, lo que realmente es útil para convencer a los encargados de adoptar decisiones de políticas es exhibir, por medio de imágenes, los sufrimientos de este colectivo cuando ven vulnerados sus derechos. En estos casos, como en el del jubilado nicaragüense, hay un sentimiento común que puede ser más efectivo que referir la ley o el mandato constitucional que nos impone obligaciones.

He aquí otra complejidad de los derechos humanos de las personas mayores. El hecho de ser percibidas como un grupo con una especial vulnerabilidad a la incertidumbre (Hurd, 1989) no se traduce de manera espontánea en que se les reconozca como titulares de derechos. En este sentido, en los países con amplios sistemas de bienestar, si bien pueden disfrutar de las dimensiones más receptivas de la ciudadanía –que garantizan la satisfacción de necesidades básicas en terrenos como la seguridad social y la salud–, aquellas de orden más activo, ligadas a la autonomía y la participación, les están vedadas (Etxeberria, 2008).

Esta es una de las razones por la que la discusión sobre sus derechos suele ser tan intrincada. Lo que ocurre es que generalmente estamos hablando de cuestiones distintas a partir de experiencias diferentes. En América Latina, las personas mayores no siempre cuentan con la predisposición y preferencia del sistema político para ampliar los recursos y programas destinados a incrementar sus niveles de protección social. Por ello es usual que las instituciones nacionales que trabajan con personas mayores tengan estrechas relaciones de colaboración con sus organizaciones con la finalidad de lograr determinados objetivos, y existe a la vez una apertura significativa para que este grupo social participe en instancias que tienen incidencia en la adopción de decisiones. La actitud de estos funcionarios no se basa en la sencilla buena voluntad para con sus “beneficiarios”. Muy por el contrario, son alianzas decisivas para la existencia de las mismas instituciones y sus programas. La participación de las personas mayores en el proceso de política pública las habilita, a su vez, para plantear nuevas exigencias y demandas que de lo contrario no serían tomadas en consideración sino pasando por las distintas y embrolladas etapas del ciclo de elaboración de las políticas.

Esta conjunción de intereses no siempre es asimilable a lo que ocurre en los países desarrollados. Elder y Cobb (1993), por ejemplo, analizan cómo la legitimidad especial que tienen las personas mayores en los Estados Unidos fue la base de la aprobación del programa de Atención Médica (Medicare) y el programa de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) en 1965. Advierten que la apertura del sistema político hacia las demandas de este grupo como merecedoras de toda la atención tiene varios orígenes; el más evidente se encuentra en el hecho de que se trata de un segmento grande y creciente de la población, que además tiene una tasa me-

dia de votación muy alta, lo que aumenta sustancialmente la probabilidad de que las autoridades presten atención a sus reclamos: “Es tan grande su fuerza electoral que sus problemas tienen muchos abogados en la arena política”, explican (*este hecho no es solo parte de las prácticas del siglo pasado. Uno de los puntos clave en las elecciones presidenciales de los Estados Unidos de noviembre de 2012 es el relativo al seguro médico público para las personas mayores, llamado Medicare. Ambos candidatos a la presidencia han dicho que lo quieren preservar, en una clara apelación al voto de los jubilados, decisivo en estados como Florida*).

Una condición distinta es la que tienen las personas mayores en Europa. Allí, el reforzamiento generalizado de la dependencia de los flujos protectores que provienen del Estado contribuyó, en opinión de algunos autores, a agravar el problema que plantea la gestión de la vejez en una sociedad que está envejeciendo. Anne Guillemard (1992) es tajante en sus afirmaciones al respecto: “Defenderemos la idea de que las políticas de jubilación y de la vejez desarrolladas en los distintos países europeos han procurado efectivamente el bienestar y también han generado costes. Ahora bien, han omitido la base de los recursos de sentido capaces de motivar a la acción y preparar a nuestras sociedades para el inevitable envejecimiento demográfico al que están abocadas. Han construido ampliamente la vejez como si fuera un tiempo de vida definido por un estatuto de la dependencia, al margen de la sociedad, como un período de la existencia que la sociedad ya solo considera un coste y sin ninguna contrapartida”.

Frente a este amplio abanico de posibilidades en torno a los asuntos de las personas mayores y sus derechos, no es extraño que el mayor consenso en la arena internacional se produzca en el ámbito del maltrato. Es quizás ante esta problemática donde la comunidad internacional más acuerdo ha logrado en relación a qué prácticas son justas o injustas, incluso más allá de las experiencias, creencias y valores de cada sociedad, y a nuestro juicio es una de las que más ha evolucionado en su reconocimiento durante el último período (*no obstante este progreso, aún queda mucho por hacer en el campo del maltrato. Al respecto, véanse los artículos de Nony Ardill, Tania Mora y Ana Gamble en este mismo libro*). El mismo Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas, por medio del informe de su presidente fechado en agosto de 2011, reconoce que la violencia y el abuso hacia las personas mayores en las instituciones de atención y la familia representan un fenómeno global. Similar observación hace el CDDH (2012b) cuando reafirma que entre las lagunas identificadas por el Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, una cuestión especialmente urgente es probablemente la violencia y el abuso contra las personas mayores.

La cuestión de fondo, sin embargo, sigue expectante y radica, a nuestro modo de ver, en cómo lograr una aprobación unánime en torno a los derechos de las personas mayores cuando estos se mueven en un orden tan heterogéneo. Esta

discusión nuevamente nos conduce a la universalidad de los derechos humanos y su aplicación en contexto de envejecimiento. No cabe duda que, como ocurre con cualquier declaración de derechos humanos, la positivización de los derechos de las personas mayores desencadenará una tensión e incluso contradicciones entre la contingencia histórica en que se enmarca su elaboración y las demandas morales que se busca afirmar (López Caldera, 2000).

Lo importante, en consecuencia, es avanzar y continuar insistiendo en que los derechos de las personas mayores requieren de una legitimación más firme que el sentimiento de piedad que despierta ante situaciones de injusticia. Como todos los derechos humanos, los de las personas mayores requieren también de una legitimación política, de una expresión jurídica que incluya todos los ámbitos de la ciudadanía, el pasivo para vivir con tranquilidad y seguridad, y el activo para poder controlar en última instancia el propio destino. En definitiva, por muy loable que sea, a las personas mayores no les basta la convicción moral de que tienen un derecho.

F. La afirmación de los derechos humanos de las personas mayores en el debate contemporáneo

Desde la aprobación de la Declaración de Brasilia, en 2007, los derechos de las personas mayores han ocupado progresivamente un lugar cada vez más destacado en la agenda de los derechos humanos. Muestra de ello es la labor que han efectuado los comités de los tratados (*para un conocimiento detallado de la práctica del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación con las personas mayores, véase el artículo de Rocío Barahona en este mismo libro*) y el Consejo de Derechos Humanos –los primeros mediante sus observaciones generales y el segundo por medio de mandatos específicos propuestos a los procedimientos especiales (*se trata de mecanismos “no convencionales”, en el sentido de que no son establecidos por convenciones sino mediante resoluciones de los órganos políticos de las Naciones Unidas, integrados por expertos o expertas que actúan a título independiente y que reportan periódicamente sus actividades ante el Consejo [Naciones Unidas, 2008]*)–, los informes de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y el diagnóstico que ha emprendido el Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas (véase el **Recuadro 1**). No obstante, es el ámbito regional el que empieza a perfilarse como un foro favorable para iniciar la construcción de un consenso que a largo plazo se traduzca en acuerdos más amplios en el ámbito internacional (véanse los artículos de Marcos Acle y Luis Rodríguez-Piñero publicados en este mismo libro; el primero ofrece un acercamiento general al borrador del proyecto de convención interamericana que se analiza en el marco de la OEA. El segundo hace un análisis del mismo documento a partir del principio de igualdad y no discriminación).

Esta predisposición del nivel regional se fundamenta en los esfuerzos anteriores dirigidos a proteger a las personas mayores, principalmente en el área social y económica. De esta forma, aun cuando no existe ningún instrumento de derechos humanos a nivel internacional, europeo, interamericano o africano que esté completa y exclusivamente dedicado a los derechos humanos y la dignidad de las personas mayores, algunos tratados regionales vigentes dedican un articulado especial a los “ancianos” (Stuckelberger, 2011; Cangemi, 2011).

La Carta Social Europea, revisada en 1996, establece en el artículo 23 el “derecho de las personas de edad avanzada a protección social”, que las partes se comprometen a adoptar o a promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, desarrollando medidas apropiadas orientadas en particular a: i) permitir que las personas de edad avanzada sigan siendo miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible; ii) permitir a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, y iii) garantizar a las personas de edad avanzada que vivan en instituciones la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten sus condiciones de vida en la institución (Consejo de Europa, 1996) (*es interesante la aclaración que hizo la Secretaría de la Carta Social Europea acerca del significado de la expresión “miembros plenos” que se utiliza en el artículo 23: “The expression ‘full members’ means that elderly persons must suffer no ostracism on account of their age. The right to take part in society’s various fields of activity should be granted to everyone active or retired, living in an institution or not. The effects of restrictions to the legal capacity should be limited to the purpose of the measure” [CDDH, 2012a]*).

Por otra parte, la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos incluye varias disposiciones relativas a la protección especial de los derechos de las personas mayores. Según el texto de la carta, “... los ancianos y los minusválidos... tendrán derecho a medidas especiales de protección adecuadas a sus necesidades físicas o morales” (UA, 1981, traducción libre). De igual manera, el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África (Protocolo de Maputo) reconoce la especial vulnerabilidad de las mujeres mayores y pide a los Estados adoptar una serie de medidas en consonancia con su desarrollo físico, necesidades económicas y sociales, así como su acceso a la formación ocupacional y profesional, y a garantizar el derecho de las mujeres de edad avanzada a vivir libres de violencia, incluido el abuso sexual (UA, 2003) (*sobre la situación de las mujeres mayores, véanse en este libro los artículos de Ferdous Ara Begum, Sonia Montaña, María Dolores Puga, Aparna Mehrotra y Hanna Peaker*).

Por último, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San

Salvador” dedica el artículo 17 a la protección de los “ancianos”. Adicionalmente, por lo menos en el ámbito europeo, hay numerosas disposiciones de orden no vinculante que tratan aspectos relacionados con la salud, el cuidado, el potencial de trabajo, la rehabilitación, la integración de las personas mayores en la sociedad y las familias, los “ancianos migrantes”, entre otros (*véase CDDH, 2012b*). Labor parecida ha impulsado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el ámbito interamericano.

Desde este punto de vista, es posible sostener que la protección de las personas mayores no es un tema nuevo para estos órganos intergubernamentales. Lo inédito es que se empieza a convertir en un foco de sus trabajos y ahora es considerada desde la perspectiva de los derechos humanos (Cangemi, 2012; Jacir, 2012). Con todo, persiste la dificultad de llevar a la práctica el proceso de aplicación de los convenios existentes, y queda mucho por hacer para proteger y afirmar los derechos de las personas mayores en el ámbito regional. Ejemplo de ello es lo que sucede con el artículo 23 de la Carta Social Europea, que solo obliga a las partes que lo aceptaron, o lo que ocurre en el ámbito interamericano, donde a pesar de que el Protocolo de San Salvador es ampliamente reconocido como un instrumento de orden vinculante para proteger los derechos de las personas mayores, no todos los países que hoy están a favor de impulsar una convención internacional en el seno de las Naciones Unidas lo han ratificado.

Este es el marco programático e institucional regional en que empieza a operar un genuino interés por los derechos las personas mayores. Hay que valorar, tal como lo destaca también el informe de abril de 2012 de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que son espacios que pueden hacer inéditas contribuciones a la protección de los derechos de las personas mayores si logran concluir los procesos actualmente en marcha para dotar a su quehacer de nuevos instrumentos en este campo.

Específicamente nos referimos a la labor que realiza la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, a través de su Grupo de Trabajo sobre las personas de edad y las personas con discapacidad en África, que está elaborando un protocolo para proteger los derechos de las personas mayores contenidos en la Carta Africana y que se examinará en 2012. Algo similar, aunque más avanzado, es lo que ocurre en el seno de la OEA, que prepara actualmente un proyecto de convención sobre los derechos humanos de las personas mayores que será objeto de negociaciones en el período comprendido entre 2012 y 2013. Por último, cabe hacer notar los progresos del Consejo de Europa, que ha comenzado a preparar un instrumento no vinculante sobre la promoción de los derechos humanos de las personas de edad, de conformidad con el mandato de su Comité Directivo de Derechos Humanos, que también se espera materializar en los próximos años (United Nations, 2012).

Recuadro 1. La contribución de los comités de los tratados y de los procedimientos especiales del consejo de derechos humanos

Con posterioridad a 2007, los comités de los tratados han efectuado un amplio trabajo para contribuir a la comprensión de los derechos de las personas mayores. Es lo que sucede, por ejemplo, con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha desarrollado en mayor medida el contenido de esos derechos mediante distintas disposiciones o cuestiones abarcadas por el Pacto.

En el último bienio, el Comité ha realizado contribuciones por medio de dos observaciones. En la Observación general N° 19, de 2008, sobre el derecho a la seguridad social, se centró en el contenido normativo de este derecho, las obligaciones de los Estados, las violaciones y su aplicación en el plano nacional. En la Observación general N° 20, de 2009, sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, aclaró la interpretación del artículo 2.2 del Pacto, incluidos el alcance de las obligaciones de los Estados, los motivos prohibidos de discriminación y su aplicación en el ámbito nacional.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha prestado particular atención a la situación de las mujeres de edad en sus observaciones finales sobre determinados Estados partes, tratando cuestiones como la violencia contra ellas, la educación, el analfabetismo y el acceso a las prestaciones sociales. Luego de la nota conceptual relativa a la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos elaborada en 2009 –en que reconoce que los cambios en la estructura etaria de la población tienen profundas consecuencias en los derechos humanos y aumentan la necesidad de solucionar el problema de discriminación que sufre la mujer mayor–, el Comité adoptó la Recomendación general N° 27, de 2010, cuyo propósito fue identificar las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres mayores y entregar lineamientos acerca de las obligaciones de los Estados partes de la Convención. También se incluyeron recomendaciones en materia de políticas, que apuntan a integrar sus preocupaciones en las estrategias nacionales y las iniciativas de desarrollo y de acción positiva, para que puedan participar plenamente, sin discriminación y en pie de igualdad con los hombres. Junto con ello, se entregó una guía para incluir la situación de las mujeres mayores en los informes que presentan los Estados partes de la Convención. Por último, otro comité que ha abordado la cuestión de las personas mayores es el de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que en la Observación general N° 2, de 2008, estableció la protección de ciertas personas o grupos que corren mayor peligro de ser torturadas o recibir malos tratos, dentro de los cuales se incluyó a las personas de edad. Asimismo, se hizo una notable contribución a la comprensión de los malos tratos y su relación con las prácticas de tortura.

Por su parte, los expertos independientes y los relatores que forman parte del sistema de procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos también han realizado importantes aportes. En 2010, la Experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza presentó su informe de conformidad con la resolución 8/11 del Consejo de Derechos Humanos, centrado en las pensiones no contributivas. En el documento hizo hincapié en que, frente a la vulnerabilidad de las personas mayores, los Estados deben tomar medidas apropiadas para establecer planes de seguridad social que les proporcionen prestaciones sin discriminación alguna y que garanticen la igualdad de derechos de hombres y mujeres. El informe contiene recomendaciones para que las pensiones no contributivas cumplan con las normas básicas de derechos humanos.

En 2011, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental realizó un estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, de conformidad con la resolución 15/22 del Consejo de Derechos Humanos. En este documento se plantea que la sociedad debe dejar de aspirar exclusivamente a que los ciudadanos envejezcan de manera saludable y comenzar a promover su plena inclusión y desarrollo como titulares de derechos. El informe subraya que el enfoque de derechos humanos es el adecuado para implementar acciones de salud orientadas a las personas mayores y ofrece recomendaciones al respecto.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Informe sobre la aplicación de la Declaración de Brasilia y de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento", Santiago de Chile, 2012.

Lo relevante de estos tres procesos es que ponen de manifiesto algunos asuntos que se han mantenido en la indefinición o abierta contradicción por largo tiempo en los ámbitos nacional, regional e internacional. En este artículo,

pondremos atención en dos que nos parecen estratégicos en la coyuntura actual: el primero está relacionado con la definición de la persona mayor y el segundo con el alcance multifacético de sus derechos.

1. Una definición aproximativa de las personas mayores

Para la especificación de las personas mayores como titulares de derechos se precisaría de una definición acerca de quiénes componen este grupo social. Ello implica, necesariamente, circunscribir las definiciones de edad –ya sea cronológica, fisiológica o social–. La tarea es extremadamente compleja, puesto que una característica propia de este grupo social es su marcada heterogeneidad, junto al hecho que sus miembros reciben una serie de denominaciones que no son más que eufemismos para alejar una realidad social de la que pocos desean formar parte y que no siempre aluden a un fenómeno común (*en Europa, el Comité de Ministros estableció en su recomendación número R(94)4 sobre las personas ancianas que es inútil intentar definir cuándo se inicia exactamente la edad de la vejez, y afirmó que el envejecimiento es un proceso que depende de los individuos, sus circunstancias y el medio en que viven [CDDH, 2012b]*).

El ámbito regional no está exento de estas distinciones. Aunque se ocupe únicamente un criterio cronológico, suelen existir diferencias con respecto a la frontera que marca el inicio de la vejez. Solamente en América Latina, por ejemplo, la definición cronológica del comienzo de esta etapa vital establecida legalmente difiere entre un país y otro. La mayoría de ellos comparte el criterio de 60 años y más, pero en Costa Rica y el Ecuador se define a partir de los 65 años.

Esta heterogeneidad suele ser mucho más pronunciada al trasladarla a la escala internacional, y tiene consecuencias importantes. Por ejemplo, en el caso de América Latina, y de acuerdo a las proyecciones de población del CELADE-División de Población para 2010, si se considera una persona como mayor a partir de los 60 años la cifra total de este segmento etario suma más de 57 millones, pero si se aumenta la edad a los 65 años se reduciría a 39 millones de personas. Es decir que la diferencia entre definir más temprano el límite cronológico de la vejez tendría una expresión numérica equivalente a 18 millones de personas, lo que prácticamente representa la población de Chile ese mismo año.

Pero la frontera cronológica no es la única que puede delimitar la vejez de otras etapas de la vida, también puede hacerse a partir de la distinción basada en el nivel de funcionalidad. Efectivamente, es inevitable la relación entre la edad cronológica y la fisiológica, puesto que a medida que avanza la edad suele existir un deterioro funcional que puede afectar la autonomía. Aunque no es común para todos los seres humanos, la vejez está muy relacionada con el momento en que se inicia el deterioro funcional, con evidencias de distinto tipo. No obstante, no se sabe con certeza cuándo comenzará y menos aún se puede afirmar que ese inicio sea el mismo para hombres y mujeres, según el origen étnico u otra base de diferenciación social. Por otra parte, sentar un límite funcional como base de una definición de la persona mayor sería el equivalente a decir que el

sexo es el que define la posición discriminada de las mujeres o que la deficiencia lo hace en el caso de las personas con discapacidad.

Lo óptimo pareciera ser usar una forma de definir la vejez que tenga como base la discriminación de la que son objeto las personas de 60 años y más. El Grupo de trabajo sobre derechos de las personas mayores del Comité Directivo de Derechos Humanos de Europa, en su informe de marzo de 2012, señala al respecto que una definición de persona mayor debería referirse a la vulnerabilidad que conlleva el envejecimiento para todos los seres humanos, la que deviene de las actitudes, percepciones sociales negativas u otros factores que originan barreras que se expresan en forma de discriminación, limitación o impugnación del ejercicio de los derechos humanos.

Construir una definición de este tipo permitiría colocar en el centro de la discusión la discriminación que afecta a este colectivo humano en razón de la edad. Junto con ello, ayudaría a desplazar el problema desde el individuo de edad avanzada hacia la sociedad, lo que supondría concentrarse en los obstáculos sociales y no en el funcionamiento de la persona (Etxeberria, 2008), criterio que ya se utilizó para las personas con discapacidad (*Robin Allen, en su trabajo “How to define ‘older people’ in the context of global human rights legislation”, realiza un análisis pormenorizado acerca del tema y propone la siguiente definición: “older persons include those who by reason of their having an older age or perception of their having such an older age suffer barriers to the full and effective participation in society on an equal basis with others” [Allen, 2012]*). En este caso, se trata de reconocer la existencia de una sociedad que está construida de tal modo y que desarrolla tales dinámicas que margina a quienes tienen determinadas características, impidiendo la realización plena de sus capacidades. Vale decir, no es la vejez la que dificulta el ejercicio de los derechos humanos, es la concepción de la vejez la que niega el goce de esos derechos (Megret, 2011).

La búsqueda de una definición, no obstante, no debe ser impedimento para continuar avanzando en la exploración de mejores formas para proteger los derechos de las personas mayores. Muestra de ello ha sido el trabajo sistemático que han realizado las Naciones Unidas en torno a ellas desde 1948 (*es importante reconocer que no siempre el trabajo desarrollado en el marco de las Naciones Unidas ha abordado los asuntos de las personas mayores desde una perspectiva de derechos. Como reflejo de lo que ocurre en la comunidad internacional, este enfoque se empezó a aplicar en este ámbito desde no hace muchas décadas. Por lo mismo, hay que destacar que en 1948 la Argentina ya había hecho referencia a los derechos en la vejez por medio de la promoción de una declaración, que lamentablemente no tuvo mayor eco entre el resto de los Estados Miembros de la Organización.*)

2. El carácter multifacético de los derechos en la vejez

En 2010, la CEPAL afirmó que debido a la multiplicidad de las fuentes normativas existentes, su distinta catego-

Recuadro 2. Grupos especiales de personas mayores.

Las mujeres de edad, las personas mayores de zonas rurales y aquellas en situación de cárcel son grupos que tienen menor visibilidad que el resto en las agendas de los gobiernos. Ello a pesar de que las mujeres mayores han sido objeto de debate hasta en el seno de las Naciones Unidas, que el envejecimiento de la población rural es un asunto que preocupa incluso a los países desarrollados, por el impacto que puede tener en la economía, lo mismo que el envejecimiento de la población adulta mayor en prisión.

i) Personas mayores de zonas rurales

Las personas mayores residentes en zonas rurales enfrentan problemas particulares, relacionados con los derechos de la herencia, el acceso a los recursos productivos y las tecnologías. La presión de los hijos, los vecinos e incluso algunos organismos públicos es alta, puesto que las personas mayores suelen ser propietarias de la tierra y ello generalmente se percibe como un obstáculo para su productividad. En México, por ejemplo, en 2009, el 24,5% de los derechos de tierra estaban en poder de ejidatarios y comuneros de entre 60 años y 75 años, y el 15% de los propietarios tenían más de 75 años (Vásquez, 2010). Ello ha llevado a algunos sectores a plantear que el envejecimiento de los propietarios incide en el subaprovechamiento de las tierras, debido a que a las personas mayores ya no les resulta fácil adoptar cambios y transformaciones tecnológicas, puesto que siguen arraigadas a las costumbres y a las formas tradicionales de cultivo. Se trata de un tema que, con la excepción de algunos países, no se aborda con la importancia que merece.

ii) Mujeres mayores

Los derechos relacionados con las mujeres mayores no se examinan de manera sistemática ni en los informes de los Estados ni en los informes paralelos de las organizaciones no gubernamentales. En la mayoría de los casos, la mujer mayor y la discriminación de que es objeto siguen recibiendo poca atención (Naciones Unidas, 2009). Esta generalizada invisibilidad se aprecia también en las políticas públicas. En una revisión de la información proveniente de 41 Estados Miembros de la CEPAL se observa que muy pocos han implementado acciones favorables para ellas. La discriminación que las afecta, producto de las desigualdades acumuladas en el transcurso de la vida, no se aborda más allá de la seguridad económica y de iniciativas recientes en materia de servicios sociales.

iii) Personas mayores en situación de cárcel

Otro tema desatendido es el impacto del envejecimiento en las cárceles. Según un estudio sobre la población carcelaria de edad avanzada en los Estados Unidos, los hombres y mujeres mayores son el grupo de más rápido crecimiento en las cárceles del país, y las autoridades penitenciarias se enfrentan a la tarea de brindarles alojamiento y atención médica adecuados. Entre 2007 y 2010, la cantidad de personas mayores encarceladas sentenciadas a nivel federal aumentó 94 veces más que la tasa de población carcelaria general (HRW, 2011).

Con frecuencia, las personas mayores en situación de cárcel no cuentan con la atención necesaria y otras pasan largos períodos en prisión sin recibir condena. En 2009, en todo el sistema penal de El Salvador había 514 personas mayores y el 6% de la población de reclusas de la cárcel de mujeres tenía más de 60 años; muchas de ellas no habían podido acceder a los beneficios de la libertad condicional por falta de información o medios para hacerlos efectivos (Jaspers, 2011). Se trata de una población que experimenta una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidades, y que genera costos médicos entre tres y nueve veces superiores a los de otros internos más jóvenes. Esta es una de las razones por las que, sobre todo en los países desarrollados, este tema adquiere cada vez mayor relevancia (LeMesurier, 2011).

Fuente: Elaboración propia.

ría jurídica y su alcance regional o variedad de contenido, existe una amplia diversidad con respecto a la definición de los derechos mínimos de las personas mayores en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Esta divergencia implica una serie de dificultades prácticas importantes para los titulares de deberes, y en particular para los Estados, que son los responsables últimos de la adopción de medidas legislativas y normativas para promover los derechos de las personas mayores. Esa situación también afecta a los titulares de derechos y a otras partes interesadas, que desempeñan un papel fundamental en su protección y la promoción de su respeto.

En la actualidad todavía no hay acuerdo acerca de cuáles son los contenidos mínimos de un estándar de derechos de las personas mayores. Hay distintos puntos de vista, lo que por cierto tiene implicaciones sobre las obligaciones que derivarían de su posible positivización. En algunos casos, lo que se busca es repetir el catálogo de derechos humanos de los pactos internacionales, haciendo explícita la referencia a la situación particular de las personas mayores en cada uno de ellos. En ocasiones, este ejercicio suele asemejarse mucho a la elaboración de un plan de acción pormenorizado, y en la práctica se pierde el objetivo de identificar la esencia y fundamento de los derechos humanos en contexto de envejecimiento.

En otros casos se afirma que no se necesita un catálogo exhaustivo de derechos de las personas mayores, sino que hay que avanzar en la identificación de medidas dirigidas a eliminar la discriminación de la que es objeto este colectivo. Se señala que el principio de igualdad y no discriminación es la justificación principal para la necesidad de instrumentos internacionales específicos sobre los derechos de este colectivo. En ese caso, cabría pensar que más que una convención sobre los derechos de las personas mayores, lo que se necesita es una convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas mayores (Rodríguez-Piñero, 2012).

Por último, una tercera posición parte de la base de que las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas mayores son, de alguna forma, de naturaleza diferente a las que afectan a otras personas, y que su falta de consideración es la que torna inadecuados los instrumentos de derechos humanos destinados a garantizar su plena protección. En este marco, más que establecer nuevos derechos –como ocurrió con las personas con discapacidad–, lo que se necesita es, por una parte, profundizar el significado que tienen para las personas mayores los derechos humanos existentes y, por la otra, aclarar las obligaciones de los Estados con respecto a la promoción y protección de esos derechos en contexto de envejecimiento. De esta manera, una estándar de derechos humanos serviría para desnaturalizar algunas prácticas y dar contenido político a otras (Megret, 2011). Es quizás esta última postura la que reúne más seguidores en la actualidad, aunque fue la primera que mencionamos la que actuó como la base de las reflexiones y puntos de vista que hoy circulan en el concierto internacional.

Pese a estas diferencias, hay algunos asuntos que suelen ser objeto de mayor consenso con respecto a la necesidad de una protección diferenciada. Las organizaciones no gubernamentales internacionales los han identificado a partir de su trabajo, señalando la capacidad legal, el abuso y el maltrato y la discriminación por razón de edad (Allen, 2012). HelpAge International agregó el derecho a un ingreso, a la seguridad social y a los recursos, junto con el acceso a la justicia (*para un conocimiento sobre el significado y contenido del acceso a la justicia en contexto de envejecimiento, véanse en este libro los trabajos de Lupita Chaves, Luiz Salles y Gustavo Fallas*), la autonomía y la independencia (Murphy, 2011).

En el caso de los organismos intergubernamentales, las secciones sustantivas del instrumento no vinculante que está elaborando el Comité Directivo de Derechos Humanos de Europa se concentran en la no discriminación, la autonomía, la participación e inclusión social, la protección contra la violencia y el abuso, el apoyo y el cuidado (CDDH, 2012c). Otro aspecto común de las propuestas actualmente en curso en relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores es la preocupación especial por algunos grupos específicos dentro de la población adulta mayor (véase **Recuadro 2**).

Una consulta realizada por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2011, en cumplimiento de la resolución 65/182, dejó en evidencia que son precisamente algunos de estos ámbitos los más desprotegidos en las legislaciones y medidas internas de cada país (véase “*Submissions to the Secretary-General report, GA res. 65/182*” [en línea] <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/Submissions.aspx>). El diagnóstico elaborado por el Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento también coincide en algunos de estos aspectos, y en su última reunión de agosto de 2012 quedó de manifiesto que hay elementos que se encuentran en la base de todos los derechos analizados –sean estos civiles y políticos o económicos, sociales y culturales– que deben ser considerados. Estos elementos se relacionan precisamente con la autonomía como principio clave para interpretar los derechos humanos en contexto de envejecimiento.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la autonomía supone una dimensión pública que tiene que ver con la participación activa en la organización de la sociedad y una dimensión personal que se expresa en la posibilidad de formular y realizar los propios planes de vida. En ambos casos, la autodeterminación y la libertad para decidir por sí mismo son la base de su ejercicio. Es quizás este el punto crítico a partir del cual se podría analizar un futuro instrumento de derechos humanos, es decir, debería considerarse el alcance de uno u otro derecho para promover, facilitar y asegurar la plena autonomía de las personas mayores (Huenchuan, 2010).

Como dijimos en apartados anteriores, algunos derechos se relacionarán con la dimensión más pasiva de la ciudadanía, pero ello en ningún caso debe dejar de lado aquellos derechos que fomentarán y potenciarán su dimensión activa. Hoy en día, muchos de los problemas que aquejan a las personas mayores se ubican en este último ámbito, puesto que la construcción generalizada del envejecimiento y la vejez como sinónimos de dependencia no ha hecho sino restringir el ejercicio de la autonomía, lo que en la práctica se traduce en una reducción de la posibilidad de tomar decisiones y actuar libremente (Etxeberría, 2008).

Si las personas mayores están reclamando un nuevo orden en el campo de los derechos humanos, lo primero que hay que asegurar es que sean percibidas como un sujeto moral independiente capaz de establecer relaciones de empatía con el resto de la sociedad, y por cierto, de hablar y representarse a sí mismas.

G. A modo de cierre

En este trabajo hemos documentado los distintos puntos de vista en relación con los derechos humanos en contexto de envejecimiento, haciendo particular referencia a tres elementos: la universalidad, la igualdad y la especificación. Se brindó una argumentación sustantiva sobre la constitución de las personas mayores como un grupo social discri-

minado, que merece la atención de la comunidad internacional para promover y proteger sus derechos humanos. Se examinaron las dificultades que suelen tener las personas mayores para hacer valer sus demandas e intereses como fundamento de la especificación de sus derechos, y se entregaron elementos para afirmar que, pese a la amplia heterogeneidad de este colectivo, es precisamente en materia de derechos humanos –sea su ejercicio o su vulneración– donde tienen más puntos en común que en ninguna otra esfera de la vida social.

La universalidad se examinó desde distintos puntos de vista, tanto en relación a su fundamento como respecto de su catálogo. Igualmente, se hizo referencia a la supuesta invariabilidad de los principios de derechos humanos y los estándares actualmente vigentes, que en el escenario actual precisan de una revisión y adaptación para hacerlos más eficaces. Por último, se documentaron las posiciones que existen en relación a la afirmación de los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Se reconoció el tra-

bajo de los comités de los tratados y de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos. Y, sobre todo, se valoró el ámbito regional como un espacio en el que es posible arribar a consensos de manera más ágil que en la comunidad internacional.

En tal sentido, como bien han insistido varios actores sociales latinoamericanos, los avances regionales en Europa, África y las Américas no son excluyentes de los que se llevan adelante en el marco de las Naciones Unidas. Por ello, más que una superposición de acciones dirigidas a proteger los derechos de las personas mayores, lo que está en marcha es un proceso de convergencia y construcción de consensos que, tarde o temprano, impactará con seguridad más allá del ámbito regional.

Este artículo abordó todos y cada uno de estos elementos de manera muy general, entregando lineamientos que deben ser profundizados en una discusión más amplia sobre el tema y donde no pueden faltar, bajo ninguna circunstancia, las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. AJUPIN (Asociación de Jubilados y Pensionados Independientes de Nicaragua) (2012), "Denuncia", mimeo.
2. Allen, Robin (2012), "How to define 'older people' in the context of global human rights legislation", in *Legal issues for strengthening international legislation on the rights of older persons*, Discussion Papers, AGE UK, [online] <http://social.un.org/ageing-workinggroup/documents/LegalIssuesforStrengtheningInternationalLegislationonRightsOfOlderPersonsAgeUK.PDF> [September 15, 2012].
3. Bobbio, Norberto (1991), "Derechos del hombre y filosofía de la historia", en *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema. Butler, R. N. (1969), "Age-ism: Another form of bigotry", *The Gerontologist*, 9, 243-246. Butler, R. N. and M. I. Lewis (1977), *Aging and mental health*, St. Louis, C. V. Mosby.
4. Cangemi, Daniele (2011), "Strengthening the European standards for the protection of the human rights and the dignity of the elderly", speeches from the panel "Rights of elderly persons in Europe, 5th Warsaw Seminar on Human Rights, Warsaw, 29 September-1 October, Steering Committee for Human Rights.
5. CDDH (Steering Committee for Human Rights) (2012a), "Draft preliminary study on the promotion of the human rights and dignity of the elderly: existing standards and outstanding issues", 84th meeting of the CDDHBU, Strasbourg, 18 January. _____ (2012b), "Selection of relevant Council of Europe texts concerning the human rights of the elderly", Drafting Group on the Human Rights of the Elderly (CDDH-AGE), Strasbourg, 29 February. _____ (2012c), "Drafting Group on the Human Rights of the Elderly" (CDDH-AGE), Meeting report, 23 March.
6. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012), "Informe sobre la aplicación de la Declaración de Brasilia y de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento", Santiago de Chile, 24 de abril.
7. _____ (2010), "Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad" [LC/L.3220(CEP.2010/5)], documento presentado al Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Santiago de Chile, mayo.
8. Consejo de Europa (1996), "Carta Social Europea Revisada", Estrasburgo, 3 de mayo.
9. Courtis, Christian (2004), "Discapacidad e inclusión social: retos teóricos y desafíos prácticos. Algunos comentarios a partir de la Ley 51/2003", *Jueces para la democracia*, N° 51.
10. Elder, Charles y Roger Cobb (1993), "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos", en *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México, Miguel Porrúa.
11. IPES (Programa de Investigación Pobreza y Exclusión Social) (2008), "Panorama de la Tercera Edad en el Uruguay", Montevideo, Universidad Católica del Uruguay.
12. Etxebarria, Xabier (2008), *La condición de ciudadanía de las personas con discapacidad intelectual*, Instituto de Derechos Humanos, Bilbao (España), Universidad de Deusto.
13. Fericgla, Joseph (1995), *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Madrid, Anthropos.
14. Gracia Ibáñez, Jorge (2012), *El maltrato familiar hacia las personas mayores: un análisis sociojurídico*, Zaragoza (España), Prensas Universitarias de Zaragoza.
15. Guillemard, Ann (1992), *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
16. Gutiérrez, Francisco (2011), *Universalidad de los derechos humanos. Una revisión a sus críticas*, Getafe – Madrid, Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.
17. HRW (Human Rights Watch) (2012), *Old Behind Bars. The aging prison population in the United States*, Nueva York.
18. Huenchuan, Sandra (2010), "Envejecimiento y derechos humanos", Seminario internacional del MERCOSUR Ampliado sobre Buenas Prácticas en Políticas Gerontológicas, Buenos Aires, 16 al 8 de junio. _____ (2005), "Pobreza en la vejez y desigualdad de género en América Latina", *Revista Perspectivas*, Núm. 15. _____ (2004), *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*, serie *Población y Desarrollo* N° 51, Santiago de Chile, CEPAL.

Un caso clínico. Varias paradojas

Analia Carril¹

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201503

INTRODUCCIÓN

Este caso clínico es tomado como referencia para evaluar y analizar las distintas propuestas terapéuticas que muchas veces son necesarias para abordar un caso específico.

Como sabemos en adultos mayores las crisis y duelos son simultáneos y masivos, aparece con cada adulto mayor una lista de situaciones que van armando una red de dificultades a trabajar en lo que a psicoterapia se refiere: aislamiento, soledad, dependencias cruzadas, dolores, invalidez, peligros, estrés, dificultades con la obra social, y con los cuidadores, formales e informales, dificultades económicas, la emergencia de la familia continente o no, que aparece frente a estas enfermedades, la relación de pareja, los espacios de diversión, la sexualidad, la posibilidad de gozar de esta etapa, y la búsqueda de herramientas resilientes para no hundirse en el intento de mejorar la calidad de vida, trabajos que el equipo de gerontología debe proponerse en una primera etapa.

En el caso de esta paciente se suma el duelo por su esposo, quien ya no es el hombre que solía ser, la pérdida de un hermano, fin de una etapa de familia de origen, las pérdidas de espacios propios y de actividad física, dificultades económicas, y sociales, que se sienten con las limitaciones de la edad, la dificultad para sostener actividades recreativas por el estrés que implica ser en una edad compleja, cuidadora full time, con ninguna ayuda por parte de hijos ni nietos.

El paisaje que se arma así, excede lo que el aparato psíquico puede ir elaborando, y el dolor como síntoma masivo se impone, un dolor que condensa múltiples decires y quejas, acerca de la vida que ya no es lo que era...

Este dolor puede ser abordado de a poco, mediante múltiples espacios de ayuda e información, mucha contención, y en nuestro caso la decisión del equipo de acompañar hasta las últimas instancias el decir de la paciente, sea con palabras, sea con el cuerpo, y evitar la medicalización de los duelos en la vejez.

Aunque, al final del tratamiento la paciente se encuentra tomando medicación antidepressiva, y sosteniendo los espacios terapéuticos grupales e individuales, tanto como los grupos informativos para familiares de pacientes dementes. También la paciente intenta retomar sus clases de actividad física.

Se evalúa la posibilidad futura de una internación para el esposo, pero aun se trabaja con la toma de decisiones al respecto.

Breve reseña del caso Di

Motivo de consulta. La paciente llega al servicio en busca de la médica geriatra por quejas de memoria y cansancio generalizado.

Es derivada a la interconsulta y evaluación psicológica, donde expresa que: esta “desmotivada” “cansada” y con “miedo por los olvidos y las distracciones”. Dice, “algo tengo, yo, no estoy bien” “soy consciente de mis fallas y quiero vida útil” “no me concentro, pierdo cosas y me olvido donde las puse”.

Refiere que ella solía tener muy buena memoria y le gustaba leer, además dice que era muy curiosa y le gustaba hacer cursos, y gimnasia, pero ahora no quiere salir, ni hacer actividades.

Dice que los dolores de la artrosis le afectan el ciático y la movilidad, y que esto afecta su ánimo.

Aspectos semiológicos relevantes. La paciente esta lucida, orientada en tiempo y espacio no tiene síntomas psicóticos, al momento de la entrevista. La paciente es cola-

1. Psicóloga, Psicogerontóloga.

boradora con la evaluación y cuenta que estudió dos carreras terciarias, que ahora no hace terapia pero hizo mucho tiempo y dice “nunca me hizo bien”.

No tiene problemas en hacer los test, que programamos para otra entrevista.

La paciente cuenta que tiene una hernia de disco lumbar, que está tratada, pero el dolor de su cintura y pierna la afecta para salir y viajar, que igual hace las cosas pero con mucho esfuerzo.

Actualmente no tiene problemas de alimentación, dice que se siente bien con la dieta y el peso actual, que trata de comer sin sal, y poca grasa. En general tiene buen estado de salud.

Tratamientos anteriores. Con anterioridad ha realizado tratamiento para los ataques de pánico (cuando se divorció, cuando se jubiló, cuando tuvo un hijo enfermo), dice que ahora su esposo no está bien de salud, que está siendo evaluado en el Servicio de Neurología y eso la tiene muy preocupada. Relata que alguna vez ha tomado antidepresivos pero que no le hicieron bien (sertralina) y que tomó en distintas ocasiones y toma actualmente ansiolíticos, (alprazolam 0,5 mg). Asocia sus ataques de pánico y angustia a situaciones puntuales: su divorcio y la enfermedad del hijo. Situaciones que luego desaparecieron, así como los ataques de pánico, pero sostuvo la medicación.

Otras dolencias. Refiere que ha hecho múltiples tratamientos para la artrosis, ahora busca osteopatía, ya hizo acupuntura, sin alivio. No quiere tomar mucha medicación porque dice que le caen mal los analgésicos, pero usa inyectables si no puede aguantar (diclofenac y algunas veces corticoides inyectables). Actualmente toma medicación para la hipertensión arterial, dice que es hipertensa desde hace mucho, pero relata que siempre estuvo “controlada”.

Medicación utilizada. Valsartán, sinvastatina, insaponificables de palta y soja, diosmina 500 mg, alprazolam 0,5 mg, ácido tióctico 600 mg.

Le gustaba hacer actividad física dice que hacía Tai chi, y que siempre hizo natación, hasta que los dolores la complicaron entonces comenzó acuagym, pero en el último año no ha ido porque no se siente bien. Dice que le encanta el agua, pero hacía bronquitis y cistitis a repetición y entonces “dejo la pileta”. Se asocian estas dolencias a situaciones puntuales de estrés en los últimos tiempos.

Diagnostico y tratamiento. Se diagnostica inicialmente un trastorno de la memoria y la atención ¿asociados a un deterioro cognitivo leve? ...

Para ser evaluado, se realizan las pruebas neuropsicológicas y se descarta tanto deterioro cognitivo como demencia, en principio, porque todos sus test dan normales, excepto depresión de Yesavage que da 19 puntos (= depresión).

Evaluación neuropsicológica screening se administró Mini Mental, Test del Reloj, escalas de actividades básicas y de actividades instrumentales, escala de depresión Yesavage, partes del test de Addenbroke's

Los resultados son dentro de los parámetros normales excepto el test de depresión que da 19 puntos = depresión.

Se le indica interconsulta con psiquiatría, pero no acepta, dice que **prefiere esperar**.

Se interroga si hay situaciones de estrés o angustia puntual y relata ciertos duelos y quejas de memoria, entonces, la paciente es invitada a nuestros talleres de memoria, a los cuales asiste dos veces y con pésimos resultados, ya que no puede prestar atención, no anota los ejercicios ni hace las tareas. Pensamos en un deterioro cognitivo leve incipiente.

Deja de venir al taller y falta a algunas citas con la geriatra. Vuelvo a ver a la paciente con motivo de la invitación a un grupo terapéutico de frecuencia mensual que realizamos con la asistente social, y ocasionalmente con la geriatra.

Al poco tiempo del inicio de las sesiones grupales, en el segundo y tercer encuentro, cuenta que su esposo ha sido diagnosticado con una demencia, suponen tipo Alzheimer y que ella tiene que organizar muchas cosas. Se muestra abatida y perdida, parece no ser consciente de todo lo que pasa, pero siente que su vida ha cambiado rotundamente. Eso es lo que le cuenta al grupo.

En el taller realizamos psi coeducación y psicoterapia. En este taller la participación es activa, empieza a tomar decisiones con la enfermedad de su esposo, y trabaja con la idea del duelo de lo que ya no será, y de extrañar a “su compañero”. También en este periodo de tiempo, fallece su único hermano, con lo cual ella es la última integrante viva de su familia de origen y eso la angustia mucho. Inicia entrevistas terapéuticas individuales.

Se realiza un bloqueo lumbar y sigue con osteopatía.

En la interconsulta con la geriatra se confirma que no hay resultados anormales en los estudios realizados, laboratorio completo, TAC cerebral, eco-Doppler normales de miembros inferiores y cardíaco, electromiograma con mínima lesión en el canal del carpo, centellograma óseo normal.

Objetivos terapéuticos de abordaje. Diferenciar estos rasgos de depresión, del deterioro cognitivo leve, asociado a un estresor como es el cuidado de un esposo demente. (estrés del cuidador).

Nosotras apostamos a este último concepto y trabajamos ofreciendo todo lo posible para elaborar esa pérdida y ese nuevo rol:

Pensamos en la depresión reactiva como el diagnóstico que se ajusta a su situación actual aunque seguimos considerando que el transcurso del tiempo nos será de gran utilidad diagnóstica.

El estrés ha detonado el dolor haciendo de lo agudo algo crónico y neuropático, lo cual la angustia aun más, y le genera malestar para moverse y salir. Le aconsejamos hacer tratamiento para el dolor pero no hace interconsulta con reumatología, sigue con el traumatólogo hasta octubre del 2014 donde le recomiendan la reumatóloga para el bloqueo, y así lo hace.

Trabajamos para lograr un tratamiento psiquiátrico, pero la paciente es reticente.

Hemos tenido un largo tiempo sin tratamiento por problemas del equipo tratante, pero ella retoma su actividad con el mismo interés, y cuenta que fue a distintas instituciones de ayuda a familias de enfermos con demencias, lo cual habla muy bien de su actual resiliencia, y la toma de conciencia de la enfermedad de su esposo, está muy interesada en que el año próximo se reanuden los talleres. Ahora en las entrevistas individuales le cuesta sostener el espacio, con algunas ausencias, pero siempre llama o avisa para nuevo turno.

Intervenciones. Usamos todas las opciones que teníamos disponibles hasta que la paciente encontró los espacios que siente la pueden ayudar, vamos de a poco respondiendo a sus inquietudes según lo que va pudiendo elaborar. A veces los talleres, los grupos terapéuticos, las consultas individuales y multidisciplinarias. También las interrupciones y ausencias nos han servido para revalorizar los espacios, que dice “extrañar”, y lo tomamos como buen indicador, del deseo de mejorar y la instalación de la transferencia. El grupo terapéutico ha sido como vimos en las clases un espacio sanador; “es una posibilidad para revertir cierta tendencia al aislamiento o a la abolición de nuevos proyectos, al pensar que “ya está todo hecho”. En simultáneo, alojamos sus ausencias cuando refiere dolores, y tomamos el dolor como un indicador más de lo que va pudiendo trabajar en las sesiones y lo que no.

Priorizamos el estrés del cuidador, el duelo, y la psi coeducación, no solo dentro de la obra social sino de todo lo que conocemos disponible, promoviendo espacios de encuentro social y conocimiento plural.

CONCLUSIONES

Este caso nos reafirma que el equipo es imprescindible, que debemos trabajar con nuestras propias ansiedades y necesidades diagnósticas para poder ayudar al paciente que es ante todo una persona digna de hacer su proceso

y sus elecciones. Esto lo pienso como el empoderamiento del paciente dentro del equipo, es ella quien decide y elige, en última instancia como recorre su camino para estar más sana, nosotras como equipo geriátrico, sugerimos, informamos, apostamos, hipotetizamos (equivocadamente o no), y eso nos hace ser un espacio valioso en el devenir de este caso en particular. Sostenemos la pregunta antes que las respuestas y tratamos de no invadir, sino apostar a que la paciente vaya eligiendo sus modos de abordar la situación según lo que puede ir metabolizando tanto física como psíquicamente.

En la multidisciplina vamos aprendiendo todo el tiempo, siempre es mucho para recorrer, cada paciente es un ser único e irreplicable, tratamos de escuchar y sumar miradas sosteniendo nuestras disciplinas para no hacer aportes inconsistentes, tratamos de contar con el tiempo como factor y síntoma (presencias, ausencias, interrupciones, resistencias, etc.).

En ocasiones tuvimos que aprender a trabajar con las trabas institucionales y la falta de espacios, para ciertas actividades planeadas que no pudieron realizarse, pero sin embargo dieron sus efectos al ser extrañadas por las pacientes y revalorizadas.

El grupo tratante lleva varios años trabajando juntos. Somos geriatras, asistente social, gerontóloga y psicóloga. También hacemos talleres con un psicólogo que hace psicodrama y un musicoterapeuta invitado.

En todos los casos creo que se pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando con nuestros saberes sobre la particularidad y los modos de presentación de los síntomas, analizando nuestros conceptos y prejuicios y deconstruyendo saberes que puedan convertirse en obstáculos epistemológicos, para escuchar inocentemente a una persona de más de 65 años...

La clínica, el tiempo, la capacidad de recibir y alojar al paciente sin clasificar prematuramente, o soportando la no clasificación, me sigue pareciendo la posición más ética y la estrategia soberana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud, Sigmund. 1917. Duelo Y Melancolía. Tomo Xiv. Amorrortu Ediciones.
2. Lic. Sara Chapot. Curso De Psicogeriatría. Sagg 2014. Material De Las Clases. Profesora Adjunta De La Cátedra Psicología De La Tercera Edad Y Vejez.
3. Facultad De Psicología – Uba
4. Prof Adj. Dra. Alicia B. Kabanchik. Vejez Y Depresion. 2014.
5. Duelo Y Vejez. 2014.
6. Material De Las Clases Psicogereontologia. Sagg 2014.
7. Leopoldo Salvarezza. La Entrevista Diagnostica En Psicogerontologia. Actualidad Psicológica, Buenos Aires, N° 301. Material De Las Clases .Sagg. Psicogerontologia. 2014.
8. Leopoldo Salvarezza. La Vejez. Cap. 10. Cap 12. Editorial Paidós.
9. Lic. Mercedes Labiano. Síndrome De Burn Out. Sagg 2014.
10. Elisabeth Kübler-Ross; David Kessler , Sobre El Duelo Y El Dolor
11. Ed. Luciernaga, 2006
12. Elisabeth Kübler-Ross, La Rueda De La Vida. 2005. Ed. Zeta.
13. Revista Del Hospital Ramos Mejia.volumen Xi.
14. Adriana Rubistein.la Terapeutica Psicoanalitica. Efectos Y Terminaciones. 2012. Jce Ediciones. Capitulo 3.
15. Patricia Ramos Compiladora. Hospital De Agudos Dr. J.m. Ramos Mejia. Los Duelos. Aspectos Estructurales Y Clinicos. Irojo Editores. 2003.
16. Alma. Estrés Del Cuidador. Doce Pasos. Twelve Steps For Caregivers. Ahear Center. Md. Usa. 2000.

La vejez de los conocimientos en medicina

Leonardo Strejilevich¹

Versión web: http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201503

ESPECIAL.- Se asume, injustificadamente, que los conocimientos antiguos o viejos son inservibles, piezas de museo o búsquedas inútiles de historiadores y de ratas de biblioteca. Este tipo de conceptualización se da también en la medicina y en las ciencias fácticas. Hoy se han olvidado y se desconocen las descripciones inefables en sus originales de Paul Georges Dieulafoy (1839 – 1911), Alois Alzheimer (1864 – 1915), William Heberden (1710 – 1801), James Parkinson (1755 – 1824), William Harvey (1578 – 1657), Santiago Ramón y Cajal (1852–1934) y muchos otros. Por ejemplo, al estudiar las viejas historias clínicas de los pacientes internados en asilos y en hospitales públicos encontramos observaciones clínicas y fenomenológicas sumamente detalladas, presentadas a menudo en forma de relatos de riqueza y de densidad casi novelescas.

Tras la institucionalización de rígidos criterios, de manuales de diagnóstico estadístico, de algoritmos (=conjunto ordenado y finito de operaciones o de datos que permite hallar el diagnóstico, la explicación y la solución de un problema) absolutos, la minuciosa y rica descripción de los fenómenos desaparece, y es sustituida por breves notas que no ofrecen una imagen real del paciente o de su mundo, sino que reducen a éste, y a su enfermedad, a una mera lista de criterios de diagnóstico «mayores» y «menores». Las historias clínicas carecen hoy de la profundidad y de la riqueza informativa de antaño, y apenas sirven para realizar esa síntesis tan necesaria entre ciencia y su aplicación concreta al caso particular. Por ello las «viejas» historias clínicas seguirán siendo sumamente valiosas.

En opinión de Goethe, la realidad no está en las simplificaciones e idealizaciones de la física, sino en la compleja realidad fenomenológica de la experiencia.

¿Qué hace que una observación o una idea nueva resulte aceptable, discutible, memorable? ¿Qué es lo que impide que sea así, pese a su importancia y su valor?

En general, las nuevas ideas nos resultan profundamente amenazadoras y por ello le cerramos el paso o bien nos enamoramos de ellas decretando la obsolescencia de las viejas ideas. Esto es cierto en muchos casos y no se reduce todo a la psicodinámica y a la motivación que pretenden explicar este fenómeno.

No basta con aprehender algo, con «captar» algo, fugazmente. La mente debe ser capaz de acomodarlo, de retenerlo. Este proceso de acomodación, de creación de un espacio mental, de una categoría con conexiones potenciales y la voluntad de hacerlo determina si una idea o un descubrimiento se arraigará y dará fruto, o si, por el contrario, será olvidado, se desvanecerá y morirá sin dejar rastro. Debemos permitirnos a nosotros mismos salir al paso de las nuevas ideas para transformarlas en conciencia plena y estable, y en darles forma conceptual reteniéndolas en nuestra mente aun cuando no encajen con los conceptos, las creencias o las categorías existentes, o incluso las contravengan. Los ejemplos negativos o excepciones son de gran importancia; es esencial tomar nota de las excepciones y no olvidarlas, o juzgarlas triviales y oponerse a las simplificaciones y sistematizaciones prematuras en el ámbito científico que pueden cegarnos, anquilosar la ciencia e impedir su crecimiento vital.

«Toda ciencia», escribía Kohler, «posee una especie de desván al que van a parar, casi automáticamente, todas las cosas que no pueden usarse en el momento, que no llegan a encajar. Estamos continuamente desechando, infrautilizando, un material sumamente valioso que conduce al bloqueo del progreso científico» (1913).

1. Master en Gerontología Social, Universidad Autónoma de Madrid
Publicado en *El Intransigente* con el 30 de septiembre de 2014

Es frecuente el desprecio de la ciencia dura hacia la medicina clínica, y especialmente hacia los casos concretos. Todos los casos clínicos serios, son rigurosamente científicos y encarnan una ciencia de lo individual tan dura como la física o la biología molecular.

Las descripciones de enfermedades (= patografías) eran muy detalladas en la antigüedad y ofrecían una importante cantidad de información. A mediados y a finales del siglo XIX fue un período en el que se describieron miles de trastornos y enfermedades claramente diferenciados, con minuciosidad no superada

desde entonces. Fue ésta una época de amplia apertura a la experiencia, de amor por los fenómenos, de talento para describirlos, y dotada de una suerte de pasión cartográfica por su clasificación y ubicación aunque no se pensara demasiado en su naturaleza o en su significado.

La medicina experimentó una importante pérdida: las grandes descripciones y sus artífices, que antaño fueran su gloria, parecieron desvanecerse. Y con el fin de esta tradición, cierta sensación de pérdida, de amnesia, se apoderó de la medicina.

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:

Phillips 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 requiere 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.