

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

ANTROPOLOGIA DE LA SENECTUD



TESIS
QUE PARA OBTENER
EL GRADO DE
DOCTOR EN ANTROPOLOGIA SOCIAL
PRESENTA
LUIS FUENTES AGUILAR

- 1977 -



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

1. Introducción
2. Definición de vejez y teorías sobre el envejecimiento
3. Aspectos demográficos
 - 3.1 El grupo mayor de 60 años en la estructura demográfica
 - 3.2 Esperanza de vida
 - 3.3 Morbilidad
 - 3.4 Mortalidad
4. Aspectos socioeconómicos
 - 4.1 Problemática estructural del sistema operante
 - 4.2 Jubilación
 - 4.3 Confinación
5. Filosofía de la vejez
6. Propuestas para la protección y fomento de la salud del anciano
7. Conclusiones
8. Apéndice
9. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCION.

El envejecimiento humano es un proceso de cambios psicofisiológicos ocurridos en el transcurso de la vida. No puede preverse aún en que medida la evolución de este proceso afecta a cada individuo, debido a que el envejecimiento es un fenómeno complejo donde varios factores actúan de manera interdependiente, pero al mismo tiempo se producen deterioros a nivel psicofisiológico por un lado y, por otro, adaptaciones en términos de compensaciones basados en la experiencia y en una mayor reflexión.

Una de las causas que motivaron la realización de este trabajo fue la inquietud que sobre el tema surgió en un taller que se realizó en la Escuela de Salud Pública con el propósito de organizar un programa de asistencia al anciano*. El problema se determinó en base a las diez primeras causas de mortalidad en el grupo mayor de 60 años en la República Mexicana, consignadas por la Dirección General de Bioestadística; tomando en cuenta únicamente este factor se estructuró el programa con distintos niveles de prevención.

Era obvio que al haber tomado únicamente la mortalidad como factor determinante de la problemática del anciano constituía un enfoque parcial, de aquí que se sintiera la necesidad de buscar un planteamiento que cubriera otros aspectos.

Aún cuando las definiciones sobre la vejez humana discrepan entre las distintas disciplinas, todas coinciden en con

* En el desarrollo de este trabajo, el sujeto de estudio se denominará indistintamente anciano, senecto, viejo o persona de edad avanzada.

siderar al envejecimiento como un proceso de cambio irreversible. La ancianidad se define, por ejemplo, en términos de edad cronológica como la edad jubilatoria de 60 años para los hombres y 55 para las mujeres. Se ha puesto de relieve que el concepto de edad es limitado y que se requieren otros juicios para determinar la ancianidad como la edad biológica, la edad psicológica o la edad social.

Estos juicios sobre la edad permiten observar que el envejecimiento cronológico no necesariamente concuerda con el envejecimiento biológico, psicológico o social. Por ejemplo, a un enfermo terminal (enfermo desahuciado próximo a entrar en agonía) se le consideraría muy viejo desde el punto de vista biológico y fisiológico, cualquiera que fuera su edad cronológica. Por otra parte, un viejo sano sería considerado, bajo este mismo criterio, como más joven que otro de la misma edad cronológica que presentara lesiones orgánicas graves.

Los individuos que son considerados viejos en términos de edad cronológica, no ocupan el lugar que debieran en los programas de salud, vivienda, ingresos o sistema de vida, a pesar de su creciente proporción dentro de la población total del país.

Cuando en las condiciones sociales se considere al proceso de envejecimiento como un proceso natural de todos sus miembros, muchas de las actuales circunstancias tendrán un cambio favorable, que se orientarán a exigir de los programas sociales una nueva fórmula para afrontar el envejecimiento.

Junto con el planteamiento de la definición de senectud, se estimó conveniente presentar un panorama general de las

distintas teorías que condicionan o determinan el proceso del envejecimiento, ya que en base a ellas se podría comprender mejor la etiología de la morbilidad psicosomática del anciano y establecer niveles de prevención.

En general, las investigaciones sobre el envejecimiento tropiezan con numerosos problemas, relacionados en especial con las exigencias metodológicas de la investigación tales como: continuas mediciones y encuestas a realizar en cada caso seleccionado, recolección de datos y análisis e interpretación de los mismos.

Por el caracter mismo del estudio, era necesario conocer el lugar que ocupa el anciano en la estructura demográfica del país. Para esto se utilizaron los datos censales de 1930 a 1970, haciéndose una proyección a 1980. La razón por la cual se analizó la población senecta a partir de 1930 fue porque es a partir de esa década cuando se considera estabilizado al país después de la Revolución Mexicana y es cuando empieza el crecimiento natural de la población con el aumento consecuente de la esperanza de vida.

Para este trabajo fue necesario, por otra parte, recurrir a una serie de entrevistas entre personas senectas, 78 en total, de las cuales 32 estaban asiladas, 46 eran mujeres; la edad de los entrevistados fluctuó entre los 60 y los 89 años con la distribución siguiente: 38 ancianos tenían una edad entre 60 y 69 años; 32 entre 70 y 79 años, y 8 más de 79 años.

En cuanto a la escolaridad de los ancianos entrevistados, 3 eran analfabetos, 24 tenían estudios de primaria, 25

de secundaria, 8 habían cursado la normal para maestros, 3 tenían preparatoria, 10 habían hecho estudios comerciales y 5 tenían una carrera universitaria.

El estado civil de los entrevistados fue el siguiente: 10 eran solteros, 26 casados y 42 viudos.

La encuesta para las entrevistas fue estructurada con los aspectos que se creyeron de mayor significación sobre los ancianos como: edad y sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, contexto familiar, relaciones con el núcleo familiar, actividades diarias, relaciones interpersonales, memoria, percepción auditiva y visual, orientación espacio-temporal y motricidad.

Con la variable, contexto familiar, se deseaba conocer la estructura familiar, es decir, características del padre, de la madre, número de hermanos y lugares donde ha residido.

Un hecho a resaltar es que la mayor parte de las personas entrevistadas pasaron su infancia o adolescencia durante los años de la Revolución Mexicana con carencias, muerte de familiares, imposibilidad de instrucción familiar, epidemias, etc. La figura del padre es por lo general la que faltó. Indudablemente fueron épocas de inestabilidad familiar y que son de importancia para comprender las tendencias de búsqueda de seguridad de algunos entrevistados.

La relación del anciano con su núcleo familiar también se investigó para conocer si la familia a la cual pertenece el anciano se hace cargo de él y si se le reconoce un papel entre los miembros de la estructura familiar.

Al inquirir sobre sus relaciones con el núcleo familiar se desea conocer el grado de participación y de comunicación con las personas con quien vive el anciano. Es evidente la importancia de las relaciones interpersonales entre el anciano y su grupo familiar, las personas que le rodean, su actitud hacia el medio ambiente y los procesos de comunicación.

En los casos que se presentan parcialmente para ilustrar los distintos temas que se tratan, se usan las expresiones propias de los entrevistados. No es posible saber en qué medida las respuestas obtenidas son válidas ya que intervienen en ellas múltiples situaciones, en primer lugar, la tendencia del anciano, en todos sus comportamientos, a aferrarse a lo suyo, a comprender como " normal " lo que acontece en su estructura familiar. No es que el entrevistado mienta o distorsione las respuestas, sino que hay una actitud psicológica de defensa que evita tomar consciencia de sus propios procesos a nivel interpersonal, debido a cierto deterioro ya presente en sus funciones intelectuales y emocionales.

La plática previa con que se iniciaba el contacto con el anciano era por lo general informal y brindaba la oportunidad de transferir su posible angustia, satisfacer la posible necesidad de compartir sus problemas y hablar de sí mismo, relatar sus hábitos, éxitos o desilusiones, revelando sus preocupaciones, lo que esperan o lo que disfrutan.

De las entrevistas que se hicieron a varias personas jubiladas se observó que era factible hacer un esquema con dos parámetros predominantes. En uno de ellos las variables eran sus actitudes de pasividad o actividad, y en otro, su papel co

mo productor o consumidor. Era obvio que algunas personas no entraban en este planteamiento y que cubrían varios apartados al mismo tiempo, pero este sistema teórico facilitó el manejo del tema y permitió ilustrarlo con ciertos aspectos de las en trevistas realizadas.

El jubilado que ha dejado su trabajo, sus amigos, su actividad cotidiana, debe comenzar de pronto una nueva etapa, caracterizada por nuevas relaciones interpersonales y una mayor permanencia con su grupo familiar. Por otra parte, se presenta la tendencia al aislamiento, disminuye su actividad psicomotora y predomina por lo tanto una actividad pasiva, advirtiéndose en estos casos el aislamiento y la desconfianza que manifiestan con respecto a su entorno.

El egocentrismo de los ancianos, así como las limitaciones de sus actividades hace que sus relaciones interpersonales estén caracterizadas por patrones específicos debido, probablemente, a su temor al rechazo de que pueden ser objeto en una sociedad en la que frecuentemente se sienten extraños.

Sin embargo, la necesidad de comunicación con las de más personas se hace evidente en algunos de los ancianos entre vistados en su ansiedad por ser escuchados, por su lenguaje a veces atropellado y confuso, producto de las dificultades que tienen en sus relaciones interpersonales. También esto puede ser debido a los fármacos que, en algunos asilos, les suministran para lograr su mejor control, provocando síntomas de ansiedad y hábitos que conducen a atrofas motoras.

La motricidad debe interpretarse en el sentido de de terioro físico y limitaciones en la movilidad que dificultan su

desplazamiento y el deseo de realizar cualquier tipo de actividad.

Se detectó también la acentuación de cierto tipo de memoria que les permite volver frecuentemente a su pasado. La desorientación espacio-temporal implica la pérdida de la percepción habitual de las relaciones espaciales entre el sujeto con los objetos que le rodean, por ejemplo, no reconocen proporciones, espacios de su ambiente, de su lugar geográfico; lo mismo les sucede en cuanto al tiempo, la época, el año, etc.

Otro problema que se trata en esta tesis es el relativo a la confinación del anciano. Se resalta la desesperanza que, como factor común, generalmente agobia al anciano cuando pasa de su medio familiar a otro de confinación. Se observaron las actividades de varias instituciones de asistencia para los ancianos tanto de la ciudad de México y provincia, como algunas de ciudades europeas, al mismo tiempo que se realizaron entrevistas entre los residentes, trabajadores y administradores.

Es difícil encerrar la pluralidad de la vejez en un concepto o en una hipótesis para tratar de desprender sus generalidades y señalar, al mismo tiempo, la causa de sus diferencias. La condición de los ancianos no es la misma en todas partes ni en todos los tiempos, pero a través de esta diversidad es factible determinar algunos factores comunes.

La vejez es quizás la etapa más difícil dentro de los procesos evolutivos del hombre y el factor más angustiante es la vivencia de envejecer.

Al avanzar la edad existe una pérdida progresiva en

los niveles físicos y mentales que tienden a producir una serie de angustias como sentimientos de vulnerabilidad, de marginación, de impotencia física, que el individuo trata de vencer para poder adaptarse a su ambiente.

La conducta defensiva del anciano puede estar motivada por la angustia que experimenta en el proceso de envejecimiento, es decir, por la situación conflictiva que provocan las limitaciones de sus actividades, las relaciones de dependencia familiar, la angustia ante una muerte cercana, los sentimientos de soledad y el aislamiento que conducen al anciano a desarrollar mecanismos defensivos de carácter patológico.

Para las personas de edad avanzada las modificaciones de la estructura familiar tienen consecuencias importantes. La vejez, simbolizada frecuentemente por la terminación de las actividades económicas, plantea muchos problemas sobre todo donde hay una estrecha relación entre la situación económica, la forma de vida y la actividad desarrollada. Muchas personas que súbitamente se encuentran separadas de sus amistades y de las relaciones mantenidas durante su vida de trabajo, se sienten angustiadas por la soledad y el aislamiento que esto significa.

Por otra parte y por ley natural, los hijos se separan de sus padres para formar sus propias familias e incluso antes de formarlas se rompen muchos de los lazos que en los grupos familiares tradicionales contribuían al bienestar de los ancianos, por lo que la vejez se convierte con frecuencia en sinónimo de aislamiento.

La incapacidad o inconveniencia de algunas familias

para velar por el bienestar de sus miembros ancianos ha hecho que se dejen al cuidado de instituciones de confinamiento donde son socialmente segregados.

Hay muchos mitos y muchas ideas equivocadas respecto a la sexualidad de los ancianos. Por ejemplo, no se ha podido borrar el estereotipo de que la edad avanzada es asexual. La idea de relaciones sexuales entre personas de edad escandalizan. Sin embargo existe también una idea diferente, la del viejo lúbrico. Actualmente debe considerarse que el amor no es privilegio exclusivo de la juventud, como tampoco lo son la inteligencia y el optimismo.

El ser humano puede ser creativo hasta el final, por lo que hay que establecer las condiciones necesarias para que esto no sea la excepción sino la generalidad en todas las personas.

Cualquier ser humano puede encontrar significado en la vida, si se compromete con algo por lo cual es capaz de aceptar la muerte. La confrontación con la muerte, da realidad a la vida; hace de la existencia del individuo algo concreto.

También es cierto que algunos ancianos no han modificado su concepción del mundo, del hombre, de la vida, habiéndose quedado fijos en su mente un estado de cosas que son cambiantes; se enquistaron en un conjunto de valores cuya concepción y práctica se ha transformado; se detuvieron en una verdad que sólo fue válida en el momento en que se ajustaba a un estado transitorio de un fenómeno.

Su nivel cultural resulta obsoleto porque los ancia-

nos pretenden resolver o explicar los problemas actuales con las soluciones que se dieron a los problemas del pasado; porque se enfrentan a una cultura dinámica que les parece complicada ya que no están preparados para entenderla y mucho menos para manejarla y servirse de ella, viven dos mundos antagónicos y extremos: el mundo de su juventud dentro del cual vivieron y que ahora llevan como una carga, y el actual, lleno de tecnología, de por sí asombroso y, a veces, incomprensible para ellos.

Entre las dificultades que se presentaron en el desarrollo de este trabajo destacan: la falta de datos y estadísticas relativos a los aspectos de esta etapa de la vida; la carencia de una bibliografía mexicana al respecto y, sobre todo, la dificultad para realizar las encuestas a nivel personal e institucional.

En algunas instituciones oficiales de asistencia del país se detectó el temor a dar información referente a los servicios que prestan, a sus sistemas de administración, etc. Una posible inspección que pusiera al descubierto alguna especulación administrativa, alguna anormalidad o bien la falta de capacidad para dirigir eficientemente la institución hace que se pongan todo tipo de trabas burocráticas o pseudoreglamentarias para proporcionar la mínima información. Frecuentemente, los directores, administradores, jefes o cualquier tipo de "autoridad" prefieren colaborar mejor con investigadores extranjeros porque suponen que ellos no los pueden comprometer en un momento dado.

Finalmente, deseo expresar mi agradecimiento a mi maestro Julián Meza, quien tuvo a bien dirigir y corregir esta

tesis. También deseo reconocer la ayuda recibida por parte de la Dra. Consuelo Soto Mora con quien discutí en varias ocasiones algunos de los problemas presentados en el desarrollo de este trabajo así como a Jean Pellet, Roseline Bellier y Marie Françoise Robert, quienes me facilitaron materiales e hicieron posible la visita a varias instituciones de asilados. Mi agradecimiento a Elisabeth M. Hollants quién generosamente me facilitó su biblioteca. También estoy en deuda con Jorge Calónico quién realizó los gráficos y con Carmen Medina por mecanografiar el escrito.

2. DEFINICION DE VEJEZ Y TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

La edad cronológica no es suficiente para definir la vejez. La edad es relativa, es simplemente el número de revoluciones que ha dado la tierra alrededor del Sol desde que el individuo nace, pero la declinación fisiológica depende en gran parte de ciertas enfermedades que ocurren entre los 35 y los 50 años, algunas susceptibles de prevenir; esta declinación parece relacionarse con una disminución del ejercicio físico y con las características de un estilo de vida sedentario, más que con la edad in abstracto.

Los diferentes ciclos de la vida humana, han sido estudiados desde varios puntos de vista, el más frecuente es aquel que compara las diferentes edades con las estaciones del año. Cada estación tiene su propia expresión, aunque diferente y única. Hay cierta progresión de una estación a otra y una estación prepara las condiciones para la próxima.¹

Desde el punto de vista psicológico, la vejez es un estado de ánimo que indica como se va a conducir una persona.

1. En Il Convivio, Dante compara la línea de la vida humana con un arco que sube de la tierra al cielo hasta un punto culminante desde el cual vuelve a bajar. El zenith se sitúa a los 35 años. Después el hombre declina lentamente. De los 45 a los 70 es el tiempo de la vejez. Después, la vejez extrema. El fin es apacible si se sabe ser sabio y prudente. Dante compara al hombre muy viejo con un navegante que baja despacio sus velas cuando ve tierra y que toca lentamente puerto. Como la verdad del hombre está en el más allá, debe aceptar serenamente el fin de una existencia que sólo fue un breve viaje.

A medida que pasa el tiempo, la edad cronológica se hace menos útil como índice para entender y predecir la conducta del hombre.

Por otra parte, la vejez tiene una función relativamente igualadora, llega a todos indefectiblemente --morir prematuramente o envejecer, no hay otra alternativa--, pero la defensa frente a ella como ley natural se encuentra desigualmente repartida según los entornos económicos y sociales. Las diferencias de status, clase, etc., no se anulan con la vejez. Por esto, los regimenes de seguridad social están destinados a amparar a los desposeídos.

En nuestra sociedad, la persona de edad es designada como tal por las costumbres, por las conductas, por el vocabulario mismo. Envejecer significa una continua disminución de la plenitud de lo posible y un aumento constante de lo realizado; así como el niño no es un adulto sin acabar, el viejo no es un adulto mutilado sino un individuo completo, que vive una experiencia original.

Entre las primeras divisiones del óvulo fecundado y la muerte, existe un margen de tiempo limitado que es particular para cada especie e incluso de un individuo a otro. En cada caso, este margen de tiempo está determinado en su límite máximo, y sólo dentro de esta limitación, en el curso del tiempo biológico, la forma modelada del organismo puede desarrollarse envejeciendo.

El concepto de envejecimiento es válido entonces desde el nacimiento hasta la muerte y está entendido sólo cronológicamente, como transcurso del tiempo, es decir, significa una

evolución progresiva, irreversible, cuyos rasgos esenciales son el modelado de la forma y su destrucción. La ley de la vida es cambiar. Lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio irreversible y desfavorable, el deterioro.

El gerontólogo norteamericano Lansing propone para el envejecimiento la definición siguiente: " Un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte".²

Todo organismo necesita un determinado margen de tiempo para su crecimiento y desarrollo; este tiempo es, por lo general, tanto más largo cuanto más compleja sea la constitución del organismo en cuestión.

La edad cronológica y la edad biológica están lejos de coincidir, a veces, la apariencia física informa mejor que los exámenes fisiológicos sobre el número de años vividos por una persona, excepto cuando se presenta la progeria³, que hace envejecer prematuramente todos los órganos de los pacientes que la padecen.

El envejecimiento fisiológico empieza hacia la mitad de la fase de estructuración, mientras que en la fase de deca-

2. Citado por Stieglitz, 1964, p. 32

3. La progeria indica la existencia de un agente de envejecimiento desconocido pero bien definido. Quizás será posible, en un futuro próximo, llegar a descubrirlo y entonces retardar considerablemente su acción.

dencia, es decir en la ancianidad, se producen continuamente nuevas formaciones de substancia corporal y regeneraciones, como sucede en las lesiones.

Vivir y envejecer son conceptos considerados como análogos y por esto solo puede efectuarse la clasificación normal de las edades según que en un determinado período predominen los procesos corporales constructivos y en otro los destructivos.⁴ El primero solo es válido hasta el comienzo de la edad adulta y se caracteriza por la terminación del crecimiento corporal. Después sigue una fase más larga durante la cual se mantienen en equilibrio la construcción y la destrucción, y se termina con la edad de la decadencia. Sin embargo, esta clasificación solo proporciona valores muy generales que en cada caso presentan amplias variaciones en una u otra dirección.

Cada tipo de organismo vivo tiene su propia modalidad de crecimiento y envejecimiento genéticamente programada. No obstante, el ambiente en que se vive siempre influye, por lo menos sobre el ritmo de avance de este "desarrollo programado". Pero la influencia de la naturaleza y la nutrición hacen variar mucho el desarrollo entre las distintas categorías taxonómicas.

La longevidad máxima potencial es específica para la especie y no se altera en mucho por influencia del ambiente, mientras que la duración media de la vida de una población depende de sus condiciones de vida. La vida del individuo está

4. Por proceso corporal constructivo se entienden aquellos que llevan al organismo humano a su pleno desarrollo psicosomático, y los destructivos, son aquellos que bloquean los sistemas homeostáticos y regenerativos.

programada desde el punto de partida, a menos que accidentes venidos desde el exterior alteren su energía vital modificando consecuentemente su longevidad.

Por otra parte, el número de años viene a ser una referencia en múltiples aspectos y sirve de base para deducir otros factores. Es conocido el caso común de la mujer que oculta su edad; cuando debe decírla la reduce cada vez que puede. Se considera imperdonable y de pésima educación preguntar por la edad durante una charla informal. El tiempo vivido ha penetrado en la conciencia a tal grado que no es posible separar la imagen de nadie sin una cronometría real o supuesta.⁵

Además, el concepto de senectud no es estático. Los adelantos médicos de los últimos decenios han logrado prolongar la vida humana más allá de los 80 años; en consecuencia, las definiciones sobre vejez no pueden ser las mismas que en épocas pasadas, cuando se consideraba viejo a un individuo de 40 años.

Generalmente se acepta como inicio de la vejez los 60 años de edad y consecuentemente como final de la edad madura. Se considera este límite porque en último análisis depende en cada caso de factores individuales y de que se empieza a ser

5. Las frases que se oyen frecuentemente: " que bien te ves", " los años no han pasado por tí ", "que acabado está, parece un viejo ", " tiene 25 años y no se ha casado, se quedará soltera ", " pobre muchacha, se casó con un viejo que le dobla la edad ". Estas expresiones, familiares para todos, tienen por objeto hacer ver las múltiples formas que adquiere el menosprecio de que es objeto la prolongación del tiempo vivido.

viejo no en una fecha fija sino cuando se quiere serlo.⁶

En las personas asalariadas se toma como inicio de la vejez el momento de la jubilación, pero éste es solo un factor socioeconómico y a veces, individual, pues en la burocracia hay quien se jubila a los 50 años de edad después de 30 de trabajo, por haber comenzado a prestar sus servicios a los 20.

La edad de envejecimiento varía también según las profesiones; los mineros son viejos antes que todos los demás: entre 45 y 47 años; los oficinistas más tarde que el resto, hacia los 65 años.⁷

Se estima que algunas parejas tienen un envejecer más difícil y prematuro, en algunas ocasiones, que los individuos solos; quizás porque el carácter de los esposos se altera. La declinación de la salud, el aislamiento, la jubilación y la partida de los hijos, los llevan a vivir casi exclusivamente el uno para el otro; entonces, cada uno pide a su cónyuge protección y amor, y cada uno es menos capaz que nunca de satisfacer ese pedido. La insatisfacción lleva a la exigencia de una presencia física constante, a los celos, a las persecuciones, acelerando así el proceso del envejecimiento. La separación asesta a veces el golpe mortal a individuos que literalmente no podían prescindir uno del otro.

6. Ramón y Cajal sitúa a la vejez alrededor de los 75 años y añade que no deben preocupar las arrugas del rostro, sino las de la mente que no refleja el espejo, pero que perciben los familiares y demás personas que los rodean y que los abandonan y condenan al silencio.
7. En escritores como Balzac, Zola, Dickens y en los novelistas rusos, en sus obras, casi nunca se encuentran viejos obreros, ya que en realidad, en el proletariado, no se llegaba a viejo en su época. Pero los personajes de campesinos ancianos son numerosos.

Pero por otra parte, las parejas tienen, por lo general, un declinar menos brusco que las personas solas; se sirven de compañía y de mutuo apoyo, lo que les permite un deterioro más lento.

La senectud según el ciclo vital. El proceso de envejecimiento es un fenómeno complejo dado que al particularizarlo las variaciones aumentan considerablemente. Esto permite diferenciar dos tipos de vejez:

1. La vejez absoluta que corresponde al género humano y que es el resultado de los envejecimientos parciales.

2. La vejez relativa que corresponde al envejecimiento de un espécimen aislado.

Es decir, la vejez absoluta se refiere en general a la humanidad; y la relativa al envejecimiento de un hombre en una época determinada.

Los factores por los que se envejece son múltiples, pero en general se pueden clasificar también en dos tipos:

a. Los factores intrínsecos que corresponden de manera muy particular a la organización estructural de la materia misma y que se ajustan a la ley natural.

b. Los factores extrínsecos, que corresponden a la acción del medio al que se está expuesto.

En el caso del hombre, el envejecimiento se inicia desde su concepción misma y es relativo si se considera que el

organismo vive con células viejas y jóvenes a la vez.⁸ Las células tienen ritmos diferentes de envejecimiento, por ejemplo: las células de la epidermis mueren muy rápido a diferencia de las células nerviosas que viven en toda la vida o las de las uñas y pelos que pueden seguir creciendo aún después de la muerte.

En general se acepta que se envejece por el cúmulo de lesiones que se producen en los tejidos debido a los traumatismos sufridos a través del tiempo como radiaciones, cambios externos de temperatura, traumas mecánicos, químicos, cambios de presión; por agentes biológicos como parásitos, microbios, virus; por los sistemas de vida y las presiones sociales, la calidad y cantidad de los alimentos y una lista inagotable de factores que en forma inexorable influyen en el envejecimiento.

Fisiológicamente, el envejecimiento se realiza en un sistema continuo entre construcción y destrucción, crecimiento y desorganización, daños y compensación. Así, el hombre puede ser una entidad armónica corporal y mental en todas las etapas de su vida.

Es evidente que el mantenimiento de esta armonía y de su complicado sistema de ordenación, no es ilimitado. La ley de la irreversibilidad de los procesos de envejecimiento impone que en la edad avanzada sea cada vez más lábil el equilibrio entre los procesos de destrucción y las medidas de compensación del organismo. Finalmente llegará el momento en que no se

8. La placenta muere de vieja a los nueve meses junto al feto que durará 75 años aproximadamente y aún más.

rá posible compensar una fatiga más y el sistema viviente se desmorona porque ha llegado al límite de la duración de su vida natural.

El ser humano tiene una trayectoria desde el cero ontogénico hasta el cero vital, en donde cada etapa de la existencia corresponde a un ser en el tiempo y a un modo de ser en sus particularidades. En medicina es frecuente la división en etapas de la vida, desde su iniciación intrauterina hasta la terminación en la vejez.

Estas etapas se basan en un criterio cronológico. Cada uno de los grupos de edad así considerados tienen características peculiares. Conocer al lactante es parte de los estudios médicos tan importante como conocer al adulto. Se trata de las variaciones de un individuo en continuo desarrollo.

En el ciclo vital, se entiende por crecimiento a la variación en las dimensiones de la masa corporal y se determina con las dimensiones corporales tipo, limitadas en su aumento por el factor hereditario constitucional preestablecido e influido por factores exógenos como: clima, alimentación, ambiente, estímulo funcional, etc.

El desarrollo es la cualidad de la materia viva que la lleva, por evolución progresiva, al estado de función óptima, y es consecuencia de la diferenciación celular que da a su funcionamiento carácter y especificidad.

Una clasificación de las etapas de crecimiento es la de R.F. Scammon:⁹

9. Citado por: Comas, 1966, p. 193.

Prenatal	óvulo	las 2 primeras semanas
	embrión	de 2 a 8 semanas
	feto	de 2 a 10 meses lunares
Postnatal	infancia	[recién nacido (las 2 primeras semanas) infancia (desde 2 semanas a un año)
	niñez	temprana (1 a 6 años)
		media (6 a 9 o 10 años)
		tardía [niños (9-10 a 13-16 años) niñas (9-10 a 12-15 años)
	pubertad	[varones (hacia los 14 años) hembras (hacia los 13 años)
	adolescencia	[varones (de 14 a 20 años hembras (de 13 a 18-20 años)
	madurez	entre los 18-20 y 60 años
senectud	después de los 60 años	

El paso de una a otra etapa o período no está claramente delimitado; se estima que el crecimiento llega a su máximo en la adolescencia. Hay etapas de transición y existe además una clara diferencia entre la edad cronológica y la edad fisiológica de los sujetos, aun dentro de un mismo grupo humano.

Las etapas de la vida consideradas por Hernán San Martín¹⁰ son:

10. San Martín, 1968, p. 73.

Postnatal	menor de 1 año	
Preescolar	1 a 4 años	
Escolar	5 a 11 años	
Adolescente	12 a 17 años	
Madurez	18 a 55 años	temprana 18 a 45 años avanzada 46 a 55 años
Senectud	56 a 75 años	
Senilidad	más de 75 años	

Si se analiza la curva representativa del desarrollo general de las capacidades mentales de un individuo, es evidente que el período involutivo no puede considerarse como una unidad ascendente dentro del ciclo vital. En general, dicha curva tiene una dirección parabólica. Se observa un rápido y creciente desarrollo en la eficiencia mental, que alcanza su máximo a la mitad del tercer decenio, viene después una línea horizontal que va decreciendo lentamente hasta el final de la edad madura, a continuación la curva cae progresivamente hasta una parte donde se colapsa.

Stieglitz¹¹ sugiere dividir el ciclo vital, una vez traspuestos los 40 años de edad, en tres etapas: madurez avanzada (40 a 60 años), senectud (61 a 75) y senilidad (más allá de los 76 años).

Esta subdivisión es útil porque se opone a la tendencia de considerar dentro de una misma categoría a todas las personas de edad avanzada y a tratarlas como si sus problemas fue-

11. Stieglitz, 1964, p. 28.

ran estáticas y semejantes para todos.

Las funciones que se basan en capacidades físicas o fisiológicas son las que principian a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica. El grado de su deterioro, como el momento en que comienzan a declinar, es variable según las funciones y según los individuos. Como resultado de estas variaciones el patrón de deterioro vital difiere de una persona a otra y su relación con respecto a la edad cronológica es relativa.

Al igual que el punto más alto de la capacidad de rendimiento corporal se rebasa en la tercera década de la vida, también disminuye con lentitud de decenio en decenio la fuerza defensiva del organismo para, finalmente, en la senilidad, declinar totalmente.

Se ha dicho que el hombre tiene la edad de sus vasos sanguíneos y precisamente, el estado de las arterias es un carácter muy típico para determinar la edad biológica alcanzada por un individuo.

La disminución de la elasticidad de los tejidos del cuerpo es un signo de la edad de la decadencia, no sólo en la musculatura, también en el tejido conjuntivo disminuyen las fibras elásticas; los huesos y cartílagos asimismo se vuelven rígidos y todo el sistema de sostén y locomoción del cuerpo, incluidos los ligamentos de las articulaciones, pierde movilidad. Esto lleva finalmente al porte encorvado del viejo, cuya columna vertebral no puede ya mantener erguida. La caja torácica se vuelve más rígida, con lo que a su vez disminuye la capacidad

respiratoria. Junto al empobrecimiento de agua, la destrucción anatómica y química, aparece en la senectud el depósito de las llamadas sustancias de escorificación.

Bard¹² considera que los principales cambios fisiológicos que se registran en la vejez son:

1. Desecación gradual de los tejidos
2. Retardo gradual de la división celular y de la capacidad para crecer y para la cicatrización de los tejidos.
3. Disminución de la capacidad para producir anticuerpos inmunizantes en los casos de infección.
4. Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
5. Atrofia celular y aumento de la pigmentación celular.
6. Gradual disminución de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.
7. Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.
8. Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso. Disminución de la capacidad visual, auditiva, de la atención y memoria.

También se ha señalado que una de las características más constantes en el plano mental del hombre que envejece es la pérdida de la alegría. La tristeza de las personas de edad no es provocada por un acontecimiento o por circunstancias particula-

12. Bard, 1974, p. 208.

res; se confunde con el tedio que los domina, con el amargo sentimiento de inutilidad y de soledad en el seno de una sociedad que siente indiferencia por ellos.

La apariencia del individuo se transforma y permite asignarle una edad con un margen de error de pocos años. Simone de Beauvoir¹³ describe acertadamente los cambios que caracterizan al senecto: " El pelo blanquea y ralea por despigmentación del bulbo capilar. Por deshidratación y como consecuencia de la pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga. La pérdida de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz -- que se alarga verticalmente a causa de la atrofia de los tejidos elásticos-- se acerca al mentón. La proliferación senil de la piel produce un espesamiento de los párpados superiores, mientras que se forman bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina; el lóbulo de la oreja crece.

" El esqueleto también se modifica. Los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan. La anchura de los hombros se reduce, el de la pelvis aumenta; el torax tiende a adquirir una forma sagital, sobre todo en la mujer. La atrofia muscular, la esclerosis de las articulaciones acarrearán trastornos de la locomoción. El esqueleto sufre de osteoporosis; la substancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil; por eso la fractura del cuello del fémur, que soporta el peso del cuerpo, es un

13. Beauvoir, 1970, pp. 33-47.

accidente frecuente.

" El corazón no cambia mucho pero su funcionamiento se altera; pierde progresivamente sus facultades de adaptación; el sujeto debe reducir sus actividades a fin de no abusar de él. El sistema circulatorio sufre; la aterosclerosis no es la causa de la vejez, pero es la característica más constante. Las venas pierden su elasticidad, el rendimiento cardiaco disminuye, la velocidad de circulación se aminora, la tensión aumenta.

" El consumo de oxígeno por el cerebro se reduce. la caja torácica se vuelve más rígida y la capacidad respiratoria que es de cinco litros a los 25 años, baja a tres litros a los 85 años. La fuerza muscular disminuye. Los nervios motores transmiten con menos velocidad las excitaciones, y las reacciones son menos rápidas. Hay involución de los riñones, de las glándulas digestivas, del hígado.

" Los órganos de los sentidos son afectados. La presbicia es un fenómeno casi universal en los viejos, la vista disminuye y su capacidad de discriminación declina. La del oído también, a menudo hasta la sordera. El tacto, el gusto, el olfato, tienen menos agudeza que antes.

" Como la vejez es por excelencia el campo de lo psicosomático las enfermedades orgánicas dependen estrechamente de factores psicológicos. Al igual que su

organismo y en relación con él, el psiquismo del anciano es frágil; los casos de enfermedades mentales son más frecuentes en los viejos que en los jóvenes".

Simone de Beauvoir describe con maestría la serie de signos patognómicos que caracterizan a la vejez y cuyo comentario se reduciría a redundar sobre las diferentes manifestaciones del envejecimiento, mismas que responden a cambios psicósomáticos que alteran las condiciones de existencia del anciano.

En resumen, se puede decir que el envejecimiento depende de numerosos factores: la salud, la herencia, el medio, las emociones, los hábitos pasados, el nivel de vida. La herencia desempeña un papel directo en la longevidad, después intervienen las condiciones del crecimiento, la alimentación, el medio, las condiciones económicas.

La vejez según las legislaciones laborales. Cada vez más se reconoce la necesidad de adoptar un enfoque holístico en el que los aspectos biofisiológicos de la condición humana se relacionen con los sociales, económicos y culturales. En especial, tratándose de ancianos, ya que cualquier definición que se proponga de lo que es un anciano, no puede dejar de ser una definición de tipo parcial.

En su marcha por la vida, el individuo experimenta un proceso de envejecimiento de consecuencias predecibles; es decir, dicho proceso puede afectar, por ejemplo, su aptitud para el trabajo; la proyección socioeconómica de este fenómeno reside en que goce de la seguridad social necesaria a que tiene derecho. Si los cambios inciden sobre su capacidad de auto-

atenderse y seguir desarrollando una existencia independiente, entonces la sociedad deberá buscar la manera de atenderlo.

Los problemas de la ancianidad también se originan en el extremo opuesto, es decir, no en lo que ocurre con las capacidades de la persona vieja sino en lo que la sociedad le permite hacer. Por ejemplo, " inepto para trabajar " es una frase relativa porque puede significar que la sociedad no es capaz de procurar un trabajo adecuado o que, por imposición de una edad jubilatoria fija, simplemente se prohíbe que el anciano trabaje. Por consiguiente, lo que se interpreta como problemas de la senectud, se origina en gran medida en las actitudes y en las instituciones sociales.

Cualquiera que sea la edad que adopte la legislación, ésta siempre es el resultado de una compleja interacción de fuerzas sociales y económicas, pero una vez establecida, se coincide en darle el calificativo de ancianidad. De aquí que aun en el mismo país la edad jubilatoria sea distinta según las conquistas sociales logradas por los derechohabientes de la institución de seguridad social de que se trate (Ver cuadro 1).

Frente a los imperativos del sistema de producción dominante, los trabajadores organizados han reclamado que la colectividad social - Estado, patronos y trabajadores - cubra sus necesidades a partir de cierta edad en pago a los esfuerzos de toda una vida y a las cotizaciones capitalizadas con que ha contribuido durante su época activa. El derecho al descanso es adquirido a través de la reivindicación trabajadora, pero en el momento en que la jubilación asegura cierta garantía contra la

CUADRO 1. EDAD DE JUBILACION EN DIFERENTES INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

INSTITUCION	EDAD DE JUBILACION	REQUISITOS
Instituto Mexicano del Seguro Social	65 años	500 cotizaciones semanales
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	55 años cualquier edad	15 años de servicio como mínimo 30 años de servicio
Ferrocarriles Nacionales	60 años cualquier edad	15 años de servicios 30 años de servicios efectivos para los hombres y 25 para las mujeres
Comisión Federal de Electricidad	55 años cualquier edad	25 años de servicios 30 años de servicios
Ejército y Armada Mexicanos	45 a 65 años según el grado	De 20 a 30 años de servicio activo según el grado

CUADRO 2. EDAD DE JUBILACION EN ALGUNOS PAISES EXTRANJEROS.

PAIS	EDAD DE JUBILACION	REQUISITOS
ESTADOS UNIDOS	62 años	Con 20 años de aportación al Seguro Social, de acuerdo con el plan de jubilación escogido.
BELGICA	65 años	Sin requisito de antigüedad
DINAMARCA	65 años para los hombres 60 años para las mujeres	Sin requisito de antigüedad
FRANCIA	60 años 55 años	30 años de servicios efectivos en empleos considerados sedentarios 25 años de servicios efectivos en empleos considerados activos.
HOLANDA	65 años	Todo residente de 65 o más años de edad tiene derecho a recibir una pensión básica
HUNGRIA	60 años para los hombres 55 años para las mujeres	30 años de servicios para los hombres y 25 para las mujeres. En empleos perjudiciales para la salud se reduce en 5 años la edad de jubilación y la antigüedad.
NORUEGA	70 años	Sin requisito de antigüedad
SUECIA	67 años	Sin requisito de antigüedad

miseria, se institucionaliza la pérdida de facultades de los trabajadores y por tanto su desvalorización.

La jubilación, como suspensión definitiva del ejercicio de una actividad profesional remunerada, da derecho a prestaciones de parte de la colectividad y se puede definir como el paso del trabajo al no-trabajo. Quizás definir la jubilación por el no-trabajo no dé los medios para distinguirla del esparcimiento, pero la dimensión vejez es tomada en cuenta en la definición de jubilación, tanto más cuanto que la separación del medio de trabajo forma parte socialmente del proceso de envejecimiento. Este hecho hace que cada país tenga un concepto propio de la edad de retiro y de la vejez en función de la misma; así en Francia es de 55 años en empleos activos y 60 en sedentarios; en Holanda es de 65 años y en Noruega la edad de retiro o jubilación es de 70 años. (Ver cuadro 2).

Guillemard¹⁴ considera que una persona es vieja en el momento en que pierde sus funciones pragmáticas, cuando su capacidad social declina, cuando las tareas sociales que debía desempeñar se reducen en número e importancia.

En esta definición de senectud en función de la edad jubilatoria, es factible presentar además el ciclo de vida socio-económico introduciendo la dimensión temporal en la relación entre el individuo y el sistema socioeconómico. Si se analiza el ciclo de vida como una sucesión de tareas a desempeñar en la vida profesional, familiar, social, política,¹⁵ el objeto de estu-

14. Guillemard, 1972, p. 21.

15. La secuencia de tareas y el contenido de las mismas está ligado al lugar que se ocupa en la estructura social y al papel

dio toma un sentido preciso. La jubilación es el suceso más importante en la reestructuración del sistema de tareas del individuo por la carencia absoluta de preparación que se tiene para enfrentarla, de aquí que actúe drásticamente en el proceso del envejecimiento y el que sea considerado, el parámetro de la edad jubilatoria, como sinónimo de senectud.

Teorías sobre el envejecimiento. Las hipótesis sobre el proceso del envejecimiento no han sido debidamente comprobadas, pero se estima que el proceso básico del envejecimiento parece operar de manera similar en las diversas poblaciones. A partir de la tercera década de la vida, la senectud se pone de manifiesto con una involución morfológica y funcional, tan inexorable como silenciosa, que afecta a la mayoría de los órganos y sistemas y conduce a una decadencia gradual en el desempeño del individuo.

Por otra parte, mientras el " programa de envejecimiento " humano con toda probabilidad es específico para la especie y no puede modificarse sólo con influencias ambientales, la celeridad de su avance depende en mucho de factores ecológicos y de la manera en que los individuos se adaptan a ellos.

Es indiscutible que algunos " programas de envejecimiento " fuera de lo común son de base genética; en cambio, muchos fenómenos diferenciales del envejecimiento se atribuyen de modo principal al ambiente.

que se desempeña. De aquí la necesidad de analizar las relaciones existentes entre la pérdida de tareas del trabajador y los cambios que se operan en la esfera familiar y la red de comunicación del individuo jubilado con su entorno.

En el hombre, a diferencia de lo que sucede con los vegetales y la mayoría de los animales, el ambiente no se halla limitado a un conjunto de factores edáficos y climáticos y aunque es incuestionable que éstos influyen, las condiciones socioeco-nómicas son más importantes que la temperatura media anual o la altitud.

La dieta alimentaria en la niñez y en la edad adulta, la educación, la preparación profesional, la vida familiar, las condiciones de trabajo, las enfermedades intercurrentes y la adic-ción al tabaco, al alcohol, a los tranquilizantes o a la televi-sión, ejercen efectos de vastos alcances sobre el ser físico así como sobre la personalidad. El destino en la vejez se decide du-rante la edad adulta y en ciertos casos durante la niñez.

El proceso del envejecimiento sigue en gran parte le-yes individuales propias. Cada individuo muestra en la edad avan-zada las huellas de su propia historia no sólo en el rostro sino en la totalidad de su persona.

La condición psicosomática del anciano depende básica-mente de los valores genéticos, del carácter y temperamento, de las enfermedades sufridas, de las experiencias, del estado socio-económico, de sus nexos familiares y afectivos, de su soledad y posibilidades de comunicación.

El análisis prospectivo enfrenta al jubilado con un fu-turo inmediato, el de su envejecimiento y con un futuro mediano, el de su muerte a plazo más o menos breve. El enfrentamiento con ese doble análisis es vivido por cada hombre en particular de acuerdo con su historia psicológica individual. El factor más an

gustante para el individuo es la vivencia del proceso de envejecer. Esta angustia dependerá a su vez de cómo se presenta la disminución de las posibilidades de obtener satisfacciones, de gratificaciones corporales, psicológicas y sociales.

El envejecimiento de la persona no se presenta simultáneamente sobre su totalidad, sino que comienza y predomina en alguno de sus campos, es decir, en el cuerpo, en la mente o en relación con el mundo exterior. El jubilado, por ejemplo, puede sentir que va envejeciendo físicamente pero conservar la sensación de estar sano mental y socialmente. En otras ocasiones el envejecimiento corporal o mental puede ser compensado mediante la utilización de determinados papeles sociales que permiten lograr o mantener un prestigio ante sí mismo y ante los demás.

La ansiedad experimentada durante el proceso del envejecimiento puede ser intensa y obligar al sujeto a recurrir al empleo de mecanismos psicológicos defensivos de naturaleza agresiva configurando los diferentes cuadros nosográficos de la psicopatología.

Al avanzar la edad, hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tienden a producir sentimientos de vulnerabilidad; estos sentimientos a su vez crean angustia que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos que desde hace tiempo ha utilizado para adaptarse a la vida, a las situaciones desconocidas que se le presentan. Se plantea entonces la angustia que todo ser humano experimenta ante el comienzo del período senecto de la existencia.

Existe la creencia de que el miedo al envejecimiento y

a la muerte es tanto menor cuanto mayor ha sido la cantidad de amor y seguridad que brindó durante el decurso de su vida a los diferentes miembros de su grupo familiar. En cambio cuanto mayor ha sido la frustración de sus vivencias, mayor será su miedo a la muerte y nada envejece tanto como el temor de envejecer.

El miedo es un factor de supervivencia, sin embargo, como experiencia afectiva, dice Menaker,¹⁶ el miedo ha evolucionado desde la oscura ignorancia de una fuerza del organismo a cualquier estímulo que amenace la vida a través de toda una diversidad de conocimientos, hasta la última manifestación en el hombre, donde la memoria y la consciencia pueden hacer que el miedo se transforme en ansiedad.

El anciano necesita un presente y un mañana y más que otras edades una filosofía de la esperanza, ya que el hecho esencial en la vida del anciano es que su fin se aproxima, la idea de la muerte inevitable le preocupa, lo angustia. La idea de la muerte antes lejana y sin definir se va precisando con caracteres crecientes y concretos a través de la desaparición de sus familiares, de sus amigos, del deterioro de su salud, de sus limitaciones cada vez mayores, de su modo de vida, del anacronismo de su escala de valores. Frente a todas las inseguridades internas y externas, se presenta una sola certeza, la de su muerte.

El anciano debe adaptarse a la nueva situación de sus limitaciones; tiene que crearse otro género de vida del que llevó hasta entonces de acuerdo a sus condiciones, capacidades y medios. Con la edad se tiene que retirar a tiempo de ciertas ta-

16. Menaker, 1968, p. 141.

reas, irse desprendiendo de las relaciones y actividades que sobrepasen sus fuerzas, prepararse un nuevo lapso de vida que sea agradable y útil para sí y para los demás. El adaptarse a nuevas situaciones hace que aparezca la angustia y la depresión posterior que ésto origina al anciano.

El envejecimiento fisiológico es un proceso que afecta a todo el organismo, en cierto modo armónicamente. El envejecimiento, desde el nacimiento hasta la muerte, varía de acuerdo con la duración de la vida fijada plasmáticamente.

Si se considera la sociedad celular en su conjunto, los procesos coinciden porque un órgano depende de la función regulada de todos los demás. Pero en lo particular, existen diferencias considerables en el curso del envejecimiento de los órganos, ya que su constitución y sus funciones no son iguales.

Algunos órganos, como las gónadas genitales, sólo relativamente tarde empiezan a estar en pleno funcionamiento, mismo que vuelve a interrumpirse mucho antes de la muerte fisiológica¹⁷. Pero más o menos, por esa época en que las glándulas genitales alcanzan el punto más alto de su desarrollo y su activi-

17. Esta situación es una ventaja, ya que en la mujer al aumentar la edad, el riesgo del alumbramiento va siendo cada vez más elevado a causa del mal trabajo del músculo uterino y del mayor peligro de alteraciones congénitas. Además, los hijos de madres "viejas" están particularmente expuestos a la ocurrencia de deformaciones de muy distinto tipo. Por este motivo la interrupción de la ovulación en el climaterio es un proceso conveniente y necesario, si no se produjera aumentaría seriamente la mortalidad de las madres y el riesgo biológico para la descendencia.

dad , se suele atrofiar el timo. Este es un ejemplo de la simultaneidad de la coexistencia de la construcción y destrucción, que caracteriza los procesos de envejecimiento durante la mayor parte de la vida.

El sistema nervioso central desempeña un papel de importancia en el envejecimiento del hombre individual, porque se supone que sus células no se reemplazan en la vida postnatal¹⁸ y también por la índole fundamental de sus funciones coordinadoras.

Por complejos que sean los procesos del envejecimiento, por distintos que sean los factores que intervienen en él, un papel principal lo desempeñan los cambios biológicos. Estos son los que deciden, en última instancia, sobre la salud y la enfermedad. La probabilidad de conservar la salud depende de la medida en que aparezcan las manifestaciones de desgaste y deterioro del organismo.

A pesar de las diferencias individuales hay que considerar el envejecimiento fisiológico como curso armónico de una evolución dirigida, que en lo fundamental revista la misma forma en todos los seres pluricelulares. Sin embargo, a veces sucede que en un hombre se " acelera " de tal modo el envejecimiento general, que las manifestaciones de la transformación dispuesta normalmente para un período entre los 70 y los 80 años se concentran en un lapso mucho más corto, entonces el envejecimiento es considerado propiamente como una enfermedad.

18. La idea de la incapacidad de las neuronas para reponer a las que desaparecen se basa en comprobaciones histológicas y en que no se han observado mitosis neuronales.

Si se logra restaurar el quimismo alterado en los cuerpos que envejecen, se intensificará en el futuro la probabilidad del hombre de llegar a viejo con menos signos de envejecimiento corporal que ahora. Tampoco se podrá rejuvenecer al organismo, pero se le puede dar la posibilidad de mantenerse en buen funcionamiento hasta el límite natural de la duración de la vida. Y esto es en realidad más importante que la persecusión de la finalidad utópica, porque está en contradicción con las leyes de la naturaleza, de convertir de nuevo a los viejos en jóvenes.¹⁹

Para comprender y modificar los procesos del envejecimiento Comfort²⁰ establece las premisas; 1, de que el envejecimiento representa una pérdida de información; 2, de que esta perdida ocurre a nivel celular. Si esta segunda premisa es correcta, habrá que decidir si la pérdida de información predomina en células fijas como las neuronas o en las células que se dividen en clonas, o si el proceso principal en ambos casos consiste en la

19. Uno de los temas del Fausto de Goethe es el del rejuvenecimiento. Esta obra de Goethe es también el drama del conocimiento y de los límites de la condición humana. El viejo Fausto ya no obtiene felicidad de la ciencia; podría seguir aprendiendo, pero es víctima de su finitud, el deseo de conocer ha muerto en él; ya no tiene razón para vivir. Para recobrarlo, tendrían que renacer en su frescura los placeres, el amor, las embriagueces, que son el atributo de la juventud; apuesta a que si Mefistófeles le devuelve la juventud no se dejará engañar por los goces al punto de desear que el tiempo se detenga; pero este desafío solo tiene sentido si es capaz nuevamente de experimentarlos. Goethe concibe la vejez como una edad abstracta, helada y decepcionante. La cuestión no es tanto ser joven como poder rejuvenecerse, escapar a los propios límites, revivir la vida como una aventura sin permitir que concluya.

20. Comfort, 1975, p. 57.

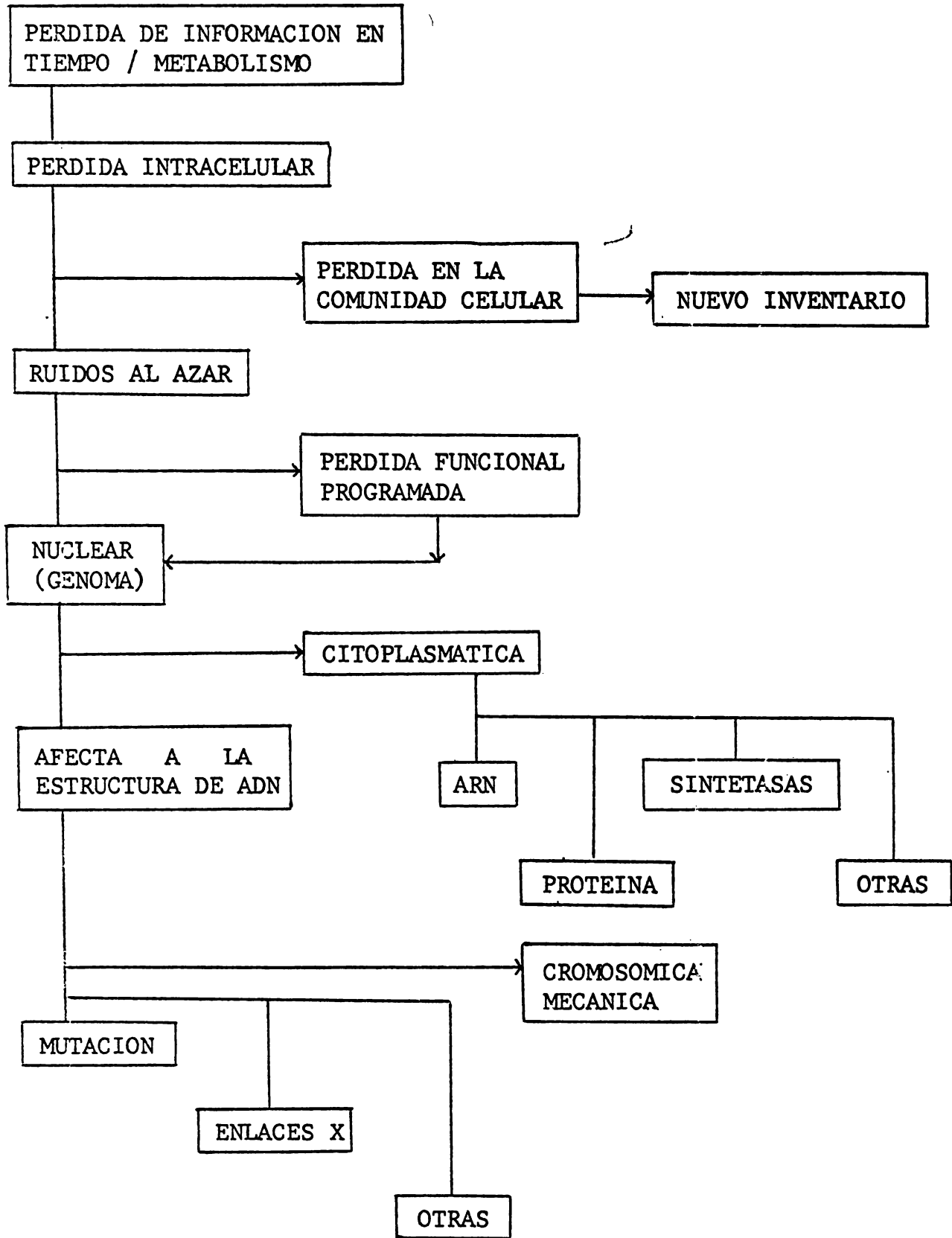
acumulación de " ruidos " en los procesos de homeostasis y " copiado ", o si se trata de un fenómeno secundario a la diferenciación que depende de la extinción irreversible de las capacidades de síntesis relacionadas con la morfogénesis.²¹ (Ver Figura 1).

La pérdida de información trae como consecuencia una pérdida funcional en los distintos sistemas del organismo, principalmente los de autorregulación como son los homeostáticos, los que provocan una alteración en la estructura celular, sobre todo en las genomas que son el conjunto de dos o más cromosomas del núcleo de la célula.

Estas alteraciones ocasionan a su vez pérdida de información en: 1) En los genes nucleares que controlan la síntesis de un ácido ribonucleico (ARN) específico conocido como ARN "mensajero" porque conduce instrucciones del ácido desoxirribonucleico (ADN) al citoplasma. 2) Otro tipo de ARN citoplásmico llamado de " transferencia " se combina específicamente con los aminoácidos. Existe un tipo distinto de ARN de transferencia por cada aminoácido diferente. 3) Los aminoácidos se unen con otros en una secuencia específica para dar origen a un polipéptido que es una porción de la proteína total. 4) Una vez que el polipéptido se ha formado, las distintas moléculas de ARN de transferencia quedan libres para volver a combinarse con una nueva molécula de aminoácido de acuerdo con su tipo específico.

21. Todo modelo sobre pérdida de información, sea celular, molecular o intercelular, parece requerir, por razones matemáticas y lógicas, algún tipo de proceso de autoagravación o retroalimentación, para que se explique el carácter exponencial del envejecimiento.

FIGURA 1.
ENVEJECIMIENTO POR PERDIDA DE INFORMACION, SEGUN ALEX COMFORT
(1975) MODIFICADO.



El ADN es un material portador de información genética capaz de llevar instrucciones hereditarias y al alterarse esta información provoca mutaciones en la síntesis de proteínas provocando disfunciones que conducen al envejecimiento.

Durante todo el crecimiento corporal se prosigue el modelado de la forma, que ya aparece en el desarrollo prenatal. En el hombre predomina la fase constructiva en las dos primeras décadas de la vida y se mantiene todavía hasta bien entrada la tercera década. Esta fase se caracteriza por la diferenciación, modelado de la forma y crecimiento, unidos a aumento de materia, y en ella todos estos procesos se engranan entre sí. También en esta fase existe la ley de la irreversibilidad, de la determinación progresiva y, por consiguiente, en sentido general, del envejecimiento.

En el organismo en crecimiento los procesos son predominantemente extensivos, se realizan en el espacio y no se diferencian, al menos en lo fundamental, del crecimiento durante el desarrollo prenatal, que también se caracteriza por el aumento constante de materia devenida en forma en una entidad viviente. Pero junto a los procesos de estructuración se intercalan durante el período de crecimiento aquellos otros que en el sentido amplio de la palabra significan envejecimiento.

Esto se ve con mayor claridad cuando se consideran los procesos de crecimiento de índole especial que se denominan: regeneración, nueva formación o reparación de tejidos perdidos.²²

22. El hombre no puede renovar por crecimiento gran parte de su cuerpo como los pólipos o sus extremidades completas como el cangrejo, pero en menor medida el cuerpo humano tiene una ca-

A pesar de que todas las células del individuo son de la misma edad, en el sentido de que todas provienen del mismo óvulo fecundado que comenzó a desarrollarse en un determinado momento, las edades fisiológicas varían mucho. Las células de los distintos órganos envejecen con diferente velocidad, en distintos momentos y de diversas maneras. Las células epiteliales de las vellosidades intestinales se dividen frecuentemente durante la vida del individuo y su ciclo vital es de apenas unos dos días; las células de los órganos sexuales secundarios sólo entran en actividad mitótica al llegar a la pubertad y las células ganglionares del sistema nervioso central pueden no dividirse más en toda la vida posnatal.

Rowlatt y Franks²³ plantean que se puede considerar a las células intestinales como jóvenes, porque su ciclo vital es breve en comparación con las células ganglionares, a las que se considerarían viejas. Pero también se puede pensar que es todo lo contrario. Si los cambios de edad afectan a las células precursoras y sólo pueden expresarse en su progenie, los verdaderos cambios que ocurren en función de la edad se demuestran mejor en las células que aparentan ser más jóvenes.

Otra consideración reside en que a nivel molecular se opera un recambio de componentes celulares distintos y que la celeridad de este recambio varía desde minutos hasta años. La edad

productiva asombrosa. Se ha podido observar que por acción de helioterapia intensiva, los niños tuberculosos regeneran tejido óseo y articulaciones destruidos por la enfermedad; pero la capacidad máxima del cuerpo humano para la regeneración disminuye durante el período de crecimiento propiamente dicho.

23. Rowlatt y Franks, 1975, pp. 13-28.

de la célula en términos de sus componentes moleculares no es la misma que la edad de la célula como un todo.

Existen dos hipótesis que según Rowlatt y Franks²⁴ explican los cambios que ocurren en la célula a medida que ésta envejece y por último muere: una implica a la célula misma y la otra sugiere que el envejecimiento altera la organización correcta de las células y su ambiente extracelular.

Estas dos hipótesis no son incompatibles entre sí, porque un cambio celular primario puede expresarse como un trastorno de comunicación, pero también puede suceder a la inversa o sea que un trastorno de la comunicación engendra insuficiencia celular secundaria.

También se ha postulado la teoría de que el envejecimiento es consecuencia de la diferenciación. Esto sugiere que todas las células poseen una longevidad intrínseca programada que varía de acuerdo con la longevidad de la especie, pero que puede modificarse dentro de límites definidos con bastante estrechez en virtud de factores extrínsecos. La gama de variaciones observada en cualquier sistema biológico, permite explicar la variación que se advierte en los índices de envejecimiento y muerte.

Si bien es cierto que la expresión final del envejecimiento es la muerte, casi siempre la muerte de un individuo es consecuencia de cambios que de por sí podrían ser triviales.²⁵

24. Ibid.

25. Entre los animales salvajes, por ejemplo, la causa más común de muerte son las enfermedades dentales.

La muerte del anciano, salvo en casos de inanición, casi siempre ocurre por perturbaciones mecánicas del aparato cardiovascular o sistema nervioso y el acontecimiento preciso de la muerte es el resultado de factores causales como un accidente o enfermedad que afecte a un área vital en particular.

Aunque parecería que no existen enfermedades específicas de la senectud, puede haber en cambio una mayor vulnerabilidad que obedecería a alteraciones celulares propias del envejecimiento en determinados tejidos. Por consiguiente, las investigaciones sobre el envejecimiento giran en torno del envejecimiento y muerte del hombre todo o se concentran en las alteraciones seniles específicas de órganos, células o de sus moléculas constituyentes.

Al estudiar los fenómenos del envejecimiento, ya sea a nivel de órganos o tejido, es posible atribuir muchos de estos hallazgos a alteraciones del contenido enzimático de los órganos respectivos y además, correlacionar la actividad metabólica a nivel orgánico con la que se manifiesta a nivel molecular.

Hall²⁶ indica que en la juventud, la producción de enzimas en las células específicas de determinado órgano es regida por la presencia y actividad simultánea de células vecinas. El grado de interacción de las células adyacentes lo establecen los índices de difusión y el grado de transporte preferencial de factores, sustratos e intermediarios metabólicos que controlan el intercambio entre las células en cuestión. Entre otros factores capaces de alterar la relación entre pares de células dentro de un órgano figura la permeabilidad de esas células.

26.: Hall, 1975, p. 47.

Por otra parte, la excreción de líquidos en los sujetos ancianos es baja y muchas veces ocurren retenciones en los tejidos por variaciones en el balance del sodio. El contenido fijo de agua de los tejidos en cambio, puede disminuir con la edad. Se ha comprobado, según Hall²⁷, que la relación entre contenido de agua y peso seco y desengrasado de un tejido, representa un valor que en la mayoría de los tejidos disminuye en función de la edad desde el nacimiento hasta la madurez, pero que en adelante puede aumentar o disminuir, según el tejido, a medida que avanza la edad.

Estas variaciones podrían presentar alteraciones en la capacidad de fijación de agua en los constituyentes sólidos del plasma y las modificaciones del contenido de agua podrían explicar la frecuencia de edema en la senectud.

La vejez podría considerarse como una progresiva pérdida de la capacidad de adaptación fisiológica del individuo al ambiente que culmina con la muerte. Las teorías homeostáticas del envejecimiento conciernen, sobre todo, a los sistemas endócrino y nervioso, ya que en la senectud se trastorna el control del ambiente interno.

Con el envejecimiento muchos músculos, en especial los del corazón, acusan signos de degeneración acompañados de depósitos de gránulos con pigmentación parda denominados cuerpos de lipofucsina.

Aunque los distintos tejidos del cuerpo cambian con el envejecimiento en medidas diferentes, hay un aspecto común del

27. Ibid. p. 49.

envejecimiento que se reconoce en tejidos funcionalmente tan distintos como paredes arteriales y piel, tendones y aponeurosis. El estudio del envejecimiento sobre los cambios del tejido conectivo, puede dividirse en dos fases, según Lave y Seskin²⁸: en una la rigidez se acrecienta mientras que en la otra disminuye. La suma algebraica de las dos proporciona el factor de rigidez²⁹ a todas las edades, pero la fase de degradación comienza a predominar sobre la de maduración a los 45 años.

La debilidad de la vejez suele definirse como la reducción que se produce en la edad avanzada de las fuerzas físicas y mentales que proviene sobre todo de la reducción del metabolismo y de la consecuente alimentación deficiente de los tejidos y de los órganos. La resistencia se reduce y aumenta la propensión a muchas enfermedades.

En cierta medida los lípidos del cuerpo cubren la brecha existente entre los aspectos del envejecimiento francamente atribuibles a cambios texturales y los que presentan las alteraciones metabólicas determinadas por la edad. En los tejidos jóvenes normales, los lípidos están como entidades estructurales en todas las membranas de la pared celular, sobre todo en las vainas de mielina de las fibras nerviosas y en las células de depósito del hígado, así como en otros depósitos adiposos de todo el cuerpo. En los ancianos se observan alteraciones en la cantidad, calidad y distribución de los lípidos.

28. Lave y Seskin, 1970, p. 723.

29. El factor de rigidez sigue la ley de Hooke de la deformación permanente y del límite elástico de acuerdo con la carga que se soporta.

Las hormonas pueden ejercer el control directo de la actividad de un órgano dado o bien inducir el desarrollo del órgano, interviniendo en la diferenciación de las células a partir de las cuales se origina el órgano. Algunos de estos cambios son permanentes y en otros casos, el órgano respectivo involuciona y se atrofia cuando cesa el aporte de hormona activadora. Por consiguiente, todo el ciclo del envejecimiento, según Hall³⁰, podría incluir el desarrollo y maduración del órgano seguido por una atrofia supeditada al subsiguiente déficit de hormona disponible.

La aterosclerosis se caracteriza, por otra parte, por una serie de cambios patológicos en el interior de las arterias y debe distinguirse del proceso conocido como arterioesclerosis (endurecimiento de las arterias). Puede existir sin que haya hipertensión y su mayor importancia reside en los trastornos progresivos que causa sobre las arterias coronarias del corazón.

Estas alteraciones han sido ampliamente estudiadas desde el punto de vista bioquímico, lo que revela que existe cierto trastorno en el metabolismo de las lipoproteínas. Lo que aún no se llega a determinar es si dicho trastorno se debe a una ingestión exagerada de grasas y colesterol, a una deficiencia hormonal, si se trata de una respuesta al distress³¹ o si intervienen las tres causas juntas.

30. Ibid. p. 51.

31. En el libro Stress without Distress, Hans Selye indica que stress es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. Desde el punto de vista de su capacidad para producir stress, no importa si el agente o situación que se confronta es agradable o desagradable; todo lo

La falta de adaptación del anciano a estados no fisiológicos se debe a fallas en las respuestas neuronales del mecanismo sensorial en el cuerpo o a insuficiencia del mecanismo coordinador, que inicia las señales eferentes necesarias para obtener la respuesta de tales estímulos.

Los tejidos encefálicos se deterioran con la edad y esto se asocia con modificaciones bioquímicas en las neuronas. Desde hace tiempo se supuso que el estado confusional de la vejez obedecía a una reducción de la presión del oxígeno en las células del encéfalo y de sus proximidades por isquemia cerebral parcial transitoria, inducida por aterosclerosis de los principales vasos cerebrales. Por el alto consumo de oxígeno del sistema nervioso central, bastan interrupciones transitorias del aporte de oxígeno para que ocurran alteraciones degenerativas importantes. Las reducciones crónicas del oxígeno disponible acarrearán otros cambios que aún cuando no tienen el efecto letal de la anoxia to

que cuenta es la intensidad de la demanda para la readaptación. No importa qué haga uno o que le pase, existe la demanda de la energía requerida para mantener la vida, para resistir agresiones y para adaptarse a las influencias externas que están cambiando constantemente. Aún cuando se esté relajado y dormido completamente, se está bajo cierto stress. El corazón continúa bombeando sangre, el tubo intestinal haciendo la digestión de la cena anterior y los músculos moviendo el pecho para la respiración. Aún el cerebro no está en descanso. El nivel de stress no baja a cero, porque eso sería la muerte. En el lenguaje común, cuando se dice que alguien se encuentra bajo stress, realmente se quiere decir bajo stress excesivo o distress, como en la frase " tiene temperatura " se refiere a una temperatura anormalmente alta, pues es bien sabido que cierta producción de calor es esencial para la vida. Del mismo modo, la liberación absoluta y total de stress significaría la muerte.

tal, pueden acarrear consecuencias a largo plazo sobre la actividad mental.

Se considera que el envejecimiento se realiza por métodos tan diversos como la propia vida, pero todos siguen la ley de la irreversibilidad. Todo organismo cambia su forma y su rendimiento en el curso de la vida individual, se desarrolla, crece y trata de realizar todas sus posibilidades desde el primero hasta el último día de la vida. El envejecimiento en sentido general, como función del tiempo biológico, empieza con el modelado de la forma del organismo.

Otros factores inciden sobre el índice de desarrollo del ser humano, algunos por supuesto hereditarios y otros ambientales. Es probable que la senectud refleje una compleja interacción de influencias hereditarias y ecológicas.

Generalmente es difícil distinguir el papel de la naturaleza y el de la nutrición en un organismo tan complejo como el humano. Más difícil todavía es valorar la acción de un determinado parámetro ambiental en una situación no experimental. En esto radica la diferencia entre el enfoque del fisiólogo ambiental de laboratorio y la del ecólogo que actúa en el ambiente mismo. El primero trata de mantener constantes todas las variables ambientales menos la que estudia; el segundo confronta un complejo de variables ecológicas, algunas independientes y otras relacionadas entre sí.

En términos generales, son tres los tipos de factores ambientales que influyen sobre la celeridad del envejecimiento humano: abióticos, bióticos y socioeconómicos.

Entre los factores abióticos figuran todos los componentes físicos y químicos del ambiente, sean naturales o resultado de la actividad humana. Ejemplos típicos son los factores climáticos, la composición del suelo y del agua, la altitud, diversos contaminantes y las radiaciones ionizantes.

Hasta ahora no se ha comprobado de manera convincente la acción de cualquier factor climático sobre el envejecimiento del organismo humano en conjunto, exceptuando las variables nutricionales, patológicas y socioeconómicas. Lo mismo sucede respecto al déficit crónico de oligoelementos (yodo, calcio, hierro, etc.) por factores edáficos.

Existen indicios de que algunos contaminantes del aire pueden ocasionar envejecimiento prematuro en determinados órganos. La contaminación atmosférica en la ciudad por ejemplo, puede someter al no fumador al mismo nivel de alteración en la sangre por monóxido de carbono que el que experimenta el individuo que fuma una cajetilla al día.³²

Según Lave y Seskin³³, la contaminación del aire provoca una duplicación de la mortalidad por bronquitis en las áreas urbanas en comparación con las rurales, pero esto no significa que los contaminantes químicos aceleren el índice de envejecimiento de todo el organismo.

También se supone que la irradiación de todo el cuerpo acelera el envejecimiento natural. Pero en los sobrevivientes de

32. Goldsmith y Landow, 1968, pp. 1352-1359.

33. Lave y Seskin, 1970, pp. 723-733.

Hiroshima no se dan señales de envejecimiento prematuro, a pesar de que entre ellos la frecuencia de leucemia es superior a la de la población no irradiada. Hollingsworth et al³⁴, no lograron reconocer cambio alguno que guarde franca relación con las radiaciones al aplicar varias pruebas sobre la función neuromuscular. En la fuerza de la prensión manual se comprobó que la relación entre la edad y el puntaje de la prueba es variable entre los grupos expuestos a radiaciones.

Es más probable que las diferencias entre los grupos expuestos se deban a discrepancias socioeconómicas regionales que a variaciones en el nivel de radiación.

La categoría de factores bióticos comprende todos los efectos, directos o indirectos, que ejercen sobre el hombre los millares de distintos organismos que comparten con él los diversos ecosistemas. El ambiente vivo influye sobre el organismo humano sobre todo a través de la nutrición, la patogenicidad y el parasitismo.

La importancia primordial de los factores nutricionales sobre los procesos del desarrollo y del envejecimiento es bien conocida. Las grandes diferencias en las raciones cotidianas medias -- cuantitativas, cualitativas y en sus variaciones estacionales-- entre las diferentes poblaciones derivan de:

1. Las distintas potencialidades de los ecosistemas modificados por el hombre para producir los alimentos necesarios para el óptimo funcionamiento del organismo humano.

34. Hollingsworth et al., 1969, pp. 276-283.

2. Las grandes diferencias en el rendimiento de las diversas técnicas de aprovechamiento de la tierra en distintos biomas³⁵ y en diferentes niveles de evolución tecnológica.

3. Diferencias culturales entre los grupos, sobre todo en las maneras tradicionales de seleccionar y procesar los alimentos preferidos.

Los patógenos y los parásitos también influyen sobre el índice de desarrollo y envejecimiento humano, en especial entre los sectores de bajos ingresos.

Los factores socioeconómicos tienden a prevalecer en las comunidades urbanas modernas y en las sociedades industrializadas; se cree de ordinario que cualquier condición de vida difícil sea mala vivienda, condiciones de trabajo abrumadoras o de distress, acelera el "desgaste" del organismo.

La vida en tensión aumenta la frecuencia de lo que se ha

35. Los climas regionales actúan en reciprocidad con la biota regional y el sustrato para producir amplias unidades de comunidades fácilmente identificables llamadas biomas. El bioma es la mayor unidad de comunidad terrestre que resulta conveniente identificar. En un determinado bioma, la "forma de vida" de la vegetación climax es uniforme. Así, la vegetación climax del bioma de la pradera son gramíneas, aunque las especies de grama dominante pueden variar en diversas partes del bioma, ya que la forma de vida de la vegetación refleja por una parte los rasgos principales del clima y determina, por otra parte, el carácter estructural del hábitat para la fauna, lo que hace que cada bioma sea una base segura para la clasificación ecológica.

denominado " enfermedades de la civilización ". Russek³⁶ demostró que la distribución de la hipertensión y las coronariopatías entre los profesionales de Estados Unidos arroja un gradiente en función de la tensión excesiva de la actividad ocupacional, sin relación con la herencia ni con la dieta. Este aumento del índice de predominio en función de la vida en tensión resultó estar vinculado con la edad, pero esto no significa necesariamente que la vida en tensión acelera el envejecimiento de todo el organismo.

Bourliere³⁷ y sus colaboradores intentaron obtener correlaciones significativas en un estudio realizado en París sobre el envejecimiento de sujetos con larga historia de úlcera péptica, enfermedad que ocurre más en casos de tensión emocional, conflictos psicológicos e inadaptación al ambiente social. Examinaron a 73 hombres de 50 a 78 años con antecedentes comprobados de úlcera gástrica o duodenal y que no estaban hospitalizados, ni en la fase aguda de la enfermedad en el momento del estudio.

El grupo testigo estuvo formado por 52 hombres de la misma edad que el grupo de estudio, que gozaban de buena salud en el momento del estudio. Todos los sujetos habían respondido a la invitación de participar en la investigación. Sus nombres fueron escogidos al azar de los archivos del hospital. Para reducir al mínimo los efectos de los factores socioeconómicos, se hicieron dos subgrupos de 40 pacientes ulcerosos y 40 testigos, en igualdad de condiciones económicas y edades.

Entre las mediciones físicas realizadas figuran talla y

36. Russek, 1965, pp. 189-194

37. Bourliere, 1965, pp. 391-401

peso, prensión manual, capacidad respiratoria máxima y presión sanguínea. Entre las pruebas psicológicas figuran pruebas de simbología digital, un cuestionario destinado a determinar la "satisfacción en la vida" en relación con el envejecimiento y una entrevista en la que los sujetos contestaron preguntas sobre su niñez, familia, relaciones maritales, así como sobre actividades sociales y ocupacionales.

En las pruebas físicas, el desempeño del grupo ulceroso fue significativamente menor que el del grupo testigo, sobre todo en cuanto a fuerza muscular y a capacidad respiratoria máxima. En las pruebas psicológicas el grupo ulceroso en comparación con el testigo exhibió: 1, declinación más rápida de la eficiencia intelectual; 2, mayor frecuencia de trastornos de la personalidad, a menudo de tipo neurótico junto con ansiedad y depresión; 3, una adaptación menos satisfactoria a los procesos del envejecimiento, y 4, mayor frecuencia de situaciones de tensión en la niñez y en las relaciones matrimoniales, y susceptibilidad aumentada a la fatiga ocupacional.

No puede descartarse totalmente que las condiciones de tensión de la vida o la incapacidad somática para encararlas, ejercen una influencia aceleradora sobre el proceso de envejecimiento.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de impulsar las investigaciones sobre las posibilidades de la edad avanzada en la misma forma en que se realiza con la infancia, y la juventud, esto es, como una fase de la vida con aspiraciones, objetivos y logros propios.



Foto 1. Dos etapas de la vida humana. Una llena de vida, otra llena de recuerdos.

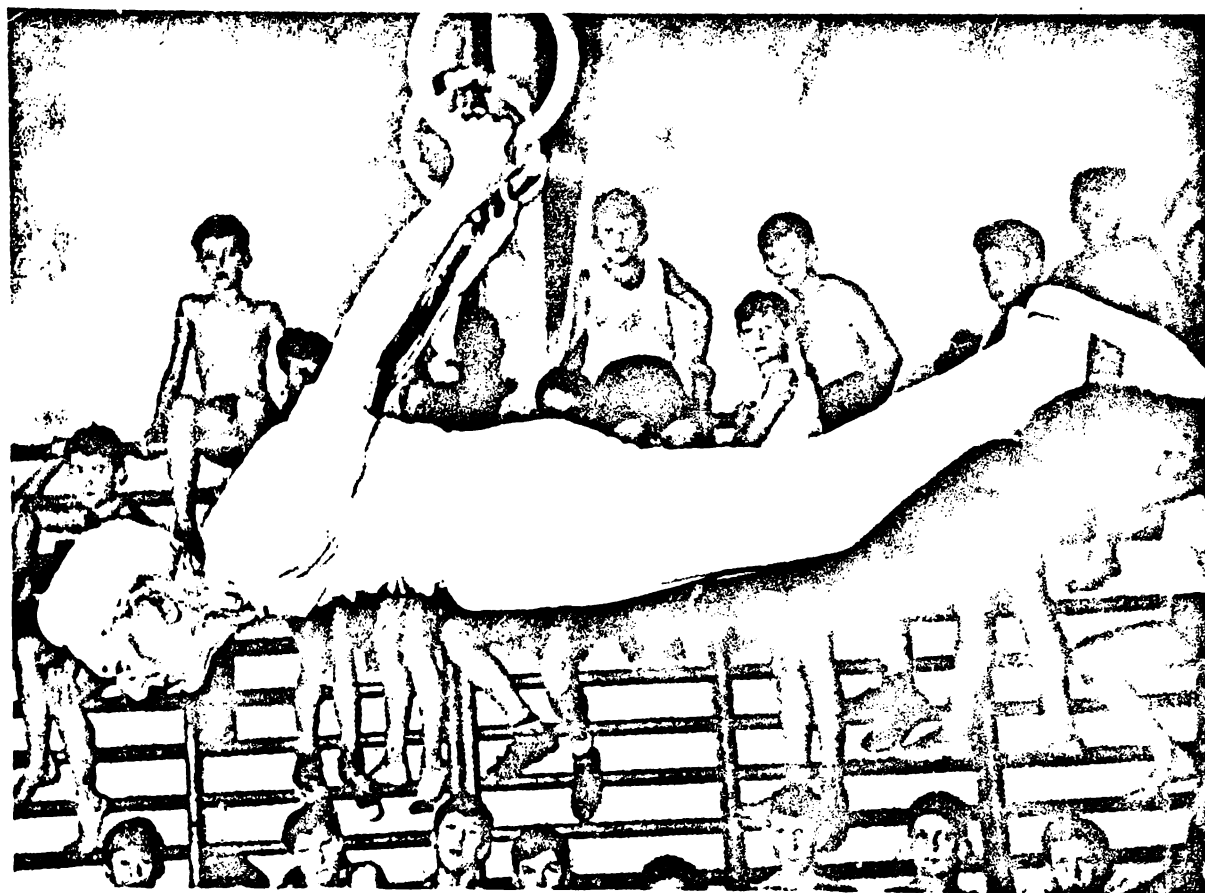


Foto 2. Atleta de 80 años durante una demostración de su capacidad física. (Foto Interfoto/OMS)

La medicina actual ya no pretende asignar una sola causa al envejecimiento biológico, lo considera como inherente al proceso de la vida, con el mismo derecho que el nacimiento, el crecimiento, la reproducción y la muerte.

En el desarrollo de la vida, en todas y cada una de sus múltiples manifestaciones, lo más natural y normal es envejecer, tratar de evitarlo es condición humana, pero esto no es posible, sólo se podrá acelerar o retrasar relativamente, no es factible evitarlo. Por eso es importante preparar al hombre, capacitarlo para que lo acepte decorosamente, bien provisto y protegido para incorporarse consciente, racionalmente, a la senectud sin dejar de ser creativo dentro de sus limitaciones.

3. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

3.1. EL GRUPO MAYOR DE 60 AÑOS EN LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA DEL PAIS.

La distribución de la población en el territorio de un país está condicionada por factores socioeconómicos y políticos, por un medio ambiente natural y por una tecnología determinada. Estos mismos factores son afectados, a su vez, por el patrón de poblamiento que adopta evolutivamente cada país.

México es un país con un crecimiento de población muy rápido. Durante el decenio 1960-1970 la población total pasó de 35 a 48 millones de habitantes, lo que supone un aumento anual promedio del 3.3 %. Este intenso ritmo de crecimiento se deriva de una notable disminución de los índices de mortalidad, que no ha sido acompañado por una reducción paralela de los de natalidad. De 1930 a 1970 las tasas de mortalidad anual bajaron de 2.7 % a 0.9 %, mientras que las tasas de natalidad permanecieron prácticamente estables.

Los índices citados pueden atribuirse, por una parte, a la aplicación generalizada de medidas sanitarias y a mejoras médicas que han logrado reducir la mortalidad; y por otra, al atraso en algunos factores que parecen acompañar la reducción de la natalidad, como un nivel adecuado de ingresos y de educación.

Es evidente la relación que existe entre el tamaño de la población y la natalidad, la mortalidad y la migración. Un enfoque del análisis de la relación existente entre los tres fenómenos mencionados y los fenómenos socioeconómicos consiste en supo

ner que la natalidad y la mortalidad cambian en forma independiente de los otros fenómenos socioeconómicos. En consecuencia, en este análisis se supone que las tendencias que existieron en el pasado persistirán en el futuro, independientemente de los cambios que ocurran en el entorno socioeconómico.

Es primordial considerar las modificaciones que los cambios económicos generan en el proceso de formación de los recursos humanos. Una relación bien conocida entre los fenómenos económicos y los demográficos es la que existe entre la mortalidad y el ingreso per capita. Se afirma que las tasas específicas de mortalidad son una función del ingreso medio.³⁸

El ingreso no es el único fenómeno socioeconómico que influye en las tasas de natalidad y de mortalidad. Deben tomarse en cuenta, entre otros, la distribución de la población en las clases sociales, en actividades económicas y en áreas geográficas. Por ejemplo, se conocen las diferentes características demográficas de los grupos de población activa, en la agricultura, en la industria y en los servicios. Los cambios en la importancia relativa de estos sectores económicos, originados por el desarrollo económico, producen a su vez cambios demográficos.

Se considera que la migración en ausencia de barreras legales, está condicionada por las diferencias interregionales,

38. El ejemplo más conocido de un modelo que explícitamente establece una relación entre los fenómenos demográficos y las variables económicas, es el de Malthus.

por la disponibilidad de oportunidades económicas, y por la distancia.³⁹

Hasta hace algunos lustros, había relativamente pocos ancianos que, apenas ahora, empiezan a constituir un verdadero grupo de edad. Es por esta razón que sólo algunos autores pudieron mostrar en sus obras la importancia de la senectud en la estructura demográfica.

Sin embargo, si la medicina logra conservar sanos de cuerpo y mente a la mayor parte de los hombres hasta la edad que les ha sido destinada, se tendrá la oportunidad hasta hoy obtenida sólo individualmente, de que los ancianos sean reconocidos por el cúmulo de experiencias vividas.

En este siglo las posibilidades del hombre han aumentado en tal medida que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia. La expectativa media de vida casi se ha duplicado de principios de siglo a la fecha, de modo que el llegar a edades avanzadas no constituye, como antes, la excepción sino la regla común.

Es por esto que se debe reconocer que el grupo de los viejos debe ser incorporado y estimulado inteligentemente. El aspecto socioeconómico es sólo una parte importante de la problemática que resulta de la longevidad, por eso muchos se preguntan si los años que se ha prolongado la vida merecen vivirse o si tienen razón aquellos que temen a la vejez.

39. Las diferencias en la disponibilidad de oportunidades económicas se refieren a diferencias en las oportunidades de trabajos disponibles, más que a diferencias de salarios.

La importancia del grupo de los senectos aumenta de año en año, pero los problemas que de esto resultan son apenas conocidos y se han resuelto parcialmente. El hombre viejo ha sido individualmente cuidado y tratado desde el punto de vista familiar y médico; la totalidad de los viejos es hasta ahora sólo un problema de demografía, cuyo objeto es el estudio de las variaciones en la distribución de la edad.

Aún predomina el temor ante la vejez, tanto en el pensamiento individual como en el colectivo. Además de la limitada incorporación social del grupo de los viejos, se hace necesaria la acción conjunta de la medicina, la legislación y una educación del hombre que ayude cada vez más al reconocimiento de la más alta etapa de la vida. No es el simple número de años de vida lo que decide si la existencia humana vale en verdad la pena de vivirse, sino la forma y el contenido del tiempo que se pueda vivir sano y con facultades para realizar un trabajo creativo.

Existe una preocupación cada vez más grande por resolver el problema práctico de en qué forma se puede conseguir que el aumento de la duración de la vida sea realmente para los miembros de la etapa de edad avanzada un don y no una carga. Cuanto mayor sea el número de hombres que alcancen una mayor edad, tanto más urgente será la necesidad de incorporar a la sociedad al grupo de los viejos, con todos sus valores en conocimiento y experiencia.

El grupo senecto en la estructura demográfica. Lo que caracteriza a la estructura demográfica de México es una población joven en rápido crecimiento por un descenso de la mortalidad; mi-

graciones internas del campo a la ciudad; coexistencia de diferentes niveles de desarrollo; de existencia simultánea de sistemas de producción tradicionales con el sistema capitalista dominante, etc.

En la evolución de la población de 1930 a 1970 destaca el hecho de que los menores de 20 años han aumentado de 8 174 516 a 27 341 071 que representan respectivamente el 49.3 % y el 56.7 % de la población total. Este aumento ha sido progresivo y en la proyección de la población⁴⁰ para el año de 1980 se estima que habrán 36 042 840 personas menores de 20 años que representarán el 57.9 % del total del país.

La población mayor de 60 años ha pasado de 872 101 personas en 1930 a 2 709 238 en 1970 en términos absolutos, pero esta población representa el mismo porcentaje del 5.5. La proyección para el año de 1980 es de 3 510 792 personas de más de 60 años que son el 5.7 % del total de la población para esa fecha.

40. La proyección de la población se realizó utilizando la fórmula:

$$P_x = P_0 + \frac{P_1 - P_0}{N} n$$

donde: P_x , es la población a conocer en el año x
 P_0 , es la población del primer censo de referencia
 P_1 , es la población del segundo censo de referencia
 N , es el lapso entre el primer y segundo censo
 n , es el lapso del primer censo y la fecha en que se quiere conocer la población.

Se estima que para el período de 10 años el rango de incertidumbre que proporciona esta fórmula es aceptable.

Figura 2
 Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mexicana (1930).

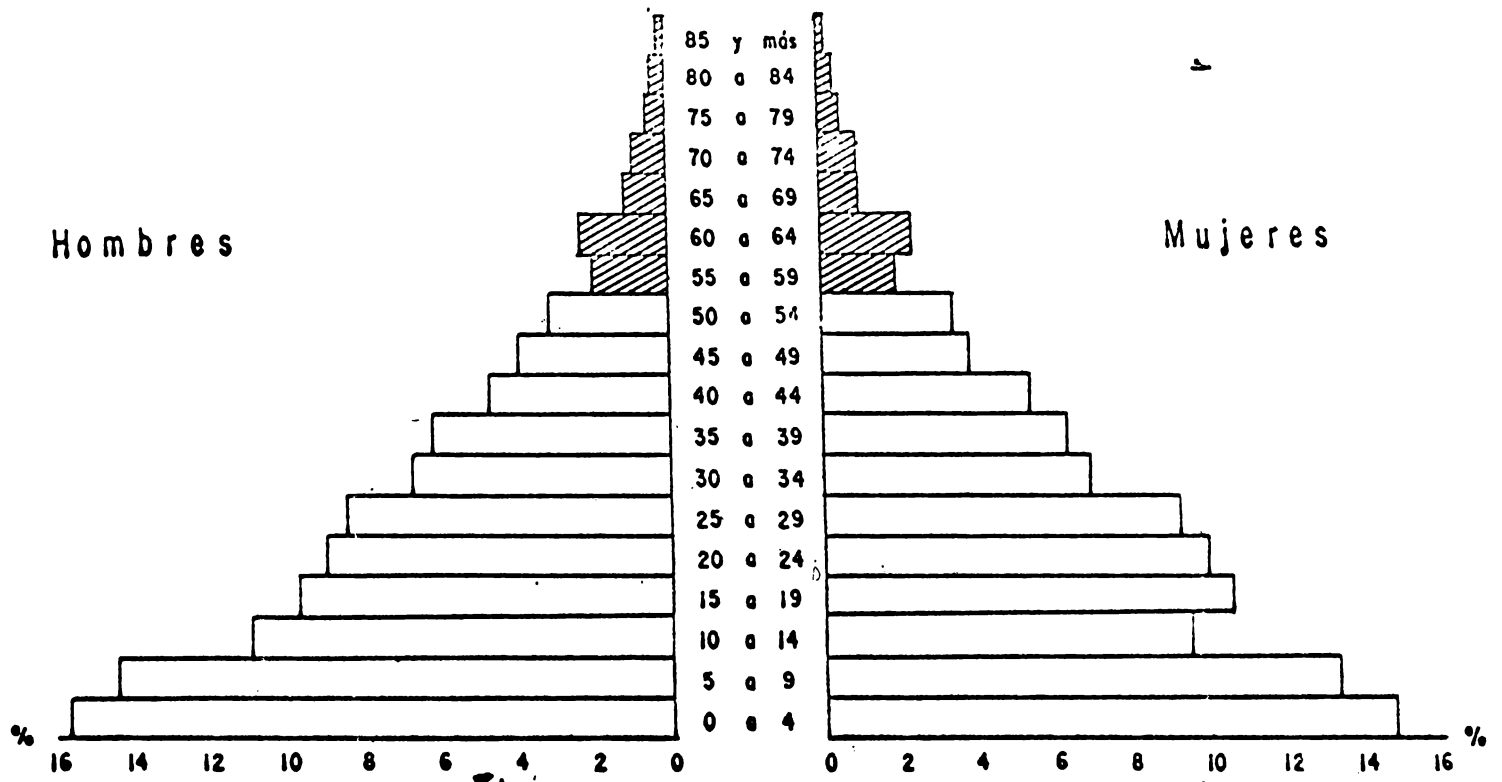
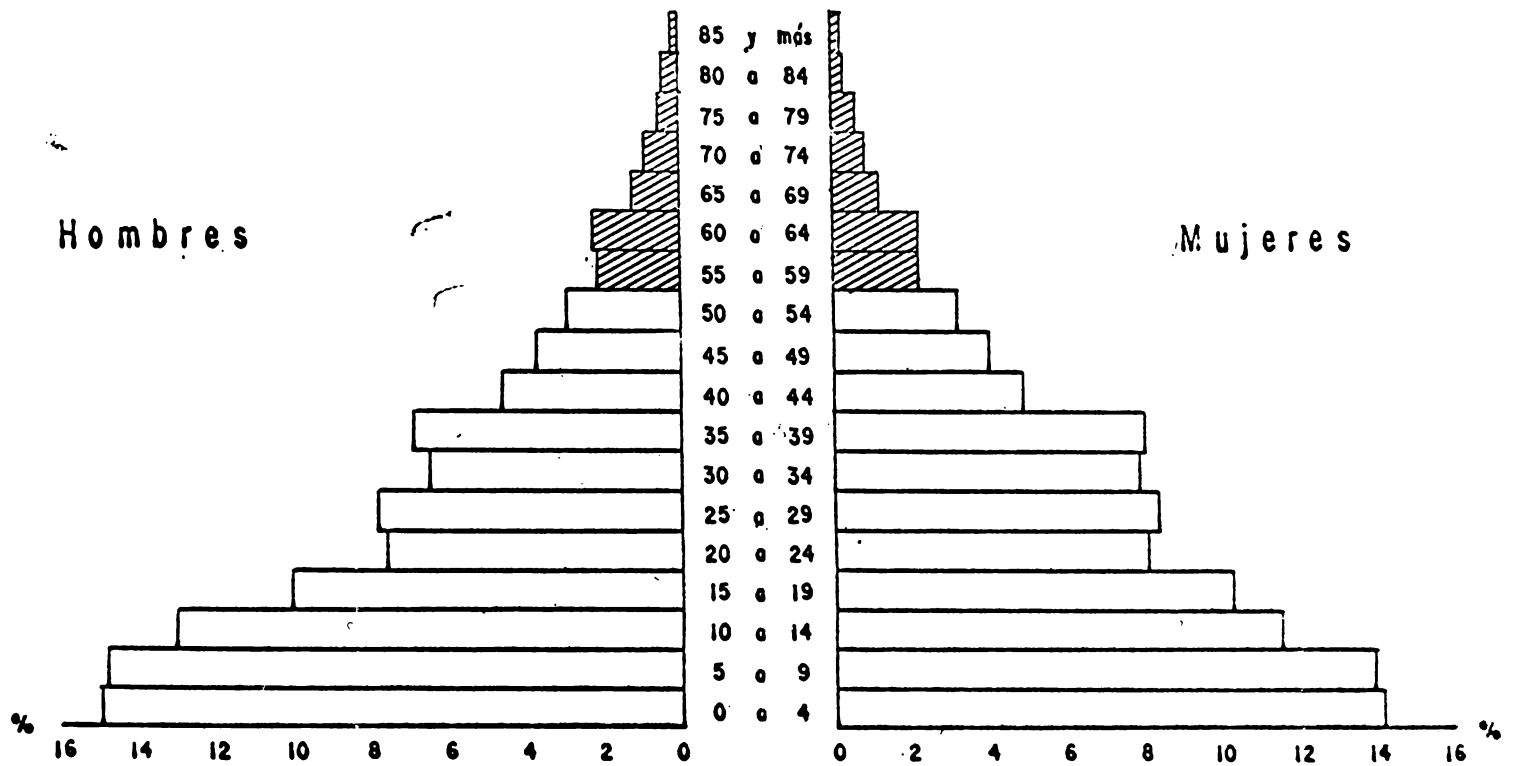


Figura 3

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mexicana (1940).



Fuente: Censo general de población, SIC, Dirección General de Estadística, México.

Construyó: Luis Fuentes Aguilar

Dibujó: Jorge Colónico L.

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mexicana (1950).

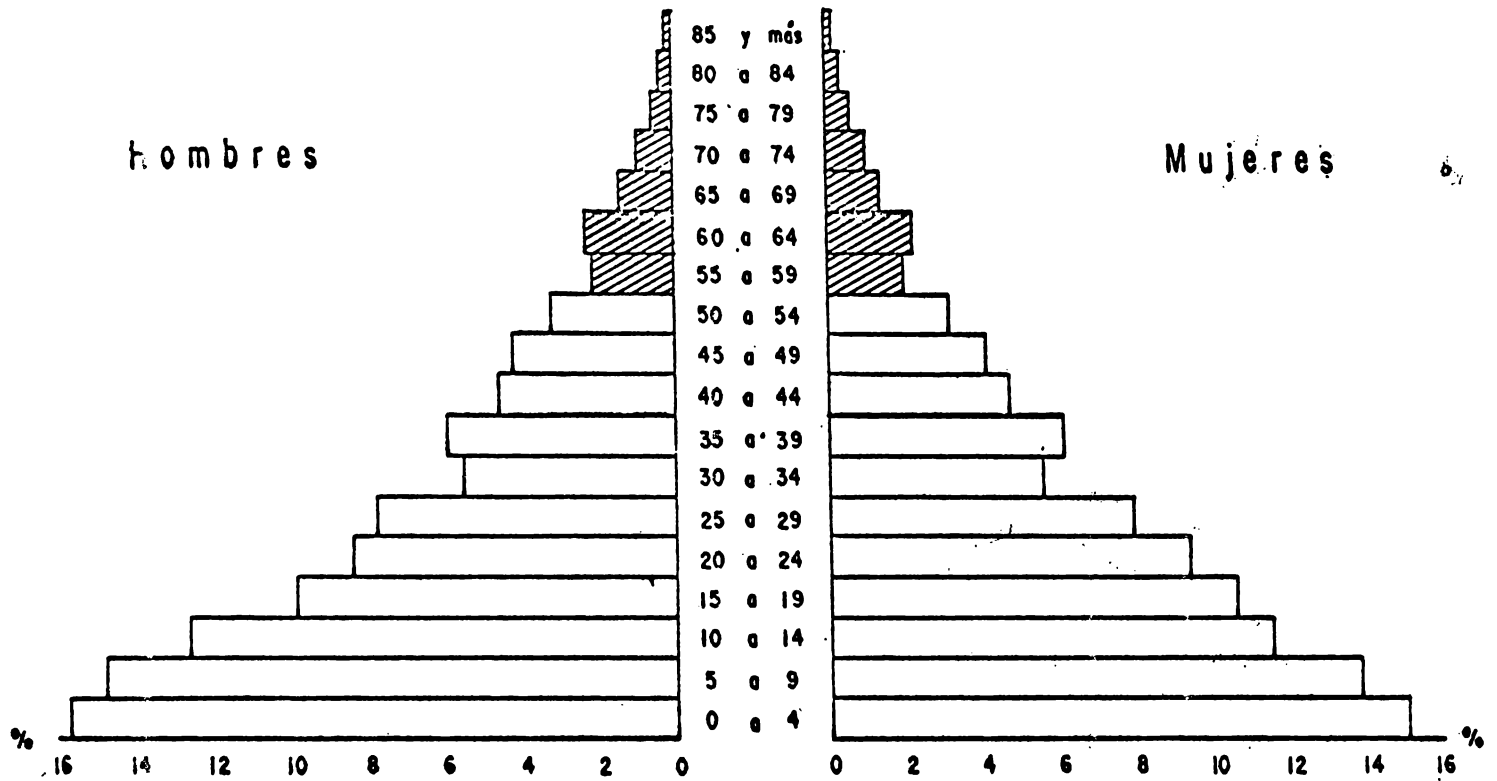
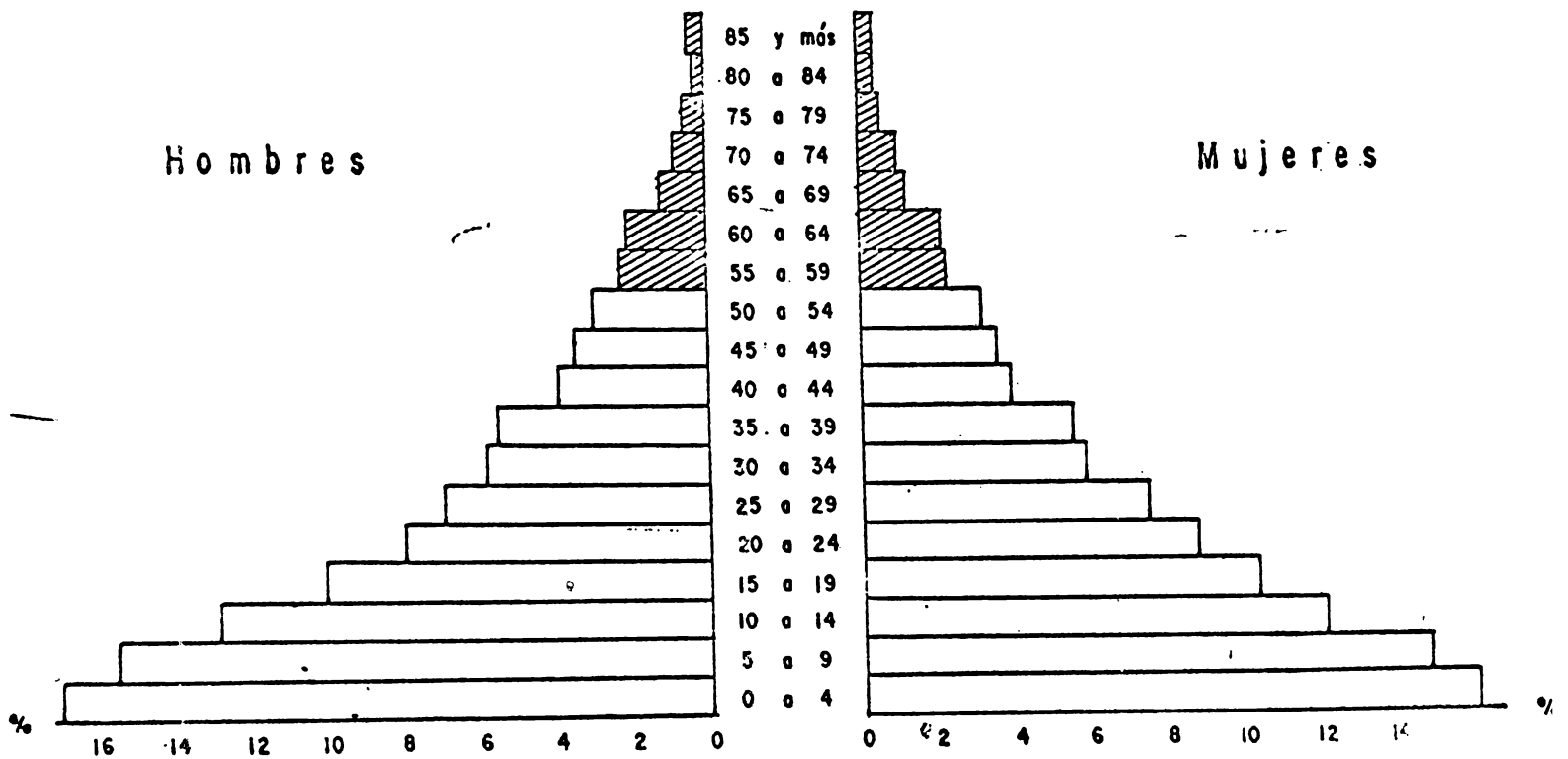


Figura 5

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mexicana (1960).



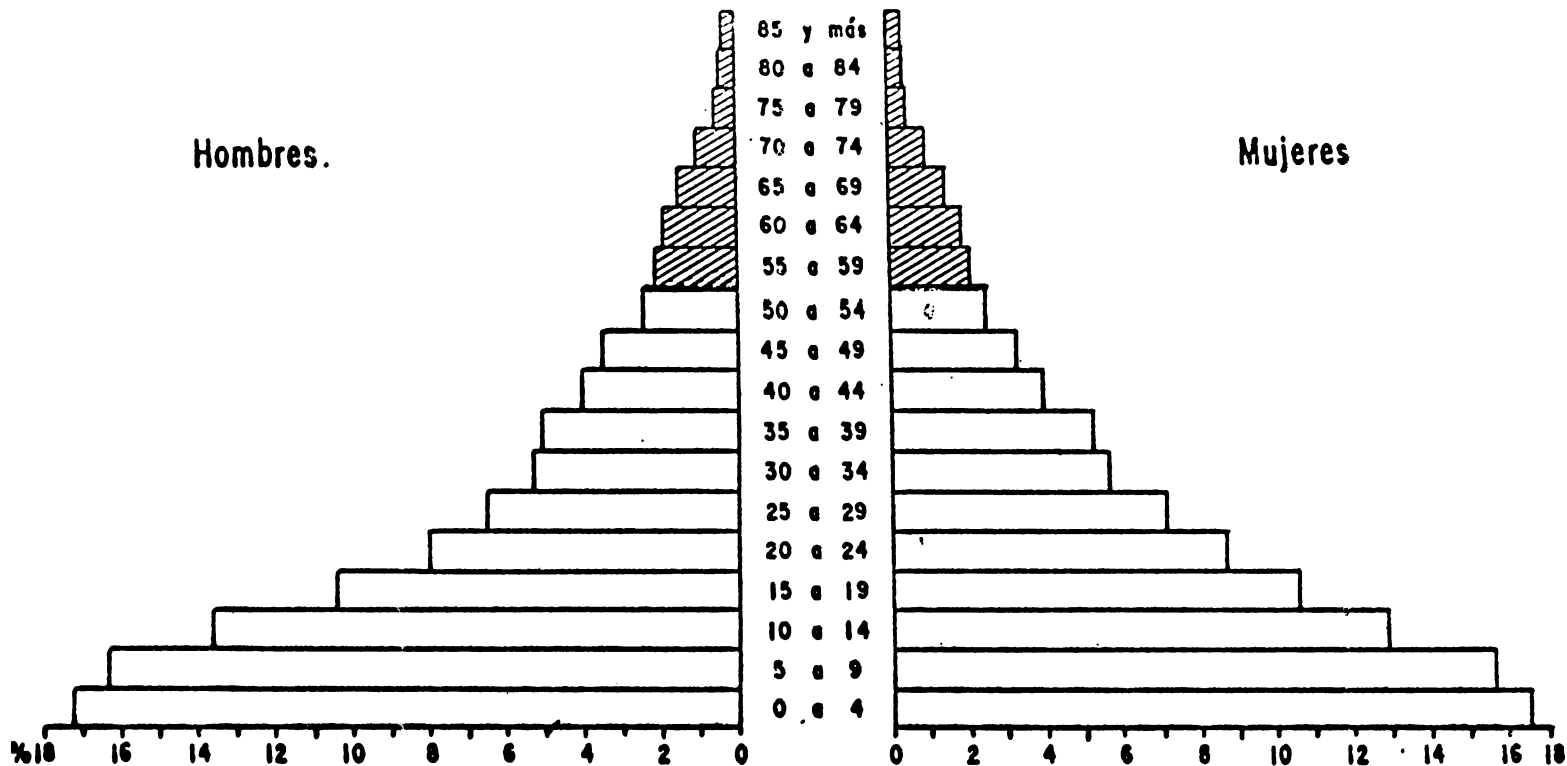
Fuente: Censo general de población, SIC, Dirección General de Estadística, México.

Construyó: Luis Fuentes Aguilar

Dibujó: Jorge Calónico L.

Figura 6

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la República Mexicana (1970)

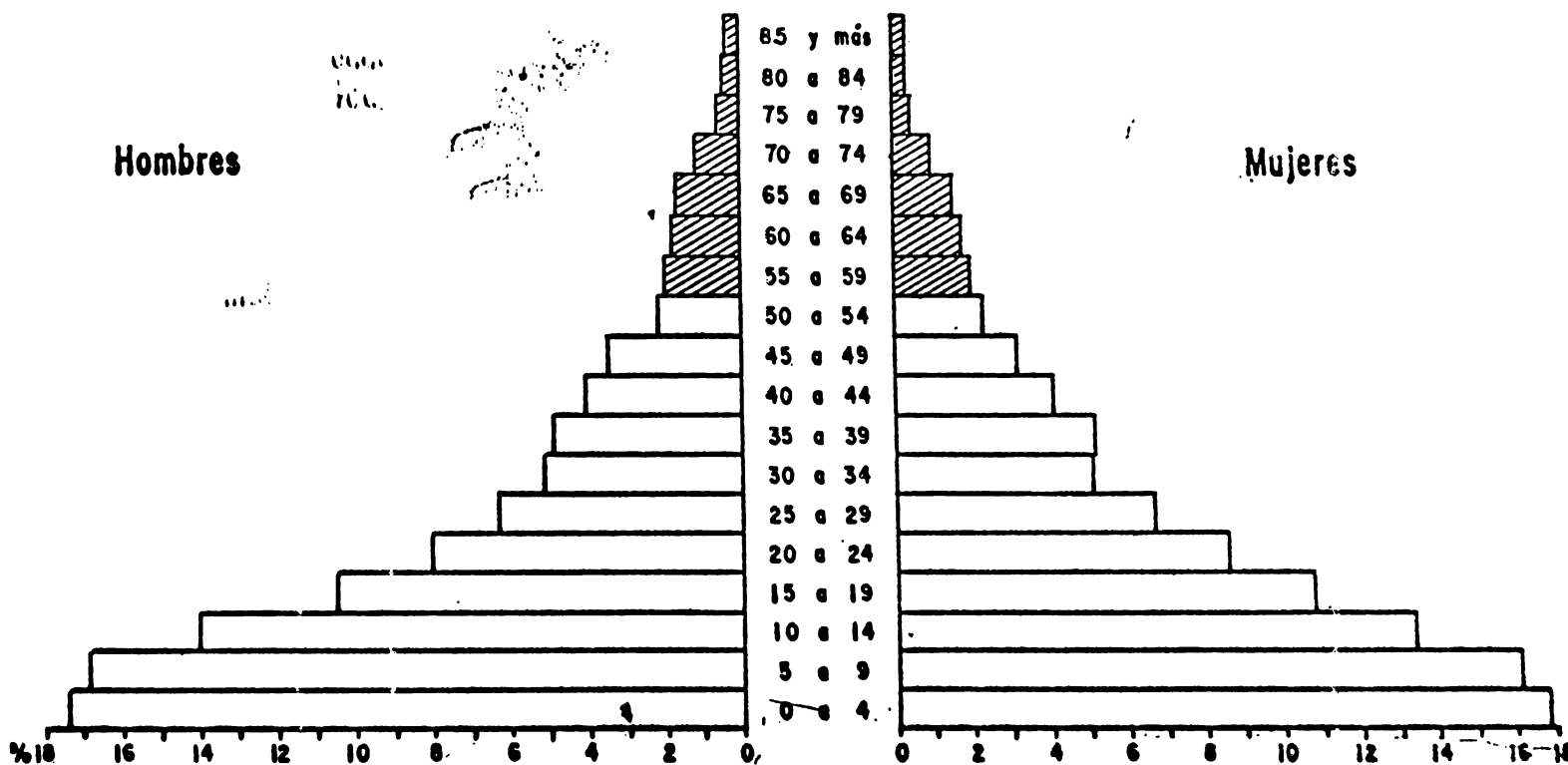


Fuente: Censo general de población, S I C, Dirección general de estadística, México

Figura 7

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales estimados, en la República Mexicana (1980).

FIGURA 7



Construyó: Luis Fuentes Aguilar

Estas cifras indican que las pirámides de edad, de 1930 a 1980, siguen ampliándose en su base -- población menor de 20 años --, pero en su parte superior -- población mayor de 60 años -- no hay un incremento sensible. De aquí que las pirámides de edad de una década a otra no tengan una diferencia apreciable. (Ver figuras 2 a 7).

Las pirámides de edades en México son características de una población joven, con una gran simetría respecto al sexo, que contrastan con las pirámides de poblaciones maduras de otros países. Así, se puede observar la similitud que presenta la pirámide de Mozambique -- que presenta 47.4 % de la población menor de 20 años y 6.1 % mayor de 60 años -- con las del país, Figura 8. La población blanca de la Unión Sudafricana tiene una estructura más reducida en su base y más amplia en las etapas superiores, ya que tiene 40.3 % de población joven menor de 20 años y 10.1 % de población senecta, Figura 9. En cambio Japón, tiene una base infantil de 0 a 4 años reducida con respecto al quinquenio de 5 a 9 años, y su población senecta es el 8.6 % de la población total y la joven representa el 41.7 %, Figura 10. La estructura demográfica de Dinamarca es un ejemplo claro de una población madura con sólo un 33.5 % de población menor de 20 años y una población mayor de 60 años que representa el 14.5 % de la población total, Figura 11. Francia también es un excelente ejemplo de población madura, donde el grupo de los ancianos tiene una gran importancia ya que constituye el 16.9 de toda la población con solo el 30.7 % de población joven, Figura 12. La República Federal Alemana, como casi todos los países beligerantes europeos de la II Guerra Mundial, presenta también las características de una estructura demográfica madura con 29.9 % de po-

Figura 8

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en Mozambique (1970).

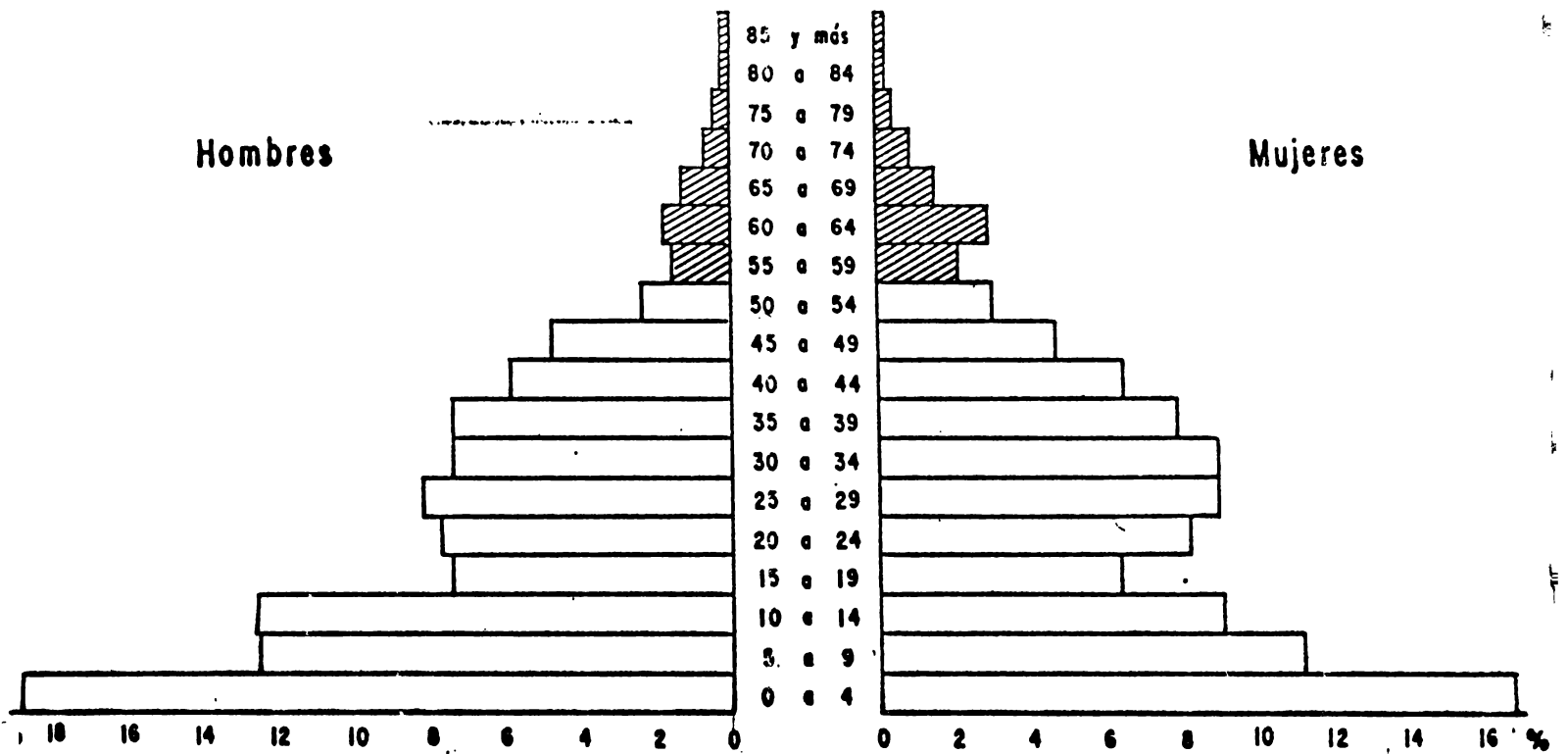
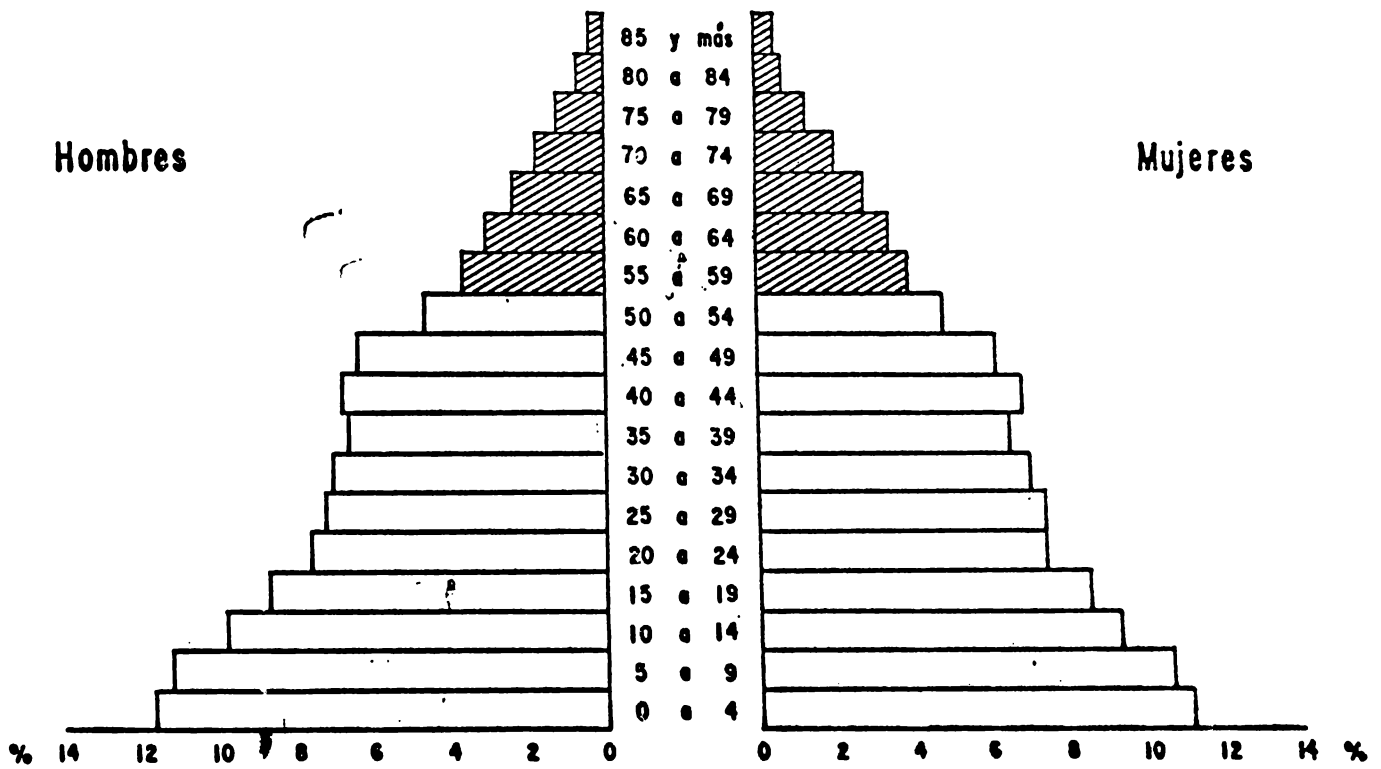


Figura 9

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la Unión Sudafricana, población blanca, (1970).



Fuente: Demographic Yearbook, 1970, United Nations, New York.
Construyó: Luis Fuentes Aguilera

Figura 10

Pirámide de edades en porciento, por grupos quinquenales, en Japón (1970).

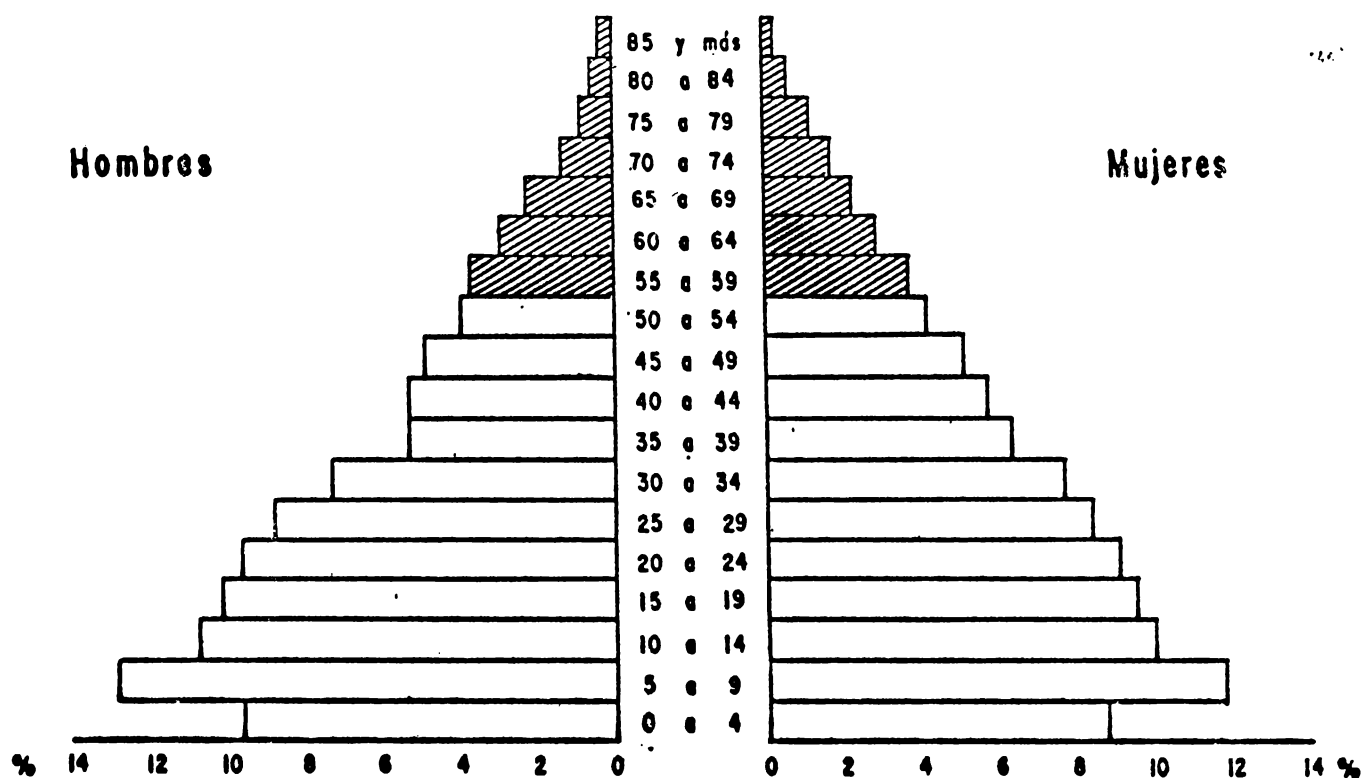
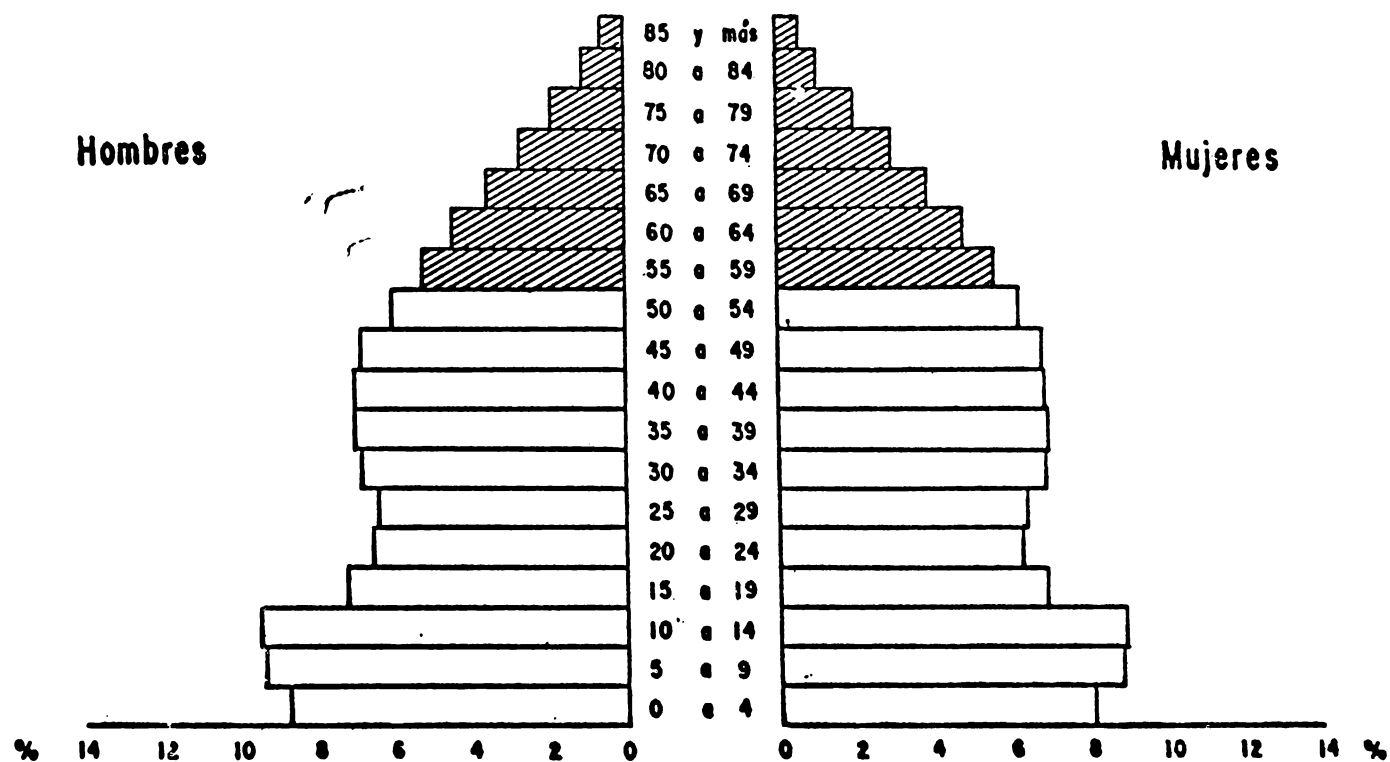


Figura 11

Pirámide de edades en porciento, por grupos quinquenales, en Dinamarca (1970).



Fuente: Demographic Yearbook, 1970, United Nations, New York.

Continúa en la Página Anular

Figura 12

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en Francia (1970)

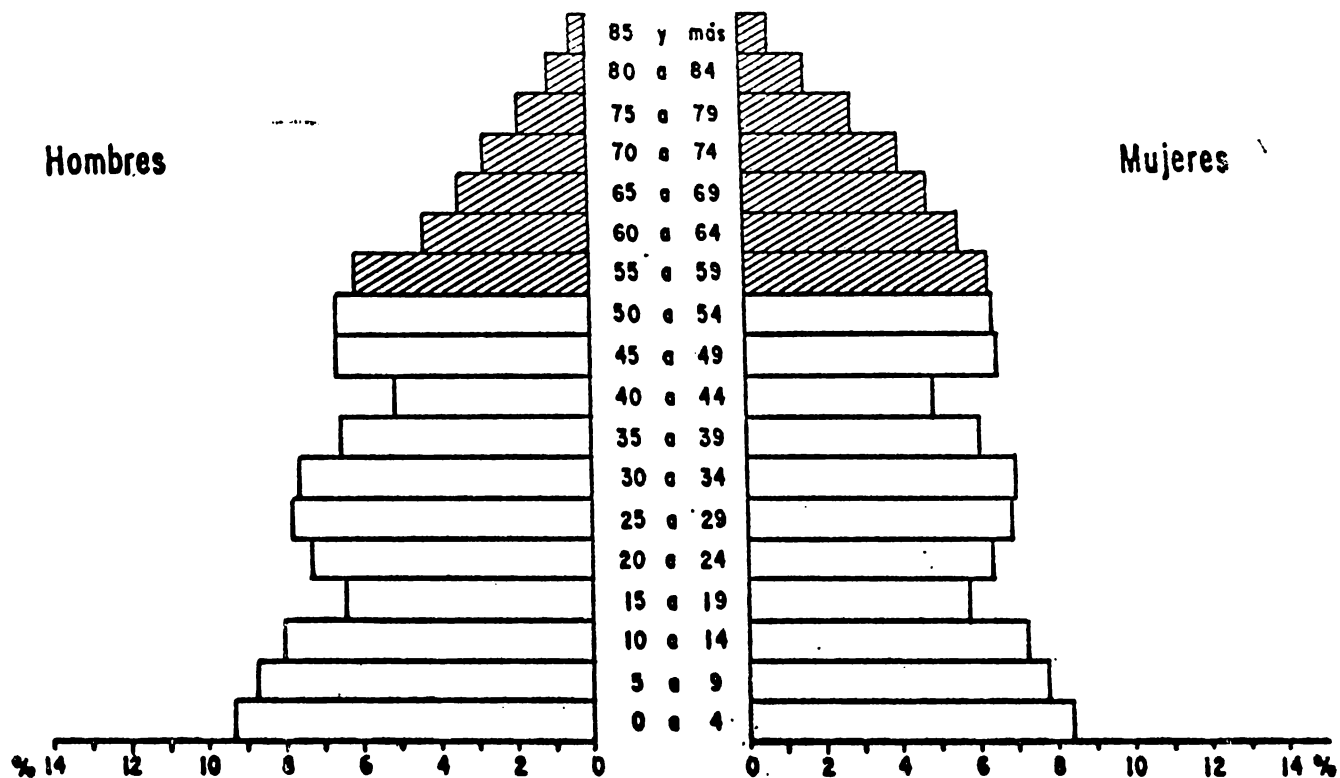
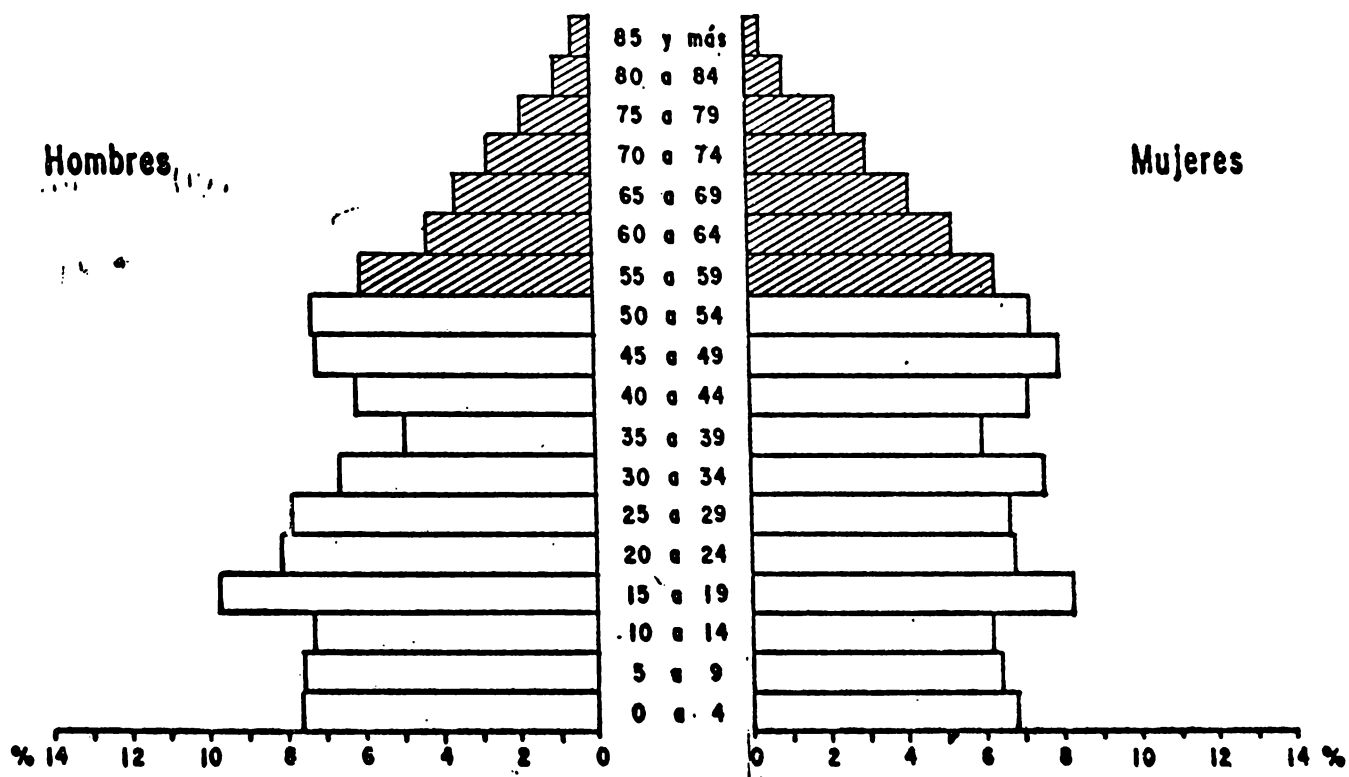


Figura 13

Pirámide de edades en por ciento, por grupos quinquenales, en la Republica Federal Alemana (1970).

FIGURA 13



Fuente: Demographic Yearbook, 1970, United Nations, New York.
Construyó: Luis Fuentes Avilar

blación joven menor de 20 años y el 15.2 % de población senecta mayor de 60 años, con un sensible predominio del sexo femenino en las últimas etapas de la vida, Figura 13.

Analizando la población de México en las últimas etapas de la vida, durante el lapso de 1930-1980, se observa que el grupo de 60 a 64 años, en términos absolutos, se ha incrementado de 383 356 personas a 1 098 210, es decir, que en un período de 50 años casi se ha triplicado, ver Figura 14; pero si se analiza el porcentaje que representa este grupo de la población total, se aprecia que ha disminuido del 2.3 % a 1.7 %, ver Cuadros 1 y 6 del Apéndice. Esto indica que ante el aumento de la población joven, el grupo de 60 a 64 años ha disminuído relativamente.

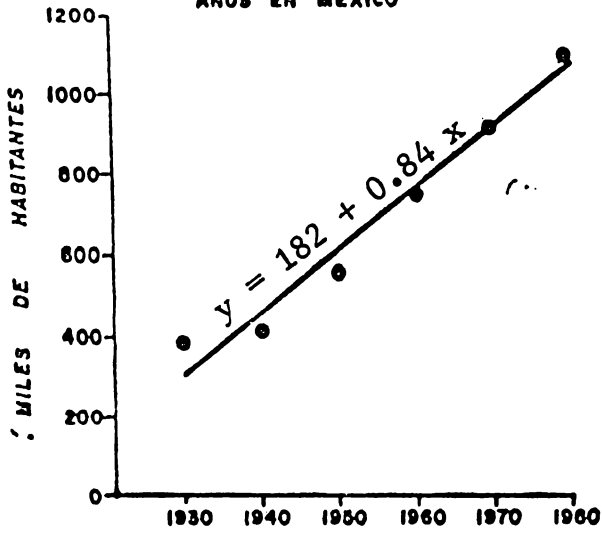
En el grupo de 65 a 69 años, el aumento absoluto de personas para el mismo período, es de 175 822 en 1930 a 1 002 979 en 1980, es decir se incrementó en un 470 % la población de este grupo de edad en 5 décadas y desde el punto de vista del porcentaje que representa con respecto a la población total, también sufre un ascenso pasando de 1.1 % en 1930 al 1.6 % en 1980. Este hecho se puede interpretar como un reflejo del aumento de la esperanza de vida de la población en general por la implantación de servicios asistenciales en el país.

El quinquenio de 70 a 74 años, va de 144 620 personas en 1930 a 649 588 en 1980 lo que representa un incremento del 350 % para ese lapso, ver Figura 14, y con respecto a su significación en la población total el incremento es muy débil, del 0.9 % al 1.1 % para el mismo período.

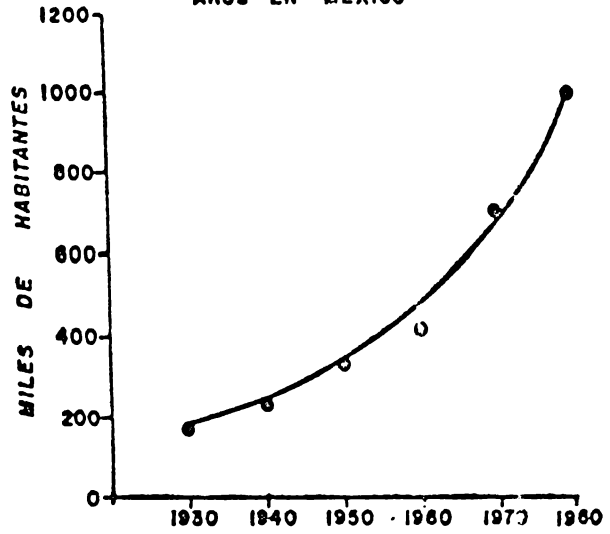
El grupo de edad de 75 a 79 años, pasa de 70 045 en 1930

FIGURA 14

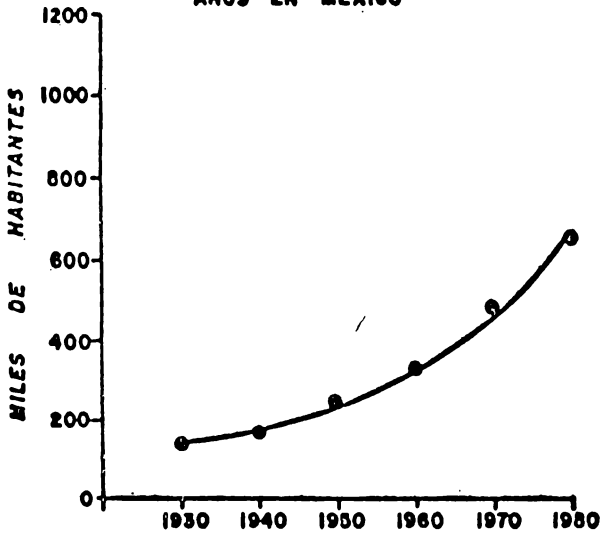
TENDENCIA DE LA POBLACION DE 60 A 64 AÑOS EN MEXICO



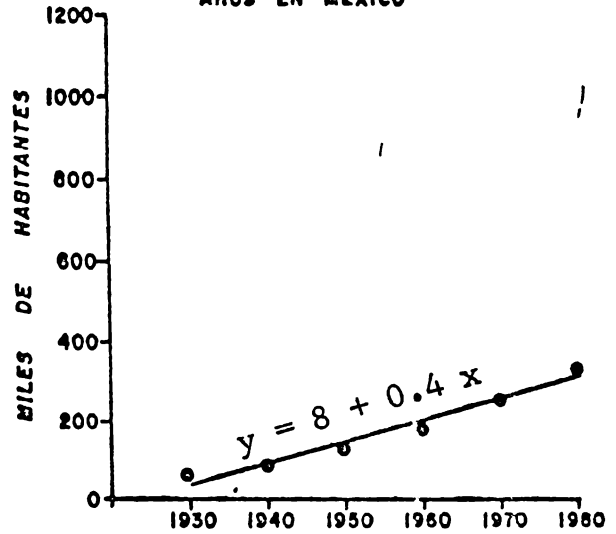
TENDENCIA DE LA POBLACION DE 65 A 69 AÑOS EN MEXICO



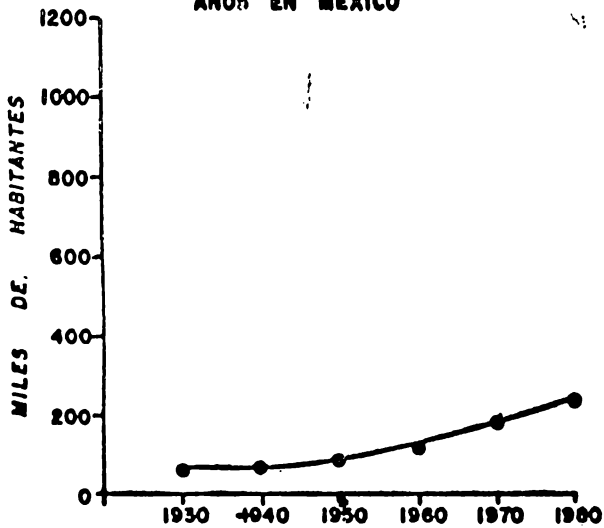
TENDENCIA DE LA POBLACION DE 70 A 74 AÑOS EN MEXICO



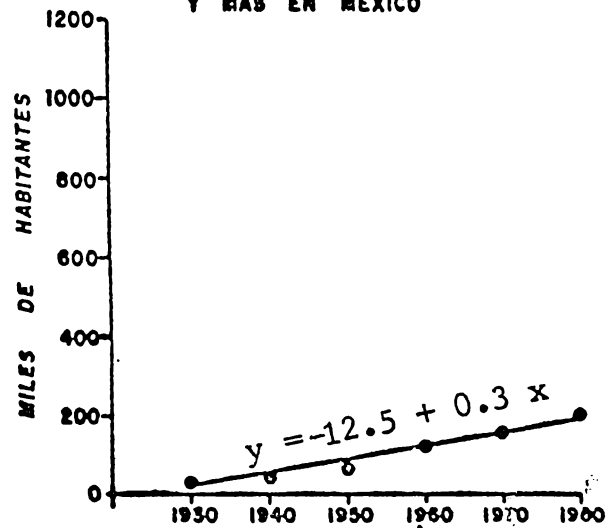
TENDENCIA DE LA POBLACION DE 75 A 79 AÑOS EN MEXICO



TENDENCIA DE LA POBLACION DE 80 A 84 AÑOS EN MEXICO



TENDENCIA DE LA POBLACION DE 85 AÑOS Y MAS EN MEXICO



Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

a 320 226 que representa un aumento muy semejante al del grupo anterior, 355 %, y desde el punto de vista de la población total este grupo tiene un ascenso apenas perceptible, del 0.5 % al 0.6 %.

El grupo de 80 a 84 años, tiene 60 578 personas en 1930 y 235 721 en 1980, con un incremento del 290 % en términos absolutos, pero con respecto a la población total este grupo es el que ha permanecido más estable, ya que en el lapso considerado se ha mantenido en el 0.4 %.

El grupo de edad más avanzada considerado, 85 y más años, ha pasado de 37 680 en 1930 a 204 068 personas en 1980, que implica un aumento del 440 %. Este grupo es de los que más fuertes incrementos registra; sin embargo, al tomar en cuenta a la población total el porcentaje se ha mantenido alrededor del 0.3 % con ligeras variaciones (disminución en 1940 y aumento en 1960).

Si se observa la Figura 14, se aprecia como la pendiente de la población que compone los diferentes grupos se va abatiendo sobre el eje de las abscisas a medida que pasa a los grupos de edad más avanzados. De un valor de 0.84, en el grupo de edad de 60 a 64 años, que corresponde a un valor de la tangente de 40°; 0.4, en el grupo de 75 a 79, con una tangente de 21°; a una tangente de 17° con un valor de 0.3.⁴¹

41. Los grupos de edad de 65 a 69 años, 70 a 74 y 80 a 84, tienen por gráfica una semiparábola con el eje focal sobre las ordenadas, desplazándose hacia la región positiva de las ordenadas y de las abscisas, cuya ecuación es: $x^2 = 4 py$, donde p es la distancia del vértice al foco.

Este cambio de pendiente indica que la población en las últimas etapas de la vida va decreciendo. Este hecho se refleja en la forma que adquieren las pirámides de edad en su vértice superior. Junto con el descenso de la población senecta en los últimos grupos de edad, se aprecia la asimetría en cuanto al sexo. También es un hecho demográfico que a medida que se avanza en edad, el predominio del sexo femenino es, por lo general, más notable, ver Cuadro 7 del Apéndice. Se estima que la menor sobrevivencia de los hombres es debida a una mayor susceptibilidad emocional a los cambios externos -- indiferencia familiar, jubilación, soledad, tedio -- y a una menor adaptación al nuevo entorno que se traduce en deterioro y muerte.

El grupo senecto y las otras etapas de la vida. Los cambios demográficos que se presentan en la actualidad, son como ya se indicó el resultado de la socialización de la medicina y de su influencia en los aspectos curativos. El cambio en la estructura de la población se basa en el control que en la actualidad se ejerce sobre varios mecanismos que diezman la población, como las enfermedades infecciosas en la infancia con el consiguiente aumento en el promedio de vida y el mayor número de individuos que viven lo suficiente para llegar a la vejez.

Aunque la población en México es actualmente joven, la disminución de la tasa de mortalidad debida a los efectos de las campañas contra muchas enfermedades no se traducirán en un aumento considerable de la proporción de personas de edad avanzada en los próximos decenios.

Las dificultades que puedan presentarse no dependen esencialmente de la distribución de la población por grupos de

edad, sino más bien de las presiones que hacen sentir cuando la proporción de personas dependientes rebasa cierto límite.⁴² Se tendrán que afrontar los problemas de la vejez, con mayor interés, en un futuro relativamente próximo.

Los recursos de la tecnología moderna aceleran el proceso de industrialización y éste posiblemente agudice las complicaciones psicológicas y sociales que en particular afectan a las personas de edad avanzada.

El progreso en la lucha contra las enfermedades ha favorecido más a los que se encuentran en la primera mitad de la vida; sin embargo, se va notando cada vez más la tendencia de que sus efectos favorezcan también a los que se encuentran en la segunda mitad de la vida. Esto guarda relación con el hecho de que el aumento en la duración de la vida humana ha empezado hace relativamente poco tiempo y por ello sólo ha alcanzado eficacia en este siglo en algunas áreas geográficas. Primero se redujo la muerte al comienzo del curso de la vida, esto es, en los lactantes y en los niños; luego siguieron los grupos de edad intermedios y ahora el mejoramiento de las probabilidades de vida puede alcanzar también a los grupos de edad más avanzada.

Esto se refleja en las tendencias que guardan las principales etapas de la vida en el lapso 1930-1980. Si se observa

42. En Francia, por ejemplo, se han organizado los ancianos para demandar mayor atención y han demostrado que pueden ser una fuerza electoral lo suficientemente importante como para formar un grupo de presión. El 32 % de las personas mayores de 65 años votaron en las últimas elecciones.

la Figura 15 se ve que la infancia -- menores de 5 años -- tiende a aumentar ligeramente, en relación con la población total, quizás debido a la reducción de la mortalidad la que, en otras épocas era muy alta, principalmente durante la lactancia y la primera infancia; mientras que la niñez -- mayores de 5 años y menores de 15 -- tiene un incremento apreciable por las campañas de vacunación preventiva, la higiene y los adelantos en el campo de la nutrición que decisivamente han contribuido a este aumento, sobre todo a partir de la década de los cuarentas. La adolescencia, que está considerada en el grupo de los mayores de 15 y menores de 20 años, se mantiene constante a través del período considerado, no así la juventud -- mayores de 20, menores de 40 -- que tiende a disminuir, lo mismo que la madurez, pero la etapa de la senectud, mayores de 60 años, se mantiene constante en relación con el total de la población.

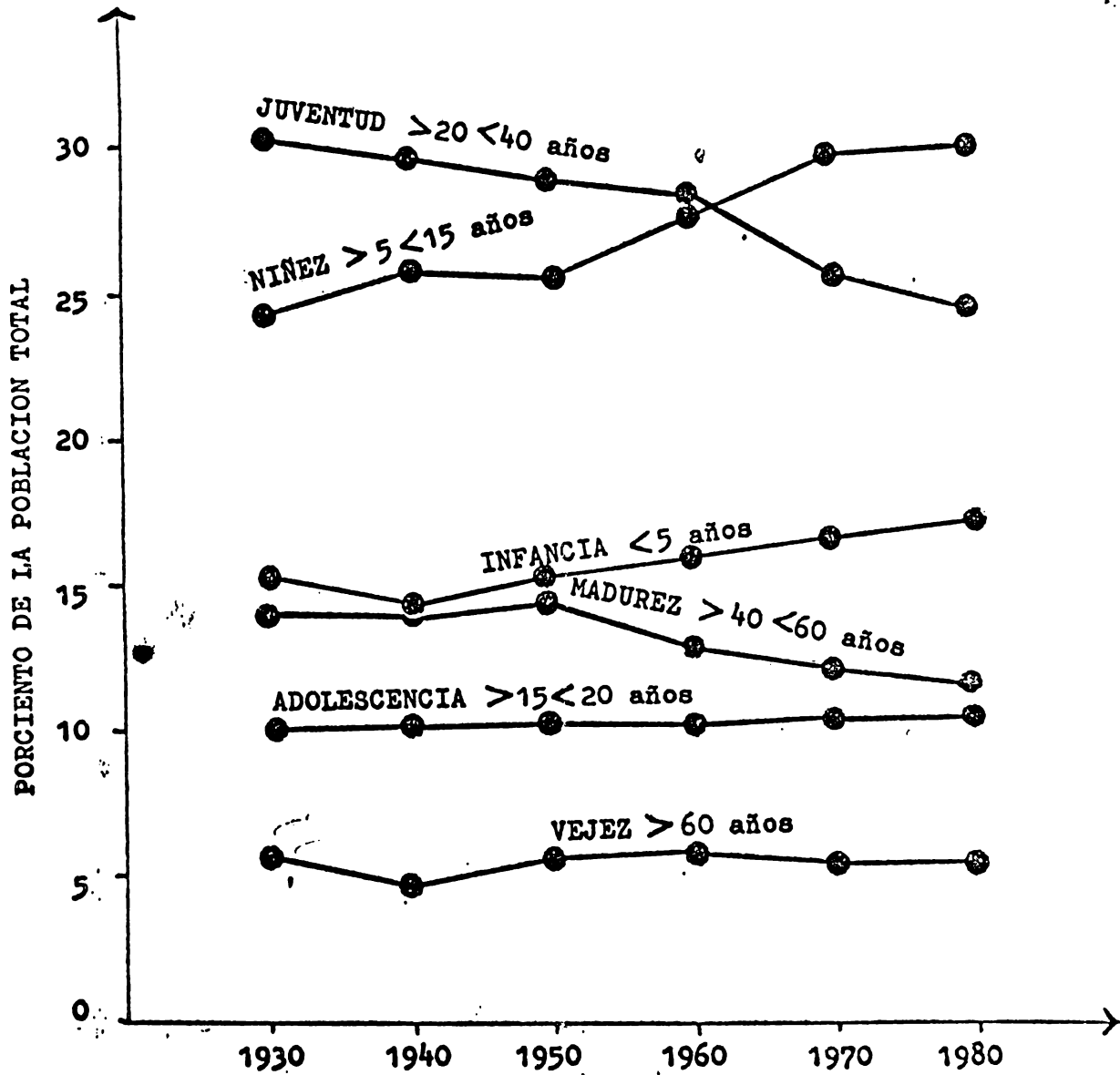
En términos de la población total y de las otras etapas de la vida, el grupo de edad mayor de 60 años se mantiene más o menos constante, alrededor del 5.5 %. En términos absolutos este grupo aumenta cada vez más, en otras palabras, de 1930 a 1940 pasó de 872 101 a 1 005 803, es decir hubo un incremento de 138 702 personas, y de 1960 a 1970 este incremento fue de 769 493, pasando la población de este grupo de 1 939 745 a 2 709 238 y para 1980 se calcula que habrá más de tres millones y medio de senectos. (Ver cuadro 9 del Apéndice).

Esta población que aumenta sensiblemente es la que no es posible ignorar; y es a la que se le ha negado un significado existencial pleno para el resto de sus días.

La población senecta económicamente dependiente. Se con

FIGURA 15

RELACION EN PORCIENTO DE LAS PRINCIPALES ETAPAS DE LA VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA.





sidera que la población económicamente activa es aquella cuya edad fluctúa entre los 15 y los 60 años.⁴³ Esta definición trae como consecuencia dos tipos de población económicamente dependiente: la infantil o menor de 15 años y la senecta o mayor de 60 años.

El considerar definido al grupo económicamente activo por su edad no implica que este grupo esté totalmente empleado. La expansión demográfica en México, unida a los requerimientos tecnológicos impuestos por la modernización del aparato productivo, hacen extremadamente difícil la generación automática de un número de empleos compatible con la absorción del crecimiento de la fuerza de trabajo. La población total que se había elevado a razón de 3.4 % anual en el período 1950-1960, alcanza tasas del 3.6 % entre 1970-1975 y el nivel de empleo se mantiene a menos del 2 %, lo que significa que la población que trabaja es una proporción cada vez menor de aquella que está en aptitud de trabajar.

Por otra parte, la concentración de la actividad económica en los principales centros urbanos y la dispersión de más de ocho millones de personas en localidades apartadas de menos de 500 habitantes, crean obstáculos adicionales. La mayoría de esas comunidades viven de la agricultura, actividad donde hay excedentes apreciables de mano de obra y que, por razones obvias, crece a tasas inferiores a las del conjunto de la econo-

43. Según el Censo de Población del país se considera el límite inferior de edad de 12 años por la existencia de un amplio sector de pequeñas empresas familiares, particularmente en la agricultura, en el que trabaja un gran número de niños y adolescentes.

mía lo que provoca un incremento del ejército de reserva.

En la actualidad, al aumento constante de desocupados que contribuyen a mantener un bajo nivel de salarios, se suman hechos que agravan las cosas para los trabajadores, por ejemplo: el rápido crecimiento de la población y de la fuerza de trabajo, la creciente movilidad de ésta, el éxodo de la gente del campo hacia las ciudades, la ausencia de organización sindical de la mayor parte de los trabajadores, el desperdicio constante de una parte del excedente, las pérdidas del mismo a causa de una estructura de relaciones internacionales desfavorables por el intercambio desigual y el empeño del Estado a que una alta tasa de ganancia estimule al capital.

La consideración de los problemas de empleo, como objetivo de los planes de desarrollo no deben descansar sólo en programas de mejoramiento social - educación, vivienda, salud - sino que deben estar asociados a la ampliación de las oportunidades de ocupación como principal fuente de acrecentamiento del ingreso de los grupos económicamente activos, por lo que se considera una falacia pretender abrir fuentes de trabajo violentando la jubilación de los trabajadores que en la estructura de la población no ocupan un lugar predominante.

Si las muertes prematuras generaban una problemática angustiosa ya que daban lugar a la disminución numérica de las generaciones jóvenes, la ampliación que se ha obtenido de la edad promedio de vida y la explosión demográfica comparten otra problemática no menos angustiosa que es el aumento de la población no productiva menor de 15 años y un aumento de la mano de

obra productiva en los mercados de trabajo que no están organizados para recibirla.

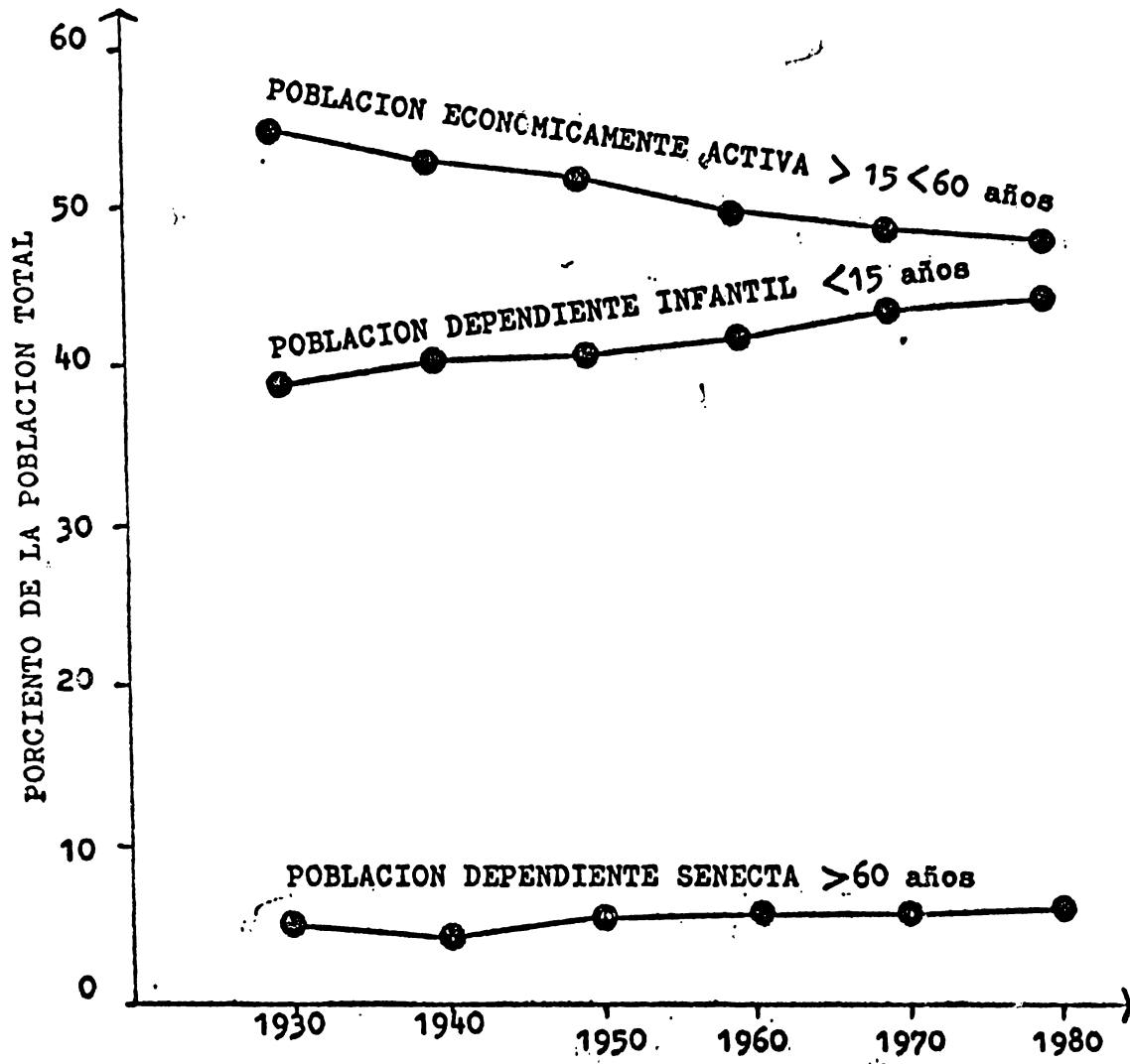
En la década 1960-1970, la población dependiente infantil se incrementó en un 44 %, de 15 millones y medio a 22.3 millones; la población dependiente senecta en un 39.6 %, de 1.9 a 2.7 millones y la población considerada económicamente activa, bajo el criterio censal, en un 33 % de 17.4 a 23.2 millones. Sin embargo, la tendencia de esta población con capacidad productiva registra un descenso en relación con la población total en el lapso 1930-1980, debido al incremento que se observa en la población menor de 15 años y la población dependiente senecta se mantiene más o menos en la misma relación durante el período mencionado. (Ver Figura 16).

Esta población infantil que aumenta constantemente obliga a que se le dediquen una serie de programas orientados a su protección y desarrollo. El niño es considerado como el futuro y la sociedad al invertir en él garantiza su propio mantenimiento, mientras que el anciano es un muerto a plazo fijo que ya no tiene nada que ofrecer dentro de la estructura operante, de aquí el abandono en que se les tiene y la necesidad de un cambio de actitud con respecto al grupo mayor de 60 años.

Existe la impresión general de que los ancianos representan una carga social. No obstante, es poco probable que la proporción de las personas dependientes, es decir, de la población inactiva de más de 60 años con respecto a la población total, sufra algún cambio importante, por lo menos durante unos lustros; sin embargo, debe tenerse presente que el aumento de la población senecta debe ser una consecuencia directa del progreso socioeconómico.

FIGURA 16

RELACION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA Y POBLACION DEPENDIENTE INFANTIL Y SENECTA EN LA REPUBLICA MEXICANA.



3.2. ESPERANZA DE VIDA.

La prolongación de la vida, dentro de los límites biológicos, depende mucho más del ambiente en que se vive que de las posibles influencias hereditarias. La relación entre el nivel de vida, la mortalidad y las expectativas de vida, tiene más realce en el sentido de que los grupos de mejores condiciones económicas viven más que los grupos desposeídos.

Se ha encontrado cierta relación entre la prolongación de la vida humana y la zona geográfica donde vive la población.⁴⁴ No está bien definido si esta influencia es mayor a través de las características ocupacionales de la población más que a través de las condiciones geográficas mismas. En general, la longevidad es más común en las zonas rurales que en las zonas urbanas.

Se estima que el matrimonio tiene influencia sobre la longevidad en el sentido de que la gente casada tiene tasas de mortalidad más bajas que las de los solteros, viudos o divorciados.

44. El Dr. Carlos Sáenz de la Calzada, en su cátedra de Geografía Médica, sostiene la tesis de que así como hay factores geocológicos que determinan o condicionan ciertas endemias en determinadas regiones, como la ausencia de yodo en la dieta alimentaria condiciona el bocio endémico por deficiencias en la relación clima-suelo-producción agrícola aunados estos factores al aislamiento de la localidad, así también hay condiciones geocológicas que preservan la salud de la población. A estas zonas se les denomina islas de inmunidad. Ejemplo de este tipo particular de ecúmene es la región de Azerbaijan en Rusia, famosa por su gran cantidad de gente longeva.

dos. Esto se debe al carácter selectivo del matrimonio y al modo de vida distinto de las personas que viven solas.

Un factor que influye en la longevidad es el estado nutricional del individuo. No sólo la desnutrición sino también la sobrealimentación están relacionadas con enfermedades crónicas y muerte prematura. La obesidad es el factor más desfavorable en este sentido. Mientras mayor es el grado de obesidad más alta es la mortalidad por enfermedades cardíacas y vasculares, nefritis y diabetes.

Hay otros factores como la calidad de los servicios comunales de protección de la salud que influyen sobre la longevidad, pero tal vez el factor más importante está constituido por las medidas que el propio individuo toma para eliminar o controlar los riesgos en que vive.

Aun cuando la longevidad o prolongación de la vida individual no ha cambiado en el sentido de que no se ha descubierto un método para alargar la existencia del hombre más allá de lo que parece estar limitada por la especie, es evidente que la vida media de la población se ha prolongado considerablemente. Las probabilidades de vivir el período fisiológico de existencia van siendo cada vez mayores debido a que se ha logrado reducir la mortalidad, lo que permite vivir más a grupos cada vez más grandes de la población.

La prolongación de la vida humana tiene hoy en día un significado diferente. Los objetivos de la salubridad y el mejorar el nivel de vida de la población no pretenden que el hombre viva más de lo que fisiológicamente le corresponde dentro de

su especie, sino que el lapso que se viva se realice en las mejores condiciones posibles.

Entre otros factores, la esperanza de vida en los ancianos depende en gran parte del afecto con que se les rodee. Frecuentemente el anciano habla mucho de su pasado que recuerda con lucidez y relata hechos que ocurrieron o se refieren a personas que existieron cuando el interlocutor era joven.

El individuo, en la senectud, confronta dos alternativas que limitan, en cierta forma, la última etapa de su existencia. Por un lado se dice que el individuo en la senectud ya sólo tiene pasado y por otra parte que no tiene futuro. En consecuencia, es una crueldad privarle de sus querencias, su casa, sus muebles, sus cosas, a las que tiene apego.

Cuando estas tendencias a permanecer junto a sus objetos son obstaculizadas por gente más joven, el anciano se vuelve suspicaz e irritable o puede caer en estados depresivos, llegando a creer, por la incomprensión familiar, que esperan con ansia su muerte.

Estas suspicacias, frecuentemente ciertas, dificultan la convivencia y ante esa situación tan desagradable se aísla y se va quedando sólo, al extremo de que la familia acaba por ignorarlo, ocupándose de él sólo para satisfacerle sus necesidades más apremiantes y condenándolo a la soledad. Este aislamiento trae como consecuencia un deterioro mental más rápido por falta de estímulos apropiados.

Otra alternativa sería la del anciano que tiene la fortuna de vivir en un ambiente cordial en donde se le respeta por

su edad y experiencia, en donde se le toma en cuenta como persona, en donde se le quiere en forma auténtica y en donde se le escucha. En este caso, generalmente, el proceso involutivo del deterioro tarda más en presentarse. Así se encuentran individuos de más de 80 años mentalmente aptos y lo mas importante, con alegría de vivir, porque saben y sienten que su presencia es grata, que no estorban y que son queridos.

Los longevos generalmente se distinguen por una vida plena y, en cierto modo, creadora. Poseen una manera de ser especial por estar dominados por la actividad y la alegría de vivir.

Los adelantos científicos y el mayor grado de tecnificación han determinado un creciente aumento del término medio o expectativa de vida en casi todos los países del mundo. En algunos países la esperanza de vida se ha duplicado en los últimos cien años. Como consecuencia, es cada vez mayor el número de personas de edad avanzada y también mayor y más urgente la necesidad de resolver los problemas inherentes a esta etapa vital.

La vejez implica cambios psicológicos (que no siempre son tomados en cuenta al considerarse los problemas de la edad) tales como: soledad, sentimiento de inutilidad, falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor a la muerte, depresión por disminución física, etc. Estos estados psicológicos determinan daños profundos en la salud mental de la persona de edad avanzada, con la consiguiente repercusión sobre el medio familiar o institucional en que vive, con lo que se crea un círculo de recíproco malestar.

Desde la antigüedad, la esperanza de vida al nacer no

ha cesado de aumentar; en la época de César era de 20 años, de 25 en el siglo XVII. Entonces el "hijo medio" tenía 14 años a la muerte del padre. Ese "hijo medio", a la muerte del padre, pronto alcanzará 50 o 55 años. De cien niños, veinticinco morían antes de un año, otros veinticinco antes de 20 años, veinticinco entre 20 y 45 años; sólo una decena llegaba a los 60. Un octogenario -- que la gente transformaba en centenario -- era una excepción; se le consideraba como un bien y la comunidad a la que pertenecía se sentía orgullosa de él.

En el siglo XVIII la esperanza de vida en Francia era de 30 años. Durante varios siglos, la proporción de los individuos de más de 60 años varió un poco, alrededor del 8.5 %. El envejecimiento de la población empezó en Francia a fines del siglo XVIII y un poco más tarde el mismo fenómeno se produjo en otros países.

En 1851 había en Francia un 10 % de personas de más de 60 años; ahora hay casi 20 %, la mitad de los cuales aproximadamente viven en zonas rurales. Es decir que desde el siglo XVIII la proporción de viejos en la población francesa se ha duplicado. En octubre de 1970 había en ese país 6 300 000 personas de más de 65 años, es decir, más del 15 % de la población; alrededor del 60 % son mujeres.⁴⁵

Según un informe establecido en septiembre de 1967⁴⁶,

45. Datos obtenidos de: Les conditions de vie a l'age de la retraite, 1976, Journal Officiel de la République Française, Paris.

46. Citado por Simone de Beauvoir, 1970, pp. 265-266.

la proporción de personas de más de 65 años pasó, entre 1930 y 1962, de 7.6 % a 18.6 % en los seis países del Mercado Común, y de 7.8 % a 17.5 % en el conjunto constituido por los países escandinavos, Gran Bretaña e Irlanda. En los Estados Unidos se cuentan 16 millones de personas de más de 65 años, lo que representa el 14 % de la población, mientras que esa proporción era de 2.5 % en 1850 y de 4.1 % en 1900.

Las causas del aumento de la población senecta en esos países son las mismas; disminución de la mortalidad general y disminución de la natalidad.

La mortalidad infantil pasó en un siglo del 40 % al 2.2 %. Este hecho ha elevado la esperanza de vida a 68 años para los hombres y a 75 para las mujeres en los países citados; en los Estados Unidos a 71 años para los hombres y a 77 para las mujeres.

En realidad, el hombre que ha llegado a la edad adulta no tiene ante sí una expectativa de vida mayor que sus abuelos. Un francés de 50 años podía esperar 18 años de vida en 1805 y ahora se calculan 20. El envejecimiento de la población no significa que el límite de vida se haya desplazado sensiblemente, sino que la proporción de gente de edad es mucho mayor.

Los países llamados subdesarrollados son, por el contrario, países jóvenes. En muchos de ellos el índice de mortalidad infantil sigue siendo muy elevado; aun en aquellos donde es reducido, la subalimentación, la insuficiencia de la atención médica, las condiciones materiales en general, hacen difícil alcanzar la longevidad. En ciertos países del tercer mundo la mitad de la población tiene menos de 18 años. En la India hay 3.6 %

de ancianos; alrededor de 2.5 % en Brasil y 1.4 en Togo.

Los extraordinarios progresos de la nutrición, la higiene, la prevención y tratamiento de los padecimientos infecciosos, así como los no menos notables avances de la cirugía, han permitido en ésta época un incremento de la población madura y senecta, con la obligada presencia de problemas geriátricos a los que se tiene que enfrentar la medicina moderna. Es probable que el mayor número de ellos esté representado por los procesos degenerativos cardiovasculares.

El hombre, en la infancia, no sólo adquiere normalmente inmunidad contra las enfermedades infantiles en el sentido usual, sino también contra otras muchas infecciones a las que ha de exponerse en el curso ulterior de la vida sin recibir daños por su causa.

La receptividad y susceptibilidad para los microorganismos, agentes patógenos de muchas enfermedades infecciosas, es mucho mayor en la juventud que después porque los tejidos jóvenes son un terreno favorable para ellos. Pero la fuerza defensiva del organismo en crecimiento es mucho mayor que en la edad avanzada y por ello también los jóvenes resisten fácilmente infecciones graves.

De este modo, en los primeros decenios de su vida el hombre obtiene protección eficaz contra una serie de enfermedades y así se explica que a pesar de la decreciente vitalidad del organismo en la edad de la senectud no aumente su predisposición a las enfermedades contagiosas, sino que disminuya.

En el curso de una larga vida aumenta, naturalmente, la

probabilidad de que un hombre haya tenido contacto con agentes patógenos infecciosos de la más diversa índole. La exposición a la infección no siempre ha de conducir necesariamente a la irrupción de una enfermedad y, en muchos casos, el atacado por ella no advirtió en general que la hubiera padecido.

Con frecuencia, los signos de envejecimiento aparecen prematuramente en las poblaciones donde las deficiencias de la nutrición y la prevalencia elevada de enfermedades infecciosas minan la salud desde los primeros años. Una mortalidad elevada y una expectativa de vida corta son características de esas poblaciones.

Si se comprende al organismo superior en su totalidad, existe una relación manifiesta entre la duración del período de crecimiento y la duración media de la vida. Los animales de lento crecimiento viven más tiempo en promedio que los que crecen rápidamente.

El margen de vida está limitado a la duración de la capacidad funcional de los tejidos y órganos. Por regla general, la duración de la vida está calculada de modo que el individuo tenga tiempo suficiente para cumplir su misión supraindividual, esto es, para velar por la conservación de la especie mediante la procreación.

Después, el individuo debe desaparecer para dejar su sitio a la siguiente generación.

La duración media de vida corresponde al promedio de vida que se podrá realmente alcanzar en la mayoría de los casos.

La expectativa media de vida es el número de años que un hombre, de una determinada edad, puede esperar vivir todavía según estimaciones matemáticas.

La esperanza de vida está basada en el artificio de investigar qué pasaría con 100 000 nacidos vivos que estuvieran sometidos a los mismos riesgos de morir que existen en determinada región para una época dada. Esto constituye una medida que valora la salud en un aspecto positivo, ya que los habitantes de un lugar vivirán tanto más cuanto más salud posean.⁴⁷

La esperanza de vida, como ya se indicó, tiene estrecha relación con otros índices socioeconómicos. En los países donde la esperanza de vida es alta, son bajas la mortalidad general, la infantil y la debida a padecimientos transmisibles; la mayoría de las defunciones ocurren después de los 50 años de edad, principalmente por enfermedades del corazón, por tumores malignos y por lesiones vasculares del sistema nervioso central. Como marco general se tiene prosperidad económica con elevado ingreso per capita, buena nutrición, adecuado saneamiento (agua potable, drenaje, etc.), eficaz atención médica y elevado nivel de educación higiénica de la población.

Por el contrario, en los países donde la esperanza de

47. Según la organización Mundial de la Salud, se entiende por Salud no solo la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, mental y social de la población. Otra definición es la empleada en los países socialistas y que define la Salud como el bienestar del individuo que le permite la máxima productividad de su capacidad creadora.

vida es baja, son altas la mortalidad general, la infantil y la debida a padecimientos transmisibles; la mayoría de las defunciones ocurren antes de los 50 años y es baja la mortalidad global ocasionada por enfermedades de tipo degenerativo. Como marco general se halla pobreza con reducido ingreso per capita, mala nutrición, deficiente saneamiento, insuficiente atención médica y precario nivel de educación higiénica de la población.

Con el objeto de observar las variaciones que ha tenido la esperanza de vida en la República Mexicana se construyó el siguiente cuadro:

CUADRO 3

ESPERANZA DE VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA DE 1960 A 1975.⁴⁸

Año	Esperanza de vida para ambos sexos	Año	Esperanza de vida para ambos sexos
1960	57.4	1968	62.7
1961	58.9	1969	62.9
1962	59.0	1970	63.2
1963	59.6	1971	63.4
1964	60.5	1972	63.7
1965	61.2	1973	63.9
1966	61.8	1974	64.2
1967	62.4	1975	64.6

48. Para el cálculo de la esperanza de vida se procedió de la manera siguiente:

- 1) Intervalo de edad. Los grupos de edad utilizados fueron: menores de un año, de uno a cuatro años y después se tomaron lustros que empiezan con un múltiplo de cinco hasta el lapso de 100 a 104 años.
- 2) Población. Se tomaron los datos de población publicados en los censos de 1960 y 1970.
- 3) Defuncio

Los valores del Cuadro 3 indican un aumento progresivo de la esperanza de vida en México. Este incremento fue más notable durante el lapso de 1960 a 1961 donde se alcanza una sobrevivida de 1.5 años, y en el período de 1963 a 1964 es de 0.9 años. Estos aumentos de la esperanza de vida de la población al nacer no son el resultado inmediato detectado por el avance de los servicios asistenciales o de campañas masivas de prevención de enfermedades contagioinfecciosas, sino que, por lo general, pasa algún tiempo para que éstos se reflejen en las estadísticas.

Pero, sin lugar a duda, las campañas sanitarias, el avance tecnológico y la mejor dotación de servicios asistenciales se detectan en la Figura 17, donde se observa que en un período de 15 años se ha podido prolongar la vida hipotética de 100 000 nacidos vivos que estuvieron sometidos a los mismos riesgos de morir en una región y en una época determinada, pasando de 57.4 a 64.6 años, lo que representa un aumento promedio de 0.48 años de sobrevivida por año civil que transcurre.

nes. Se emplearon los datos de defunciones según edad y sexo, tabulados por la Dirección General de Estadística. 4) Índice de mortalidad. Se obtuvo dividiendo las defunciones entre la población de cada grupo de edad y sexo. 5) Número de sobrevivientes al principio del intervalo de edad con respecto al número de defunciones. Se calcularon basándose en la probabilidad de morir, partiendo de 100 000 nacidos vivos y determinando como irían falleciendo al aplicar la probabilidad de morir en cada grupo de edad y sexo, 6) Sobrevivientes. Se calculó el total de años de vida que les queda a los sobrevivientes al principio del intervalo de edad. 7) Esperanza de vida al principio del intervalo de edad. Se obtuvo dividiendo el total de años de vida que les queda a los sobrevivientes al principio de cada intervalo de edad y sexo, entre el número de tales sobrevivientes.

FIGURA 17

ESPERANZA DE VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

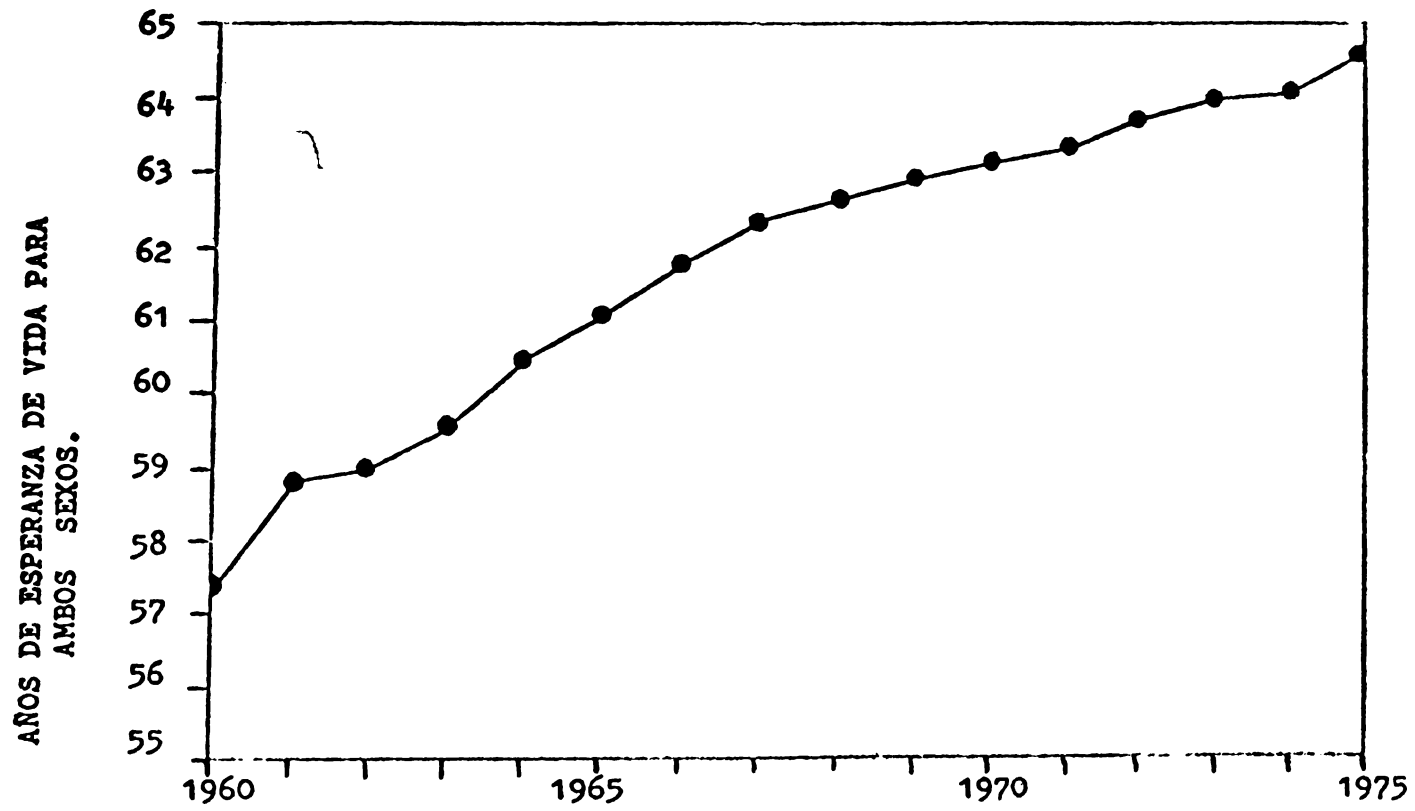
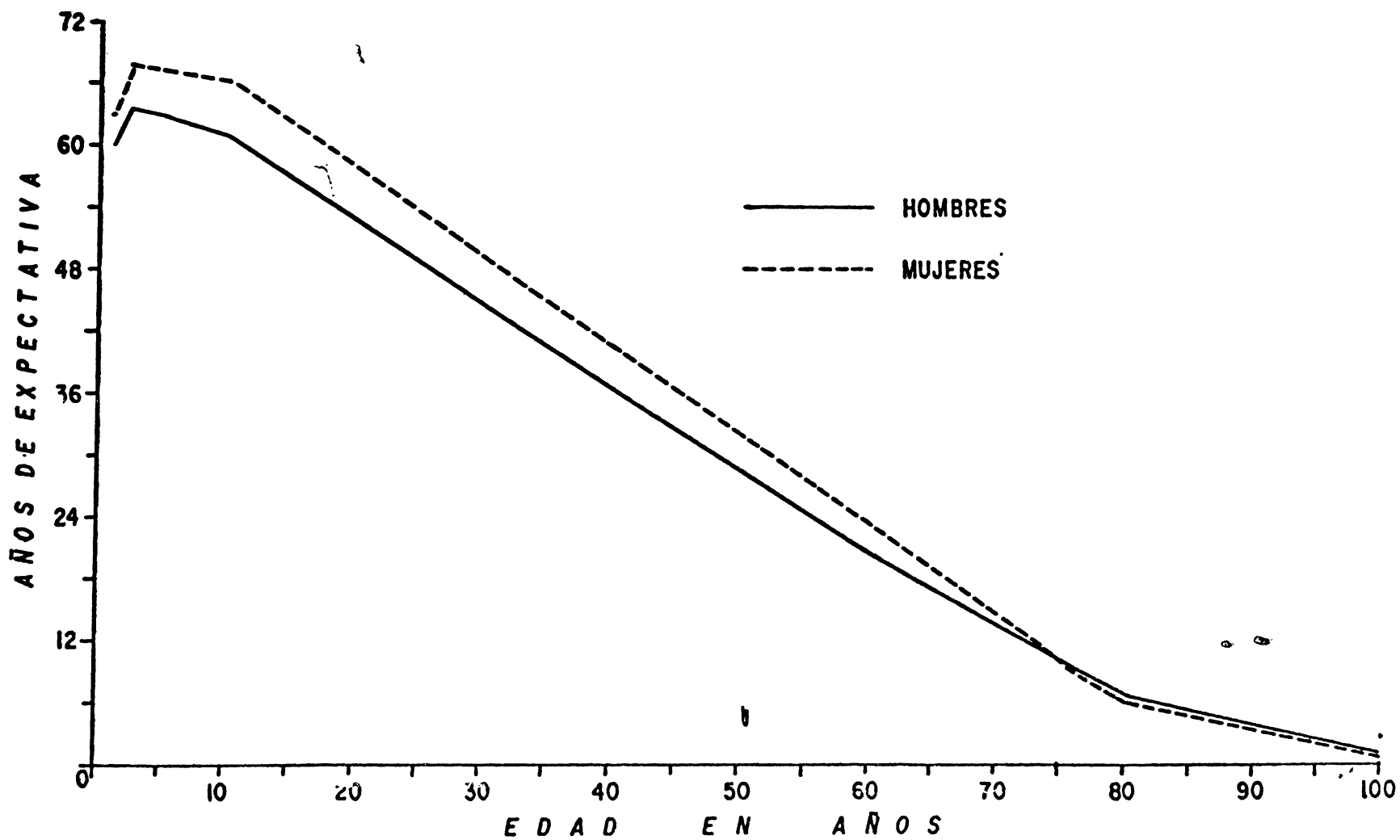


Figura 18
 ESPERANZA DE VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA, POR SEXO,
 EN LOS DISTINTOS ANIVERSARIOS 1975.



Fuente: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1975. S S A, Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: Luis Fuentes Aguilar

Dibujó: Jorge Calónico Lucio

Es evidente que el mejoramiento del nivel de vida de la población rural es un factor importante en la reducción de las tasas del riesgo de enfermar y morir en esas zonas geográficas. En razón de que los niveles de vida rurales varían en grado mayor o menor de una región a otra, son diferentes los problemas de salud que pueden presentarse y distintas las características locales que permitan la realización de una atención médica adecuada.

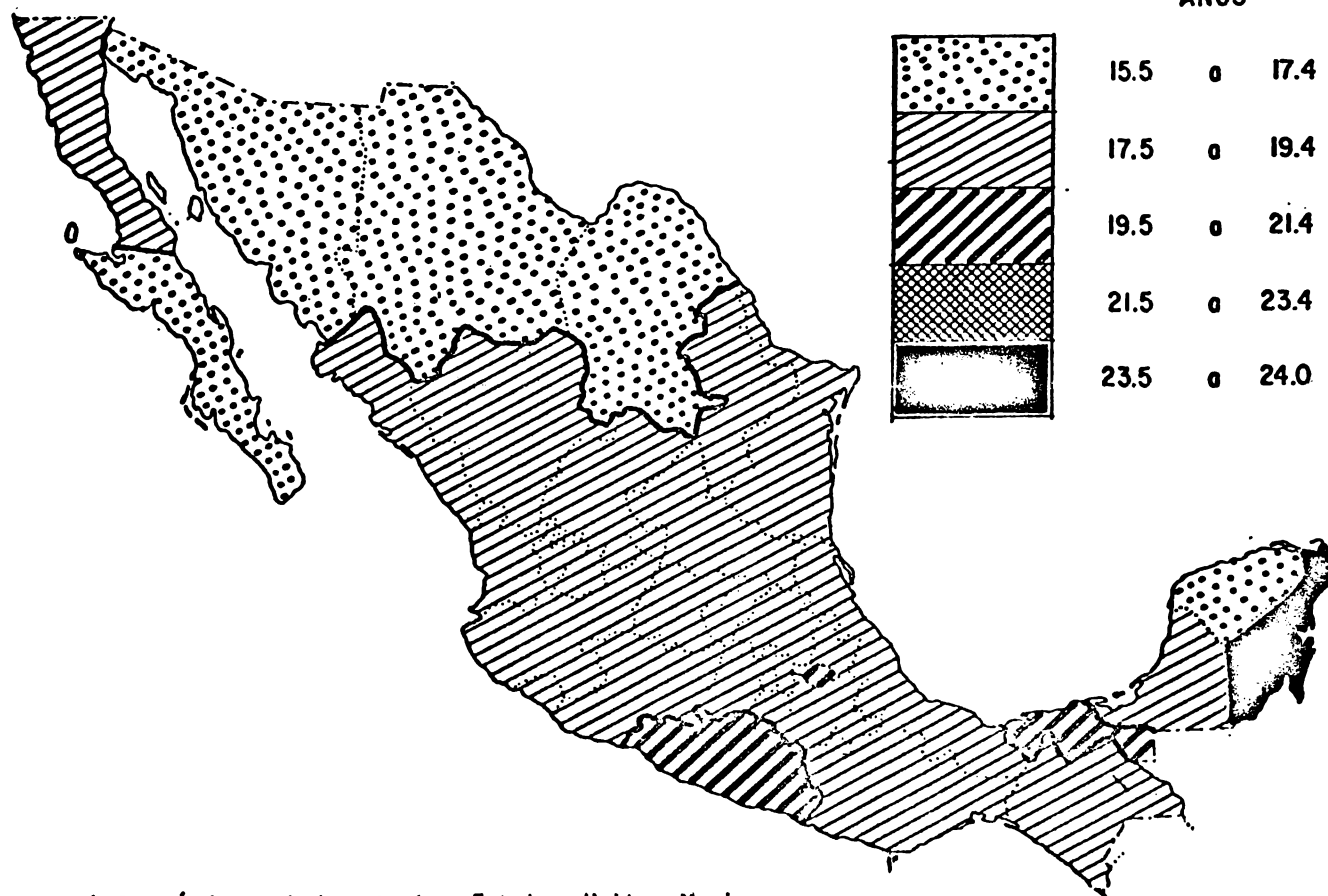
La dispersión de la población rural, las condiciones de las vías de comunicación, el nivel cultural, el poder adquisitivo promedio, los hábitos alimentarios, etc., son características locales que limitan y modifican la esperanza de vida.

En México, de 1922 a 1975 casi se ha duplicado la esperanza de vida al nacer, de 32.6 a 64.6; durante ese lapso ha disminuído la mortalidad en todos los grupos de edad y la debida a padecimientos transmisibles. Asimismo, ha aumentado el ingreso per capita, han mejorado y se han incrementado los servicios asistenciales y han mejorado el nivel de educación higiénica de la población, la nutrición y el saneamiento.

El incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en los niños, intermedio en los adultos y menor en los ancianos: al nacer, de 32.6 a 64.6 (91 % de incremento); al primer aniversario de 39.7 a 64.3 (62 %); al 15o. aniversario de 37.3 a 60.2 (61 %); al 60o. aniversario de 13.4 a 19.2 (43.2 %). Ver Figura 18. Estas diferencias son debidas a que la reducción de la mortalidad se ha hecho principalmente a expensas de las enfermedades transmisibles que son las que fundamentalmente atacan a los niños.

Figura 19

ESPERANZA DE VIDA DEL GRUPO DE 60 A 64 AÑOS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975.
AÑOS



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos,
1975, SSA Dirección de Bioestadística. México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

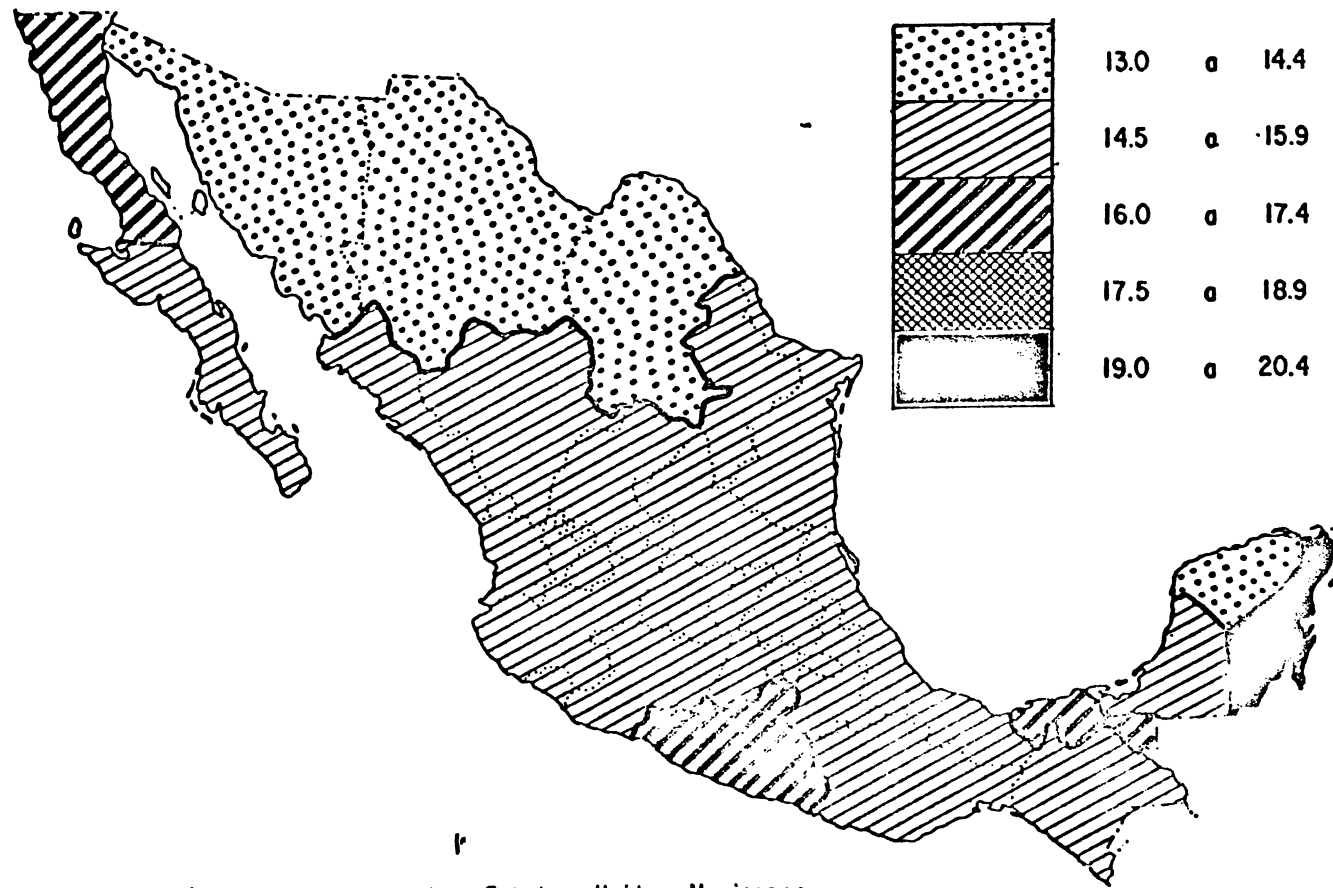
Al observar la figura 18 se ve que la esperanza de vida alcanza su punto más alto a los 3 años de edad, debido a que a esa edad han pasado los peligros de la morbimortalidad de la primera infancia; a partir de este máximo la pendiente de la gráfica empieza a descender hacia el eje de las abscisas disminuyendo la esperanza de vida a medida que aumenta la edad de la población.

Un fenómeno que destaca en la gráfica citada es que la esperanza de vida es mayor para las mujeres casi a todo lo largo de la vida -- desde el nacimiento hasta los 75 años -- pero en los últimos lustros de la vida, es ligeramente mayor para los hombres. Esto se debe a que, en general, a una edad mayor de 75 años, las mujeres presentan una mayor susceptibilidad a las enfermedades degenerativas que determinan una esperanza de vida ligeramente menor que la de los hombres.

En general, la esperanza de vida del grupo de edad de 60 a 64 años en la República Mexicana tiene valores que oscilan entre 15.5 y 21.4 años excepto Quintana Roo que tiene una esperanza de vida de 23.5 a 24 años. El intervalo de 21.5 a 23.4 años no se presenta en ninguna parte del país (Ver Figura 19). La menor expectativa de vida en este grupo es de 15.5 a 17.4 años y se presenta en los Estados de Yucatán, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua y Coahuila. Las condiciones socioeconómicas de la población, la disponibilidad de los servicios asistenciales, así como la dispersión y densidad de la población, y los factores geográficos de las zonas donde se tiene la menor esperanza de vida, tienen una correlación significativa. En Quintana Roo, donde se presenta la mayor esperanza de vida de la República Mexicana, se tienen factores peculiares como: una mortalidad general específica con los más bajos índices del país, una concentración

Figura 20

ESPERANZA DE VIDA DEL GRUPO DE 65 A 69 AÑOS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975
AÑOS

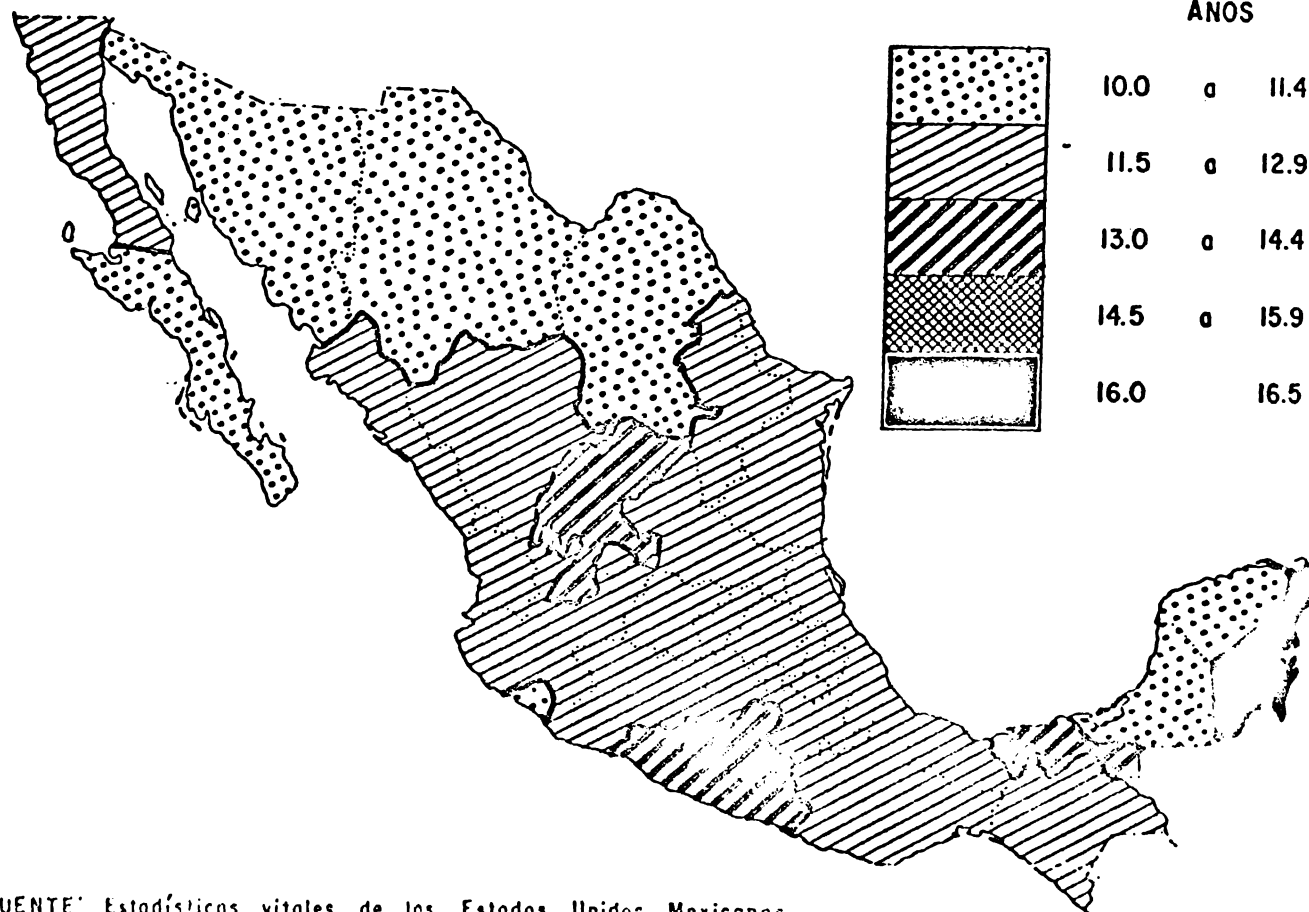


FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

Figura 21

ESPERANZA DE VIDA DEL GRUPO DE 70 A 74 AÑOS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975.
AÑOS



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTE AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

la población a lo largo de la carretera Chetumal-Peto-Ticul en donde se sitúan las poblaciones de Bacalar, Pedro Santos, Carrillo Puerto y Chunyuy, y en el litoral como: Chetumal, Vigía Chico, Puerto Morelos y Cancun, donde se concentra casi la totalidad de la población del Estado; además, esta población se caracteriza por una ingesta de proteínas animales superior a la del resto del país.

En el grupo de edad de 65 a 69 años, la esperanza de vida en la República Mexicana, alcanza sus valores más bajos, 13 a 14.4 años, en las entidades de Yucatán, Sonora, Chihuahua y Coahuila que se caracterizan por tener una baja densidad de población y un clima seco estepario en los Estados del norte y tropical de sabana en Yucatán. En los Estados de Guerrero, Morelos, Tabasco y Baja California Norte, se tiene una esperanza de vida entre 16 y 17.4 años. El intervalo de 17.5 a 18.9 años de expectativa no se detecta en el país, donde la mayor parte de la población de 65 a 69 años tiene una esperanza de vida de 14.5 a 15.9 años. En Quintana Roo que es el Estado que presenta la mayor expectativa de vida es de 19 a 20.4 años. (Ver Figura 20)

En general, en el país, se mantiene más o menos el mismo patrón: los Estados centrales y occidentales de la frontera norte, la parte meridional de la península de Baja California y la parte norte y oeste de la península de Yucatán, son las zonas donde la población tiene menor esperanza de vida.

Para el grupo de edad de 70 a 74 años, la esperanza de vida oscila entre 10 y 14.4 años, exceptuando a Quintana Roo donde alcanza valores de 16 a 16.5 años, por lo que el interva-

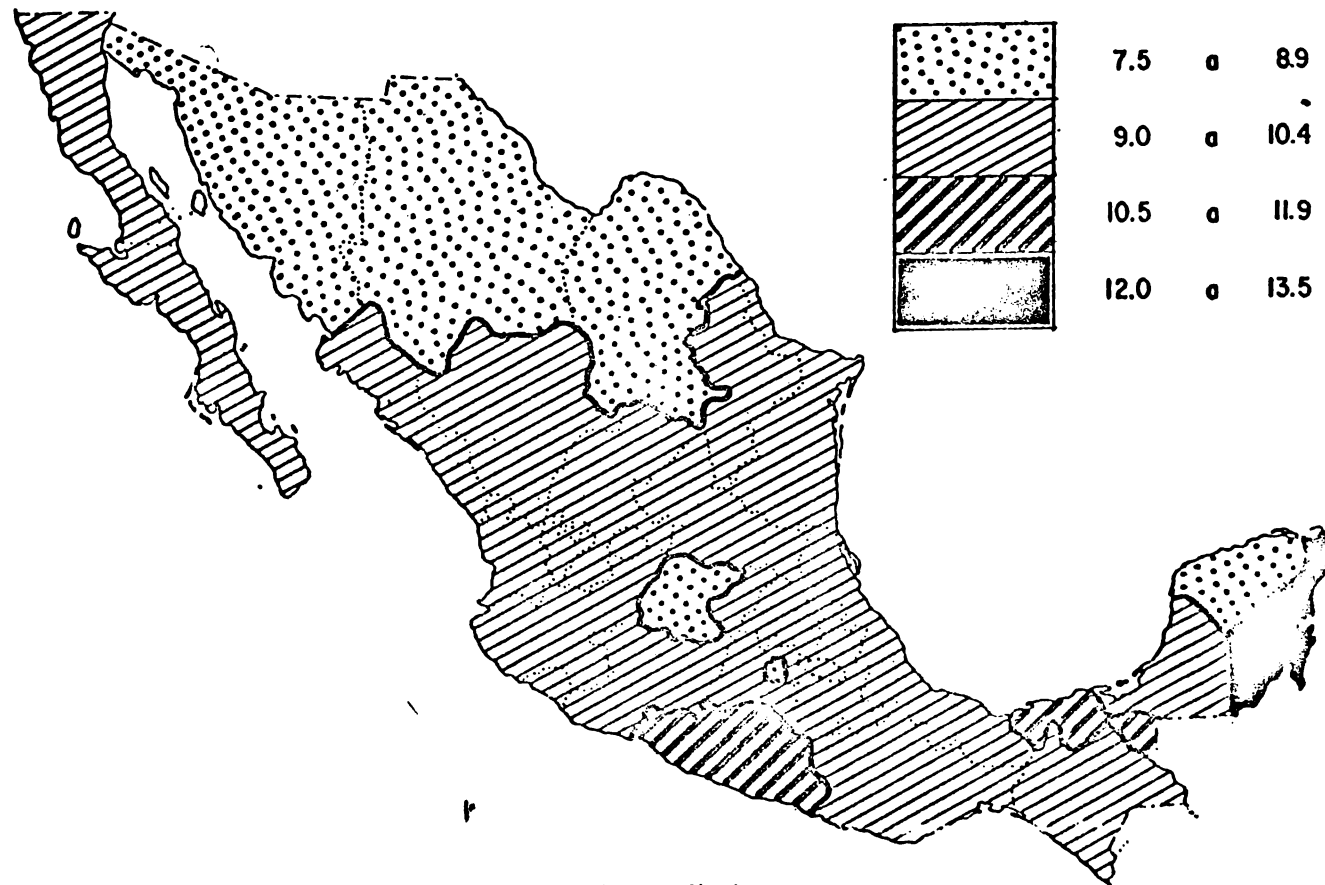
lo de 14.5 a 15.9 años no se detecta en la Figura 21. Las entidades de Zacatecas, Guerrero, Morelos y Tabasco presentan características socioeconómicas y ecológicas menos favorables que otras áreas del país, no obstante su expectativa de vida es relativamente alta. Se podría pensar que este hecho obedece a cierto determinismo geográfico que actúa sobre el individuo seleccionando a los que adquieren una mayor resistencia y una menor susceptibilidad a enfermedades características de las primeras etapas de la vida y que en cierta medida condicionan la mayor expectativa de vida en estas entidades, para el grupo de edad considerado.

El grupo de 75 a 79 años sigue teniendo la máxima esperanza de vida en el Estado de Quintana Roo con un intervalo de 12 a 13.5 años y el menor lapso por vivir, para este grupo de edad, ocurre en las entidades de Sonora, Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Distrito Federal y Yucatán con 7.5 a 8.9 años. En Tabasco con un clima tropical lluvioso y Guerrero con un clima tropical de sabana, la esperanza de vida es de 10.5 a 11.9 años y en el resto del territorio nacional la expectativa de vida, para este grupo de edad, es de 9 a 10.4 años que concuerda con la media del país. (Ver Figura 22).

A los 80 años de edad, la esperanza de vida en la República Mexicana fluctúa entre 6 y 10 años. El intervalo de 6 a 6.9 años se presenta en los Estados de Sonora, Chihuahua y Coahuila en el norte; Jalisco, Guanajuato y Querétaro en la región del Bajío; Distrito Federal en el centro, y Yucatán en la península del mismo nombre. La esperanza de vida de 8 a 8.9 años se presenta en las entidades de Baja California Sur, Guerrero y

Figura 22

ESPERANZA DE VIDA DEL GRUPO DE 75 A 79 AÑOS EN LA REPUBLICA MEXICANA 1975.
AÑOS

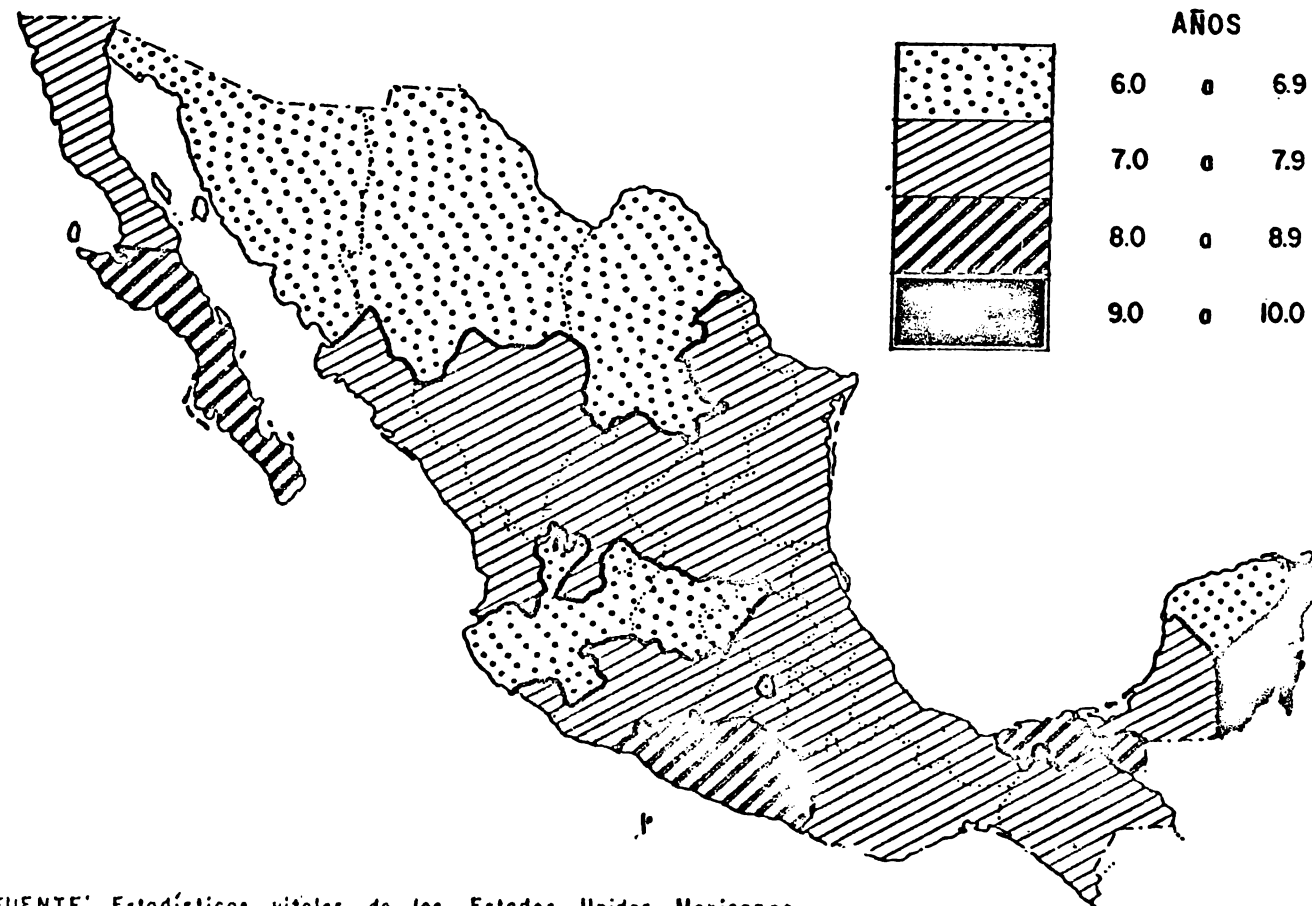


FUENTE: Estadísticos vitales de los Estados Unidos Mexicanos,
1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

Figura 23

ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS EN LA REPUBLICA MEXICANA 1975.



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó LUIS FUERTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

Tabasco. En el Estado de Quintana Roo la expectativa de vida a los 80 años es de 9 a 10 años que es la más alta del país. El resto del territorio nacional tiene una esperanza de vida de 7 a 7.9 años. (Ver Figura 23).

Se debe recordar que la esperanza de vida es un cálculo probabilístico sobre una población sometida a los mismos riesgos de morir en un territorio y en una época dada, lo que dificulta establecer hipótesis sobre su causalidad en una entidad determinada, en un país cuya complejidad ecológica es evidente, y donde se presenta toda una taxonomía socioeconómica.

Entre las hipótesis que podrían enunciarse para tratar de explicar la alta expectativa de vida que tiene la entidad de Quintana Roo estarían las de tipo ecológico como su litoral bañado por el mar Caribe, suelos lateríticos y rendzina, vegetación dominante de selva alta perennifolia, clima tropical lluvioso y estar periódicamente bajo la acción de vientos ciclónicos procedentes del Caribe.

Las de tipo epidemiológico que presentan una morbilidad asombrosamente baja con respecto a otras entidades: 113 casos de disentería amibiana, notificados a la Dirección General de Bioestadística en 1975, en contraste con 9 839 casos en Nuevo León y 4 292 en Michoacán; 4 casos de fiebre tifoidea en Quintana Roo, 2 216 casos en el Distrito Federal y 1958 en Hidalgo; 12 casos de influenza en Quintana Roo, 11 338 en Nuevo León y 6 394 en Veracruz; 91 casos de paludismo en Quintana Roo, 7 932 en Oaxaca y 3 900 en Guerrero; 9 casos de tuberculosis pulmonar en Quintana Roo, 2 482 en Veracruz y 2 099 en Nuevo León. Posiblemente se tengan errores de notificación, pero es-

tos se presentan en general en todo el país y la diferencia de casos, de cualquier manera, es notable.

Otro tipo de hipótesis es la que relaciona la esperanza de vida con el tipo de actividades a las que se dedica la población. En Quintana Roo las actividades industriales son reducidas, representan el 11.8 %; en cambio las actividades primarias: agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca ocupan al 53.5 % de la población económicamente activa, y la población dedicada a los servicios representa el 34.7 %. La estructura demográfica, según el censo de población de 1970, es semejante a la de otras entidades, el 59 % de su población es menor de 20 años y las personas mayores de 60 años representan el 4 %. La densidad de población en Quintana Roo es de las más bajas del país: 1.8 habitantes por kilómetro cuadrado.

En cuanto a los servicios no hay una diferencia apreciable con otros Estados de la República. El promedio de ocupantes por vivienda es de 5.7 personas, habiéndose registrado 15 316 viviendas en todo el Estado de Quintana Roo, de las cuales el 60 % son de palma, 16 % tienen drenaje, 42 % disponen de agua entubada, 45 % tienen energía eléctrica y sólo el 22 % tienen baño.

Sin embargo, el factor que más podría relacionarse con la alta esperanza de vida de la población de Quintana Roo es la ingesta alimentaria. En el censo de población de 1970 aparecen algunos datos referentes a la alimentación que indican que en la semana anterior al censo se comió por lo menos una vez a la semana: carne, huevos, leche, pan de trigo y pescado.

A efecto de comparación se presentan los datos en porcentaje de la población total de las entidades de Quintana Roo y Querétaro:

	carne	huevos	leche	pan de trigo	pescado
Quintana Roo	83 %	89 %	62 %	80 %	39 %
Querétaro	59	59	39	64	9
Diferencias	24	30	23	16	30

Objetivamente se observa la diferencia en la alimentación de la población en ambas entidades, sobre todo en el renglón de las proteínas. Este es el factor más relevante que quizás determina la alta esperanza de vida que caracteriza a la población de Quintana Roo en los grupos de edad examinados.

En 1958 los doctores Bravo-Becherele y Reyes⁴⁹ publicaron Tablas de Vida para México, calculadas para el lapso de 1893 a 1956, con las conclusiones siguientes:

1. De 1893 a 1910 la tendencia de la esperanza de vida fue casi estacionaria, con valores que al nacer oscilaron entre 23.3 y 29.2 años.

2. De 1911 a 1921 no fue posible efectuar cálculos por la interrupción en el registro de las defunciones ocasionadas por la Revolución Mexicana.

3. De 1922 a 1956 la esperanza de vida tuvo una tendencia ascendente, con valores que en 1956 llegaron, al nacer, a 55.1 años para los hombres y a 57.9 para

49. Bravo-Becherele y Reyes, 1958, pp. 81-136.

las mujeres.

4. Respecto a la distribución geográfica por entidades (1950 comparado con 1930), se obtuvieron cifras mayores de esperanza de vida en los litorales y en el norte del país, y cifras menores en los Estados del centro de la República y en el Estado de Oaxaca.

De acuerdo con la información suministrada por la Dirección General de Bioestadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el período de 1960 a 1975 se observa una tendencia ascendente que se ha ido atenuando en los últimos años, pasando de 57.4 a 64.6 años para ambos sexos al nacer. En cuanto a la distribución geográfica hay una diferencia sensible sobre todo en las últimas etapas de la vida, donde la mayor esperanza de vida se alcanza en la entidad de Quintana Roo.

En México, en 1970 había 1 800 000 personas mayores de 65 años, correspondiendo al Distrito Federal 250 000. Estimaciones actuales indican más de dos millones de ancianos en el país. Este número creciente de ancianos es una consecuencia de la esperanza de vida actual e imponen cierta responsabilidad para la familia y el Estado, ya que a medida que aumenta el número de ellos la sociedad debe hacer frente al problema de una población que de hecho es dependiente y a la cual hay que resolverle su problema existencial.

El viejo, en nuestra sociedad urbana, tiene frecuentemente una vida sin sentido ni orientación. Ya no goza de la misma atención ni ocupa, como en otras épocas, el sitio de pri-

vilegio en la familia. Por otra parte se aferra a sus ideas y experiencias que se vuelven obsoletas con el avance de la tecnología, de tal manera que no puede comunicar sus experiencias a los más jóvenes. Así, el avance de la ciencia que ha hecho posible prolongar su vida lo margina sin darle oportunidad de acción en esta sociedad cada vez más mecanizada.

El lograr una mayor esperanza de vida al nacer no indica necesariamente que se esté capacitado para llegar a las más altas etapas de la vida y esto constituye una contradicción, ya que no se debe olvidar que el tiempo que se logre vivir debe ser sin temor y dentro de un sistema socioeconómico que otorgue protección y medios para disfrutar la vida.

3.3. MORBILIDAD.

Es ley de la vida: nacer, crecer, envejecer y morir; de no ocurrir un accidente o sufrir una enfermedad mortal prematura, todos llegaremos a viejos. Sin embargo, parece como si en la vida diaria no se pensara así, se considera a la vejez como algo ajeno, como un género aparte y no como posibilidad personal real. En todo caso, no se piensa en la vejez como algo natural -- como la niñez o la juventud -- sino que se le considera como una enfermedad.

La vejez, -- decadencia biológica --, trae consigo una propensión a las enfermedades, pero no es lo mismo admitir que en la vejez se presentan enfermedades que afirmar que la vejez sea en sí misma una enfermedad.⁵⁰

Frecuentemente se considera que llegar a la senectud, por los actuales adelantos de la ciencia médica, es nefasto para la selección natural humana, permitiendo que los débiles, los tarados, los malconformados ocupen los asilos, los hospitales y otros centros de asistencia.

Al comienzo de la historia humana, en las condiciones de vida primitiva, la selección natural actuaba con suficiente vigor como para que, pese a la abundancia de mutaciones deletéreas, la especie humana mantuviera su nivel e incluso pudiera.

50. Publio Terencio Afer sentenció: "Senectus ipsa morbus", la vejez es por sí misma una enfermedad, y Séneca designó a la vejez como una enfermedad incurable.

llegar a alcanzar alguna mejora genética. Los individuos enclenques, malconformados, no llegaban a la edad reproductora y sus genes nocivos desaparecían con ellos. Jean Rostand⁵¹ ha constatado que entre los esqueletos prehistóricos, son raros los de ancianos. Si las condiciones de existencia eran antaño demasiado rudas para la vejez, sin duda, lo eran también para los débiles. El débil como el viejo, son un producto de la civilización.

La medicina, la cirugía, la higiene, la asistencia, el desarrollo de las ideas filantrópicas habían de concurrir para obstaculizar cada vez más la función depuradora de la selección natural.

Las estructuras sociales actuales ofrecen la posibilidad de sobrevivir y de reproducirse a millares de seres que hubieran sido en otro tiempo implacablemente eliminados desde su juventud. La disminución de la mortalidad infantil, la generalización de las vacunas, traen consigo un debilitamiento de la resistencia natural media de la especie.⁵²

El hecho es que los constantes avances de la ciencia permiten conservar la vida durante mayor tiempo, lo que significa que la senectud cobra cada día mayor vigencia e importancia,

51. Rostand, 1970, p. 67

52. Gracias a la obstetricia, las mujeres son madres a pesar de tener una pelvis muy estrecha y gracias a la leche esterilizada, son nodrizas, pese a la insuficiencia de sus glándulas mamarias. No hay, actualmente, sanciones naturales contra las pequeñas taras fisiológicas, como la mala dentadura o la miopía.

aun cuando se sigue considerando a la ancianidad como la extensión inútil de una vida adulta caduca y a las enfermedades como " chochees " de la vejez.

Esto último hace recordar las llamadas enfermedades " propias de la infancia " que comprendían, entre otras, tosferina y sarampión actualmente casi erradicadas de la población por la efectividad de las vacunas. En forma análoga se puede suponer que las enfermedades " propias de la vejez " puedan llegar a ser procesos individuales susceptibles de terapéutica eficaz.

El doctor Selye⁵³ ha comprobado el principio de que el mismo organismo se halla normalmente dotado de la capacidad de mantenerse en estado saludable; de la capacidad de curarse por sí mismo de las enfermedades mediante la feliz adaptación con los diversos factores a los que se suele llamar " proceso de envejecimiento ". Ha demostrado que el cuerpo es capaz de reaccionar por sí mismo, y que al final de cuentas, esa es la única cura que realmente existe.

Las drogas, la cirugía, así como diversas clases de terapia, sólo funcionan a modo de estimulantes del propio mecanismo de defensa del cuerpo cuando éste se halla en un estado depresivo o para armonizarlo, disminuyendo el estado de exaltación en el momento en que el cuerpo sobrepasa su funcionamiento. La energía de la adaptación, por sí misma, es la que finalmente supera la enfermedad, sana la herida o la quemadura o ha-

53. Selye, 1966, p. 11.

ce superar otras agresiones de carácter interno o externo.

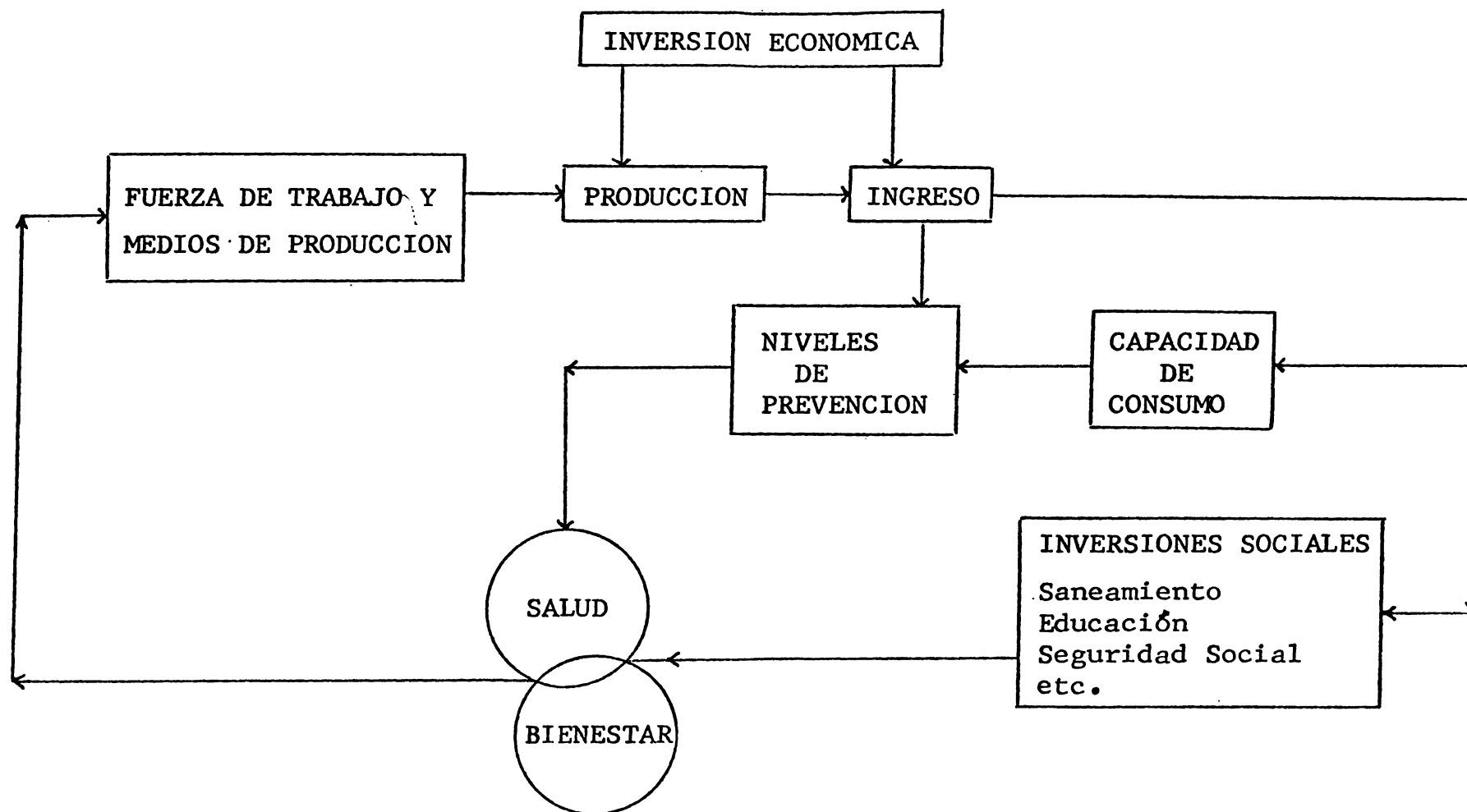
El envejecimiento del organismo plantea problemas específicos que afectan al individuo tanto como a la familia y a la comunidad. A medida que envejece la persona se incapacita para la vida activa debido a tres factores principales: invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento fuera de toda relación con procesos patológicos; acentuación de los efectos de enfermedades que ya eran importantes en los períodos anteriores de la edad adulta; problemas psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicos asociados con la senectud.

El envejecimiento comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir alrededor de los 25 años. Es un hecho general para los países económicamente menos desarrollados, con bajo nivel de vida, higiene y seguridad en general deficientes, que existe una alta incidencia de accidentes y enfermedades de trabajo junto con una proporción también alta de afecciones comunes que se ven influenciadas por el ambiente de trabajo, las malas condiciones de vida familiar y la desnutrición general, que acentúa el proceso de envejecimiento y sus manifestaciones patológicas.

En la figura 24 se representan esquemáticamente las relaciones entre la salud y los factores económicos, en un sistema donde están relacionados el bienestar y la salud⁵⁴ en fun

54. El concepto de persona sana depende del sistema general de referencia de una cultura dada. Cada factor que interviene capacita al individuo para realizar un trabajo creativo. Si

FIGURA 24. RELACIONES ENTRE LA SALUD Y LOS FACTORES ECONOMICOS



ción de las inversiones sociales como: educación, seguridad social, saneamiento, etc.; la salud a su vez condiciona una fuerza de trabajo apta y eficiente que incrementa la producción y el ingreso, que permitirá una mayor capacidad de consumo y mejores niveles de prevención, que a su vez redundarán en el bienestar de la población.

En este esquema no se toman en consideración las relaciones familiares que juegan un papel muy importante en la salud y bienestar del individuo. La actitud de la familia y de la sociedad frente al anciano está casi en crisis y oscila entre la tradición de respeto y protección que implica cierto grado de molestias, y la intolerancia y el despego que conducen a deshacerse del anciano de la mejor o de la peor manera.

Se han reconocido épocas críticas en las que el anciano se halla más expuesto a las enfermedades, como después de enviudar, en la jubilación o cuando el individuo vive solo. El envejecimiento sano requiere de tres elementos esenciales: ambiente afectivo, salud y status social adecuado. En cierta forma, la salud mental en el anciano comienza en la niñez; por lo general el individuo está sujeto a determinantes sociales que, a veces, impiden su adaptación y le conducen a situaciones de angustia.

Son muchas las personas que temen la repercusión que

las condiciones socioeconómicas son adecuadas, los impulsos son orientados, es decir, se convierten en factores que contribuyen a la realización de una actividad eficiente. El hecho primordial es que el hombre es un ser que responde con sus acciones a los estímulos del medio ambiente.

tendrán los cambios en su apariencia y el vigor físico sobre el trabajo que desempeñan, su posición social o el atractivo sexual que poseen en el momento.

Por otra parte, la deficiencia muscular de los ancianos provoca una serie de trastornos indeseables. Los músculos del esqueleto realizan un mayor trabajo para mantener la postura del cuerpo del que es necesario para cualquier labor manual o para la locomoción. La mala distribución del peso corporal, especialmente la falta de relaciones armónicas entre las superficies articulares, puede ser una causa que agrave la osteoartritis hipertrófica. Los defectos funcionales permanentes de los huesos que forman una articulación provocan un deterioro en las epífisis de los huesos, con irritación del tejido óseo y destrucción del cartílago subyacente.

Estos problemas funcionales, resultado de alteraciones del sistema musculoesquelético, son una de las quejas más frecuentes en los ancianos. Las caídas recurrentes figuran entre los síntomas más comunes en la morbilidad de la senectud y por la multicausalidad de ellas su tratamiento requiere un buen diagnóstico. Sheldon⁵⁵ estima que un tercio de las caídas que los ancianos sufren en el hogar son debidas a pérdidas del equilibrio por atrofas musculares.

El envejecimiento generalmente se acompaña de pérdida de substancia ósea en todo el esqueleto; la atrofia ósea concuerda con la atrofia que experimentan los demás tejidos a medida que se envejece. Sin embargo, también hay otros factores,

55. Sheldon, 1960, p. 1686.

ya que se pueden registrar diferencias considerables en la evolución y características de la pérdida ósea. Garn, Rohmann y Wagnes⁵⁶ sugieren que, aunque todas las personas pierden hueso al llegar a viejos, ciertos factores, como la gastrectomía, acrecientan la desosificación.⁵⁷

Las fracturas en ancianos son muy distintas a las de adultos más jóvenes. En el adulto -- de 20 a 60 años -- se requiere considerable violencia, por lo común un traumatismo directo en la parte respectiva, para que un hueso se fracture; en cambio en niños y ancianos bastan agresiones mínimas o moderadas. Además, suele fracturarse el hueso esponjoso próximo a una articulación y no la diáfisis.

En los adultos, la frecuencia de fracturas es menor en mujeres que en hombres. En los senectos, en cambio, la frecuencia de fracturas es mayor en mujeres que en hombres, en particular tratándose de fracturas de cuerpos vertebrales, cadera y extremo inferior del antebrazo.

Newton-John y Morgan⁵⁸ señalan que es común la pérdida progresiva de substancia ósea en función de la edad y que si esta pérdida produce debilitamiento estructural, se traspone un

56. Garn et al, p. 1732.

57. En la vejez disminuye la formación ósea normal, mientras que continúa el proceso normal de reabsorción ósea. El resultado de esta preponderancia de la destrucción sobre la formación ósea es su pérdida progresiva. En fases más avanzadas de la enfermedad se advierten con frecuencia lesiones esqueléticas como cifosis dorsales, fracturas vertebrales y el cuello del fémur.

58. Newton-John y Morgan, 1968, pp. 232-233.

nivel crítico por debajo del cual el riesgo de fractura aumenta mucho, de modo que es previsible que el índice de fracturas en la población aumente a medida que mayor cantidad de individuos descienden por debajo de este nivel crítico. Estos investigadores corroboraron esta hipótesis analizando estadísticas sobre la cantidad de fracturas óseas e índices de fracturas a diferentes edades.

Alffram⁵⁹ hizo un análisis epidemiológico de fracturas de cadera en 1664 casos observados durante un período de 13 años. El índice fue desdeñable en hombres y mujeres por debajo de los 50 años y se duplicó cada quinquenio después de los 60 años. En las mujeres la frecuencia fue 2.4 veces mayor que en hombres. Este estudio corrobora la fragilidad ósea en las personas de edad y la mayor incidencia que se presenta en el sexo femenino en la senectud.

En la vejez todos los procesos vitales son más lentos, y si los ancianos sienten más el frío que los jóvenes es porque sus centros termorreguladores ya son menos efectivos como consecuencia de un metabolismo debilitado.

Se puede prescindir de mencionar algunas variaciones con la edad que corresponden a los órganos de los sentidos pues éstas obedecen a las mismas causas que el debilitamiento general del organismo. El anciano va perdiendo paulatinamente el oído, la vista, el olfato y también la piel se hace menos sensible a las sensaciones de presión, frío, calor y dolor. Todas estas manifestaciones de decadencia corporal transcurren normalmente con gran lentitud y por esto sus efectos sobre el man-

59. Alffram, 1964, pp. 312-326.

tenimiento de las funciones importantes son insignificantes y en muchos individuos, cuya existencia ha transcurrido en buenas condiciones ambientales, sólo se registran levemente.

Se ha demostrado por medio de experimentos psicossomáticos que en situaciones de tensión, miedo y apremio, el nivel de colessterina sube de una manera más rápida y pronunciada, independientemente del peso, de la presión arterial, del consumo de cigarrillos, etc. Por otra parte, se ha comprobado en los Estados Unidos de América que la población urbana está tres veces más sujeta al peligro de infarto que la población rural. Este resultado se confirmó bajo los mismos supuestos en la Unión Soviética.⁶⁰

La gran prevalencia de cardiopatías en los ancianos constituye una expresión de la significación e importancia que éstas tienen. Kennedy et al⁶¹ hallaron que el 40 % de las personas ancianos seleccionadas al azar que vivían en sus domicilios, presentaban algún signo franco de cardiopatía, y que este porcentaje fue del 50 % entre los mayores de 75 años; hubo poca diferencia en los índices de prevalencia entre ambos sexos.

Este estudio revela con claridad que las cardiopatías son comunes en ancianos con aparente salud y por tanto no debe sorprender que la morbilidad y mortalidad, por esta causa, sean tan elevadas en la ancianidad. Otras evidencias más difíciles de cuantificar, provienen de la frecuencia con que la cardiopa

60. Lebert, 1975, p. 198

61. Kennedy et al., 1972, p. 12.

tía dificulta la rehabilitación del anciano, por consiguiente, en la valoración de los pacientes ancianos y de su capacidad para responder a la rehabilitación hay que considerar a menudo la presencia de cardiopatías.

Aun cuando antes solía considerarse que esta enfermedad era concomitante del envejecimiento, la correlación significativa de diversos factores ambientales y metabólicos contribuyentes a su etiología hace insostenible este punto de vista y sugiere con alguna certeza la factibilidad de que de por sí los procesos del envejecimiento revistan una determinante básica en la patogenia de la cardiopatía isquémica. Pero la alta frecuencia de la coronariopatía y sus consecuencias hacen que resulte muy difícil determinar qué cambios patológicos son atribuibles al envejecimiento y qué consecuencias fisiológicas pueden causar estos cambios. Sin embargo, parece que es posible hacer una exposición de razonable coherencia sobre las alteraciones que sufren la aorta, las válvulas cardíacas y el miocardio, así como sus efectos fisiológicos, a medida que avanza la edad.⁶²

Se ha dicho que el hombre tiene la edad de sus arterias. En tal atinencia la patología de las enfermedades cardiovasculares constituye un aspecto de importancia creciente en la patología de la ancianidad, porque con la eliminación o control de las enfermedades infecciosas, el mejoramiento de las condiciones higiénicas y sociales, y el mayor número de vidas que se salvan gracias a los adelantos registrados en las

62. Brocklehurst, 1975, p. 132.

técnicas anestésicas, obstétricas y quirúrgicas, se ha ido prolongando la longevidad potencial cada vez más en el transcurso de este siglo; sin embargo, en el mismo período la importancia relativa de las enfermedades circulatorias se incrementó en forma proporcional.

Los factores genéticos son de cierta importancia en la hipertensión, en las psicosis afectivas de la vejez, en las enfermedades cerebrovasculares y en las psicosis arterioescleróticas. Se estima que los factores del medio y los genéticos son determinantes en las funciones y alteraciones de los ancianos.

Entre los factores que pueden influir en la aparición de trastornos psicológicos en el anciano figuran: el aislamiento y la soledad, notoria cuando los hijos se casan o cuando fallece el cónyuge; la jubilación; la pérdida de rango por los hijos que van suplantando los derechos del anciano para tomar cualquier decisión, incluso en las que atañen exclusivamente a él; la pobreza, causa generalizada de su situación; la decadencia física, deficiencias metabólicas y endócrinas, las complicaciones de enfermedades anteriores, los accidentes y, en general, todos los cambios anatómicos y fisiológicos propios de esta edad.

Desde el punto de vista psíquico, el debilitamiento global de las actividades intelectuales es lo que más llama la atención en el anciano. Este debilitamiento de las funciones mentales, fruto de la edad avanzada, suele ser muy lento, salvo que una enfermedad intercurrente, cualquiera que sea, le imprima un curso más acelerado. Sin embargo, debe tenerse en

cuenta que todavía no ha sido posible encontrar una correlación significativa entre los cambios psicológicos y la edad.

Ciertas conductas se consideran con justa razón como características de una edad avanzada, pero envejecimiento y deterioro mental no son sinónimos. Se observan grandes variaciones individuales en los efectos del envejecimiento sobre la mente, variaciones que se deben a factores genéticos, fisiológicos y socioeconómicos, sin embargo, no existe prueba de que el envejecimiento en sí implique inevitablemente un deterioro intelectual y social.

El desempeño intelectual no declina necesariamente con la edad, al contrario, según Hernán San Martín,⁶³ la amplitud de los conocimientos aumenta porque la capacidad de aprender no disminuye, lo que sí disminuye es la velocidad del aprendizaje y la capacidad de memorizar, pero no hay paralelismo obligado entre la involución física y la psíquica.

La memoria pierde su poder de fijación para los sucesos recientes conservando fielmente el recuerdo de los hechos pretéritos, porque sus células nerviosas cerebrales van perdiendo el poder de captación de nuevas imágenes.⁶⁴ En ocasiones lle-

63. San Martín, 1968, p. 435.

64. En "Las Sillas" de Ionesco se ve a una vieja pareja encerrada en el recuerdo de su pasado, que se esfuerza por resucitarlo, aparentemente, su actitud es absurda. Dan una recepción a la que no viene nadie, acogen a invitados invisibles, los ubican circulando entre sí, tropezando uno con otro, mientras que el escenario se va llenando de sillas vacías; a través de su ilusión, la misma realidad que evocan veladas brillantes, reuniones mundanas resulta irrisoria para unos espectadores y trágica para otros. Y cuando al fin saltan por la ventana es porque al perder su vida todo sentido descubren que nunca lo había tenido.

ga a perder la conciencia del tiempo transcurrido y de la orientación; de aquí que frecuentemente se vean ancianos desamparados que vagan por las calles desorientados, pues han olvidado su domicilio y hasta el motivo que los impulsó a dejar su casa. Pueden conservar durante mucho tiempo el recuerdo de su vida anterior e inclusive sus aptitudes.

En la senectud, la atención es la primera facultad que muestra señales de decadencia. Los ancianos recuerdan fielmente los lejanos incidentes de su vida, mientras que la memoria de los sucesos recientes les falla porque su decadente facultad de atención les impide recibir vigorosas y claras impresiones. Recuerdan fácilmente sus primitivas impresiones porque fueron claras y enérgicas, mientras que las recientes son por lo general débiles y difíciles de recordar. Si la memoria fallase les sería igualmente difícil recordar las impresiones recientes y las lejanas.

La inteligencia en sujetos normales de edad avanzada, es tanto mejor cuanto más intensamente ha trabajado intelectualmente en su juventud y en sus años maduros. Los hombres cultos están, en promedio, menos amenazados a sufrir el deterioro intelectual en la senectud que los incultos. Por esta razón, el hombre -- al menos hasta ahora -- a causa de las actividades que desempeña, tiene más oportunidades que la mujer para conservar vivacidad intelectual en la vejez.

Se estima que hasta los 60 años el rendimiento intelectual, puede subir, pero entre los 60 y los 70 años se manifiesta en algunos hombres los primeros signos de declinación

intelectual.

La capacidad de aprender y pensar se vuelve notoriamente ineficaz a medida que pasa el tiempo. El deterioro es más notable cuando las personas de edad tratan de formarse nuevos hábitos, para lo cual se requiere modificar los que ya tenían o integrarlos con los nuevos. Los adultos de edad avanzada están conscientes de su menor capacidad de aprendizaje; lo demuestran por su actitud cautelosa frente a situaciones que les imponen aprender algo nuevo.

En la edad avanzada los defectos propios en los órganos de los sentidos contribuyen a cierta incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales que se reciben. El motivo principal de dicho deterioro lo constituyen los defectos de organización dentro del sistema nervioso central, precisamente a nivel de las estructuras encargadas de la percepción.

Las personas ancianas tienen poca energía para enfrentarse a todos los estímulos que vienen del exterior, en consecuencia bloquean inconscientemente algunos de ellos y atienden sólo a los emocionalmente importantes.

Cuando el individuo experimenta un notable rechazo social y emocional, se inician una serie de cambios en la personalidad que se ponen de manifiesto en diversas circunstancias de su vida, como en la jubilación, en la pérdida del cónyuge, en el desplazamiento de la autoridad dentro de la familia.

Estas personas se tornan más introvertidas, se muestran más indiferentes ante los estímulos emocionales, se exage

ran entonces los rasgos característicos de la personalidad, en otras palabras, se vuelven más egocéntricos. Los defectos de de adaptación y de dependencia, enmascarados en la juventud por otros intereses y por diversas cualidades y circunstancias favorables, se vuelven aparentes cuando abandonan el trabajo; muere la esposa o los amigos. Su criterio se hace más estrecho para aceptar nuevas ideas; en ocasiones son personas sobredependientes, temen al dolor, al accidente o a la muerte que puede sobrevenir.

Frecuentemente presenta tendencias a regresar a las etapas tempranas del desarrollo emocional, puede existir aislamiento afectivo, no tiene deseos, ni aversión, ni ternura, ni odio. El carácter del viejo está regido, en parte, por una paulatina anestesia moral y, por otro lado, por una pueril exaltación del ego. Su propia debilidad lo vuelve pusilánime y egoísta, exigiendo de los demás una protección benévola, una tolerancia ilimitada para sus "achaques", sus conceptos y sus necesidades, acompañando todo esto, a veces con descortés y desconfianza. Ver Figura 25.

En realidad no se puede generalizar y no necesariamente el hombre llega a la vejez con merma de sus facultades. Se tienen múltiples ejemplos de ancianos que llegan o han llegado a ocupar un lugar en la historia por sus actuaciones o por sus obras.⁶⁵

65. Hombres de edad avanzada han realizado grandes obras, como: Leonardo, Verdi, Freud, Tolstoi, Shaw, Schweitzer, quienes demostraron sorprendentes capacidades para el trabajo físico y mental durante su vejez.
En el campo de la pintura se encuentran casos notables como

La disminución de la rapidez con la cual puede el organismo reaccionar fija ciertas limitaciones en lo que se refiere a sus habilidades para adaptarse al medio ambiente. Su mundo privado va restringiéndose paulatinamente a medida que va siendo más y más incapaz de caminar por las calles, de mantener el contacto con su comunidad y participar en actividades sociales.

Ticiano, quien trabajó casi ininterrumpidamente hasta su muerte, a los 99 años. Su obra " La batalla de Lepanto ", es considerada entre las mejores y fue realizada en los últimos años de su vida.

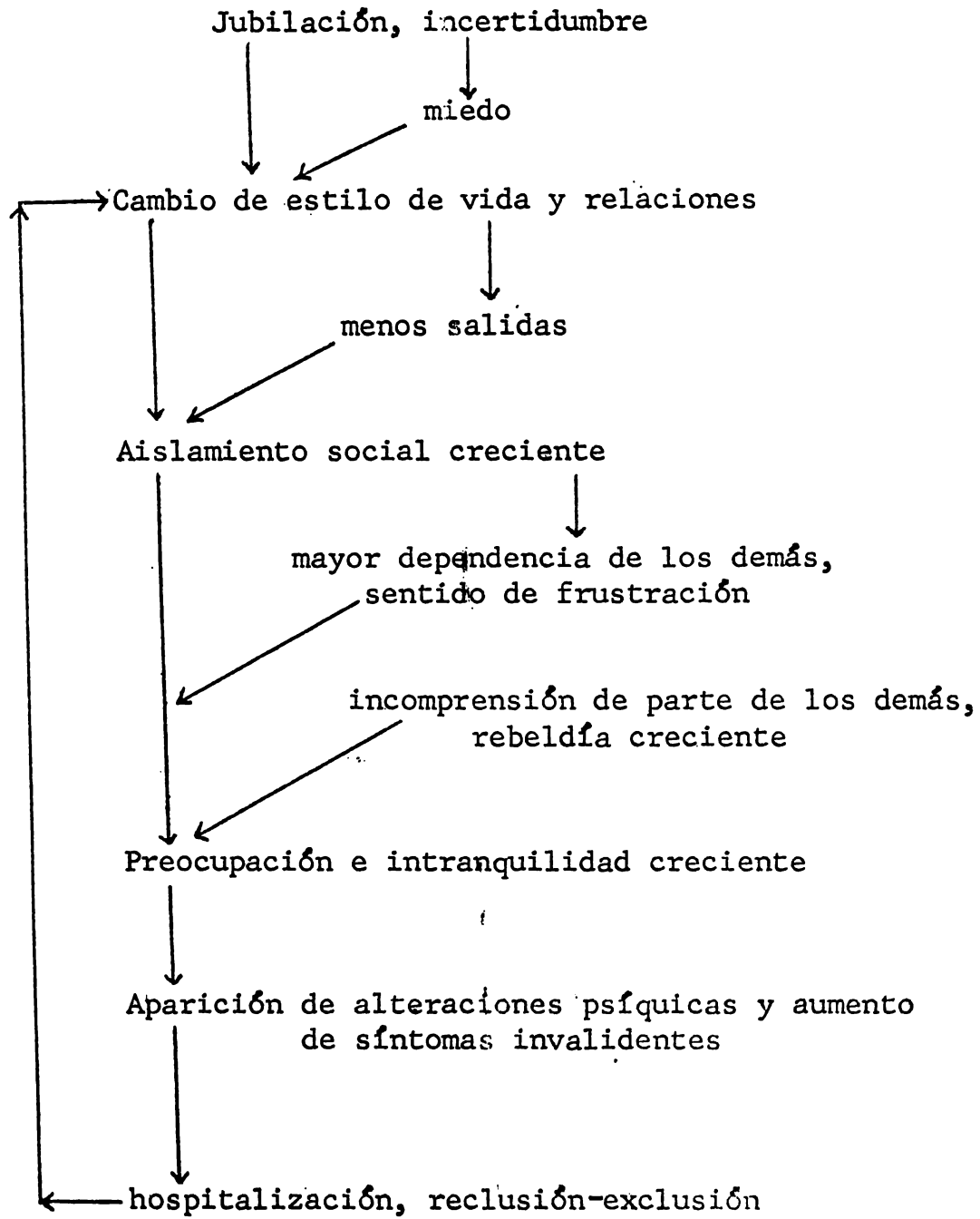
Miguel Angel, escultor, pintor, arquitecto y escritor, pintó a los 71 años los frescos de " La conversión de San Pablo ". Varios años después, trazó los planos de la cúpula de San Pedro en Roma la cual fue realizada por algunos colaboradores del genio florentino.

Goethe produjo sus mejores obras después de los 50 años: " Fausto " a los 50, " Las afinidades electivas " a los 60, " Los años de viaje de Wilhelm Meister " a los 80; trabajó en " El segundo Fausto " hasta poco antes de su muerte a los 83 años. Mantuvo lucidez hasta el final de su vida cuando pedía: " Luz, luz, quiero luz ".

Voltaire en su larga vida enlazó dos épocas: al nacer reinaba aún Luis XIV, cuando murió ocupaba el trono de Francia Luis XVI. Junto con un brillante grupo de escritores enciclopedistas inició la época histórica que inspiró al liberalismo constitucional de fines del siglo XVIII y principios del XIX. Se rebeló contra la censura, la intolerancia religiosa y política, y el atraso del sistema en la administración de la justicia. En febrero de 1778, a los 84 años, fue recibido en París con grandes honores por la Academia y asistió al estreno de su tragedia " Irene ". Falleció en dicha ciudad en mayo del mismo año con plenas facultades mentales.

Bertrand Russell durante la primera guerra mundial perdió su cátedra y fue a prisión por pacifista. En 1950, a los 78 años de edad, recibió al Premio Nobel de Literatura. Fue uno de los exponentes más destacados de la lógica matemática. En 1959, a los 87 años de edad, escribió su obra " La evolución de mi pensamiento filosófico ", donde reflexiona sobre los cambios que había sufrido su actitud filosófica a través de su vida, y en 1962, de 90 años de edad, participó activamente en manifestaciones callejeras antinucleares.

FIGURA 25
FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOSOMATICO DEL ANCIANO



La personalidad de los ancianos no está solamente bajo la tensión provocada por el exceso de estímulos exteriores, sino que debe enfrentarse y defenderse del número creciente e inevitable de frustraciones personales.

Algunos estudios psicológicos⁶⁶ demuestran que las personas de edad avanzada, en comparación con los jóvenes, muestran mayor disposición a quejarse de sus síntomas físicos; están menos dispuestos a realizar grandes esfuerzos; son menos extrovertidos, y se muestran más indiferentes ante los estímulos emocionales.

La rigidez de criterio puede aparecer con la edad, cuando el anciano se confía demasiado a sus tradicionales modelos de conducta o cuando al aceptar las nuevas ideas parece indicar que las que siempre había seguido ahora resultan equivocadas. El miedo irracional es una de las características del envejecimiento psicológico.

Algunas neurosis que asoman en la infancia, pubertad o edad adulta emergen francamente al llegar aproximadamente a los 65 años. Caracteres neuróticos inadvertidos como personalidades morbosas ocasionadas por las vicisitudes de la vida cotidiana o antiguos conflictos ambientales se hacen ostensibles en la senectud.

Lo anímico y lo físico están estrechamente ligados y para rehabilitar un organismo peyorativamente modificado ha de tenerse el deseo de vivir; recíprocamente, una buena salud fa-

66. Cowdry, 1962, p. 19.

vorece la supervivencia de intereses intelectuales y afectivos. La mayor parte del tiempo, el cuerpo y el espíritu van juntos hacia su desarrollo o su retroceso pero a veces, la buena salud no impide la decadencia mental; una gran inteligencia subsiste a veces en un cuerpo deteriorado, o bien declinan con ritmos diferentes y el espíritu trata de resistir pero es desbordado por la involución orgánica.

El drama del anciano consiste a menudo en que ya no puede realizar lo que desea: concibe, proyecta, y en el momento de ejecutar, su organismo no le responde; la fatiga corta sus impulsos; busca sus recuerdos para afirmarse pero su pensamiento se aparta del objetivo que se había fijado. La vejez es sentida entonces -- aun sin accidente patológico -- como una especie de enfermedad mental en que el sujeto conoce la angustia de escapar de sí mismo al no corresponder las facultades psicológicas con las somáticas.

Las enfermedades mentales son más frecuentes en los viejos que en cualquier otro grupo de edad. En los Estados Unidos, el número de enfermos mentales es de 2.3 por cada 100 000 habitantes en individuos menores de 15 años; de 76.3 entre 25 y 34 años; 93.0 entre 35 y 54 años y 236.1 en individuos mayores de 55 años.

A menudo es difícil trazar una frontera entre los trastornos psicológicos que acompañan normalmente la senectud y los que tienen un carácter patológico. Ciertos cambios de humor y de comportamiento que parecen justificados por la situación son en realidad los pródromos de una enfermedad; otros que parecen neuróticos se explican por las circunstancias.

Actualmente se piensa que la mayoría de los trastornos mentales podrían evitarse si la condición social del anciano fuera menos lamentable. Williamson⁶⁷ escribe: " cabe preguntar si la senilidad como enfermedad es una consecuencia de la senectud, y si no sería más bien un producto provocado por la sociedad que rechaza a los viejos ".

El cuadro clínico de las demencias seniles⁶⁸ es quizás un fenómeno debido las más de las veces a la carencia de cuidados y de esfuerzos de prevención y rehabilitación.

Algunas personas en condiciones de salud aparente, en la senilidad pueden presentar severos desajustes emocionales, depresión o ansiedad entre los más frecuentes, teniendo como posible explicación diversas situaciones circunstanciales como las que el anciano sufre al sentir el abandono de la familia, el rechazo de la sociedad, la soledad y el desamparo, al ser víctima de la desocupación y la pobreza. La angustia del anciano gira, a veces, alrededor de su impotencia ante la vida y, otras veces, ante la consciencia de su propio final cada día más próximo.

La angustia y la aflicción existencial hacen pensar, en algunos casos, en la muerte, con temor expectante o como posible escapatoria a un intolerante existir. Los estados depresivos, sobre todo cuando van precedidos de una personalidad previa inadecuada, pueden condicionar serios intentos de suicidio.

67. Williamson, 1966, p. 79.

68. Se entiende por demencia senil el deterioro progresivo de la personalidad y de la inteligencia en la senectud, asociado a una degeneración cerebral primaria.

A partir de la edad adulta atentar contra la propia existencia es un acto real que las más de las veces se llega a consumir.⁶⁹

Es frecuente la confusión entre el envejecer fisiológico y el envejecer con enfermedad, dando lugar ésto a algunos errores de diagnóstico y de terapéutica. Lo anterior tiene su origen en el hecho de que el envejecimiento, por sí mismo, exhibe una serie de alteraciones funcionales de rigidez y déficit que según su grado de deterioro pueden situarse en el umbral de la patología de la senilidad.

La demencia senil se presenta en la mayoría de los casos en la sexta década de la vida y se manifiesta al principio por perturbaciones a primera vista insignificantes. El carácter se va alterando, sobre todo en el sentido de una exageración en los hábitos peculiares del individuo.

Según Anderson,⁷⁰ por lo que se refiere a envejecer con enfermedad, se deben de evitar los errores de apreciación como: 1. Tomar por trastorno demencial senil y por lo tanto irreversible, algo que no lo es. Esto da lugar a una actitud inadecuada de indiferencia y abandono en que se olvida la semiología médica y la clínica, que de aplicarse resolverían el problema. 2. Otro error es estimar, sin pruebas, que un proceso que se presenta en un senil es psicótico o neurótico, cuando en realidad no es sino un síntoma o conjunto de síntomas de un proceso orgánico.

69. Rodríguez Sala, 1974, p. 27.

70. Anderson, 1975, p. 694.

Tanto la infancia, con su falta de madurez, y la senectud con su regresión involutiva, no son sino procesos naturales de la curva vital humana y bajo este ángulo de reflexión no hay que olvidar que vivir y envejecer son esencialmente lo mismo.

La mayor parte de los trastornos psiquiátricos que ocurren en el adulto joven también ocurren en el anciano. Un trastorno puede persistir hasta la senectud, puede recurrir en la vejez o puede manifestarse por vez primera en la ancianidad.

La delimitación entre lo normal y lo neurótico es, frecuentemente, poco precisa tanto en los jóvenes como en los viejos, pero en general, son más acentuadas las tendencias neuróticas de estos últimos.

La depresión es un síntoma común, la adaptabilidad declinante del anciano y los factores psicosociales y socioeconómicos adversos contribuyen a la depresión. El paciente se puede volver quejumbroso, irritable, negativista, apático o amenazador verbal y físicamente, e inclusive agresivo. Las quejas hipocondriacas somáticas tales como insomnio, anorexia, constipación, cefalalgia, fatiga, " achaques " y molestias en general son frecuentes.

El síndrome encefálico crónico, principalmente la arterioesclerosis cerebral y el deterioro senil (demencia senil), son dos enfermedades de las más frecuentes en el anciano, que dan como resultado insuficiencia en el riego sanguíneo cerebral, pero en muchos casos esto no es demostrable.

La pérdida de la memoria constituye un signo inicial,

frecuentemente por lapsos intermitentes. Otros síntomas explican la dificultad que tienen los ancianos para comprender, para concentrarse y cierta inquietud que padecen durante la noche. El deterioro que se produce es lento y a menudo ocurren episodios de depresión grave en las etapas iniciales conforme el paciente percibe que empiezan a mermar sus facultades. Este deterioro se inicia comunmente entre los 60 y 70 años y su curso intermitente se presenta con períodos alternantes de lucidez y de depresión.

El conocimiento de la psicopatología de la vejez debe orientarse ante todo hacia una actitud terapéutica. En lo que se refiere a las demencias, este conocimiento implica, en algunos casos, un tratamiento basado en los factores etiológicos como en las demencias vasculares; comprende en casi todos los casos medidas de conservación de las funciones que no han sido dañadas, de rehabilitación y la creación de un espacio social propio.

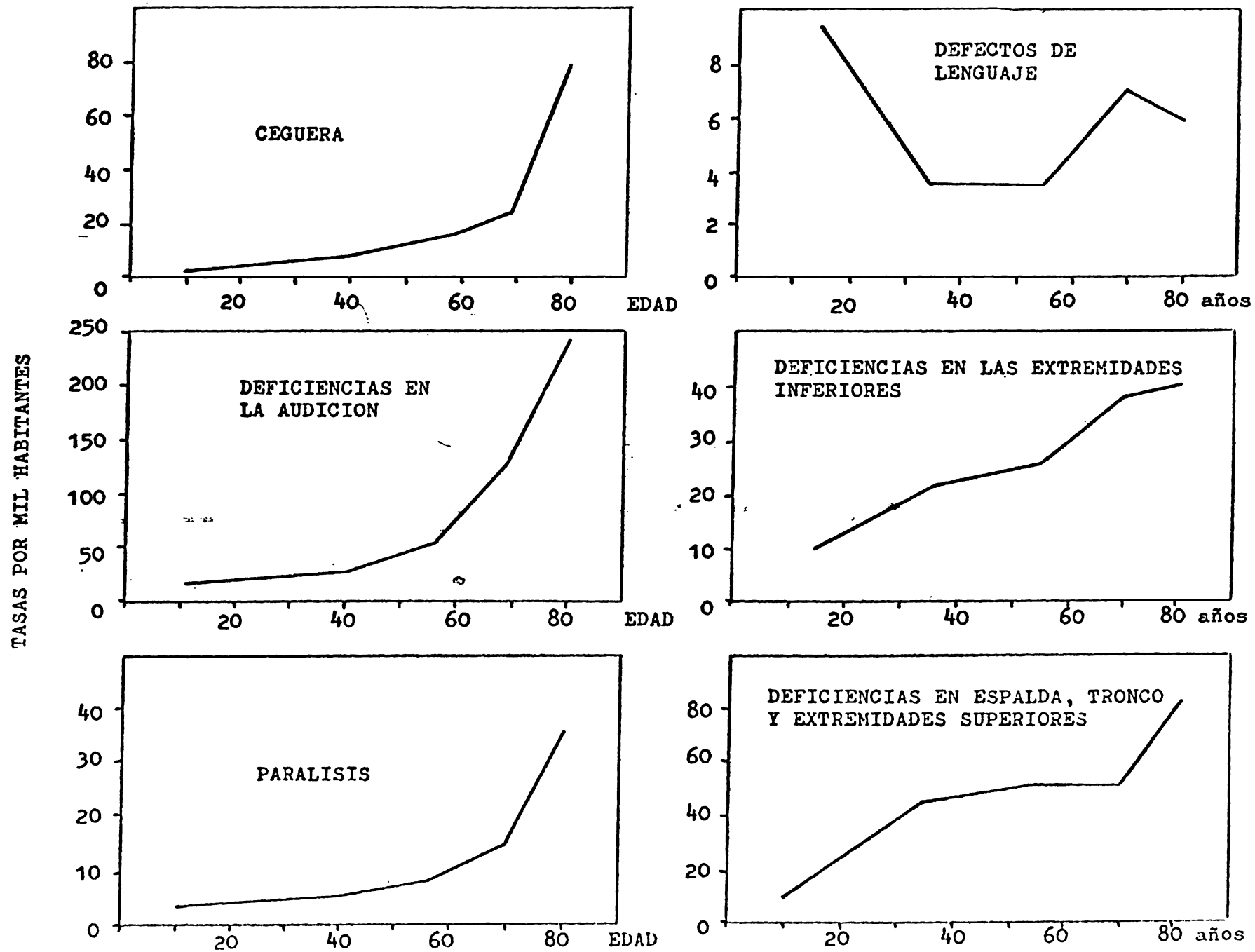
Se puede decir que en un hombre física y mentalmente sano, la vejez puede transcurrir de modo armónico. Es cierto que los muchos años traen consigo muchas variaciones en el campo psíquico y por esto, deficiencias en la capacidad de razonar, en la memoria y en la facilidad de comprensión en general, pero estas deficiencias pueden compensarse con la madurez de la personalidad total.

Si en cambio el anciano muestra un comportamiento anormal, que está francamente en contradicción con las etapas de vida anteriores, no se trata en la mayoría de los casos, de

un efecto de la vejez en sí, sino de fenómenos patológicos.
Por esto, la senectud no debe considerarse como una enfermedad, sino como una consecuencia de la vida misma.

FIGURA 26

DEFICIENCIAS POR MIL HABITANTES EN FUNCION DE LA EDAD



FUENTE: Health Statistics (1970), Public Health No.584-B-9,p.3, Washington,D.C.

3. 4. MORTALIDAD.

Las discrepancias en cuanto a mortalidad se dan no solamente entre los distintos pueblos, de acuerdo a su respectivo adelanto, sino que existen también entre los diversos grupos sociales de un mismo pueblo. De aquí que se afirme que sí hay diferencias sociales en cuanto a la muerte.

Los estudios demográficos han mostrado que en este aspecto existen grandes diferencias entre las gentes de la ciudad y las del campo, entre las personas cultas y las ignorantes, entre los ricos y los pobres, entre los trabajadores manuales y los que ejercen una profesión universitaria independiente.

El análisis de la mortalidad está ligado a una serie de factores de tipo ambiental y de servicios. Se puede decir que hay una estrecha relación entre el índice de mortalidad y los servicios con que cuenta una localidad, acentuándose esta relación cuando se analiza la mortalidad infantil y la senectud. En los lugares donde se cuenta con dispensarios médicos, hospitales, agua potable, drenaje, escuelas, se puede certificar que la mortalidad infantil es más baja que en los sitios donde aún no se tienen estos servicios.

En México, en los grupos de edad más jóvenes, se ha reducido la tasa de mortalidad como consecuencia de las campañas masivas de prevención específica de las enfermedades transmisibles. En cambio, en el grupo de edad de más de 60 años no se ha registrado ninguna disminución importante en esta misma tasa.

En la senectud el índice de mortalidad es distinto para

ambos sexos; se estima que por cada 100 ancianos hay 128 ancianas⁷¹. Esto significa que un número cada vez mayor de mujeres se nectas quedarán solas. Parece ser que la diferencia en el promedio de vida entre el hombre y la mujer se debe no tanto a la llamada "fragilidad masculina", sino al aumento aparente de las presiones culturales y pragmáticas a que está sujeto, sobre todo, el hombre de la ciudad.

La muerte fisiológica del individuo es necesaria por motivos supraindividuales y, por esto, el organismo se prepara para el fin normal determinado plasmáticamente conforme a la duración de vida que le ha sido fijada a su especie.

Freud supuso que a medida que se acumulaban los años el "impulso de muerte" era superior al deseo de vivir. Pensaba que todo ser viviente tiene una tendencia fundamental a volver al estado inorgánico.

Es normal que la vida parezca menos soportable a medida que aumenta la decadencia senil. Por otra parte, vivir demasiado es sobrevivir a los que se ama.

Para explicar la resignación a la muerte de ciertos ancianos se invoca el desgaste, la fatiga; pero si al hombre le bastara con vegetar podría contentarse con esa vida deteriorada. Sólo que para él, existir es trascenderse. La decadencia biológica acarrea la imposibilidad de superarse, de apasionarse, aniquila los proyectos y por eso hace aceptable la muerte. La falta de esperanza en los ancianos es una enfermedad mortal.⁷²

71. Hanlon y McHose, 1967, p. 175

72. Lebert, 1975, p. 257.

También se estima que el programa genético establecido no permite hacer, conocer, amar, más que un número limitado de cosas; cuando esto se ha realizado la muerte es indiferente, libera de ese tedio al que los antiguos llamaban la satieta vi-
tae⁷³

David Cole⁷⁴ en su libro " Superando el Miedo a la Muerte ", expresa que el hombre no teme a la muerte misma sino que la asocia con el miedo al tiempo, al deterioro, a lo desconocido, a lo irreversible, a la pérdida del placer y de la capacidad creativa, y a la pérdida de uno mismo (self).⁷⁵

La actitud hacia la muerte constituye un problema para las personas en general. Los sentimientos de temor y de impotencia frente a la muerte pueden presentarse de múltiples formas dependiendo de la fuerza y de la personalidad del individuo. Sin embargo, parece ser que los ancianos sanos usan el intelecto como una defensa, mientras que algunos enfermos tienden a angustiarse. Por lo general, se piensa que la gente muere como ha vivido, temerosa o valiente, en forma neurótica o realista. La vejez concluye con la muerte y el morir constituye la última

73. Cañuilhem, 1971, p. 55

74. Cole, 1976, p. 12

75. El tiempo, en cuanto ataca la vida, se emparenta con la muerte. El nombre romano de Kronos, Saturno, fue atribuido al sexto planeta del sistema solar; se le considera frío y seco; está asociado a la indigencia, la senilidad, la muerte. En las obras de astrología es representado, en general, por un viejo taciturno, achacoso, que lleva una guadaña y que se apoya en una muleta, signo de decrepitud.

acción del individuo.

Para objetivizar el problema de la mortalidad en el país, se creyó pertinente realizar un análisis de la mortalidad general y de las principales causas de mortalidad específica que ocurren en el grupo mayor de 60 años.

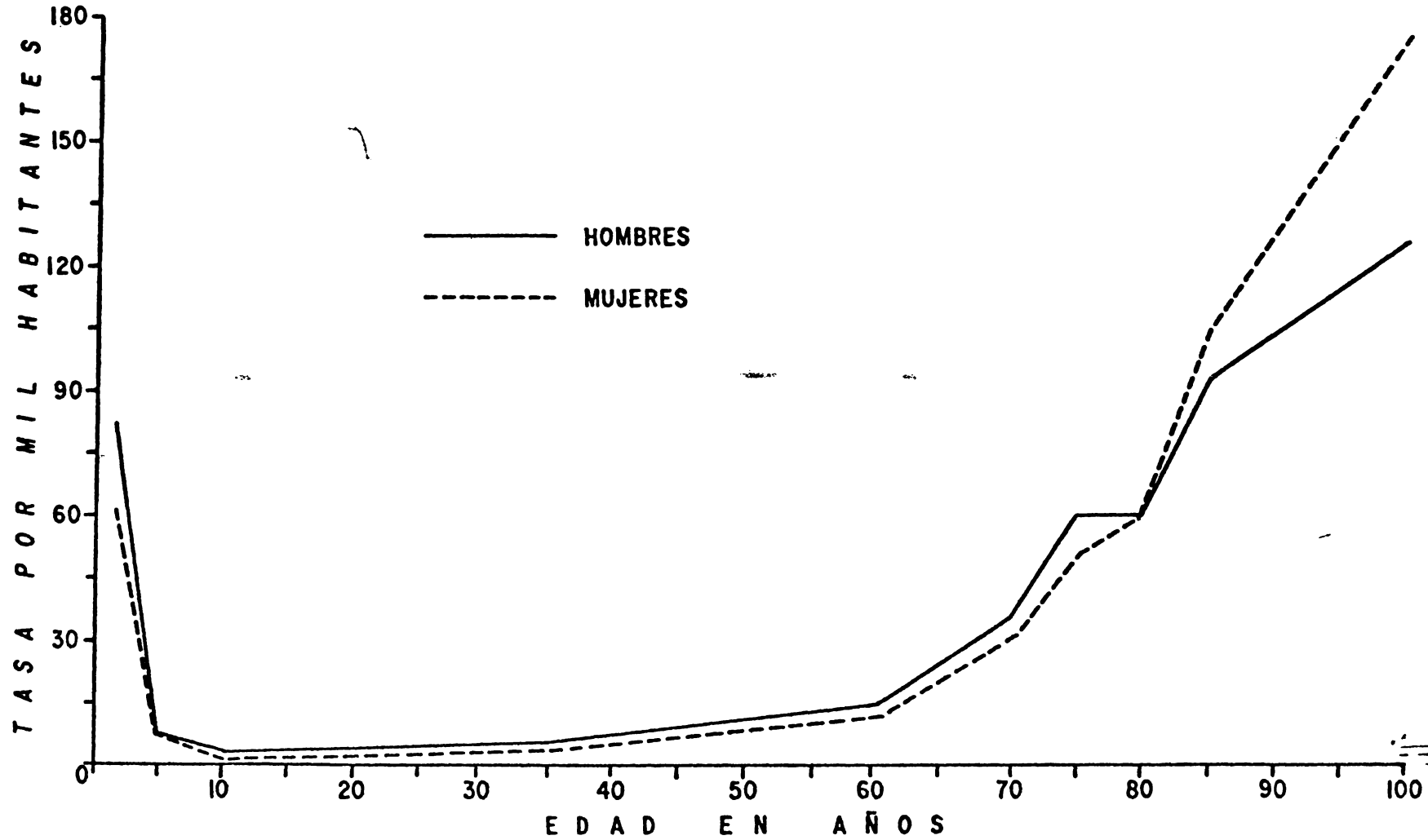
Analizando la mortalidad general en la República Mexicana, se observa que tiene características peculiares en cuanto al sexo. Hasta los 80 años, la tasa de mortalidad por mil habitantes es ligeramente inferior en las mujeres y a partir de esa edad, es mayor que la de los hombres. Ver Figura 27.

La tasa de mortalidad perinatal es aproximadamente de 80 defunciones por mil nacidos vivos, descendiendo esta tasa a 7 a los 5 años para ambos sexos; a los 10 años este índice de mortalidad tiene su valor más bajo con una tasa de 4, y a partir de esa edad empieza a aumentar, siendo la mortalidad general a los 60 años de 15 defunciones por mil habitantes. De los 60 años en adelante, la tasa de mortalidad general aumenta bruscamente, siendo de 40 defunciones por mil habitantes a los 70 años, de 60 a los 75 años y de 110 a los 80 años.

En cuanto a la mortalidad específica en el país, las principales causas de defunción en el grupo de edad mayor de 60 años son: enfermedades del corazón; enfermedades cerebrovasculares; tumores malignos; influenza y neumonía; accidentes, envenenamientos y violencias; cirrosis hepática; diabetes y tuberculosis en todas sus formas.

Entre las enfermedades del corazón, el infarto al mio

Figura 27
MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA 1975.



Fuente: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos 1975, SSA, Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: Luis Fuentes Aguilar

Dibujó: Jorge Calónico Lucio

cardio representa el 38 % de las causas de mortalidad por afección cardiaca, con predominio en el sexo masculino.

El infarto del miocardio es una enfermedad frecuente y en constante aumento, sobre todo entre los 60 y los 70 años. Está diferenciada de las demás enfermedades por una alta mortalidad, no sólo en el campo de las enfermedades cardiovasculares, sino también en relación con la mortalidad en general.

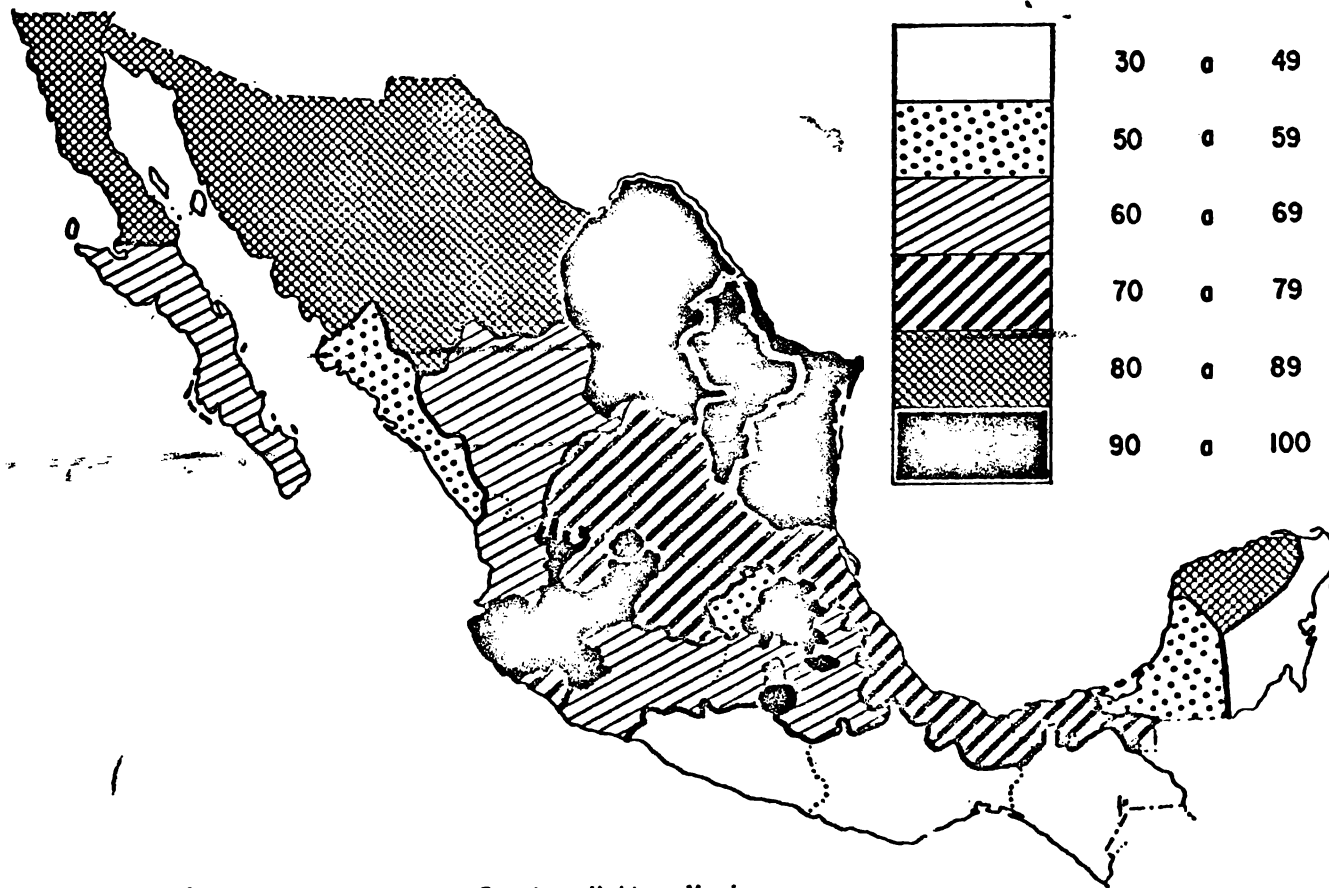
El término infarto del miocardio es esencialmente anatómico y pone de manifiesto la alteración de una de las paredes del corazón por un mecanismo isquémico, es decir, por la súbita detención de la corriente sanguínea y por tanto de privación de oxígeno a una amplia superficie de la pared ventricular. La consecuencia habitual es la necrosis de esa pared que implica prácticamente la muerte de la región.

El origen del trastorno está ligado a una obstrucción, más o menos completa, del conducto encargado de hacer transitar la sangre a través de las paredes cardiacas: la arteria coronaria. Este obstáculo impide la libre circulación de la sangre y está en relación con la formación brusca de un coágulo que obstruye súbita y totalmente la luz arterial (entonces se dice que se produce una trombosis).

La mortalidad por enfermedades del corazón, en la República Mexicana, presenta tasas de 30 a 100 defunciones por cien mil habitantes, siendo la región Pacífico-Sur y el Estado de Quintana Roo los que presentan las tasas más bajas y las entidades de mayor incidencia son las de la región Norte-Oriental y los Estados de Jalisco, Aguascalientes, Hidalgo, Tlaxcala y

Figura 28
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZON EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975

TASA POR 100 000



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos,
1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

Morelos. Ver Figura 28.

Aun cuando son frecuentes los errores en la notificación, sobre todo en las zonas rurales, estas tasas de mortalidad son indicadores del estado de salud de la población y al tratar de explicar su ocurrencia se encuentran hechos como la residencia de gran número de jubilados en el Estado de Morelos por sus agradables condiciones geocológicas y que determinan las altas tasas de mortalidad por enfermedades " degenerativas ".

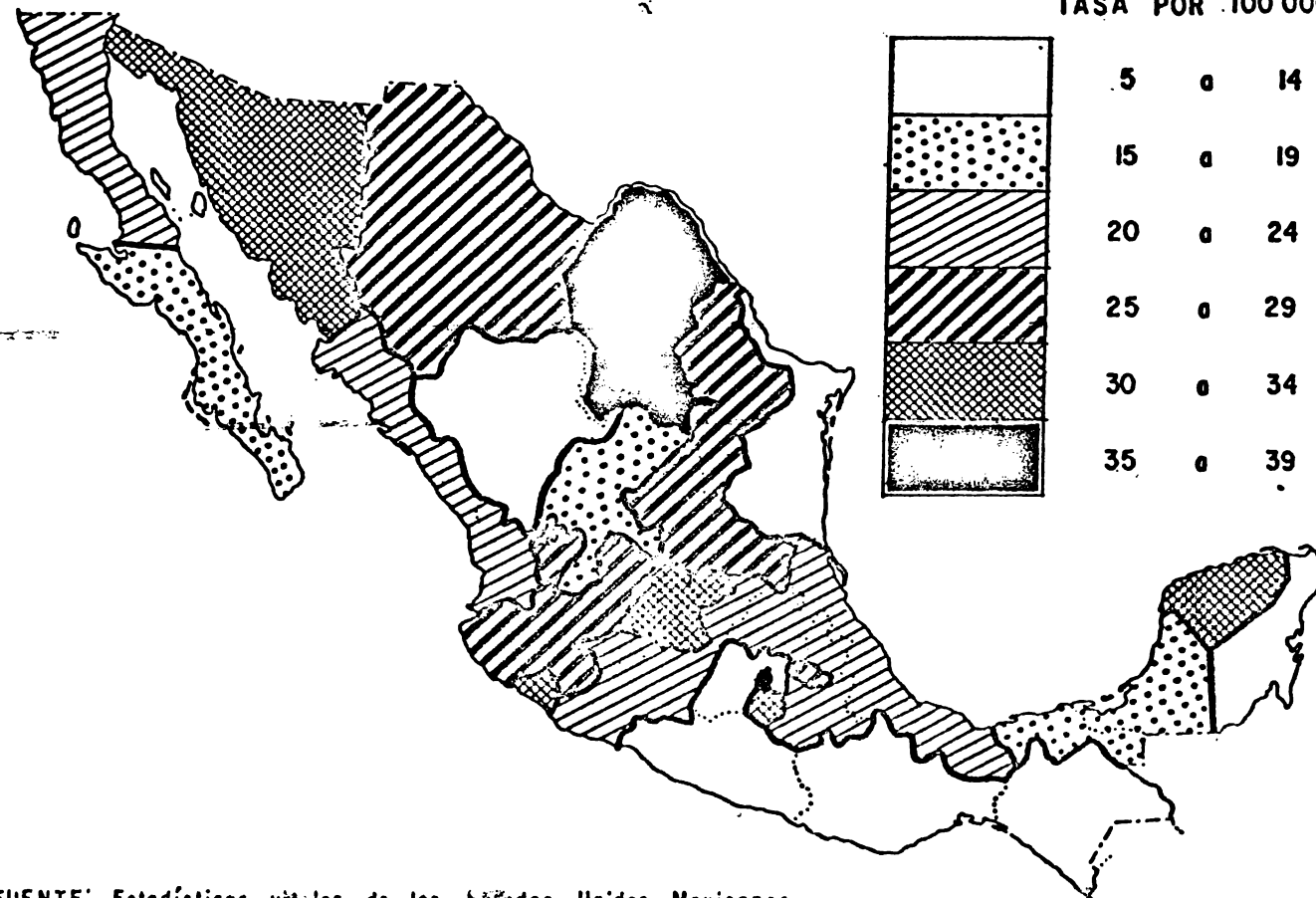
En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares como causas de defunción, no se conoce bien la etiología de las formas seniles y preseniles. La intervención de los factores genéticos en esos tipos de afecciones ha quedado demostrada, pero los procesos metabólicos y bioquímicos asociados a las alteraciones patológicas del cerebro tienen probablemente cierta afinidad con el envejecimiento propiamente dicho, ya que de todos los trastornos mentales propios de la vejez no hay ninguno que acorte la vida tanto como ellos. Además, son muchos los casos en que la disminución de las facultades intelectuales está asociada al envejecimiento.

Estas enfermedades, que raras veces desempeñan un papel importante en el curso de la demencia senil, tienen mayor importancia en las psicosis arterioescleróticas. El estado crítico o " crisis hemodinámica " que precede a menudo a los infartos del cerebro recibe actualmente mayor atención. En una proporción elevada de accidentes cerebrovasculares se observa una alteración paralela del ritmo cardiaco, una insuficiencia coronaria o un infarto de miocardio, que acaso sean los síntomas iniciales del proceso que culmina en el accidente vascular del

Figura 29

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975

TASA POR 100 000



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

cerebro que finaliza con la muerte.⁷⁶

Entre las personas de edad rara vez se manifiestan síntomas característicos por efecto del simple aumento de la tensión arterial, pero un brusco descenso de esa tensión en las personas hipertensas contribuye muchas veces a desencadenar estados de confusión.

A pesar de la importancia que tienen, en general todos los trastornos cerebrovasculares en la vejez, las enfermedades físicas no intervienen como agentes causales específicos más que en los estados delirantes o confusionales. También tienen una intervención de cierta importancia en las psicosis afectivas de la vejez que se acentúan con la disminución sensible de la salud física desempeñando un papel importante en la etiología de los trastornos mencionados que terminan con el deceso del paciente.

En la República Mexicana, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en todas las edades presenta tasas de 5 a 40 defunciones por cien mil habitantes. En la región Pacífico-Sur y en las entidades de Quintana Roo, México, Tamaulipas y Durango las tasas por estas enfermedades son las más bajas, de 5 a 14, y en el Estado de Coahuila y en el Distrito Federal la más alta, de 35 a 39. Ver Figura 29.

Otra importante causa de defunción en el país es el cáncer. El término cáncer, generalmente va asociado a deceso a plazo más o menos corto aún cuando varios tipos son curables mediante una detección y un tratamiento oportunos. La frecuen-

76. Martin et al., 1973, p. 192.

cia de los carcinomas en general aumentan a partir de la cuarta década de la vida, y en el grupo mayor de 60 años ocupa en el país el tercer lugar como causa de defunción.

Una célula cancerosa es un elemento anárquico que no obedece las leyes del sistema celular del organismo, mientras que la célula normal se somete a un comportamiento preestablecido. Algunas células están normalmente diferenciadas y aseguran a lo largo de su vida una función precisa; otras son inmaduras, poco o nada diferenciadas y aseguran la constancia numérica de los elementos diferenciados; constituyen una especie de reserva; para hacerlo, esas células llamadas " cepas " sufren divisiones de acuerdo con modalidades que mantienen constantes no sólo las poblaciones de elementos diferenciados sino las " reservas " mismas de las diversas células cepas.

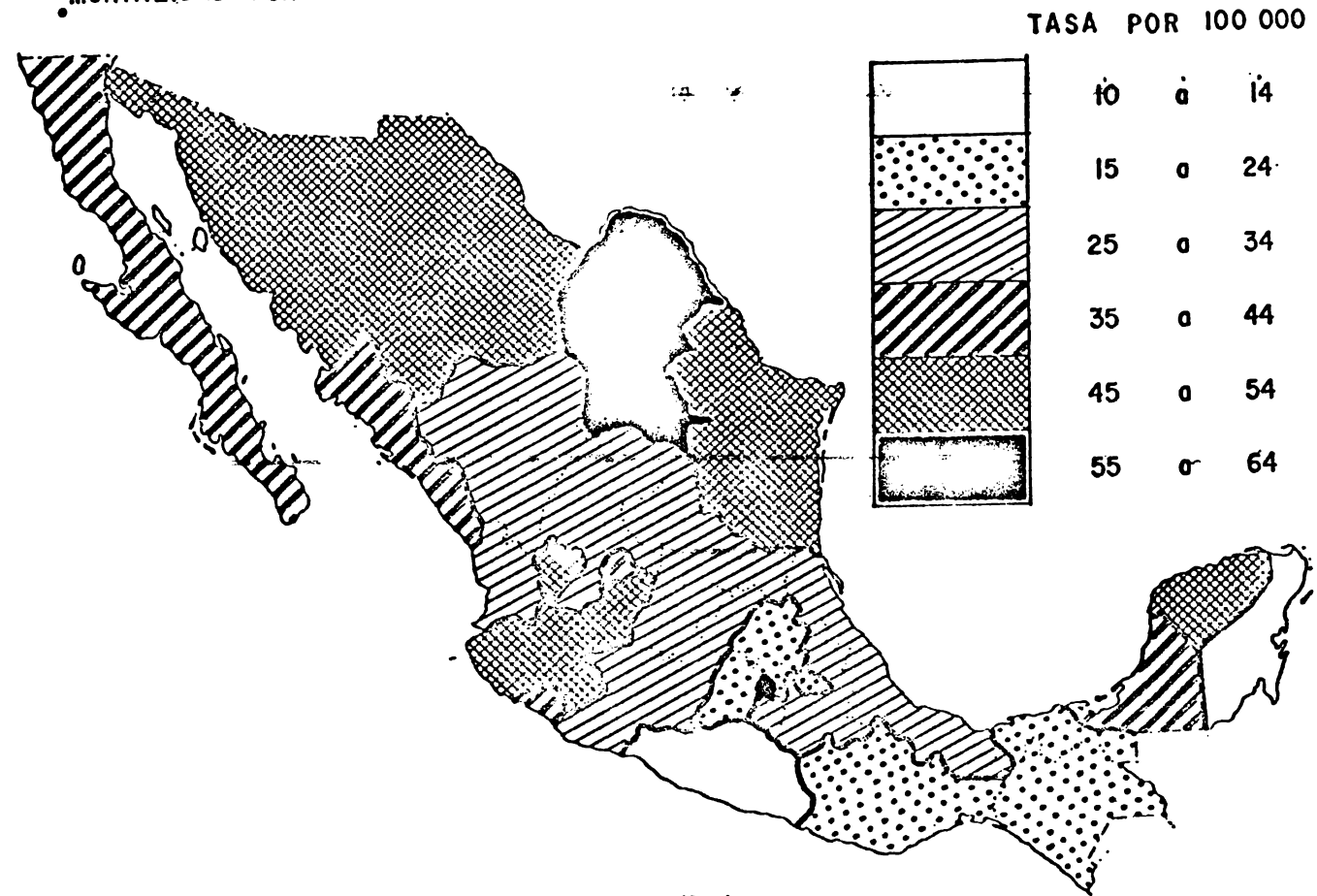
El número de divisiones que se producen está regulado por diversos factores que condicionan la autoduplicación de la substancia que constituye el aparato reproductor celular, el ácido desoxirribonucleico.

Esta reproducción está sometida a cierto riesgo de error y por esto en todo individuo se forman constantemente elementos incapaces de seguir el comportamiento preestablecido del sistema celular, éstas son las células cancerosas.

La transformación de una célula normal en cancerosa no es suficiente para producir un tumor. Esta transformación es la inducción, que es rápida e irreversible, pero es necesario que intervengan otros factores para asegurar una proliferación suficiente de la célula transformada, es la promoción, fenómeno

Figura 30

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975



FUENTE: Estadísticos vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

lento y por mucho tiempo reversible. Algunos factores llamados " cocarcinógenos " parecen actuar en esta fase de promoción, favoreciendo a las células cancerosas en particular por su oposición a ciertas defensas que el organismo puede poner en acción contra ellas.

La célula cancerosa, si encuentra factores propicios va a proliferar y a constituir un tumor; la mayoría de los tejidos del organismo pueden ser la sede de tumores. La proliferación de los elementos malignos casi nunca se hace de manera regular; la evolución es caprichosa, influida por diversos factores la mayoría de los cuales son desconocidos. Además, las células cancerosas circulan en la sangre y en la linfa; algunas se detienen en un lugar propicio que las protege contra las defensas del organismo; se establecen entonces en ese lugar y dan origen a metástasis que algunas veces están lejos del tumor primitivo. Por el contrario otras pueden sobrevivir por años, durante los cuales están en estado de latencia y después manifestarse súbitamente y ocasionar la muerte.⁷⁷

En el país, la mortalidad por tumores malignos es mayor en el Distrito Federal y en el Estado de Coahuila con tasas de 55 a 64 defunciones por cien mil habitantes; la península de Baja California y los Estados de Aguascalientes, Sinaloa y Campeche tienen tasas de 35 a 44, y las entidades de Quintana Roo y Guerrero tienen tasas de 10 a 14 que son las más bajas de la República. Ver Figura 30.

La influenza y la neumonía son otras de las causas im

77. Djian, 1969, pp. 46-63.

portantes de muerte en la senectud. La influenza es causada por un virus y sus síntomas incluyen fiebre, malestar de garganta, tos, catarro, escalofríos y dolores, especialmente en la cabeza, la espalda y las piernas.

Al igual que el resfriado, la influenza se propaga de una persona a otra, las más de las veces a través de la tos y los estornudos.

Aun si no se producen complicaciones y la fiebre y los demás síntomas no duran más que unos días, la influenza tiende a dejar a la gente tan débil e incapacitada, de modo general, como si hubieran sufrido un largo asedio de la enfermedad, por lo que en las personas ancianas de constitución débil frecuentemente ocasiona la muerte.

Las complicaciones comprenden neumonía bacteriana, bronquitis y otras infecciones de las vías respiratorias. Estas infecciones son particularmente corrientes entre los enfermos crónicos y son causa de muchas de las muertes relacionada con la influenza.

Después de haber padecido influenza sigue una inmunidad temporal, pero hay cierto número de cepas distintas de virus que la ocasionan, y el hecho de haber tenido uno de los virus no impide adquirir otro. Esto explica por qué la vacunación no ofrece protección contra todas las variedades de influenza.

La neumonía es una infección de los pulmones que solidifica en parte los tejidos normalmente esponjosos de dicho órgano. Esta enfermedad es causada ya sea por neumococos, por virus o por otras bacterias, siendo del tipo infeccioso. La mayo-

ría de la gente lleva los microorganismos en la garganta, pero no sucumbe a la enfermedad a menos que el cuerpo esté debilitado y la resistencia a la infección esté disminuída.

Cuando se adquiere una mayor susceptibilidad para adquirir la neumonía es unos días después de haber empezado un resfriado común, así como durante y después de un ataque de influenza o de tos ferina. La exposición excesiva al frío después de un sudor intenso, y un descanso insuficiente pueden crear condiciones favorables para la neumonía.

La mortalidad por neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias agudas en la República Mexicana tiene una alta incidencia en el Estado de Tlaxcala con una tasa de 400 a 450 de funciones por cien mil habitantes. Las tasas de mortalidad más bajas por estas enfermedades se encuentran por lo general en los litorales del país y en las entidades de Morelos y del Distrito Federal, con tasas de 50 a 99; excepto en los Estados de Yucatán, Oaxaca, Jalisco, Colima, Michoacán y Baja California Norte, donde el índice es de 100 a 149. (Ver Figura 31).

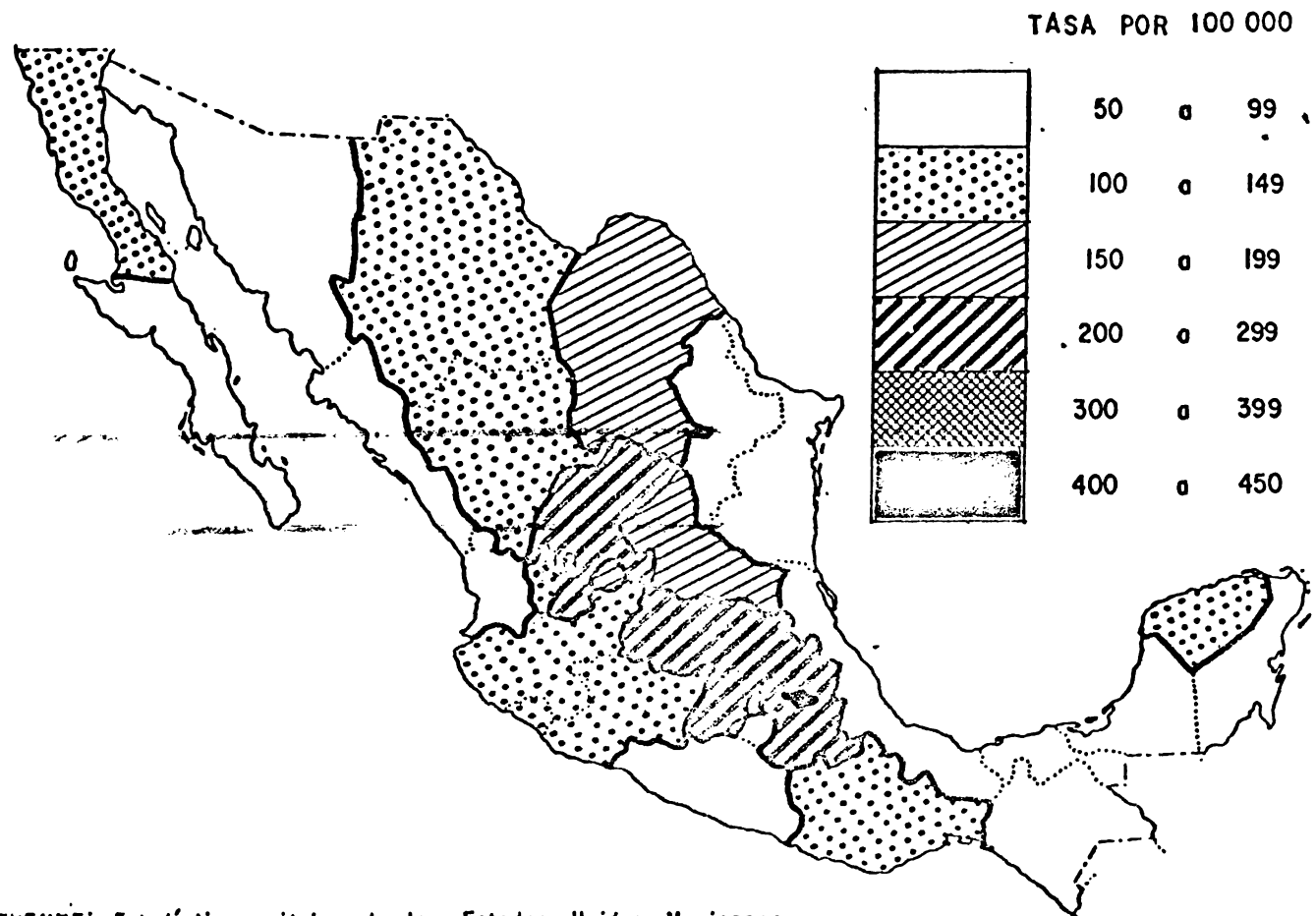
Muchas personas de edad conocen el miedo y tener miedo es una negativa a morir. Lo que suele mitigar la muerte de los viejos es que la enfermedad acaba por agotarlos y también que no se dan cuenta de lo que les sucede.

Sin embargo, hay también muertes lúcidas y ápasibles; cuando física y mentalmente se ha extinguido todo deseo de vivir, el anciano prefiere el descanso eterno a la lucha o al tedio cotidianos.

En las condiciones que la sociedad ofrece a la mayoría

Figura 31

MORTALIDAD POR NEUMONIA, INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA REPUBLICA MEXICANA, 1975



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

de ellos, sobrevivir es una prueba inútil y se comprende que muchos opten por abreviarla; por esta razón, entre las muertes por accidentes, envenenamientos y violencias, en la edad senecta, destacan los suicidios.

De los datos proporcionados por la Dirección de Bioestadística, en el período de 1960 a 1970, la incidencia de suicidios en la República Mexicana, fue del 9 % en los grupos de edad de 30 a 34 años, de 35 a 39 y de 50 a 59 años; en cambio, en el grupo mayor de 60 años fue del 12 % del total de suicidios registrados en el país.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud de 1970 muestra que el índice máximo de suicidios masculinos se sitúa a los 70 años en Gran Bretaña, Francia, Italia, Bélgica, Países Bajos, Portugal, España, Suiza y Australia.⁷⁸

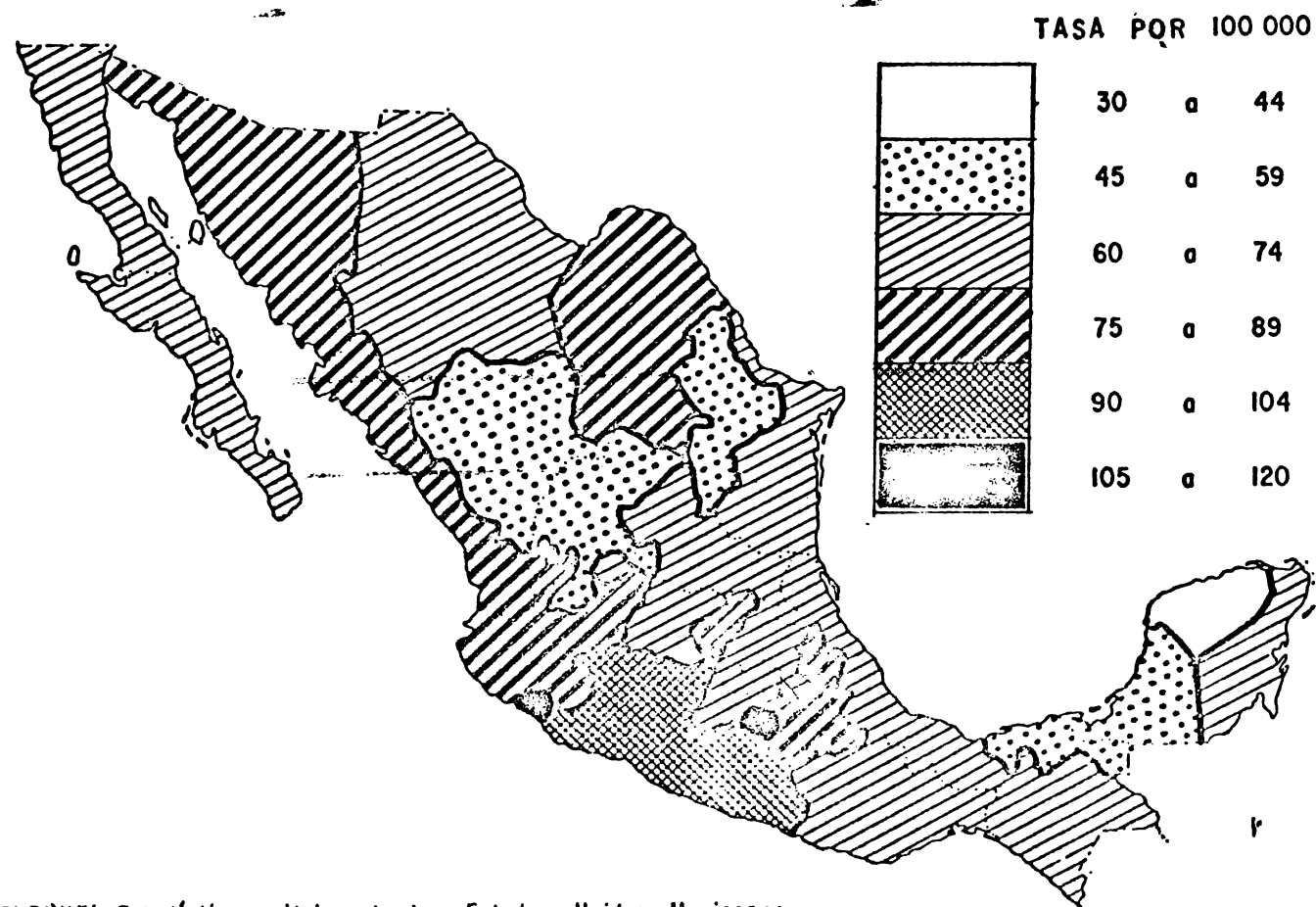
Ciertos suicidios de ancianos son consecutivos a estados de depresión neurótica que no se ha conseguido curar, pero la mayoría son reacciones normales a una situación irreversible, desesperada, vivida como intolerable.

Los factores sociales y psicosomáticos son los que lo explican: declinación física y mental, soledad, ociosidad, inadaptación, enfermedad incurable. Por lo general, no es sólo el resultado de un episodio depresivo singular sino de la historia de toda una vida.

78. Citado en: Informe sobre Investigación en Geriatria, (1975) Departamento de Psicología, Estado de México.

Figura 32

MORTALIDAD POR ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS EN LA REPUBLICA MEXICANA. 1975



FUENTE: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1975, SSA Dirección de Bioestadística, México.

Construyó: LUIS FUENTES AGUILAR
Dibujó: JORGE CALONICO LUCIO

Uno de los aspectos de la situación desesperada de los ancianos es su impotencia para modificarla. No hay solidaridad entre ellos, no tienen medios de presión puesto que ya no desempeñan una función activa. La idea de un cambio les angustia, temen siempre lo peor. Ante esta situación, frecuentemente el camino a elegir es la autodestrucción.

El temor a la muerte probablemente proviene de que ésta llega prematuramente a la mayor parte de la población humana. Sobreviene cuando aún el instinto de vivir se halla en pleno apogeo, puesto que el individuo sólo ha vivido la mitad o menos de lo que le corresponde fisiológicamente.

La muerte se produce generalmente por causas accidentales. Las enfermedades son verdaderos accidentes para la biología humana. La muerte natural ocurre en muy pocos casos, llamando así a la terminación de la vida por la extinción de las funciones orgánicas debido a la atrofia senil. Lo común es que, aún en las mejores condiciones de existencia, la vida humana no se prolongue más allá de cierto período cuyo límite no se conoce con precisión.

Generalmente el organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir se reducen. Los ancianos, despojados por la vida de muchas de sus facultades físicas y mentales para el libre ejercicio de producir, pensar, crear, y con la tendencia a seguir perdiendo otras capacidades, están condenados a la pérdida de la seguridad y equilibrio emocional, a la degeneración y muerte de los tejidos, al deterioro de todas sus resistencias, de su lucidez y de su energía, para encaminarse a su final extinción. Los enfermos terminales que están en la fase final de

su vida se enfrentan con el último suceso importante de su existencia: la agonía y la muerte. Un punto delicado y crucial es si deben ser informados sobre su estado y si debe advertírsele la situación a sus familiares.

La ventaja de que el paciente lo sepa, radica en que le permite hablar de la muerte y la agonía con sus familiares, amigos íntimos y quizás otros pacientes y personal del centro institucional. Por supuesto, algunos se dan cuenta de que van a morir sin necesidad de escucharlo, pero es probable que necesiten la confirmación del médico. La manera en que el médico dé la noticia al paciente depende de la propia actitud y aptitud del médico para hacer frente a la enfermedad terminal y la muerte.⁷⁹

No importa de qué manera el enfermo se entere de su estado, cuando adquiera consciencia de que su vida habrá de acabar pronto, deberá adaptarse a esta realidad. Puede sugerirse que la adaptación adquiere las características de un desarrollo psicológico que comprende una serie de fases. Por ejemplo, Kübler-Ross⁸⁰ distingue las siguientes: negación y aislamiento; resentimiento; "negociación" con el más allá; aceptación.

Cualquiera que sea la verdadera índole del proceso de adaptación, el miedo inicial del paciente a la muerte tenderá a disminuir, en vez de aumentar, con el correr del tiempo. En el proceso de adaptación, según Kübler-Ross, intervienen una serie de variables determinantes, como: 1) ciclo vital del paciente; 2) su ambiente; 3) actitud hacia la experiencia de que la

79. Conceptos del Dr. Luis Manrique en charla personal.

80. Kübler-Ross, 1970, pp. 121-128.

vida llega a su término; 4) intensidad y momento de esta experiencia, y 5) la filosofía del paciente acerca de la vida, en especial el significado que éste le asigna.

Quizás la necesidad más apremiante del enfermo terminal se relacione con la comunicación. Los responsables de su cuidado, así como sus familiares y amigos, tienen que hacerle saber que están listos y dispuestos para compartir sus preocupaciones. Estas preocupaciones pueden ser: significado de la muerte y la agonía para el paciente; forma en que habrá de morir y futuro de sus deudos o personas que dependen de él.

En general, no es raro que el paciente logre desentenderse del todo de la vida mientras continua con vida consciente. A veces, sin embargo, se interpreta a la muerte como una liberación de todo sufrimiento adicional, en particular tratándose de enfermos crónicos.⁸¹ Pero lo que más se teme, según el consenso de varios médicos, es al miedo de sufrir dolor u opresión, y en especial se teme a la soledad.

Un ejemplo de enfermo terminal es el de un artesano de la ciudad de Puebla al que se le hizo una entrevista seis meses antes de su deceso. Hombre de 85 años que procreó once hijos con su esposa. Se mantuvo activo hasta los 80 años desplazándose en camión para ir a su trabajo en los últimos años. A la edad de 73 años

81. Récuértese el verso de Alfonso Reyes: " Más tienes de caricia que de pena, / eras alivio y te llamé cadena, / eras la muerte y te llamé la vida ".

empezó a perder movilidad en las articulaciones de las extremidades, principalmente en las manos. Esta tener sólo movimiento parcial en un par de dedos en cada mano. Al caminar sufría dolores en los tobillos, sobre todo en los maléolos externos. En cambio, mantuvo su visión óptica y el oído sin deterioro aparente, aun cuando usaba lentes para corregir el astigmatismo que padecía. Su voz era débil y sorda, parecía que realizaba un gran esfuerzo al emitir cada frase.

Recordaba con detalles nítidos pasajes de su juventud, sobre todo en sus noches de insomnio, traía a la memoria a sus camaradas; a las mujeres que conoció las veía con los atributos de su juventud pasada, inclusive decía el entrevistado - podía percibir en la memoria su fragancia y la tersura de su piel.

Consideraba que su vida había sido satisfactoria en todos los órdenes, trabajó creativamente y sólo lamentaba no poder seguir haciéndolo. Pensaba que podría trabajar un par de horas en la mañana y otras tantas en la tarde si pudiera movilizarse más, lo cual le serviría de distracción.

Sentía que su principal problema era el aburrimiento, el hastío. La televisión le servía de distracción; a veces leía pero no podía fijar en la memoria lo que leía. En las mañanas, sobre todo, era cuando más le pesaba su inactividad.

En general, estimaba que su vida había sido plena; a

sus hijos les dió la educación que tuvo en sus manos de acuerdo con sus circunstancias y que ellos (sus hijos) le correspondieron ampliamente dándole tantas satisfacciones que al solo verlos sentía un gran orgullo.

Le hubiera gustado haber hecho fortuna para dejársela a su mujer y a sus nietos principalmente, ya que pensaba que sus hijos tenían una buena posición y no la necesitaban.

No temía al futuro, sólo a quedarse totalmente inválido y depender de su familia para movilizarse. La muerte no le daba miedo, no pensaba en ella, pero decía que estaba preparado y que sentía -- cuando se le hizo la entrevista -- que ya estaba en tránsito.

Los golpes que había sufrido al tratar de desplazarse lo tenían agobiado y de hecho, eso fue la causa primaria de su deceso. Se fracturó el fémur de la pierna izquierda al perder el equilibrio al tratar de levantar un pañuelo del suelo y caer. Se le corrigió la fractura con un clavo de Smith-Petersen pero ya no volvió a caminar. Dos meses después tomaba la decisión de encontrar el reposo definitivo.

Los hijos acordaron respetar la voluntad del padre y no tratar de prolongar su vida inútilmente.

El permanecer en la cama hace que le aparezcan dolorosas escaras que los hijos menores tratan, dentro de sus posibilidades, de curar. El enfermo rehusa volver a comer, su cuerpo se consume rápidamente pero los hi

r

t

jos deciden no obligar al padre a cambiar el destino que ya habia escogido.

Rechazó sistemáticamente todos los alimentos inclusive los que le preparaban especialmente para tentarlo, ya fueran líquidos o sólidos. La mayor parte del tiempo dormitaba hasta que se hundió en un estado de coma terminando en una forma apacible. Los hijos y la esposa sintieron entonces esa tremenda sensación de soledad y angustia que da la convicción de una pérdida irreparable.

ANTROPOLOGIA DE LA SENECTUD

- II -



4. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

4.1. PROBLEMATICA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA OPERANTE.

El problema central del envejecer fisiológico radica en la dificultad de conciliar el mundo edificado a todo lo largo de una vida con nuevos modos de pensar y de vivir que tienen las generaciones más jóvenes. Esto da lugar a una progresiva incomprensión del anciano y a otros grupos de edad diferentes. Sería un error considerar que todas sus manifestaciones son consecuencias inevitables de su propio envejecer; muchas de ellas son condicionadas por la estructura del sistema socioeconómico⁸² operante en que les ha tocado vivir. Es esta estructura la que hace de los viejos un desventurado conjunto que estorba y es inútil. Son las pautas de los status sociales, familiares y laborales las que lo sitúan al margen de toda posibilidad de función y productividad.

Si la vejez fisiológica, ni menos aún la que cursa con procesos morbosos, puede por sí misma constituir un estado ideal, ni tampoco un cúmulo de ineptitudes y defectos.⁸³ Cada sistema es

82. Fabio Gianfilippo Casanova (1967) en su obra: Las categorías del desarrollo humano y la inserción en sistemas sociales, define como sistema socioeconómico a un conjunto, asentado en un medio geográfico determinado, definido política y administrativamente, cuyos grupos sociales integrantes se encuentran -- sobre todo para la producción de los bienes necesarios a su subsistencia -- en estrechas relaciones de intercambio entre sí y con el medio ambiente.

83. Muchos hombres se han hecho viejos, pero de ningún modo se han vuelto sabios. Son egótricos, pierden de día en día interés por lo que les rodea, incluso su propia familia, a la que exigen una paciencia que ellos mismos no practican. El egotismo, la dedicación exclusiva a la propia persona, es el mayor peligro

ciocendrico, según sus posturas, es el que hace de la senectud una etapa de la vida útil e inútil desde el punto de vista pragmático, digna de consideraciones o merecedora de indiferencia. Todo esto conduce a la aseveración de que la vejez humana en cuanto etapa biológica sólo tiene el significado de un proceso necesario en el ciclo vital. En cambio, en cuanto a etapa biográfica adquiere todos los caracteres de la personalidad previa, siendo aquí donde cobran importancia y valor las funciones y la trascendencia que un hombre debe tener.

El anciano sufre un destino biológico inmutable, pero además, como no es agente de presión para el grupo dominante, por lo general no interbica, no vale la pena estudiar sus condiciones socioeconómicas para mejorar su bienestar. Para comprender la realidad y la significación de la vejez es indispensable examinar qué lugar se asigna a los ancianos, qué representación se tiene de ellos en la sociedad actual.

El hecho de que se pasan por alto los fines de los ancianos no significa que carezcan de ellos. Los comportamientos de los senectos pueden tener diferentes finalidades, que no siempre son negativas. Los ancianos poseen una capacidad determinada para

que amenaza a los individuos de edad avanzada. Quien sucumbe a esto será menos sensible cuando se trate de cuestiones que caen fuera de su esfera de interés personal. Estos hombres pueden llegar a convertirse finalmente en su propia caricatura.

Existe otro aspecto distinto, cuya contemplación ha llevado a las diferentes culturas al reconocimiento de la vejez, que conlleva el tipo de hombre viejo merecedor de respeto que ha aceptado dignamente la decadencia de las fuerzas corporales y posee esa verdadera sabiduría que representa la forma más elevada que sólo alcanzan los que llegan a la vejez.

ejecutar tareas, pero al sistema operante⁸⁴ no le interesa ésta porque la inversión representa una plusvalía mucho menor en comparación con la que se obtiene de los trabajadores con plenas facultades.

Las circunstancias de la frase de Ortega y Gasset: "yo soy yo y mis circunstancias" están necesariamente inscritas en el diseño social. Las circunstancias enajenantes están dadas por la estructura social dominante.

Obviamente éstas son dinámicas, han evolucionado. Así, Simone de Beauvoir⁸⁵ describe en su obra La Vieillesse, las condiciones de los viejos a través del tiempo: "La condición de los viejos explotados ha influido profundamente en la concepción de los privilegiados. Sobre ella se tienen vagas nociones. Al parecer fueron muy pocas en la Edad Media y hasta el siglo XVIII; en el campo y en las ciudades los trabajadores morían jóvenes. Los que sobrevivían estaban a cargo de una familia en general demasiado pobre para mantenerlos; recurrían a la caridad pública, a la de los castillos y los conventos. En ciertas

84. Por sistema operante se quiere indicar el modo de producción dominante del país que es el capitalismo. México es un país capitalista, porque dentro de su formación socioeconómica predominan las relaciones de producción capitalista que han ido desplazando y subyugando a todos los modos de producción anteriores. Este sistema comprende una sociedad basada en la propiedad privada de los medios de producción y en la explotación del trabajo asalariado. Es capitalista también porque está ligado en forma múltiple con el sistema capitalista mundial del cual forma parte.

85. De Beauvoir, 1970, pp. 220-230.

épocas sus esos recursos les fueron negados; su suerte fue particularmente dura en el momento en que nació el capitalismo en la Inglaterra puritana y en el siglo XIX, durante la revolución industrial.

" La sociedad nunca los ha explotado directamente en la medida en que no tenían fuerza de trabajo que vender, pero han sido igualmente víctimas de la explotación. En su juventud y en su madurez las clases dominantes no les habían concedido más que lo que necesitaban para reproducirse; una vez gastados en la tarea, los abandonaban con las manos vacías.

" Inútiles, inoportunos, su suerte se parecía a la que les reservan las sociedades primitivas. Dependían esencialmente de la familia. Por afecto o por temor de la opinión pública, algunos los manifestaban solicitud o por lo menos los trataban correctamente. Pero las más de las veces eran desquidados, abandonados en un hospicio, expulsados e incluso muertos clandestinamente.

" El hombre de edad sobra, en el siglo XVIII en Europa, una particular importancia porque simboliza la unidad y la permanencia de la familia; ésta, mediante la transmisión de las riquezas, permite su acumulación, es la base del capitalismo al mismo tiempo que el reino donde florece el individualismo burgués. El jefe de la familia, envejecido, sigue siendo el que detenta la propiedad y goza de prestigio económico, el respeto que inspira adopta una forma sentimental.

" Tres fenómenos estrechamente ligados, en el siglo XIX, acompañaron en todas partes el progreso demográfico: la revolución industrial, un éxodo rural que acrecentó el surgimiento urbano, la aparición y el desarrollo de una clase nueva: el proletariado.

" En Inglaterra la despoblación del campo comenzó con el sistema de englosures que redujo a la miseria a gran número de campesinos.

" Las transformaciones fueron nefastas para los viejos. En Francia e Inglaterra su condición jamás fue tan cruel como en la segunda parte del siglo XIX. El trabajo no estaba protegido, hombres, mujeres y niños eran implacablemente explotados. Al avanzar en edad, los obreros se volvían incapaces de soportar el ritmo del trabajo. La revolución industrial se cumplió a costa de un increíble derroche de material humano.

" En el siglo XIX se da a conocer, por lo menos en cierta medida la suerte de los viejos explotados, su contraste con la condición de los viejos privilegiados es más notable que en ninguna otra época. Viejos obreros reducidos a la indigencia y al vagabundeo, viejos campesinos tratados como bestias, los ancianos pobres se sitúan en lo más bajo de la escala social. Los de las clases superiores son los que ocupan la cima. La oposición es tan evidente, que casi parecerían dos especies diferentes. Los cambios económicos y sociales, tan nefastos para unos, han favorecido, por el contrario, a los otros.

" La clase dominante asistía con indiferencia a los dramas de los viejos desposeídos; sus esfuerzos para socorrer a los viejos pobres siempre han sido irrisorios. Desde el siglo XIX se han vuelto numerosos, no han podido ignorarlos. Para justificar su indiferencia se ha visto obligada a desvalorizarlos. Más que el conflicto de generaciones, la lucha de clases es la que ha dado a la noción de vejez su ambivalencia ".

En la cita que antecede, se muestra como al anciano se le ha relegado sobre todo a los obreros y a los campesinos. Con el advenimiento de la revolución industrial su marginación fue aún más patente. La situación de los ancianos bajo el sistema capitalista actual no ha cambiado mucho. Incluso la sobrepoblación obrera, que es el producto del desarrollo de la riqueza capitalista, tiene una función dentro del sistema. Este ejército industrial de reserva a disposición del capital es el material humano explotable y disponible. El obrero anciano no forma parte de esa sobrepoblación porque ya agotó sus energías en el trabajo, ya no es susceptible de una mayor explotación. El consumo de la fuerza de trabajo por el capital hace que el obrero de edad avanzada sea un hombre desgastado y caduco que debe ser remplazado por fuerza de trabajo nueva.

Por otra parte, la tendencia general es la disminución del número de obreros en proporción a la masa de los medios de producción con los que se trabaja. Cada vez que aumenta el capital invertido en los medios de producción se requiere menos fuerza de

trabajo. Generalmente, cuando aumenta el capital constante⁸⁶ -- por ejemplo en la modernización de alguna rama de la producción -- hay que eliminar personal como consecuencia de la disminución del capital variable,⁸⁷ ésta se hace frecuentemente a cogta de los trabajadores más viejos, que son los que normalmente perciben mayores salarios y los que se supone más reacios a aceptar nuevos métodos de trabajo.⁸⁸

Con el advenimiento de la revolución industrial surgieron movimientos de reforma social. El brusco cambio en las condiciones de vida en los países industrializados originó situaciones deprimentes como la incorporación de los niños y las mujeres a la industria, aglomeraciones humanas en las ciudades y despeblación del campo, etc. De esa época datan las primeras organizaciones por los derechos sindicales.

Frente al trabajo impuesto, aunque formalmente libre,

86. Capital constante es el capital invertido en la adquisición de medios de producción como: máquinas, edificios, herramientas, combustible, energía eléctrica, etc. Es llamado constante debido a que su valor no cambia el proceso de producción. El valor del capital constante es transferido íntegramente a las mercancías que se producen.
87. Capital variable es el capital invertido en pagar la fuerza de trabajo, es decir, son los salarios de los obreros. Es llamado variable debido a que durante el proceso de producción genera más valor porque los obreros producen una cantidad suplementaria de mercancías (plusvalía) por las cuales no se les paga.
88. Este caso se sigue presentando en varias factorías textiles de la ciudad de Puebla, donde se ha reducido personal a cogta de los trabajadores de mayor antigüedad, aduciendo que esta selección se debe a que son los que perciben una mayor indemnización.

surgen a fines del siglo pasado movimientos mundiales en defensa del derecho al descanso y al esparcimiento tratando de limitar la jornada de trabajo a ocho horas y descansos semanales, reducción del tiempo de trabajo impuesto a los niños, implantación de medidas de higiene y seguridad industrial⁸⁹. Poco a poco se fue reconociendo e institucionalizando la seguridad social, hasta lograr una sanción jurídica.

El desarrollo económico permite al hombre darse el lujo de un mayor humanitarismo. Por ejemplo a los niveles más bajos de subsistencia, no es mucho lo que se puede aportar para los que no pueden ayudarse a sí mismos, y los más débiles deben perecer. Sólo cuando el excedente aumenta el hombre pueda hacerse cargo de los viejos, de los enfermos, de los débiles mentales, de los inválidos y de otras víctimas del infortunio.

El deseo de cuidar a los ancianos, a los enfermos, a los incapaces, a los desafortunados, no es necesariamente mayor en las sociedades civilizadas que en las primitivas, pero las primeras pueden destinar más recursos a esos fines. Hay quienes consideran que esta actitud va contra los intereses eugenésicos de la sociedad al mantener a las personas que no pueden librar una lucha de competencia y opinan que el efecto a largo plazo de esto será el de reducir el vigor biológico de la especie humana, sin embargo, estas personas son todavía una minoría.

89. Actualmente se trata de que el derecho al trabajo, como parte de la dignidad humana, se eleve al más alto rango, se incorpore en la propia Constitución y se convierta en una garantía social aun superior al derecho de la propiedad privada.

El desarrollo científico y técnico del hombre representa un dominio cada vez mayor del medio ambiente natural. El incremento de la población, la proximidad de los pueblos, la industrialización con su resultante la urbanización, la transición de viejos a nuevos sistemas de valores, los descubrimientos científicos aplicados a la medicina que han vencido muchas enfermedades y ampliado la dimensión de la vida, han producido la necesidad de una mayor adaptabilidad sobre todo cuando se altera el estilo de vida, cuando se mueve uno continuamente en la geografía de la organización social, cuando se adquieren nueva información y nuevas ideas. Pero los límites de la adaptabilidad son finitos y en los ancianos son más reducidos y frecuentemente se manifiestan en los tejidos provocando litiasis y úlceras en el aparato digestivo.

El problema social que crea la inseguridad es una síntesis de todos aquellos problemas que afloran cuando las necesidades de la mayoría de la población permanecen insatisfechas. Mientras más próspero es un país, mientras más equitativamente esté distribuida su riqueza, mejores serán sus condiciones de vida, la vivienda, el vestido y la alimentación de la población y menores serán los riesgos y las privaciones experimentadas en las distintas etapas de la vida, sobre todo en la senectud. Mejores condiciones de vida sería favorables para que los hombres se realicen plenamente. En otras palabras, la pobreza e las circunstancias que la acompañan perjudican el crecimiento y retardan la madurez física y mental.

Quando se dice que la pobreza es la principal causa de enfermedad, se quiere significar que ella crea condiciones que impiden al individuo el pleno goce de la salud. La pobreza se ma

nifiesta en la desnutrición, mala vivienda, falta de protección en todo sentido y, por lo tanto, en una mayor exposición a los riesgos ambientales y biológicos que constituyen las causas inmediatas de la enfermedad. La pobreza se puede revelar también como una serie de inadaptaciones que eran estados considerados como patológicos, aún cuando estas manifestaciones se producen también en los estratos económicamente más ricos de la sociedad. La vejez como destino biológico es una realidad, pero ese destino es vivido de manera distinta según el contexto social.

Existe una correlación negativa entre la morbilidad y la mortalidad con el nivel de vida. Sin embargo, es difícil mostrar estadísticamente esta correlación; es difícil porque la pobreza está representada por un complejo de factores que actúan conjuntamente. El hecho es que los grupos sociales con ingresos más bajos presentan las más altas tasas de morbimortalidad; lo contrario sucede con los grupos que perciben ingresos más altos.

Ciertas enfermedades muestran una íntima asociación con la pobreza. La neumonía es un buen ejemplo de esta situación; es mucho más frecuente en las clases desposeídas. Las enfermedades reumáticas y la tuberculosis muestran también una estrecha relación con la pobreza.

Varios factores pueden explicar este tipo de asociación, pero es indudable que las condiciones de alimentación, el hacinamiento en la vivienda y un debilitamiento de la resistencia orgánica general pueden ser factores causales corrientes.

La pobreza no sólo está relacionada con la enfermedad, la incapacidad y la muerte. También se manifiesta en el desarro-

llo del niño y del adulto, lo mismo que a propósito del bienestar del anciano. Hay algunos estudios que muestran la inferioridad orgánica de los niños y de los adultos de las clases pobres en comparación al peso, altura, desarrollo torácico, capacidad respiratoria, fuerza muscular, resistencia a la fatiga, etc., que alcanzan los individuos de las clases económicamente altas.

El problema en su origen no es médico; es la consecuencia del sistema económico operante. El bajo nivel de vida de la población la condena a la desnutrición, ignorancia, mala vivienda, falta de servicios médicos y, en general, escasa protección social. Se forma entonces un círculo vicioso compuesto de una serie de factores que van influyendo unos sobre otros. Las contradicciones que conforman este círculo son pobreza y riqueza por un lado y enfermedad y salud por el otro.

Las clases económicamente altas obtienen un mayor beneficio de los progresos del saneamiento, de la asistencia médica, de la buena alimentación, etc., y viven en un ambiente más favorable para la salud.

El nivel de vida de un pueblo está constituido por la forma en que la colectividad satisface sus necesidades elementales. Comprende, por lo tanto, la totalidad de las consideraciones económicas, sociales, políticas e intelectuales que condicionan el bienestar del individuo.

El significado del salario es fundamental para la salud desde el momento que constituye la única fuente de ingresos que hace posible la mantención de la familia y el resguardo del bienestar del asalariado. El salario es el precio del costo de

la existencia y reproducción del asalariado. El nivel de vida que puede alcanzar el individuo depende de sus ingresos y del poder adquisitivo de la moneda que recibe; es decir, la defensa biológica está condicionada por un factor tan concreto como el salario.

Al valorar los distintos rubros que forman el nivel de vida, parece razonable dar mayor importancia al factor alimentación. Es la piedra angular sobre la que descansa la duración de la vida y la salud en general.

En pocas naciones del mundo los ricos son, comparativamente, más ricos y los pobres más pobres como en México. Los contrastes de riqueza y pobreza son realmente muy marcados. Frente a un pequeño grupo de mexicanos y extranjeros privilegiados que tienen todo y que son los dueños de gran parte de la riqueza nacional, hay todavía una masa enorme de hombres y mujeres que nada tienen y que sólo trabajan para malcomer.

El contraste de riqueza y pobreza es un rasgo distintivo, una constante en el paisaje socioeconómico del país: ciudad y campo, colonias residenciales y barriadas proletarias, grandes y modernas avenidas y oscuras y sucias callejuelas, residencias impresionantes y vecindades deprimentes, grandes terratenientes y campesinos miserables, son los extremos del bienestar y del abandono típicos de un país atrasado y contradistórico, en que la justicia sólo es tema de discursos demagógicos y promesas incumplidas.

Determinar la magnitud de la pobreza en el país no es tarea sencilla; medir aquello de que se carece es siempre más difícil que estimar lo que se tiene. Aún así, existen algunos da-

tos que ponen de manifiesto que la pobreza sigue siendo la condición de millones de mexicanos. Las propias cifras oficiales, con todo y ser insuficientes, ofrecen una imagen patética. Conforme a ellas, en 1970 hay en México:

- Más de un millón y medio de personas que sólo hablan dialectos indígenas;
- Más de dos millones de campesinos sin tierra;
- Más de tres millones de niños de 6 a 14 años que no reciben ninguna educación;
- 5.6 millones de trabajadores que, entre 1958 y 1967, pretendieron internarse ilegalmente en Estados Unidos;
- Cerca de cinco millones que andan descalzos y, aproximadamente, 12 millones que en general no usan zapatos.
- Más de cinco millones de familias cuyo ingreso mensual es inferior a mil pesos;
- Alrededor de cuatro millones de viviendas, y 24 millones de personas que viven en ellas, que carecen del servicio de agua;
- Más de 8 millones que no comen carne, pescado, leche o huevos, y más de 10 millones que no comen pan;
- Casi 10 millones de trabajadores no agrariados;
- Cerca de 11 millones de analfabetos.

Las condiciones de alimentación suelen ser de tal modo lamentables, que en un estudio se concluye que " la alimentación y vivienda de la mayoría de los campesinos (ejidatarios del Estado de San Luis Potosí) poco o nada ha mejorado desde la inicia-

ción de las dotaciones ejidales. En el noroeste de la entidad el 58 % come dos veces al día y el 42 %, tres veces... Por la mañana frijoles con tortilla, café negro, a medio día sopa de arroz o de pasta de harina, un solo platillo con tortilla..., lo que cambia un poco en tiempos que recolectan alimentos propios de la región, como nopales y tunas, garambullos, flor de palma, flor de bimaga, el fruto de masquita y otros".⁹⁰

Y en otro estudio se llega a la siguiente conclusión:
" En el año de 1968, un 15 % de la población de México (lo que equivale a decir: cerca de 6 millones de personas) sufrió hambre. La desnutrición se provocó debido a que la dieta nacional tuvo, en promedio, un déficit del 12 al 21 % en número de calorías per cápita. Los bajos niveles de ingreso familiar hicieron imposible que miles de familias pudieran adquirir los alimentos básicos... De no abrirse nuevas fuentes de trabajo... una parte importante del pueblo de México estará desgraciadamente condenada a una vida de hambre y miseria".⁹¹

En una sociedad donde se presentan carencias y derroches tan marcados, la atención que se otorga a los ancianos desposeídos ocupa un lugar marginal, sobre todo porque ya no son capaces de producir y, por tanto, la tendencia del sistema es la de bajar el costo de sus medios de subsistencia o reducir éste al mínimo posible, aun cuando ya hayan pagado su derecho al retiro y a la pensión mediante las primas que les fueron expropiadas durante su vida económicamente activa y de cuya capitalización no son partícipes.

El proceso de envejecimiento puede contemplarse como

90. Aleman, pp. 89-177, 1971.

91. Flores, pp. 137-139, 1971.

la historia del desempeño de papeles cambiantes en el curso de la vida. Lo que se entiende como adolescencia, juventud, madurez y senectud, no son sino fases de la vida caracterizadas por ciertos cambios en los papeles sociales asignados. La senectud, por ejemplo, se asocia, en particular, con el retiro o el abandono del trabajo.

El anciano puede entrar en dependencia, pero no la acepta con facilidad debido a que ha asimilado los valores de una sociedad que privilegia la independencia económica y la autonomía del adulto.

Todavía se considera que la familia integrada por varias generaciones atiende a sus ancianos plenamente asimilados en ella, donde se trova la sabiduría y experiencia del viejo por la atención y el apoyo del resto de la familia.

Esta situación todavía se presenta en algunas zonas rurales donde se reconoce el valor del anciano como persona, bien sea por su poder económico, político o por la gerontocracia existente; se le respeta, se le considera sabio, se le consulta, se vela por él y en no pocas casos los ancianos influyen en las decisiones que adopta la comunidad.

En nuestra sociedad urbana el valor que más se maneja, el que se considera más importante, es el de la productividad. Por esta razón, se rechaza al anciano que ha dejado de ser productivo, que ha dejado de ser útil.

Se estima que para ir subsistiendo, más de un tercio de las personas de más de 60 años, principalmente los que fueron

trabajadores libres, hacen pequeños trabajos artesanales como: componer pequeños aparatos eléctricos, sacar filo a herramientas cortantes, componer calzado, trabajos de sastrería, reparar muebles, etcétera, y las mujeres se dedican, sobre todo, a la limpieza. Por regla general, se les pagan sueldos inferiores al salario mínimo establecido.

Hay ancianos activos entre los campesinos, artesanos, comerciantes, trabajadores independientes; entre las mujeres, en la agricultura, entre el personal doméstico, empleados, en el comercio, etc., pero en el sector industrial la edad acarrea una devaluación, tanto entre los administrativos como entre los obreros.

A priori, los patrones desconfían de las personas de edad. En México las ofertas de colocación fijan como límite de edad los 35 años, En los diarios norteamericanos el 97 % de los anuncios fijan como límite los 40 años.

Esta discriminación se observa en casi todas partes. Cuando por una razón cualquiera una empresa reduce su personal, resultan despedidos frecuentemente los empleados de más de 40 años. Las mujeres de edad sufren con más que los hombres esta discriminación, aunque su esperanza de vida sea mayor.

Cuanto más grande es una empresa, más especializados son los ritmos de trabajo, más racionalizados y mayor es la impaciencia por eliminar a las personas de edad.

En Francia la mayoría de los patrones está de acuerdo en que la edad provoca una disminución del vigor muscular y de

la agudeza auditiva y visual; una minoría señalaba además menor destreza, menor resistencia a la fatiga, al frío, al calor, a la humedad, al ruido, a las traidaciones.⁹²

Los patronos y sus contratistas consideran que un obrero empieza a " tener edad " a los 30 años; pierde mucha de su eficacia porque ya no sabe adaptarse a condiciones nuevas; su fuerza y su rapidez son también menores. Estos defectos no se consideran compensados por su experiencia, su calificación y su profesionalismo, superiores a la de los jóvenes. En todas las profesiones se supone, por lo general, que los trabajadores de edad carecen de interés por lo nuevo y que la rutina perjudica su rendimiento.

Según encuestas hechas en Inglaterra los obreros mantienen el mismo rendimiento y tienen menos accidentes después de los 30 años. Pero pasados los 65 años el 25 % de los hombres (y pasados los 60 el 40 % de las mujeres) padecen trastornos patológicos que afectan su sistema locomotor; la mitad de ellos como resultado de enfermedades cardiovasculares, reumatismo y várices. Por otra parte, se detectó que el ausentismo disminuye con la edad.

Este punto ha sido frecuentemente objeto de discusión. No hay una gran diferencia entre las posibilidades de un hombre de 60 años y las de un hombre de 50. La fuerza muscular alcanza su mínimo a los 27 años; a los 60 ha disminuido en un 16 %, es decir, solo un 7 % menos que las gentes de 48 a 52 años. En cuan

92. Encuesta realizada por Fernand Roverat en 250 empresas que empleaban a 68 700 trabajadores. Citada por Simone de Beauvoir, 1970, pp. 274-275.

to a la habilidad manual, la rapidez varía poco de los 15 a los 50 años. Entre los 60 y los 69 el tiempo de ejecución exigido aumenta un 15 %.⁹³

También es cierto que las cifras anteriores son abstractas; sólo se refieren a sujetos sanos activos ya que la edad suele acarrear algunos trastornos patológicos producto de las condiciones de vida y de trabajo.

Se estima que con la edad aumentan: método, puntualidad, atención concentrada y vigilante, buena voluntad, disciplina, prudencia, trabajo bien terminado; y disminuyen vista y oído, fuerza y precisión manuales, robustez y flexibilidad, rapidez de ritmo, memoria, adaptación, energía, iniciativa, dinamismo, sociabilidad.

También se cree que no es fácil para las personas de edad iniciarse en tareas nuevas. Pero sobre este punto está abierta la discusión. Durante la II Guerra Mundial, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra emplearon en las fábricas a un gran número de viejos obreros; muchos desempañaron tareas nuevas para ellos y las ejecutaron bien. Muchos expertos en materia laboral opinan que las personas de edad son capaces de adquirir nuevas habilidades. Cuando en 1951, en el sur de Londres, los tranvías fueron sustituidos por autobuses, los conductores tranviarios que adiestraron; entre los de 56 y 69 años el 93 % lo consiguió, tardando solamente de una a cuatro semanas más que los jóvenes.

En los períodos de aprendizaje las personas de edad tienen que superar ciertas desventajas que se manifiestan por

93. Miller, 1965, pp. 491-497.

nerviosismo, ansiedad y pérdida de memoria.

Sin embargo, ciertas deficiencias que se presentan con la edad pueden ser mejoradas substancialmente; por ejemplo, que los obreros usen anteojos de seguridad graduados o que se les permita operar sentados. En este sentido, son pocas las empresas que ayudan al obrero de edad a readaptarse a sus tareas,

Existe, sin embargo, la idea de que suministrar comodidades al trabajador para el desempeño de sus labores es poco conveniente porque pueda producir laxitud, que se manifiesta en una baja de la productividad.⁹⁴

La paradoja de nuestra época es que las personas de edad gozan de mejor salud que antes, se conservan con energía más tiempo, con lo cual su vejez les pesa aún más. Según los gerontólogos, vivir los últimos veinte años de la vida en buen estado físico pero sin ninguna actividad es, psicológica y socialmente, poco deseable. Hay que dar a esas personas razones de vivir.

La edad de la jubilación es un tema de discusión. Los gerontólogos lamentan que las personas de edad están condenadas a una inactividad que acelera su decadencia. Sin embargo, los sindicalistas se oponen a que se eleve la edad de la jubilación, e incluso piden que ésta sea disminuida. El argumento que se invoca es que los trabajadores viejos han ganado su derecho al descanso.

94. Según Fayol el obrero debe situarse en un ambiente adecuado, con buena iluminación, temperatura adecuada, evitando ruidos violentos y colores agresivos, pero se debe impedir, por otra parte, el exceso de confort que produce somnolencia o pérdida de la atención.

Por otra parte, según Paul Lafargue, a medida que la máquina se perfecciona y sustituye el trabajo del hombre con una rapidez y una precisión incesantemente crecientes; el obrero, en lugar de prolongar su tiempo de ocio progresivamente, reduce su celo laboral como si quisiera rivalizar con la máquina.

Una de las leyes de la producción capitalista es la producción barata. Las máquinas no son introducidas en la industria moderna para disminuir la tasa de explotación del hombre, sino para producir rápido, en grandes volúmenes y barato, y para reducir el precio de la mano de obra. Pero si la mano de obra es abundante y a un precio tan bajo que el capitalista puede producir con ella tan barato como con las máquinas, se elige la explotación del trabajador, porque las máquinas exigen capital anticipado, requieren mantenimiento y se hacen obsoletas, mientras que el capitalista no tiene que desembolsar nada para procurar a los trabajadores que requiere, tan solo necesita abrir las puertas de su factoría.

Si el obrero trabajara menos horas ganaría un mayor salario. Al trabajar seis horas diarias se necesitarían cuatro trabajadores para hacer 24 horas de labor, mientras que actualmente solo se necesitan tres obreros que trabajan ocho horas; por lo tanto, el ejército de reserva del capital disminuiría, y esto se traduciría en una mayor demanda de fuerza de trabajo y en un aumento de salarios.⁹⁵

95. Según Marx: " En todo y por todo, los movimientos generales del salario están regulados exclusivamente por la expansión y contracción del ejército industrial de reserva, las cuales se rigen, a su vez, por la alternación de períodos que se opera en el ciclo industrial. Estos movimientos no se determinan, pues, por el movimiento del número absoluto de la población obrera, sino por la proporción variable en que la cig

Al tener un mayor salario y más horas de descanso el trabajador podría dedicarse al disfrute de sus vacaciones de su tratamiento. No se debe esperar a que disminuyan las facultades del trabajador para reducir las horas de la jornada laboral. Progresivamente, de acuerdo con la antigüedad en el trabajo, la jornada debería ser más corta, dedicándose parte del tiempo restante a orientar al obrero sobre las posibilidades de su vida futura.

Es obvio que las posibilidades para el hombre retirado no deben ser objeto de explotación, sino de su plena satisfacción.

Otro aspecto a considerar es que el derecho a la jubilación obliga al trabajador a autofinanciar este derecho que le permite el ocio cuando ha perdido sus energías productivas.

Para las prestaciones económicas por jubilación o pensión se toma como base el salario percibido, pero por lo general se trata de una suma casi congelada que al cabo de cinco o diez años se vuelve irremediablemente insuficiente.

Esta norma institucional encierra una revolución. Es lamentable que aquel que fue explotado gran parte de su vida, que gracias a su esfuerzo hizo posible la fuente de trabajo y al retirarse dejó su lugar a otro, aquel que durante su vida laboral pagó impuestos y contribuyó a las obras públicas de que ahora disfrutan las nuevas generaciones, sea relegado para que termine su existencia con carencias y privaciones.

La autofinanciación por el trabajador de la prima de jubilación, es una forma de atenuar la injusticia del sistema

se observa se divide en ejército activo y ejército de reserva, por el aumento y la magnitud del volumen relativo de la sobre-población, por el grado en que ésta es absorbida, con puntos en libertad."

de producción vigente ya que en sí, la financiación del retiro debería correr a cargo de quien usa y disfruta el capital creado por el jubilado.

Ningún anciano debe vivir en la marginación y el sistema dominante se muestra indiferente para los ancianos, de tal modo que estos llenan su vida de sí mismos, de sus propios problemas, sin salida y en espera paciente de la muerte.

A través de las entrevistas realizadas en instituciones de confinación, da la impresión de que solo falta que a los ancianos se les convenga de que la vida es tedio y sin sentido que el sistema les impone fomenta la salud. O bien, que el hombre viejo experimenta cada vez menos necesidades.

Un sistema socioeconómico dinámico, progresista, requiere de ir superando y resolviendo sus contradicciones internas de estructura y organización. En este sentido, adquiere profundo significado el status de los grupos humanos que la forman, bien sean estos niños, adultos o ancianos, pues todos y cada uno de ellos deben contar y actuar, siendo absurdo e incongruente que se fomente la existencia de un grupo sin espacio social.

Se presenta el caso de una costurera de 73 años. Nació en junio de 1903, empezó a trabajar desde los 22 años y todavía sigue activa, ya que el dejar de coser significaría para ella no poder satisfacer sus necesidades vitales.

Originaria del Estado de Oaxaca, vive sola en una colonia del ensayo de Tlaxiaco, en un cuarto insalubre, húmedo, con goteras. Se desplaza en camioneta cerca de

hora y media para llegar a las casas donde trabaja haciendo dos o tres trasteros. Presta sus servicios de lunes a sábado, generalmente cada día de la semana visita una casa particular distinta donde se dedica a cocinar todo lo que se le indique por cincuenta pesos diarios y la comida.

Cuando se le hizo la entrevista presentaba hipertensión arterial y una sensible disminución auditiva. Después de cada jornada de trabajo termina muy cansada y con dolor de riñones. Recurre al Instituto Nacional de Cardiología cuando se siente enferma por su presión alta. No es derechohabiente de ninguna institución de seguridad social.

Le aflige su situación económica, sobre todo teme enfermarse ya que entonces no podría trabajar y sufriría las consecuencias como cuando va a consulta.

Sus patronos le han propuesto varias veces que se internara en un asilo, pero teme la reclusión ya que "por muy bonito que sea el encierro no deja de ser prisión" y ella aprecia mucho su independencia, el poder ir a donde quiera y el domingo salir a algún parque o quedarse acostada oyendo la radio. Precisa que si la encierran se va a morir "porque ella es como un pájaro que no podría estar enjaulada".

Le gustaría encontrar una señora que compartiera su vivienda y le sirviera de compañía, pero está segura que entonces tendría problemas de otra índole.

- " No me falta de comer, ni de vestir. Estoy conforme con mi situación actual y no me desespero, por eso no he cometido ninguna tontería como pensar en matarme. Además, yo no me di la vida así es que no me la voy a quitar. Me han pasado tantas, tantas cosas, y si mi suerte es ésta estoy conforme; mientras pueda trabajar estoy contenta.

" La muerte es cosa natural y no le tengo miedo, sólo le temo a morir sola, a que me pase algo en la calle, pero si muero en mi casa no muero sola, porque en la vecindad donde vivo me quieren mucho y cuando estoy enferma me hacen compañía y me hacen la caridad de vegar me, y mis patronas, estoy segura, verán que me enterrarán bien, por eso tengo sus direcciones y sus nombres a la mano, para que alguien les avise si me pasa algo.

" Pero no tengo problemas, mientras pueda trabajar estaré bien, cuando no pueda ya más, pues yo creo que no me quedará más remedio que pedir limosna, pero no, no creo que eso pase, yo me voy a morir trabajando ".

Este caso ilustra el desempeño de una mujer anciana que no se resigna a ser recluida en ningún centro de asistencia, que se aferra a su independencia y a su soledad, que profiere su individualidad. Por desgracia no es una excepción. Son numerosas las mujeres de edad que no tienen resueltas sus necesidades vitales y que están obligadas a trabajar a pesar del esfuerzo que esto representa y del riesgo que implica, por su edad, el desplazamiento dentro de una urbe con servicios públicos tan deficientes como es la ciudad de México.



Foto 3. En el campo, el hombre sigue siendo productivo a pesar de haber sobrepasado los 65 años.



Foto 4. Aún en regiones áridas rurales, el anciano realiza actividades artesanales con los materiales que el medio le brinda.

La seguridad social en el país todavía no cubre a todos los sectores de la población. Las personas de edad que no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social son las más susceptibles al desempleo, son las más explotadas al no tener siquiera una mínima pensión, las que no tienen un horario de trabajo definido ni un salario preestablecido, las que tienen que aceptar cualquier trabajo y soportar abusos porque de ello depende el comer y el subsistir. El caso presentado es una muestra objetiva de la injusticia del sistema socioeconómico operante en el país.

4. 2. JUBILACION.

Uno de los ejemplos del cambio de papel que experimentan los individuos y que al mismo tiempo ilustra el contenido esencial de la definición de envejecimiento, es la jubilación.

Los cambios que se experimentan pueden hacer que a una persona le resulte más difícil seguir trabajando a medida que envejece, pero la respuesta individual a estos cambios es tan diversa que se considera incorrecto establecer una edad fija para la jubilación. Además, como en el sistema socioeconómico operante existen numerosas y diferentes ocupaciones, con distintas demandas físicas y mentales, esa edad no corresponde uniformemente a lo que se denomina "edad jubilatoria". Todavía no se ha logrado definir cuál es la edad jubilatoria. Por otra parte, no todos dejan de trabajar cuando adquieren el derecho a obtener el pago de la jubilación, sino que continúan en actividad.

Aparte de la referencia a las aptitudes físicas, hay otros factores que contribuyen a la adopción del concepto de jubilación. Uno de los factores es la conveniencia administrativa, ya que la sociedad ha de procurar ingresos a los ancianos y es más fácil establecer una pensión pagadera a determinada edad, en vez de condicionarla al examen físico. Otro factor sería la falta de aptitud de la gente educada y capacitada en un nivel tecnológico obsoleto frente a las ocupaciones y habilidades que la tecnología actual exige. Un tercer factor es la reticencia de los empresarios a aceptar trabajadores de edad avanzada.

Se cree, en general, que los viejos enferman con mayor frecuencia y que son menos dísiles y adaptables. En las organiz

ciones jerárquicas también puede que se asigne importancia a la eliminación de los trabajadores más viejos para dar oportunidad de ascenso a gente más joven.

Los cambios tecnológicos reducen cada vez más las oportunidades de empleo para la gente de mayor edad. Además, en algunos casos se trata de acudir a la jubilación como medio para absorber, en parte, el exceso de mano de obra existente.

Por otra parte, se tiene la idea de que cerca de la edad jubilatoria los trabajadores tienen menos responsabilidades familiares y, en consecuencia, son más prescindibles. Quizás se tiene también la idea de que los trabajadores senectos son menos eficientes en algún sentido, sobre todo para adaptarse a nuevas tecnologías.

Cuando se realizó un análisis en materia de reeducación, se comprobó que la creencia de que a los trabajadores viejos no se les puede enseñar nuevos oficios carece de fundamento si se emplean métodos adecuados.⁹⁶

Un efecto directo de la jubilación es que afecta el modo de vida. Las amas de casa tienen libertad para organizar su tiempo, pero sus vidas están atadas a las demandas de la atención del hogar. Los niños van a la escuela dentro de determinados horarios, mientras los adultos que trabajan ven limitado su tiempo por la necesidad de estar en la fábrica o en la oficina, pero de pronto todas estas limitaciones desaparecen.

96. Balbin, 1964, p. 47.

Frecuentemente la mujer, al llegar a la vejez, sigue desempeñando el papel que fue suyo durante toda la vida, ya que para una ama de casa no hay jubilación. En cambio el hombre al retirarse del trabajo pierde fácilmente el contacto con sus compañeros y se encuentra sin más amparo que el de la familia, donde incapaz de rendir un servicio productivo, su dignidad sufre y su prestigio disminuye.

La respuesta ante esta situación varía de un individuo a otro, según el tipo de trabajo que se desempeñaba y según la personalidad y los intereses ajenos a la ocupación. Algunos ancianos extrañan mucho su trabajo, mientras que a otros les agrada no tener que trabajar más.

Existen, por otra parte, muchas diferencias de clase en cuanto a la experiencia de la jubilación o retiro. Los que trabajan por cuenta propia tienden a dejar de trabajar más tarde que los asalariados.

La situación de los viejos suele ser mejor en el campo que en la ciudad. En las familias campesinas, en las que en general abundan los niños, los viejos siempre tienen algo que hacer: enseñar a los pequeños, participar en la recolección, en seleccionar semillas, en el cuidado y alimentación del ganado, etc.

En la ciudad no es extraño que el hombre cuya actividad física se ha limitado sienta nostalgia por los compañeros de trabajo y recuerde la época en que se consideraba productivo. De las personas entrevistadas, las que tienden a desear más el trabajo son las que se habían retirado hace poco y que gozaban de

una buena movilidad.

Quizás esto refleje que sería mejor que al trabajador senecto se le dejara optar sobre si continúa trabajando o no. Pero esta opción tiene que ser auténtica, porque la libertad para decidir entre el trabajo y la jubilación es más concreta si se garantizan ingresos futuros adecuados al alza del costo de la vida. Si las primas jubilatorias van en aumento en lapsos periódicos, es indudable que a la larga será mayor la proporción de trabajadores viejos que decidan retirarse, pero siempre quedarán personas que querrán seguir trabajando, sobre todo en las ocupaciones que despiertan su interés. El permitir que estas personas continúen trabajando es un importante objetivo social.

En condiciones normales, la mayoría de los senectos viven del producto de su vida de trabajo anterior. Si el anciano recibe una pensión elevada o todavía está en condiciones de trabajar, puede subvenir a sus propias necesidades. Esto es apenas posible para la mayoría de los pensionados.

En cuanto a la percepción de los haberes jubilatorios sería elementalmente justo que el jubilado percibiese el 100 % de sus remuneraciones. El monto de pensión para los jubilados está dado únicamente por el sueldo base y no por la suma total de percepciones. Así, un maestro de instrucción primaria percibe cerca del 25 % de su salario como compensaciones que no son computables para su pensión. Además sería deseable que obtuviesen el reajuste automático de acuerdo con los aumentos percibidos por los trabajadores de la rama ocupacional a que pertenecieron. No es posible suprimir la angustia existencial del jub

lado, sin eliminar primero sus angustias económicas. Difícilmente un hombre dejará de trabajar con gusto, si piensa que su ya bajo nivel de vida bajará aún más y esto como pago por su trabajo de toda la vida.

La pobreza, en muchos casos, es una de las características más dolorosas de los ancianos. Por lo general, las pensiones de vejes no siguen el curso ascendente del costo de la vida; por otra parte, el régimen de pensiones no se extiende a todas las personas de edad avanzada. En estas condiciones los ancianos se ven obligados a recurrir a la asistencia pública y someterse a una declaración de indigencia.

Se debe tratar que la jubilación sea más una cuestión de decisión personal de cada trabajador, junto con un diagnóstico funcional de su empleabilidad, basado en factores ajenos al año de nacimiento.⁹⁷

Otra situación será la de poder trabajar jornadas menores para dar oportunidad al individuo de irse adaptando poco a poco a su nuevo papel de jubilado en un lapso más largo, ya que cuando el trabajo ha sido elegido libremente y constituye una realización de sí mismo, renunciar a él equivale a una especie de muerte, pero cuando ha sido una obligación, estar dispensado de él es una liberación.

97. Por ejemplo, los trabajadores de Ferrocarriles Nacionales de México, pueden ser retirados del servicio libremente por la Empresa o a petición del Sindicato, pero sin tomar en cuenta, en ningún momento, al interesado. Cláusula 391 del Contrato Colectivo de Trabajo (1976).

Estas opciones son difíciles de implantar en un sistema de producción capitalista como el nuestro, en donde al empresario no le interesa la vida posproductiva de sus empleados.

En realidad, casi siempre hay una contradicción en el trabajo que es a la vez una servidumbre, una fatiga, pero también una fuente de interés, de satisfacción, un elemento de equilibrio, un factor de integración a la sociedad. Esta contradicción se refleja en la jubilación que puede ser considerada como un descanso o como un desquite definitivo del hombre en la sociedad.

Los jubilados mantienen relaciones de dependencia, probablemente por su situación física y psíquica hacia el núcleo familiar o hacia un miembro de éste en especial. La familia, que aquí representa un papel vital, le impone restricciones que hacen que el anciano gradualmente vaya sintiéndose marginado para realizar actividades que antes desempeñaba y esto significa una disminución de su autonomía aumentando paralelamente su dependencia con respecto a la familia.

El paso a la jubilación, es decir, el quedar sin trabajo provoca distress en el individuo cuando percibe que los demás no lo consideran útil y capaz, agregándose a esto que le resulta difícil encontrar otras actividades debido a las limitadas oportunidades de ingresar a un centro laboral o educacional, por las exigencias en cuanto a la edad y debido a que se les impondría un horario que difícilmente podría soportar por su estado psicofisiológico, ya que se encuentra, generalmente, limitado, dándose cuenta que no está en condiciones de realizar el esfuerzo que representa el comienzo de otra actividad bajo el sistema

actual.

En relación a lo anterior, se ha indicado que las mujeres se adaptan más fácilmente al cambio de actividades que presupone el dejar de trabajar repentinamente, esto tal vez puede explicarse porque generalmente siguen dedicadas a las actividades del hogar que las mantienen ocupadas durante muchas horas. En cambio los hombres interpretan el dejar de trabajar como una pérdida que tiene como consecuencia que repentinamente se les "obligue" a pasar de un estado de actividad, en el que permanecían la mayor parte del tiempo fuera de su casa, a un estado de relativa inactividad en el que permanescan dentro de su hogar; esto tiene como resultado una gran depresión que puede llevar a la muerte. Se ha observado una relación entre las jubilaciones y las defunciones masculinas debido precisamente a la situación depresiva en que se encuentran.⁹⁸

Hay muchos casos para demostrar las posibilidades creadoras del hombre en su etapa senecta. Hay personas que hasta el final de su vida han producido, pero no por numerosos dejan de ser casos excepcionales. Son generalmente individuos que han desarrollado todas sus potencialidades y por ello han vivido largamente y han muerto tranquilamente.

Hay también otros senectos que mueren en el primer lugar de su jubilación o que ni siquiera tienen este derecho y que perdieron su eficacia productiva en el trabajo desarrollado du-

98. Se ha encontrado que las defunciones masculinas acaecen en un alto porcentaje durante el primer año de jubilación, según el Informe sobre Investigación en Geriatría, realizado por el Departamento de Psicología del Estado de México (1975)

rante los mejores años de su vida.

No se desconoce que entre los hombres que han pasado cierto límite de edad, existen ciertos problemas comunes, pero estos problemas generales se manifiestan concretamente a través de formas particulares en el individuo que los padece.

Los sistemas de comunicación revelan parte de la problemática existencial del anciano; sin duda la forma de comunicarse cambia de acuerdo con la edad y con las diferentes situaciones que debe enfrentar. El jubilado que de pronto ha dejado su trabajo, sus amigos, su actividad, debe comenzar una nueva etapa caracterizada por el incremento de sus relaciones familiares y por un cambio con su grupo de pertenencia debido a su tendencia al aislamiento y al predominio de una actividad pasiva. Se advierte, por lo tanto, desconfianza; en algunos casos se conduce al anciano a una actitud de rechazo hacia las personas, pero también esta actitud de aislamiento lo limita aún más en sus actividades.

El deterioro de la personalidad, que está íntimamente vinculado a las actividades desarrolladas, se caracteriza por la progresiva disminución de las facultades intelectuales, físicas, psicológicas y sociales de una persona como consecuencia del envejecimiento. La mayoría de los jubilados presentan una disminución notoria de esas facultades, así como trastornos en lo que respecta a los sentidos de visión y audición. Se ha observado también que la memoria y la percepción son las facultades que se deterioran, por lo general, en primer término.⁹⁹

99. Balbín, 1964, p. 21.

Es evidente que la vivencia de envejecer resulta impactante para algunas personas presentando como consecuencia de ello síntomas hipocóndricos y regresivos, emergiendo asimismo conductas egocéntricas como un medio de demandar la atención de las personas que conviven con ellas y de esta manera aliviar sus tensiones.

Los síntomas regresivos pueden interpretarse como un deseo del anciano a regresar a etapas que fueron para él gratas y aliviar así la depresión que le produce su estado actual. Exigta también en los ancianos la tendencia a retornar al pasado o sea una alteración en la memoria en la que se olvidan de los sucesos recientes y recuerda con mucho detalle el pasado.

La reminiscencia es un proceso psicológico importante, es un mecanismo de defensa ya que contribuye a la adaptación del anciano preservando su salud mental. Se define la reminiscencia como el acto o hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatarlas en especial. Por otra parte la reminiscencia puede considerarse como un problema de memoria, pero es innegable que ayuda notablemente a evadirse del mundo actual y vivir etapas anteriores de mayor adaptación y paradójicamente este mecanismo psicológico de evasión sirve al anciano para una mejor comunicación e interrelación.

La angustia existencial ante la idea de una muerte próxima resulta sumamente significativa; dicha angustia provoca una notable acentuación de las actividades místicas y religiosas, ya que al parecer la realización de estas actividades le proporciona al anciano cierta seguridad, consecuente tranquilidad y una atenuación de sus sentimientos de soledad y aislamiento.

Gran parte de las actividades que los ancianos pueden desarrollar están relacionadas con la forma en que ellos pueden controlar su angustia; esta angustia reviste múltiples formas: angustia por sus sentimientos de vulnerabilidad, angustia ante la soledad que resulta de la pérdida de parientes cercanos, de amigos, de rechazo de los hijos, angustia ante la vivencia del envejecimiento y ante la muerte próxima. El medio social y cultural es a su vez un generador de angustia para el senecto porque no brinda los medios para atenuar esta problemática sino por el contrario lo relega a un comportamiento de pasividad y receptividad, acentuando de esta manera los procesos de deterioro.

El paso de la actividad al retiro es el momento crítico del trabajador. Las angustias generadas por la jubilación terminan a veces en depresiones duraderas. Para defenderse contra una inercia nefasta en todos los planos es necesario que el anciano conserve alguna actividad, con lo cual mejorará su estado general.

Cuanto más elevado es el nivel intelectual de un individuo, más ricas y variadas siguen siendo sus actividades. Pero los trabajadores manuales jubilados pasan mucho tiempo sin hacer nada. La inactividad provoca una apatía que destruye todo deseo creativo. El tedio pesa más en los viejos que en los jóvenes y les quita el gusto por la distracción.

Una de las consecuencias más evidentes del aumento en el promedio de vida y de la mecanización es el tiempo libre de que pueden disfrutar todos los individuos, pero especialmente aquellos de edad avanzada.

El tiempo libre puede ser agradable para el individuo o una fuente de tedio y autoconmiseración. Muchos adultos y ancianos llenan sus ratos de ocio con actividades educativas, recreativas, cívicas o religiosas, y encuentran un propósito para seguir viviendo. Por otro lado se conocen ancianos que carecen o apenas tienen alguna motivación para cuidarse a sí mismos o para recuperarse de una enfermedad.

Existe una estrecha relación entre la salud y la vida activa; sin salud, las actividades para participar en la vida de la comunidad disminuyen o desaparecen; sin amistades, compañeros y un propósito en la vida, muchos ancianos no encuentran razón alguna para mantenerse en buen estado de salud.

A medida que, con el paso de los años, las reservas de energía van disminuyendo, es normal que las actividades vitales pierdan un poco de su dinamismo, pero tendrá que asegurarse que esta disminución no resulte excesiva o indicadora de un trastorno patológico.

Senectud y jubilación corresponden a dos procesos diferentes que no deben confundirse. Se distinguen en consecuencia dos tendencias en esta problemática:

- Las relaciones entre el trabajo y el no-trabajo
- Las contradicciones existentes entre el sujeto humano, entendido como ser social, y el ser biológico sometido a leyes naturales.

En las obras que tratan sobre problemas de la senectud, estas dos consideraciones están generalmente inbricadas y

corresponden a lo que se denomina en conjunto conductas y características específicas de esta edad. Se consideran las necesidades de los jubilados en función de la insuficiencia de sus entradas, de su aislamiento y de su estado de salud.

Las características del ser social jubilado van a estar definidas por el marco social en que se inscriben. En el sistema social operante, el trabajo es el eje de las relaciones de cada individuo. Fija a la vez su posición en la estructura social y su relación con la sociedad.

Dentro de una lógica capitalista, un ser social es un agente productor que dispone de fuerza de trabajo. En el momento en que ya no se le reconoce como agente productor, no existe más como ser social. El sentido social que le queda es la pensión que le es acordada por la fracción económicamente activa de la sociedad en base al derecho al descanso y obtenida por la reivindicación obrera y los recursos materiales que ha podido economizar.

Se pueda decir que ser anciano jubilado se define por la capacidad del trabajo realizado y que éste corresponde a la parte economizada de los recursos destinados al sostenimiento de la capacidad empleada en el trabajo pasado.

Definir al jubilado en términos de capacidad de trabajo economizado conduce a formular la hipótesis de que las conductas de los jubilados son determinadas por el tipo de recursos economizados y la importancia de los mismos.

Una manera de analizar el comportamiento del anciano en la estructura social puede ser a través del concepto de edad

tación a su situación de jubilado.

El envejecimiento trae consigo una modificación de las capacidades biológicas así como del sistema de situaciones y tareas que ligan al anciano con la sociedad; al romperse este equilibrio, el individuo procederá a reorganizarse para establecer un nuevo balance individual de satisfacción entre la contribución aportada y la retribución esperada. Por regla general, se le impide establecer este balance porque si en el pasado se le impuso una actividad productiva también se le negó el derecho a la posibilidad a ejercer actividades no productivas que contribuirían a un equilibrio en la vejez.

La vida del adulto gira principalmente alrededor de dos mundos, el mundo del trabajo y el mundo familiar. Una vez que termina el primero, sólo el segundo puede asegurar el equilibrio personal. El resultado es un aumento de las relaciones familiares o el aislamiento.

Este razonamiento descansa en la hipótesis de que es necesaria una cierta comunicación, una cierta integración comunicativa para que exista un equilibrio personal y adaptación armónica. Estas son obtenidas en la primera fase de la vida por la acción de las instituciones que tienen una función socializadora: escuela y familia. En la vida adulta, es el trabajo el que confiere, en lo esencial, su status al individuo, incluyéndose éste dentro de una densa red de comunicaciones. Cuando el individuo cesa su actividad, no sólo se empobrece la red de comunicación sino también su posición en la sociedad.

En la medida en que un nuevo equilibrio sucede al ante-

rior, toma lugar un nuevo sistema de relaciones y de tareas, correspondiendo al contenido cultural que la sociedad asigna a la senectud.

La personalidad evoluciona con el ciclo de vida en función de las relaciones instituidas entre el individuo y el sistema social en cada etapa de la vida.

En condiciones normales de salud y relativa independencia financiera, el envejecimiento es acompañado de un alejamiento o despreocupación recíproca de la persona que envejece con los otros miembros del sistema social del que forma parte. El alejamiento puede ser provocado por el mismo interesado o por otros miembros del sistema. Una vez que el compromiso termina, el equilibrio que existía en la edad madura entre el individuo y la sociedad da lugar a otro equilibrio caracterizado por un distanciamiento mayor con ésta y por una solidaridad basada en otro fundamento.

Así, a medida que el campo social se reduce, las pérdidas que experimenta el individuo, tanto en el aspecto personal como en el social, comienzan a traspasar su aptitud para repararlas y la muerte se hace patente. El individuo integra su nueva situación apartándose del mundo y construyendo su propia intimidad, viviendo en la introversión y reemplazando la acción presente por los recuerdos.

Un modelo de análisis de este problema es el que considera a una fase precapitalista donde la vejez es fuente de poder y acumulación de experiencias, y a otra fase en una sociedad productivista basada en el trabajo. La jubilación significa en esta

última fase la eliminación de un elemento poco rentable y no-ag
tivo.

Se puede diseñar un modelo ideal que no se base en el trabajo sino en el no-trabajo, es decir, sobre actividades no pro-
ductivas. El sentido de la jubilación sería entonces modificado
en una vida de satisfacciones y momentos agradables con el solo
límite del estado fisiológico del sujeto.

En un sistema donde no se segregara y no se atribuyera
a cada etapa de la vida una función productiva o improductiva, no
existiría la jubilación sino una nueva forma de actividad. En es-
ta sociedad, trabajo y no-trabajo no se separarían sino que cong-
tituirían los elementos de un solo proceso. Cada forma de activi-
dad se adaptaría a las características propias de la etapa bioló-
gica alcanzada y la última etapa de la vida correspondería a la
senectud.

El individuo está constituido por el sustrato biológi-
co de la especie y por una segunda esencia que es la social, lí-
gada a un universo de reglas y sujeciones derivadas de las inte-
rrelaciones entre un cierto desarrollo de las técnicas y capaci-
dades productivas de un contexto social determinado.

Ciertos tipos de conducta en la situación de jubilación
darán mayor importancia al vínculo entre el ser biológico y el
ser social. En el momento en que los jubilados cesan su actividad,
en lugar de repliegarse sobre su ser biológico buscan una institu-
ción formalmente definida que les permita encontrar una nueva in-
servián en el marco productivo existente.

Ciertas conductas se sitúan a otro nivel, diferente a aquél que pone de relieve uno de los polos de la dimensión naturaleza-cultura. Esto permite distinguir diferentes tendencias de orientación social. Otra dimensión en relación a la conducta de los jubilados es la de producción-consumo.

En cualquier sociedad existe una dialéctica entre los procesos de producción y los de consumo. Por los primeros, la sociedad actúa sobre la naturaleza y la transforma en productos y por los segundos esta sociedad incorpora tales productos. Entonces la sociedad se define por la relación dialéctica entre la organización colectiva de la producción y el tipo de apropiación de los productos. El sistema de fricción opuesta que se crea entre esos dos términos en una sociedad, se puede traducir en el establecimiento de una relación entre el trabajo y el no-trabajo.

Ciertas conductas parecen basadas en la producción colectiva, otras, al contrario, en la apropiación de ciertos valores sociales y ciertos bienes materiales. Se dice entonces que los primeros tienen una orientación de naturaleza creadora en la medida en que contribuyen a la producción y los segundos tienen una orientación de naturaleza consumidora en la medida en que se centran sobre la apropiación.

Las prácticas de los jubilados, es decir, el sentido objetivo que toman las conductas en relación a las estructuras fundamentales de la sociedad que a la vez la constituyen y la cambian, están definidas por los niveles de su orientación social y por la naturaleza de esta misma orientación.

Guillemard¹⁰⁰ obtiene tipos de prácticas cruzando los dos parámetros antes mencionados. Caracterizando cada uno de los modelos de práctica que se sitúan en el seno de los procesos y mostrando el sentido de las conductas en que se orienta el análisis de la jubilación.

Si se toman como parámetros: producción y consumo, trabajo y no-trabajo, y la relación del individuo jubilado con su existencia biológica, con la organización social y con una estructura dinámica que permite su incorporación al sistema productivo, y los ordenamos en una matriz poniendo en las columnas los primeros y en las hileras los segundos, se obtiene una tipología de las actividades de los jubilados en función de la estructura socioeconómica (Ver Cuadro 4).

CUADRO 4.

TIPOLOGIA DE LAS PRÁCTICAS DE JUBILACION EN FUNCION DE SU RELACION CON LA ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA.

NATURALEZA DE LA ORIENTACION SOCIAL	RELACION CON LA EXISTENCIA BIOLÓGICA	RELACION CON LA ORGANIZACION SOCIAL	RELACION CON UNA ESTRUCTURA DINAMICA
	I	II	IV
PRODUCCION		JUBILACION-CREATIVIDAD	JUBILACION-REIVINDICACION
	JUBILACION INACTIVIDAD	III	V
		JUBILACION-DIVERSION	JUBILACION-PARTICIPACION PASIVA
CONSUMO		0	
		JUBILACION-FAMILIA	

100. Guillemard, 1972, p. 35.

Los cinco tipos que se obtienen son producto de las características más sobresalientes que se encontraron entre los jubilados entrevistados para desarrollar este tema:

Tipo I. Jubilación-inactividad.

Se ha visto que la persona, en el momento de la jubilación y en razón de los cambios ligados al paso del trabajo al no-trabajo, es llevada a modificar su conducta, la que toma un sentido nuevo en relación con los procesos fundamentales de la sociedad.

En el caso de la jubilación-inactividad, todo pasa como si el individuo no se definiera más que en términos de naturaleza humana, como si no fuera más que el soporte de un proceso biológico. Es entonces cuando es sacado de su entorno social. El no-trabajo se traduce para él en una expulsión de la sociedad. Su comportamiento ya no es social sino "natural" y tal actitud equívoca lo define totalmente. Su consumo es un consumo de supervivencia y está ligado sólo a las necesidades naturales, excluyendo toda satisfacción de necesidades sociales o la reproducción ampliada de la fuerza de trabajo.

Los comportamientos cotidianos ligados a esta práctica serán casi exclusivamente formados por actos reflejos destinados a mantener la vida (alimentarse, dormir, lavarse, etc.). No observamos ninguna conducta que exprese alguna inserción social (participación en una asociación, contactos sociales, actividades productivas, etc.). El campo social se encuentra reducido al extremo y lo biológico domina el conjunto de las conductas.

La vida cotidiana del jubilado-inactivo toma su ritmo

alternando las actividades necesarias para mantener lo biológico con largos tiempos muertos.

- " Bien, me levanto a las nueve o nueve y media, me rasuro, me lavo y voy a recoger el periódico, lo hojeo mientras me desayuno, tiendo la cama, hago algo de limpieza. Voy al mercado cuando mi mujer no va y enseguida hacemos la comida. Después comemos y lavamos los trastes. En las tardes me hecho una siesta y al anocheecer voy a algún mandado y preparamos la cena. De cuando en cuando fumo un cigarrito. En la noche me acuesto como a las diez " (Obrero textil jubilado de 69 años).

Para algunos jubilados la siesta de la tarde es reemplazada por un paseo, se trata de una " pequeña vuelta por la colonia para desentumar las piernas ". Es un paseo basado en una necesidad fisiológica. Este paseo es practicado con un ritmo cíclico, como casi todas las actividades del jubilado-inactivo, se lleva a cabo a una hora fija y casi siempre con el mismo itinerario. El mañana es la repetición exacta del ayer puesto que el elemento que sostiene el uso del tiempo tiene sentido para el jubilado, es su ritmo biológico y su perpetuo volver a comenzar.

- " En la tarde, con mi mujer, vamos a dar la vuelta, por donde vamos es por donde siempre pasamos, conocemos todo, por eso volvemos, nos sentimos seguros. El paseo dura una o dos horas. Regresamos como a las siete para la cena " (Burgués jubilado de 72 años).

El repliegue sobre el ser biológico conduce a una ruptura con el medio social. El paso al no-trabajo corresponde, en esta

caso, a una expulsión de la sociedad, a un predominio de los comportamientos " naturales ".

Una afanadora jubilada de 76 años ilustra este comportamiento con el medio social:

- " No tengo más que comer, beber, dormir y pasear. Es todo lo que hago. El comer, beber, dormir y pasear, es mi libertad, la gente no me interesa. Buenos días, buenas noches, es todo. No tengo a nadie y no visito a nadie. Soy sola y única para mí. Me gusta mi soledad, mi tranquilidad. No quiero ver a nadie, me molesta la gente, me gusta vivir sola. Me quiero a mí misma pa' qué quiero más. Mis hermanos, no sé dónde están. No me ocupo de nadie y nadie se ocupa de mí. No oigo el radio, no me gusta, ni el cine, ni los periódicos que dicen puras mentiras".

Tipo II. Jubilación-creatividad.

En este caso, el paso del trabajo al no-trabajo corresponde al paso de una actividad productiva, institucionalmente definida a una nueva forma de actividad creadora, socialmente reconocida. La jubilación-creatividad se adapta a su nueva situación incluyéndose en la organización social.

Los comportamientos emanan, generalmente, de antiguos centros de interés que toman la jerarquía de actividad principal en el momento de la jubilación. Puede variar de un individuo a otro la actividad creativa como: tocar un instrumento, dedicarse a alguna técnica artesanal o artística, coleccionar timbres, etc.

Tienen como característica común el estructurar su nueva actividad reemplazando la pasada.

Para ilustrar esta práctica se citan dos ejemplos: la entrevista a un viudo de 68 años para el que la jubilación ha con- tituido el abandono del trabajo en beneficio de una actividad li- teraria y el de otro entrevistado que en el momento de dejar su empleo tomó a su cargo la dirección de una banda municipal.

- " Me levanto tarde, cuando me aburro de la cama y como estoy solo es necesario que salga a hacer las compras del día. Hago lo que me gusta o lo que tengo ganas de hacer en el momento. Me gusta escribir y me han publicado al- go; también he vendido algunos artículos editoriales en los periódicos. Es lo que me gustaría haber hecho si no hubiera tenido que trabajar para ganar dinero. La jubila- ción para mí es una liberación. Cuando trabajaba estaba en el ramo comercial, había que dar instrucciones, aten- der a la gente y otras cosas, y en la noche estaba muy cansado. Con la jubilación me he vuelto yo mismo. Soy ig- lis. Esto es mucho para un hombre de 68 años. No soy un hombre muy dinámico pero francamente no sé qué es el aby- rrimiento, leo, estudio algo, es decir, hago siempre al- guna cosa. Medito una idea que me viene a la cabeza, des- pués la desarrollo y en fin, a veces no saco nada, pero a veces resulta algo, lo escribo, lo pulo un poco y lo guardo".

Otro ejemplo es el de un empleado jubilado, casado, de 73 años, que ahora dirige una banda municipal y da clases de música.

- " En realidad me acuesto tarde porque leo hasta media noche. Leo un poco de todo, tanto clásicos como diccionarios de música, novelas policíacas, no importa qué. No puedo dormir sin leer antes y no tengo que levantarme a una hora fija. Estoy muy ocupado todos los días y todas las noches. El martes voy a los ensayos; doy clases de solfeo a los niños el miércoles en la mañana; el lunes en la noche doy clases de violín hasta las 10; el viernes en la tarde, amañá y toco un poco el chelo; jueves en la noche y domingo al mediodía tenemos audición de gala en el sálalo. Como ve estoy muy ocupado. Me acuesto tarde y no me levanto muy temprano.

" Cuando yo trabajaba, tenía un grupo de música, era como una sociedad de aficionados pero tenía trabajo que cumplir. Iba a los ensayos pero mucho menos tiempo que ahora. Toco tres o cuatro horas seguidas, en mi vida, pero no toco todos los días, es necesario cumplir con otras cosas y cuando toco, fíjese usted, no estoy contento de mí mismo así que borro todo lo que he grabado. Es suficiente que oiga alguna cosa que no suena bien para que borre. Conservo algunas cintas buenas. Grabo todo lo que hago porque así oigo los defectos que tengo y me doy cuenta cuando me salte algunos compases y esto es mucho cuando se toca a dúo ".

Estos dos jubilados tienen su vida completamente estructurada por sus actividades creadoras. Antes tenían un trabajo que dominaba sus vidas, ahora que ha cesado su actividad asalariada, se realizan en su centro de interés personal y allí encuentran lo esencial de su alegría y la ocasión de tener intercambios sociales.

La jubilación es para ellos el paso de una actividad productiva, socialmente sancionada, a una nueva forma de actividad creadora, socialmente reconocida y valorizada. La persona continúa colaborando en la producción colectiva. Ha permanecido incluida en la organización social por medio de una actividad productiva. Se siente "útil".

- " Cuando dejé de trabajar, al principio me desconcertó un poco. A los 60 años me pusieron en la puerta de la calle y me sentí completamente inútil. Se siente como si lo colocaran en una vitrina con los objetos inservibles. Ahora, con la ocupación que tengo siento que hago algo útil".

Así, el hecho de tener a su cargo la banda municipal ha permitido a este empleado jubilado encontrar una posición en la estructura social. El mismo sentimiento ha experimentado el jubilado que organizó su vida alrededor de la literatura.

- " Cuando me jubilé tuve la impresión que los otros se iban en un tren muy rápido y que yo permanecía en el andén con mis maletas, mientras que yo tomaba el siguiente, un tren que va más despacio pero que me permitía viajar un poquito ".

La jubilación-creatividad es aquella que deja su actividad profesional en beneficio de una actividad socialmente creadora, socialmente reconocida y que se adapta mejor a la fase del ciclo vital en que se encuentra el sujeto. La jubilación no es, en este caso, una ruptura y excluirse del sistema, sino que es un reajuste entre la función productiva que se realiza y los recursos fi-

siológicos del individuo.

Tipo III. Jubilación-familia y jubilación-diversión.

La primera corresponde a un conjunto de actitudes tradicionales. El jubilado ya no participa en la producción colectiva, encuentra su apoyo en el sistema de relaciones de parentesco y continúa apropiándose, por medio de la familia, de valores sociales y culturales así como de bienes materiales. Esta práctica tiene su sentido en función de la organización social, ya que ésta se inserta en las estructuras familiares institucionalizadas.

- " Uno vive como en un envase cerrado, aquí hay que hacer lo que la familia quiere " (Empleado jubilado de 70 años que vive en la casa de su hijo mayor).

La institución familiar es, en este caso, el medio por el cual el jubilado se relaciona con la sociedad. Es el lazo de intercambios sociales y afectivos.

La práctica jubilación-tiempo libre se basa en el consumo. En una sociedad industrial desarrollada que se caracteriza por una relativa abundancia, la situación de los individuos no solo se define en términos de participación en un trabajo colectivo sino por la integración a la sociedad como consumidor. En este caso, el paso del trabajo al no-trabajo consiste en abandonar el papel de productor para reformar el papel de consumidor.

El tiempo libre obtenido por la jubilación es dedicado al consumo de bienes producidos en el mercado como: viajes, productos farmacéuticos, televisión, espectáculos, etc. Es necesario

hacer resaltar que esta práctica responde cada día más a lo que la sociedad formula para los inactivos, de la misma manera que la jubilación-familia respondía a lo que esperaba el sistema tradicional que confiaba los viejos a la familia.

La autoafirmación de los abuelos frente a los nietos en el seno de la familia es importante en la función que desarrolla el senecto al obtener asociaciones nuevas: palabras no escuchadas, respuestas emocionales que implican vida, lo que contribuye al enriquecimiento del senecto y al juego de estimulación en el niño.

Ahora, la sociedad trata de organizar la subsistencia de los ancianos mediante ciertos recursos que pone a su disposición ya sea bajo la forma de un aumento de la demanda de bienes de primera necesidad, o bien bajo la forma de una regulación de la demanda de otros bienes. Se habla cada día más de un nuevo mercado, el mercado de la senectud.¹⁰¹

El papel de consumidor no es en la práctica de tiempo li

101. Actualmente los adultos se interesan en los ancianos de otra manera, como un objeto de explotación. En los Estados Unidos sobre todo, pero también en Francia, Alemania e Inglaterra, se multiplican las clínicas de rejuvenecimiento, pensiones de ancianos, casas de campo, residencias, incluso existen en las islas y aldeas donde se hace pagar lo más caro posible a las personas jubiladas que tienen medios necesarios, un confort y una atención que frecuentemente dejan mucho que desear. En México se empiezan a establecer residencias privadas atendidas por particulares o por religiosas en donde se ofrecen servicios a los ancianos a cambio de una dote que se paga por el derecho de ingreso y una mensualidad proporcional a los servicios que reciben.

bre un simple sustituto del papel de productor sino que se valora de una manera diferente. La jubilación toma un sentido de recompensa después de una vida de trabajo y se traduce, al nivel de los comportamientos, en una búsqueda perpetua de ocupaciones de distracción.

- " Anticipé mi jubilación porque nunca había dejado de trabajar. Eduqué bien a mis hijos, todos hicieron estudios superiores. Entonces me dije: voy a recuperar algo. Ahora hace tres años que estoy jubilado y no he tenido la ocasión de aburrirme. El secreto es tomarse activo, no dejarse, saber ocupar el tiempo y sacarle partido a todo. Por ejemplo, si hace buen día aprovechamos el tiempo y nos vamos a Cuautla o a Cuernavaca. Ayer fuimos a visitar unos amigos y pasamos una tarde muy agradable, regresamos como a las 8 de la noche. Hace unos meses fui nos al Sureste. El mes que viene voy a ir con un amigo al Cañón del Cobre en una excursión. El día que no quiero salir, arreglo alguna cosa de la casa, leo, además una vez por semana nos reunimos varios amigos en casa de cualquiera de nosotros, platicamos o jugamos dominó. Algunas veces voy a conciertos o a exposiciones o a otras cosas que salen. Me la paso muy bien ".

Esta práctica se realiza en base a: viajes, excursiones, juegos de salón, espectáculos, exposiciones. Se reintegra a la organización social por el consumo de múltiples bienes de mercado.

Tipo IV. Jubilación-reivindicación.

Esta práctica se basa en la relación establecida entre

al ser biológico y el ser social y busca transformarlo. Esto es una consecuencia del rechazo que sufren los ancianos en el sistema socioeconómico operante.

El hecho de ser eliminado de la producción, de ser considerado como indeseable después de haber cumplido sus deberes con la sociedad y haber ganado el derecho al reposo es una marginación injusta.

Las reivindicaciones se apoyan en la toma de conciencia del hecho de que los jubilados deben representar un grupo organizado, que tiene intereses propios y manifiesta la voluntad de definirse como una comunidad para defender sus derechos contra el resto de la sociedad.

- " Espero que harán alguna cosa por nosotros como se hace por la juventud y la niñez. Que habrá algún día un departamento especializado para atender nuestros problemas y que se hablará de nosotros por la televisión como se habla de otras cosas.

" Es el gobierno el que debe tomar a su cargo a las personas mayores. Nosotros hemos hecho la sociedad. Bien o mal la hemos hecho progresar y hemos llegado hasta donde estamos. Una sociedad que no respeta a los que la han hecho, que la han formado, es una sociedad injusta. Si vieran las pensiones que recibimos. Vergüenza les debería dar. Deberían tomarse a cargo los viejos pero como debe ser " (Militar jubilado de 70 años).

A nivel de los comportamientos, esta práctica se traduciría en una participación secundaria, esencialmente a nivel de

Las asociaciones de ancianos con la toma de conciencia de una cierta solidaridad que se traduciría en una elevada frecuencia de contactos con los miembros de un mismo grupo de edad.

" Yo pienso que es importante participar en organizaciones. Es una forma de hacer algo. Yo formo parte de los jubilados y pensionados del ISSSTE. Con los colegas se organizan excursiones, visitas a museos. Ahora le estoy escribiendo al presidente del Comité Ejecutivo de la Federación de Funcionistas del Estado de Puebla para ver como fundamos una bolsa de trabajo, los trabajos de vigilantes de salas en los museos o de recogedores de boletas en los cines y en los teatros nos los deben de dar a nosotros. Esto debería hacerse a nivel nacional, podemos formar un cuerpo social que estaría dispuesto en todo momento a ayudar en cualquier caso de emergencia".

Estos jubilados rechazan el orden existente, su sentido ya no tiene sentido en relación al sistema operante. No se refieren ya ni a la naturaleza ni a la sociedad como sistema institucionalizado sino al nivel en donde se constituyen las orientaciones normativas que han de venir. Se sitúan, si se prefiere decirlo, a un nivel político.

Es conveniente resaltar el hecho de que las personas jubiladas muestran tendencias a reunirse y organizarse a fin de mejorar su propio bienestar. Suelen buscar ayuda para solucionar sus problemas y esperan hallar en esas organizaciones la oportunidad de conservar su participación en la sociedad, una vez que han cumplido con sus responsabilidades familiares.

La jubilación-reivindicación se relaciona con una actitud de acción enfatizando también la creación. El rechazo del orden existente es el deseo de la introducción de nuevas normas y nuevas actitudes hacia los jubilados.

Tipo V. Jubilación-participación pasiva.

Esta práctica tiene como característica una adhesión a la sociedad que se manifiesta por una intensa participación. Pero esta participación no constituye una contribución a la producción colectiva ya que el jubilado ha sido excluido del mundo del trabajo y no puede representar su integración más que por el consumo.

Para estos jubilados existe un comportamiento de subyugación a la sociedad que se traduce en un consumo ciego que muestra de una manera directa el sistema operante con sus orientaciones fundamentales y con sus valores dominantes.

Al nivel de las actividades cotidianas, esta práctica se manifiesta, concretamente, por una gran atención a los medios masivos de comunicación - radio, televisión, periódicos - y al mismo tiempo por una aceptación tibia del status que la sociedad impone a las personas censadas.

Una empleada jubilada, viuda, puede en parte ejemplificar este tipo. Vive en un cuarto de sirvientes en la azotea de un edificio de cuatro pisos, sin elevador, y acepta su condición sin quejarse:

- " Si, cuando me siento cansada o tengo algún problema no dan ganas de tener una casa mejor. Me gustaría tener

otra piana, un pequeño estudio, simplemente otro cuarto bien confortable. Es todo lo que pide, solamente que eso cuesta mucho. Pero tener a mi edad lo que quiero es difícil, nadie me prestaría dinero, así que usted comprenderá ".

Las tardes y las noches las pasa en su habitación delante del televisor. El ritmo de su actividad cotidiana se organiza en función de las horas de transmisión.

" Los teatros son muy caros para mí y además tengo la televisión. La veo a partir de las dos de la tarde hasta la una y media de la madrugada, cuando termina el cine de media noche. Me ha hecho mucho bien tenerla. La veo porque representa una compañía cuando uno se halla solo. En la mañana oigo el radio a partir de las diez, las comedias me gustan mucho. Después de comer leo el periódico, aunque no todo, leo algunas noticias y los encabezados, porque las letras del periódico me cansan los ojos. Con la televisión tengo un poco más de información de toda clase de cosas. Al comprar la televisión cambió mi vida completamente. Es lo que me salvó moralmente cuando mi esposo murió. Yo creo que es importante para mantenerse joven, tenerse al corriente, mirar la televisión. Cuando la veo, miro los paisajes y digo: me gustaría ir allí, ir a Europa, a Estados Unidos. Cuando yo trabajaba tenía 15 días de vacaciones, ahora tienen un mes, esto hace la diferencia. Veo que la vida evoluciona ".

Los términos "reivindicación" y "participación", no deben entenderse en base a la intención de la persona sino que corresponden al sentido que toman sus comportamientos en relación a las estructuras de la sociedad.

Generalmente es difícil encontrar razones para actuar cuando las actividades anteriormente realizadas están vedadas. Surge con los individuos a quienes el ocio les permite realizar una vocación o les descubre nuevas posibilidades.

Las personas cuya conducta se ve más favorecida son las que tienen intereses polivalentes. La ausencia de proyectos aniquila el deseo de una conducta activa y ésta está directamente relacionada con el estado de salud del jubilado.

Las conductas presentadas de los tipos de prácticas de jubilación han sido teóricamente clasificadas a partir de los ejes siguientes: producción-consumo y existencia biológica-organización social. Cada tipo de práctica ha sido caracterizada con los casos seleccionados de las entrevistas realizadas y se ha mostrado en qué sentido las conductas tenían una significación en relación con el objeto de estudio de este capítulo sobre la jubilación.

Es evidente que estos tipos de prácticas sociales son modelos que permitirán comprender mejor la conducta de los jubilados. En realidad, toda conducta concreta corresponde a una yuxtaposición de los tipos señalados, pero esta simplificación obedece a la intención de relacionar las conductas particulares con los procesos sociales.

Otra variable que condiciona la ocupación del tiempo libre y que incide en la vejez son las incapacidades que aquejan a los ancianos.

Un invidente, por ejemplo, tiene limitado su contacto con el mundo visual aún cuando puede desarrollar más sus otros sentidos para compensar su impedimento. Así, recuerdo a un maestro jubilado que había quedado ciego y que pagaba a los niños de la vecindad donde vivía para que le leyeran el periódico y algunas revistas. Para él era imprescindible seguir unido al mundo exterior, no se resignaba al aislamiento total.

Los ancianos que fueron víctimas de algún accidente laboral, los licitados, los paráliticos, etcétera, toman actitudes particulares y cuando no caen en estados depresivos que conducen a patologías que ocasionan la senilidad, tienden a buscar una compensación en el empleo de sus órganos sanos, en su actividad cotidiana y en la ocupación de su tiempo libre.

Aún así, se considera que la gente muere cuando el electroencefalograma indica que sus ondas cerebrales se han aplanado y la muerte social ocurre cuando el hombre se ha vuelto inútil no sólo como productor sino también como consumidor.

4.3. CONFINAMIENTO.

El confinamiento es una creación institucional propia del siglo XVII. El confinamiento como institución se propusió tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad como fuentes de todos los desórdenes. Fue una solución nueva que se dió en ese siglo, por primera vez se sumaron las medidas de exclusión y las de encierro; el desocupado no sería ya expulsado ni castigado; sería mantenido por el Estado a costa de la pérdida de su libertad individual.

En toda Europa la internación tuvo el mismo sentido, por lo menos al principio. Es una de las respuestas dadas en el siglo XVII a la crisis económica que afectaba al mundo occidental en conjunto caracterizada por salarios bajos y desempleo.

A pesar de la recuperación que comienza en Inglaterra a mediados del siglo, el problema no estaba aún resuelto en la época de Cromwell, puesto que el Lord Alcalde de Londres se quejaba "de esta gentuza que se junta en las calles, turba el orden público, acalza los coches, pidiendo a grandes gritos limosna en las puertas de las iglesias y de las casas particulares"¹⁰².

Cada vez que se produce una crisis y que el número de pobres aumenta, las casas de confinamiento recuperan su significación, por lo menos durante algún tiempo. Pero fuera de las épocas de crisis, el confinamiento adquiere otro sentido. A su función de represión se agrega una nueva utilidad. Ahora ya no se trata

102. Citado por Fournier, 1967, p. 33.

de encerrar a los desempleados, sino de dar trabajo a quienes se ha encerrado y hacerlos así útiles para producir. La situación es sencilla: mano de obra barata, cuando hay trabajo, y en período de desempleo, readaptación de los obreros y protesta social contra la agitación y los motines. Todos los internos deben trabajar. Se calcula el valor de su trabajo y se les da la cuarta parte, pues el trabajo no es solamente una ocupación, debe ser productivo.

Cuando se crea el Hospital General de París, se proyecta de esta todo suprimir la mendicidad, no darles ocupación a los internados; sin embargo, se vio en el trabajo de las casas de asistencia un remedio para el desempleo y un estímulo para el desarrollo de las manufacturas. En las provincias los intendentes deben procurar que las casas de caridad posean una cierta significación económica. Todos los pobres capaces de trabajar deben hacerse en los días laborables, tanto para evitar la ociosidad como para que se acostumbren al trabajo y también para que ganen su alimento. En ocasiones, inclusive, hay arreglos que permiten a empresarios privados utilizar en su provecho la mano de obra de los asilados.

En el siglo XVIII se utiliza el confinamiento para readaptar el desempleo o por lo menos borrar sus efectos sociales más visibles y controlar los salarios cuando existe el riesgo de que se eleven demasiado, es decir, actuar sobre el mercado de mano de obra y los precios de producción.

En realidad, no parece que las casas de confinamiento hayan podido realizar eficazmente la obra que de ellas se esperaba. Si absorbían a los desempleados, era sobre todo para disimular

lar la miseria y evitar los inconvenientes sociales y políticos de una posible agitación; pero cuando se les colocaba en talleres obligatorios, se aumentaba el desempleo en las regiones vecinas y en los sectores similares. En cuanto a la acción sobre los precios, no podía ser sino artificial, ya que el precio de mercado de los productos así fabricados no guardaba proporción con el precio real del costo, si se tomaban en cuenta los gastos del confinamiento.¹⁰³

El Hospital General de París no tenía el aire de ser un simple refugio para aquellos a quienes la vejez, la invalidez o la enfermedad les impedían trabajar. Tenía, no solamente el aspecto de un taller de trabajo forzado, sino también el de una institución encargada de castigar, de corregir faltas que no podían ser reformadas sino con la severidad de la penitenciaría.

Actualmente el confinamiento ha tenido cambios notables, hay asilos para ancianos y asilos para infantes, centros de salud para enfermos mentales, reclusorios y reformatorios para adultos y niños, para hombres y mujeres, y una legislación penitenciaria. Pero, por otra parte, los asilos de ancianos son congedados, por lo general, como prisiones donde el hombre se consueva en su soledad.^{104.}

103. Foucault, 1967, pp. 53-65.

104. El aislamiento no siempre se acompaña de soledad. Se puede definir a la soledad como la desagradable sensación de falta o pérdida de compañía. Mucha gente vive aislada pero no se siente sola y en cambio, otros que están acompañados se sienten solos. La soledad es más bien una respuesta individual frente a una situación externa ante la cual otros ancianos pueden reaccionar de manera distinta por completo. Con la expresión de soledad se piensa, las más de las veces, en un sentirse algo de carácter deprimente.

A los ancianos se les puede someter a cierta confinación sin que se requiera necesariamente recluírlos en una institución determinada.

Quizás la confinación más frecuente y más extrema es la que sufre el viajero en su propio hogar, en el seno de la misma familia. Antes de que el anciano empiece a presentar signos evidentes de senilidad y de deterioro físico se le encierra ya que su decrepitud y aspecto melancólico.

Generalmente se le asigna una habitación, un sillón, una cama, un bañó para sus objetos personales, y con respecto se convierte en el encierro y en el mundo del anciano. Allí come, duerme, vegeta y se consume en una reclusión disfrazada, con la pseudocercanía familiar que sólo le interesa que tenga alimento, que esté abrigado, que dé algunas palabras, que tenga algún periódico o revista, un radio, a veces hasta una televisión, pero se busca todo evitar que se sienta en la mesa con el resto de la familia o que se haga presente cuando haya alguna visita.

Esta situación adquiere matices más trágicos en las grandes urbes donde el espacio habitacional se limita a pequeños departamentos y el encierro del anciano es aún más restringido.

Las justificaciones a esta reclusión del anciano son diversas: evitar una caída, que se pierdan y ande vagando sin rumbo expuesto a algún accidente, mantenerlos "limpios", que estén "sólidos", protegerlos de los cambios bruscos de temperatura y de las corrientes de aire que puedan provocarles una pulmonía, etcétera.

Este tipo de confinación es frecuente en nuestro medio y el ocultar al anciano como un objeto, es un hecho común.

Los asilos de asistencia pública difieren poco uno de otro. Tienen casi siempre los mismos espacios comunes: la sala de estar o de repaso; la sala de televisión o de reunión; el jog día; el taller que no cumple su función; el comedor común, el comedor de los privilegiados que pueden pagar una cuota más alta, y el de los empleados; los baños comunes; los dormitorios descuidados con las paredes vacías donde resaltan las camas alineadas y, entre una y otra, una silla o un buró; el dispensario médico donde se trata a los asilados como hipocóndricos o enfermos psicópatas, sin llevarles historia clínica ni realizándose exámenes periódicos; el espacio reservado a los enfermos terminales; la capilla; la biblioteca que no da servicio y a la que nadie concurre, los largos pasillos.

A veces es tan increíble la distribución de los servicios y el diseño de los pasillos de comunicación entre los servicios que solamente es explicable por tratarse de antiguos edificios mal adaptados. Los pasamanos están a una altura que sólo pueden servir de apoyo a personas jóvenes o maduras de estatura media, pero no para ancianos encorvados y con talla disminuida por descalcificación. Los dormitorios están a distancias relativamente considerables del jardín, de la sala común o del dispensario médico; da la impresión que se considera que si algún día biena física tienen los ancianos no es precisamente el de desplazarse a través de tan abundantes distancias que se van alargando paulatinamente a medida que el anciano va perdiendo sus facultades motoras.

La vida comunitaria de algunos asilos es intolerable para la mayoría de los internos.¹⁰⁵ Generalmente se sienten desdichados, ansiosos, replagados en sí mismos, están encerrados juntos sin que se haya organizado para ellos ninguna vida social. Su susceptibilidad, sus tendencias reivindicadoras y a veces paranoides, producen frecuentes reacciones conflictivas. Todos los procesos patológicos a que está sujeta la vejez se aceleran en los asilos donde imperan los terribles galavernes como los del Asilo de la Beneficencia Pública del Estado de Puebla, donde los ancianos no tienen ninguna intimidad.

En muchos de los asilos del gobierno, son características estas salones oscuras, desmudas y tristes, con hileras de camas y con un mínimo de comodidades. Hasta el aire que se respira indica que se está en un lugar de confinamiento, en un asilo donde se presiente el infortunio. Uno de los objetivos por los que se debe pugnar es el de reemplazar ese ambiente deprimente y de apatía, por otro de acción y esperanza. Aun cuando lo mejor sería que el anciano continuara en su hogar. Algunos ancianos mueren la víspera de su ingreso a un centro de confinación.

105. La vida de asilo ha sido descrita en "La Gran Sala" por Jacobs van Valde, donde se describe un hospicio de mujeres en Holanda, a través de una nueva pensionista. La ha llevado su hija que ya no puede ocuparse de ella y la "nueva" se siente angustiada ante la idea de que ya no tendrá un minuto de soledad. En adelante, todos los actos de su vida, inclusive su muerte, se cumplirán en presencia de testigos, a menudo malévolos o por lo menos críticos. Más que las molestias cotidianas, lo que hace sufrir a la anciana es esa negación de toda vida privada, esa metamorfosis que se le impone de ser humano a objeto.



Foto 5. Paredes desnudas, tedio y desesperanza, es lo que caracteriza a la mayoría de los asilos para ancianos.



Foto 6. En los asilos actuales la vida privada no existe y el anciano vejeta sin esperanza.

Charles Boucher¹⁰⁶, Jefe de los Servicios Médicos de Ministerio de Salud de Gran Bretaña, declaró: " Nuestra teoría es que las personas quieren quedarse en su casa, en medio de sus bienes y de sus recuerdos. Que sea una casa confortable o no, grande o pequeña, no tiene importancia. Consideramos que allí es donde deben estar... allí es donde se sienten seguros y en confianza. Es sugestivo creer que es una cuestión de instituciones especializadas, pero pienso que esta solución sería un poco como condenar a los autos viejos a los depósitos de chatarra".

Las funciones que no se ejercen se atrofian y en los centros de confinación una manera de llamar la atención por los senectos es fingir algún impedimento físico y de tanto hacerse los inválidos terminan siéndolo. Esta es una reacción frecuente pues muchos ancianos son, con justo motivo, rencorosos e introvertidos. Se vengan de los demás exagerando su impotencia; el ego se esconde en los asilos; como han sido abandonados, ellos mismos se abandonan y se niegan al menor esfuerzo, y como nadie combate esa tendencia -- porque nadie se ocupa de ellos -- muchos terminan por guardar cama permanentemente.

El doctor Duplan¹⁰⁷ ha popularizado el término de " delincuencia senil ", que como la llamada delincuencia juvenil se debería al hecho de sentirse excluidos y reclusos; no se manifiesta con violencia sino con conductas antisociales. Se olvida generalmente que algunos ancianos son hombres que actúan a partir de su situación. Muchas de sus conductas son de protesta, p

106. Saturday Review, June 1969.

107. Citado por Simone de Beauvoir, 1970, p. 577.

re es porque su condición lo exige. Una característica que llama la atención en algunos asilados, hombres sobre todo, es la suciedad. Pero si son olvidados no hay razón para observar las reglas de la urbanidad y de la higiene.

Con respecto a sus familiares el rencor les dista comportamientos que pueden parecer neuróticos y que son en realidad conductas de agresión o de autodefensa. Un anciano se acuesta para no volver a levantarse con el pretexto de un reumatismo, por ejemplo, como consecuencia de una pelea con sus hijos.

Hay que descartar la idea de que la vejez trae la serenidad. Desde la antigüedad el adulto ha tratado de ver bajo un aspecto optimista la condición humana; le ha asignado a las edades virtudes que no siempre poseen: la inocencia al niño, la serenidad a los viejos.¹⁰⁶ Por lo demás es una ilusión edúca que permite pensar que los viajes son felices y abandonados tranquilamente.

106. Si los viajes manifiestan los mismos deseos, los mismos sentimientos, las mismas reivindicaciones que los jóvenes, causan confusión. En ellos, el amor, los celos, parecen edúcos o ridículos y la sexualidad repugnante. Deben dar ejemplo de todas las virtudes, ante todo se les exige serenidad, se afirma que la poseen, lo cual permite desentenderse de ellos. La imagen sublimada que se propone de ellos es la del sabio envuelto de pelo blanco, rico en experiencia y venerable, que domina la condición humana, pero si se apartan de ella, caen por debajo de esa imagen. La otra imagen que se opone a la primera es la del viaje loco que choca, dice desatinos y es el humorair de todos. De cualquier manera, por virtud o por abyección se les sitúa fuera de un comportamiento normal.

La angustia lleva generalmente al hombre de edad avanzada a adoptar medidas radicales contra los ataques del mundo exterior. No puede suprimirlo, pero puede reducir sus relaciones con él. En muchos ancianos, la desconfianza acarrea una ruptura de comunicación.

En otros casos la relación de los ancianos entre sí puede adquirir distintas modalidades. Se complacen en estar juntos en la medida en que tienen recuerdos, intereses comunes y problemas semejantes.

Cuando no pueden bastarse a sí mismos, ni física ni económicamente, el único recurso de los ancianos es el asilo o la mendicidad.

Se considera que son cuatro las razones principales por las cuales las personas senectas solicitan su ingreso a un asilo. Ante todo, la insuficiencia de sus recursos. Gran parte de los asilos dependen de la asistencia pública, aun cuando últimamente se han incrementado los establecimientos privados, algunos de ellos lujosos, donde ingresan las personas de ciertos recursos o que tienen alguna pensión. En segundo lugar, la imposibilidad de contar con alojamiento adecuado y el problema de prestarle atención a sus necesidades más apremiantes. En tercer lugar, razones familiares: los hijos se niegan a hacerse cargo del viejo o deciden librarse de él. Por último, algunos ancianos necesitan cierta asistencia médica.

En general entran en el asilo de su comunidad, unos como indigentes, otros pagando parte de la pensión. Hay algunos que ruedan de asilo en asilo; en los intervalos vagabundean y be-

ben, la mayoría de los asilos rechazan a los ancianos enfermos y otros los canalizan a los hospitales.

Una estadística preparada por el doctor Pequinot, citada por Simons de Beauvoir¹⁰⁹ indica que entre los ancianos sanos admitidos en un asilo:

- 8.0 % mueren en los primeros 8 días,
- 20.7 % mueren entre los 8 y los 30 días,
- 17.3 % mueren entre los 30 días y los 6 primeros meses,
- 10.4 % mueren entre los 6 y los 12 meses,
- 11.0 % mueren en los 2 primeros años.

Es decir, más del 50.0 % de los senectos mueren en el transcurso del primer año de su admisión. Las condiciones de vida en el asilo no son las únicas que determinan estas muertes; entre los ancianos, la confinación, cualquiera que sea, acelera generalmente el deceso.

El asilado sufre separado de su medio, de su pasado. Pierde su personalidad. En general, las visitas están autorizadas, pero la familia, a medida que pasa el tiempo, va separándose cada vez más, hasta que su abandono es total.

El internar a un anciano en un asilo tiene para él un significado de pérdida, de rechazo: " me traen aquí para morir".

La capacidad para adaptarse al nuevo ambiente se resiente al trasladarse de un ambiente a otro. En un estudio realizado en Inglaterra sobre el traslado de una institución a otra,

109. Ibid., p. 300.

Miller y Lieberman,¹¹⁰ evaluaron a 45 ancianas residentes en un hogar para ancianos, dos semanas antes de su cambio a otro establecimiento similar. Se había determinado que estas mujeres no tenían ninguna enfermedad mental o física incapacitante. A las 6 y a las 18 semanas del traslado se midieron las reacciones al cambio ambiental y a la vida en el nuevo ambiente en términos de patología del ego, energía, deterioro cognoscitivo, predominio de mecanismos defensivos y diversas reacciones afectivas, y se comprobó que a las 18 semanas del traslado, 23 de las 45 mujeres exhibían cambios negativos en su salud psíquica y sensitiva.

Los resultados negativos del cambio en estas mujeres, como la conducta inadaptada después del ingreso en el nuevo ambiente, guardaron importante relación con un estado afectivo al que se le denominó "desesperanza".

Se estima que esta desesperanza es todavía mayor cuando el senecto pasa a vivir de un medio familiar a uno de asilo¹¹¹ de. Por lo general los asilos incluyen cama y comida, algunos servicios domésticos como lavado de ropa; pequeños encargos

110. Miller y Lieberman, 1963, pp. 492-497.

111. El alimentarse es considerado como una necesidad vital, pero en los centros de confinamiento frecuentemente la comida es insulsa, tan poco variada, que para cualquier persona y sobre todo para los ancianos es poco atractiva. Generalmente se sirve en un mismo plato: sopa de arroz o de pasta, algún guisado con alguna verdura o puré de papas y frijoles. Los domingos se enriquece la dieta con algún postre como arroz con leche, natilla, gelatina o alguna fruta. El desayuno consiste en café con leche o atol de maíz y pan. La merienda o cena es igual al desayuno generalmente con un plato de frijoles.

personales como depósitos de cartas, compras, y cuando se requieran algunas cuidados personales como ayuda para caminar, para acostarse y levantarse de la cama, para bañarse, vestirse, tomar alimentos, vigilancia en la administración de medicamentos y otros servicios semejantes que a veces desempeñan como voluntarias las mismas asiladas.

En algunas partes la palabra asilo apunta a las personas, por esta razón ha quedado prescrita para algunos establecimientos oficiales y en su lugar se usa la palabra "Casa Hogar", pero lo que debería acustar es el sistema de vida que se lleva en esos lugares y lo poco que se hace para cambiar el sistema deprimente de confinación.

En la ciudad de México la Dirección General de Asistencia Social tiene dos centros para ancianos. Uno de ellos con una capacidad de 200 camas ocupadas por 130 mujeres y 70 hombres. Es atendido por personal; médico, paramédico, administrativo y trabajadoras sociales. Las salas dormitorio tienen 10 camas cada una. Para ingresar se hace una solicitud a la Dirección General de Asistencia Social. Al aspirante se le hace un estudio socio-

Para los requerimientos de los ancianos se considera que es suficiente la ingesta alimentaria de los residentes de los asilos. Pero en lo que frecuentemente no se repara es en lo poco variada y en la forma en que se presenta la comida. Los alimentos mal cocidos implican problemas de masticación y de digestión. Frías son insustentables y si a esto se une el poco apetito que tienen los ancianos se comprueba porque el deterioro se acelera, entre otras causas, en los centros de confinamiento.

económico y un enfermo médico. Se cobran cuotas simbólicas de 80 a 200 pesos al mes. En octubre de 1976 había 90 residentes en centros de pago. Generalmente los enfermos son llevados por sus familiares, a veces, casi a la fuerza. La institución cuenta con biblioteca, dispensario médico, iglesia, sala de actos, taller de costura y juguetería, farmacia, sala de juegos y salón de ambiental. A veces va algún artista a actuar para ellos. Es raro cuando salen a algún lugar.

Por lo general, los miembros no profesionales del personal tendieron a expresarse en términos afectivos y a resaltar la docilidad de los asilados. En conjunto, la valoración que los miembros del personal hacen de los internos es positiva en base a su pasividad y a los raras brotes de rebeldía que presentan.

Los internos difieren en cuanto a las valoraciones de sí mismos y de sus compañeros; los más antiguos en la institución tienden a coincidir más con los puntos de vista del personal que los más recientes.

Las personas sanas se sienten mal en un ambiente que desconocen. Lo que se ha llamado "desorientación nocturna de los viejos" puede ser simplemente resultado de su pérdida de memoria para los hechos recientes, combinada con un ambiente que les es extraño.¹¹² Por esto, es necesario de vez en cuando repetirles una detallada explicación acerca de las cosas nuevas que los rodean, sobre todo cuando recién ingresan al asilo.

La ausencia del hábito es una predisposición adquirida hacia formas o modos de reacción y no hacia actos en particular,

112. Gendry, 1962, p. 317.

a menos que en condiciones especiales éstos sean la expresión de una forma de comportamiento. " Hábito quiere decir sensibilidad o accesibilidad especial a ciertas clases de estímulos, de predilecciones y aversiones permanentes; no simple repetición de actos específicos".¹¹³

Cuando se perturba un hábito rutinario genera incómodidad, origina protestas para volver a su primitiva rutina. La esencia de la rutina es su propia continuidad, interrumpirla equivale a provocar un desequilibrio.

Un ejemplo de rutina es el siguiente:

" ... me levanto, tiendo mi cama, me lavo y me visto, voy a desayunar, luego me siento un poco al sol hasta sentir el calor de la mañana, a veces voy a hacer un poco al taller pero no me gusta mucho ir, me gusta más caminar un poco por el jardín con alguna compañera y después nos sentamos a platicar, a veces hasta la hora de la comida para luego ir a la siesta de la tarde, luego voy al salón para ver las telecomedias hasta la hora de la merienda, luego a dormir.

" ... visitas, no, nadie viene a verme, recién llegué aquí si venían a verme, pero ya no viene nadie a verme".

El sereno generalmente sufre con inquietud cualquier cambio; elegir lo cómodo y esto se traduce en vacilaciones, en dudas, lo es cuando comenzar en sistemas puestos a prueba.

113. Dewey, 1966, p. 49.

Los montajes, los automatismos están al servicio de conductas repetitivas; el mecanismo de la marcha es utilizado para rehacer, sin desviarse, el mismo paseo. Los hábitos ahorran adaptaciones difíciles, proporcionan respuestas antes que haya que plantearse las preguntas. Al envejecer son observados de una manera más estricta que antes.

Paradójicamente, el hábito es aun más necesario a las personas a quienes se refiere o condena el ocio. El anciano escapa al tedio poblándole de tareas, de exigencias que se traducen para él en obligaciones; así evita plantearse la angustiada pregunta del qué hacer. De esta manera, a cada momento tiene algo que hacer, reglamentando sus ocupaciones: lectura del periódico, inspección del jardín, comida, siesta, paseo, las acciones se suceden en un orden inmutable.

Las rutinas permiten, entre otras cosas, paliar las deficiencias de la memoria. La rutina solo puede funcionar si el mundo exterior está también reglamentado y no suscita ningún problema; cada cosa debe estar en su lugar, cada acontecimiento producirse a su hora. En parte por eso, el menor desorden irrita al anciano de una manera que puede parecer enfermiza. También es porque crea una cortina de ritos y de costumbres detrás de la cual se protege y le garantiza un mínimo de seguridad.

El senecto teme al cambio porque como teme no saber adaptarse, no ve en él una apertura sino una ruptura con el pasado, de modo que el hábito asegura al anciano una especie de seguridad ontológica. A través de él sabe quién es; le protege contra sus ansiedades difusas asegurándole que el mañana se repetirá en el hoy.

De aquí que el anciano sufra verdaderos colapsos al saber que va a ingresar a un centro de confinación, a un entorno desconocido por él, pero intuitivamente temido.¹¹⁴ Por esto a veces son inducidos con cierta presión por sus familiares a entrar a un asilo o cuando ellos toman la decisión es como consecuencia de una situación desesperada como trastornos causados por un exceso de distress, confusión mental pasajera, mala nutrición, viudez o muerte de un familiar cercano.

Existen varios tipos de asilos para ancianos según la clase de personas que pueden ser internados en ellos, los servicios que proporcionan, el tipo de supervisión con que cuentan, la clase de alojamiento y costo.

En México los asilos para ancianos fueron establecidos para quienes necesitaban principalmente un refugio y asistencia. Debido a que la mayoría de ellos proporcionan servicios por el resto de la vida, fueron ampliando sus prestaciones para incluir atención médica para aquellos residentes que sufrieran algún tipo de enfermedad crónica.

Actualmente la misión que corresponde a los asilos debería ser reconsiderada. Se ha aceptado que al vivir dentro de una comunidad de ancianos sanos o ligeramente enfermos se deben proporcionar también una serie de oportunidades para parti-

114. El anciano teme ingresar a un asilo principalmente porque considera que va allí a morir, que entra a su última morada, al encierro que lo aísla de lo que para él representa seguridad y afecto.

cipar activamente dentro del grupo y tener contactos con la comunidad. De esta manera, existe ahora la idea de alojar en unidades separadas a los ancianos enfermos de los sanos, tal y como se hace con personas de cualquier edad.

Por otra parte, es importante practicarles ejercicios físicos periódicos como estímulo para la salud mental del anciano. La persona senecta, en particular la que vive sola o confinada, experimenta una gran tranquilidad cuando se le dice que, considerando su edad, goza de buena salud.

Muchos ancianos tienen miedo a enfermar y el tiempo que se les dedica para que revelen sus preocupaciones, seguido de un detenido y cuidadoso examen de su estado de salud, constituye una sólida base para disipar las aprensiones de este tipo.

Este proceso pueda repetirse y reforzarse hablando en forma periódica con el paciente para alentarle y seguir orientándolo. Por supuesto, también ejerce un efecto terapéutico dar al paciente anciano el tiempo necesario para considerar y reflexionar sobre el pasado y el presente, para cobrar ánimo y prepararse para el futuro, prestándole la debida consideración a sus confidencias.

" ... ¿ usted no les puede decir que me den mis vitaminas ?. Cómo quieren que salga al paseo si no me dan mis vitaminas, cómo quieren que tenga fuerzas. Ya no se ocupan de mí, ya no me mira el doctor ni me dan medicinas, yo creo que ya me voy a morir, ya le dije al administrador pero no me hace caso, dígalos usted, insístales, a usted seguro que sí le hacen caso..." (Así

lada de 73 años).

En el asilo es conveniente dar énfasis a la condición de residentes y no de confinados por medio de una instrumentaria informal para el personal así como para los residentes, con conductos de comunicación abiertos en todas direcciones y una estructura de autoridad precisa.

Conviene establecer, por medio de reglamentos, la conducta del personal y de los residentes, los cuales deben ser considerados en todo momento como seres humanos responsables, que se espera que cumplan con los requisitos mínimos de la vida en grupo y que participen en actividades de atención personal, trabajo, entretenimiento y sociales.

En los asilos se debería utilizar un sistema donde las expectativas con respecto a los residentes, en términos de su grado de independencia y niveles de responsabilidad, se elevaran de manera progresiva.

Procurar oportunidades prácticas para el ejercicio de aptitudes profesionales y domésticas, con capacitación especializada para enseñar aquellas que requieran mayor atención, ya que el hecho de no consagrarse a ciertas finas, de no encontrar exigencias, condena al anciano al tedio; hay una compensación a la que algunos conceden gran valor, y si no tienen que hacer ningún esfuerzo les está permitida la pereza.

Es necesario inducir a los residentes a entrar en contacto con el mundo exterior y llevar a la institución voluntarios para desarrollar talleres de discusión y actividades.

Identificar y prevenir aspectos de deterioro y atender a cada individuo en términos concretos.

Es importante insistir en que la capacidad de la institución y el tipo de personal que debe atenderla permitiendo a los senectos conservar su individualidad, recibir un trato amable y gentil, incluyendo medidas de rehabilitación, darles oportunidad de cumplir actividades sociales y alguna tarea interesante y creativa.

El programa recreativo adquiere importancia sobre todo durante las últimas horas de la tarde y en los fines de semana. Para muchos ancianos los días más tristes de la semana son los sábados y los domingos, pues gran parte de las actividades se suspenden y la soledad y el aislamiento pesan más sobre el ánimo de los viejos.

Una crítica frecuente que se hace al sistema asilar, en especial a nivel de asistencia pública, es que propicia el tedio y el desamparo en que consumen sus vidas los ancianos residentes.

Difícilmente, en ese medio, se puede tener apego a la existencia, la cual se convierte en un transcurrir del tiempo sin sentido, un día exactamente igual al otro, pero con la vivencia cierta de que las facultades disminuyen día con día, de que cada vez se es más inútil físicamente, que cada vez el jardín queda más lejos, que el sol calienta cada vez menos, que las personas hablan más quedo y se escuchan temas ruidos raros, que cada vez se tienen menos deseos de caminar o de hacer algún

esfuerzo extraordinario y de que la abulia y el deseo de dormir son siempre mayores.

Aparentemente al estar con personas que tienen problemas semejantes y algunos intereses comunes debería crearse un ambiente de cordialidad y comunicación entre los asilados, pero basta observar una sala de " reposo " de algún asilo para sentir su silencio y la falta de comunicación entre los residentes. Se tiene algo que decir cuando recién se ingresa a la institución, después prevalece el silencio y la apatía creciente.

Esto se debe a la vida sin sentido que llevan; no hay nada que comentar, no hay sobre que discutir. Esta situación cambia radicalmente con la irrupción de algún acontecimiento extraordinario: la presentación de una obra de teatro, una función de cine, la presentación de algún artista, y se pasan meses comentando el suceso, reviviendo esos momentos.

La vida en el asilo de asistencia es impersonal, se llega a perder la individualidad y a convertir al asilado en un número e incluso en un nombre;

- " La cama 13 no bajará a cenar " No hay nada que caracterice el espacio de un asilado al de otro: la misma cama, la misma colcha, la misma silla, ningún objeto que permita identificar las pertenencias transitorias de uno o de otro. Se recibe el mismo trato profesional e indiferente de las personas que trabajan en la institución.

En el sistema asilar actual, son raras los centros que proporcionan alguna actividad a los residentes, generalmen-

no hay nada que hacer, no hay en que ocupar el tiempo más que en el vacío, en la contemplación absurda que conduce a la introspección, a la misantropía, a la insensibilidad, a la vida vegetativa.

Una solución que está teniendo relativo éxito es la creación de las llamadas " villas de retiro " que funcionan actualmente en el Estado de Florida en Estados Unidos. Estas villas no son de tipo institucional, sino más bien residencial, con un programa de actividades destinado a despertar y estimular los intereses y habilidades de los ancianos que viven en ellas, asimismo, poseen servicios médicos y paramédicos.

Las experiencias con los asilos de ancianos del tipo común hasta ahora no son buenas, pues los aislados se sienten más o menos aislados, echan de menos su anterior independencia, sus objetos personales, etc. Para defender a los ancianos contra la falta de confort y la soledad se ha pensado, principalmente en Europa, construir para ellos residencias agrupadas.

Los países escandinavos son los que han logrado el mayor avance en este sentido. En Copenhague hay una Ciudad de los Ancianos instalada en 1919, modernizada en 1955, que tiene 1600 camas y ha sido considerada como un ejemplo de las nuevas formas de reclusión-convulsión a que se somete al anciano.

Es de señalar el logro del edificio " Plaza Victoria", en San Antonio, Texas. Se construyó un gran inmueble moderno donde se instaló a ancianos que estaban mal alojados. De 352 aspirantes se escogieron 204. Cerca del 60 % vivían solos; los otros tenían cónyuge, parientes o amigos; muchos vivían en tugurios.

rios. Se les hizo visitar el edificio antes de instalarse. Hay un club con biblioteca, juegos de salón, etc., que el 90 % de los residentes frecuenta. Pagan 30 dólares mensuales, alquiler un poco más caro que el que pagaban, pero dado el espacio y el confort de que disfrutan se considera módico. La existencia se transformó para sus residentes, se congratulan de tener tiempo libre y muchas maneras de ocuparlo. Están inscritos en agrupaciones, cultivan nuevas amistades, lo cual no les impide frecuentar las antiguas. Sus vidas, tanto en la parte activa como en la afectiva, se han enriquecido y casi todos se encuentran a gusto.

A través de esta experiencia y de algunas otras se ve que la influencia de la vivienda en la condición general del anciano es muy importante.

Existen en Estados Unidos varias " Ciudades del Sol ", habitadas exclusivamente por personas de edad de ingresos elevados.

En estas nuevas formas de confinación que se están creando para los ancianos se ve que el objetivo primario es el lucro que obtienen estas instituciones por los servicios que prestan, desde luego, exclusivos para los ancianos con recursos económicos elevados. Esto forma parte del llamado " mercado para la tercera edad ".

Lo que se practica hoy, en las grandes ciudades industrializadas de Estados Unidos y Europa, es la creación de agrupamientos similares a los de Brujas, Bélgica, formados por pequeñas casas independientes y situadas en el corazón de la ciudad, de modo que las personas de edad estén cerca de sus fa-

miliars.

La familia patriarcal ha sobrevivido en el Japón por la solidez de sus tradiciones. En la República Federal de Alemania, muchos padres viven con sus hijos, debido a la falta de alojamiento. En los Estados Unidos, el 26 % de los hombres de edad avanzada viven con sus hijos, 23 % como jefes de familia, 3 % en el hogar de los jóvenes. En Francia, 24 % de las personas mayores de 65 años viven, con sus hijos, sobre todo en el campo.

En regiones rurales de Suiza, Alemania y Austria, los ancianos abandonan la casa familiar para instalarse en una casa pequeña próxima a la coladiega, pero independiente. En algunas regiones rurales de Francia se observa una costumbre similar. Hacia los 60 años el padre deja la explotación de la tierra a sus hijos y se va a vivir a una casa de la aldea.

El problema se plantea de otra manera en las ciudades. En general hay una crisis casi permanente de alojamiento, el ritmo de la construcción es lento, se edifican sobre todo grandes conjuntos habitacionales cuyos alquileres son inaccesibles para los económicamente débiles.

En Francia se construyen residencias para ancianos en las inmediaciones de las ciudades principales. Son edificios de varios pisos, generalmente con 12 departamentos por piso, con capacidad para unas 150 personas solas o matrimonios.¹¹⁵

El director vive en la residencia y es un funcionario de la Asociación Nacional de Ancianos Jubilados.

115. Esto es importante porque se han registrado casos de suicidio cuando se separa a los cónyuges.

La planta baja del edificio está reservada a las salas comunes de descanso, televisión, servicio médico y comedor. Se tiene servicio de elevadores y escaleras con escalones diseñados especialmente para ellos. En todos los pasillos hay pasamanos para facilitar el deambular de los ancianos. Los primeros pisos se destinan a las personas que tienen problemas de desplazamiento.

Cada piso tiene un baño colectivo con tinas y regaderas de diseño especial, además cada departamento tiene un baño, una estancia-dormitorio con un closet, bien iluminados y con un balcón hacia el exterior.

Estas residencias generalmente tienen un gran jardín para el paseo de los ancianos. Los edificios están en conjuntos habitacionales en los que se da prioridad a los parientes de los residentes.

El Estado construye estas residencias, las amobia y se hace cargo de su mantenimiento. A veces las industrias aportan dinero y a cambio de ello se les reservan lugares para sus jubilados, pero el 60 % de la capacidad de estos edificios está reservada a la Asociación Nacional de Ancianos.

Existen también edificios particulares de este tipo como la "Residencia Margarita", dependiente de la Cruz Roja Francesa en la población de Argenteuil, cercana a París, donde los huéspedes tienen completa libertad para entrar y salir. También pueden recibir visitas cualquier día de la semana.

Esta residencia tiene una capacidad para 70 personas

en 7 pisos, con servicios de biblioteca, interfono, elevadores lentos con asientos, salas de conferencias, servicio médico, lavadero de ropa y cada piso tiene sala común con juegos de mesa y sala de televisión.

Se organizan salidas al campo, visitas a museos, conferencias. Cada mes va un artista popular a dar una exhibición y se tiene un comedor común donde se reúnen todos los residentes una vez al día, con la intención de que no se vuelvan en sus habitaciones y hacer que se arreglen para asistir a la comida, pero el desayuno y la cena los pueden hacer en su cuarto, donde tienen una pequeña cocina.

Cada habitación es individualizada con los muebles y objetos que los residentes quieren y que les dan seguridad alternativa.

El diseño de las habitaciones tiene un mínimo de seguridad para evitar cualquier tipo de accidente. A los enfermos se los envían al hospital de la localidad.

Los residentes pagan una cuota mensual para cubrir los gastos de servicio y mantenimiento y se les da preferencia a las personas jubiladas de la región sin importar su edad.

En los conjuntos habitacionales modernos de la ciudad de Lima, se tiene la tendencia de reservar los departamentos de las plantas bajas a personas cuyos hijos habitan en los pisos superiores.

Tanto en Gran Bretaña como en muchos países europeos, especialmente los escandinavos, la construcción de hogares para

ancianos se ha incrementado. Existen dos tendencias principales: 1) que la antigua idea de segregar a los ancianos ha dejado su lugar a la convicción de que sus necesidades mentales y físicas pueden satisfacerse más adecuadamente construyéndoles habitaciones especiales en las mismas áreas donde habita la población general, de manera que jóvenes y viejos puedan vivir cerca unos de los otros, pero de manera independiente; y 2) se han construido nuevas instituciones para alojar ancianos, generalmente de capacidad limitada, donde pueden administrarse servicios médicos y domésticos, sin la dificultad de tener que transferir al enfermo.

En esta clase de establecimiento, la atención de tipo doméstico se imparte en cuartos individuales o pequeñas salas donde se alojan cinco o seis personas, tratando de crear, hasta donde sea posible, un ambiente hogareño que ayude a los ancianos a conservar su individualidad.

Aun cuando a menudo es difícil permitirles que conserven a su lado algunos de sus objetos personales, cada vez es más evidente el valor que dichos objetos representan para ellos. El poder retener algunos de éstos proporciona a los ancianos un sentimiento de seguridad y satisfacción personal.¹¹⁶

La idea de aglomerar gran número de ancianos dentro

116. Según los administradores, si se permitiera a los ancianos tener consigo sus objetos personales, llenarían las paredes con imágenes de santos y retratos de sus familias, y los huecos se llenarían de objetos inservibles reduciendo así el espacio disponible.

de un enorme edificio se está descartando, en vista de que resulta más fácil conservar una atmósfera personal dentro de un edificio de reducidas proporciones.

Una de las construcciones modernas más impresionantes se encuentra en Helsinki, Finlandia, donde cerca de 800 personas, alojadas en unidades separadas con capacidad para diez individuos, viven en cuartos individuales o pequeñas salas-dormitorio, gozando de relativa intimidad. Para no perder las ventajas que representan las reuniones especiales con fines de entretenimiento, estas unidades han sido construidas alrededor de un gran salón central con un pasillo exterior circular cubierto, el cual no sólo facilita la distribución de servicios comunes como el de calefacción, sino que permite a los ancianos ir de una unidad a otra, visitando a sus amigos, sin tener que preocuparse por el estado del tiempo.

En Inglaterra se da mucha importancia a que los ancianos se ayuden a sí mismos y se les induce a desarrollar una vida independiente. Se considera que los ancianos son más felices y conservan más su salud cuando no se los confina, cuando viven en sus hogares. Con esta idea se han popularizado las casas "protegidas" que se hallan bajo una supervisión constante.¹¹⁷

En este sistema los ancianos hallan mayor comodidad

117. Las casas protegidas son residencias de lujo, diseñadas especialmente para ancianos. Gozan con diversos servicios como asistencia médica, comidas a la carta, acompañantes para aquillos que lo solicitan para conversar, ir de paseo, de compras, etc.

y llegan a desempeñar un papel activo en la comunidad local y a mantener contacto con parientes y amigos. Se persuade a los senectos a reunirse y organizar alguna actividad. Este tipo de actividad es positivo y en tanto a él surgen clubs con entretenimiento y actividades educativas.

En fin, las alternativas que se presentan son múltiples para evitar la confinación de los ancianos en lugares de su deterioro indudablemente es notable.



Foto 7. Una actividad, sea cual fuere, constituye un remedio eficaz contra el tedio y la desesperanza.



Foto 8. A pesar de su edad esta costurera tiene que desempeñar su trabajo para poder subsistir.



Foto 9. Es importante hacer sentir a los ancianos que pueden realizar una función ayudando a aquellos que tienen aún menos facultades.



Foto 10. Los ancianos requieren leves estímulos para compartir problemas, angustias y alegrías, que hacen más llevadera su existencia.

5. FILOSOFIA DE LA SENECTUD.

El anciano se encuentra cada vez más ante sí mismo, y a medida que desaparecen sus contemporáneos, la amenaza de la vejez es más evidente y la angustia por el devenir se hace más patente.

El deseo de no morir, el "hambre de inmortalidad" personal,¹¹⁸ el empeño que se tiene en persistir indefinidamente, es uno de los aspectos personales de la filosofía de la senectud.

La vejez es considerada como la última etapa de la vida en un doble sentido de la palabra: la última y al mismo tiempo la etapa de realización suprema. Aquel que ha acumulado años y años de vida es el ser viviente por excelencia, representa en cierto modo la concentración del ser.

Frecuentemente se oprime la falacia de que la vejez es un estado de ánimo, que mientras se sienta uno joven se es. La senectud guarda una relación dialéctica entre el ser y las peregrinas que rodean al ser. Objetivamente se toma conciencia del envejecer a través de ellas. Corresponden a fenómenos biológicos que un espíritu detestaría; sin embargo, la experiencia personal no indica el número de años vividos. Ninguna impresión senectés,

118. Según Unamuno, cada cosa en cuanto es en sí, se esfuerza por perseverar en su ser. Esto quiere decir que la esencia de cada hombre que está consciente de ello, no es sino el esfuerzo por seguir siendo hombre, en no morir. Es decir, no se quiere morir nunca y este anhelo es su esencia y es lo que origina el hambre de inmortalidad.

ca revela las involuciones de la senectud. Este es uno de los rasgos que distinguen a la vejez de la enfermedad. Esta anuncia su presencia y el organismo se defiende contra ella de una manera específica para cada estímulo; existe con más evidencia para el sujeto que la sufre que para quienes le rodean, pues frecuentemente desconocen su presencia.

La vejez se presenta con más claridad a los otros que al sujeto mismo. Si la adaptación se opera sin tropiezos, el individuo que envejece no lo nota.¹¹⁹ Los hábitos permiten paliar durante mucho tiempo las deficiencias psicométricas.

Puesto que en nosotros es el otro el que envejece, es lógico que la revelación de la edad venga de los otros. El inconsciente ignora la vejez, mantiene la ilusión de una eterna juventud; cuando esta ilusión se desmorona, el resultado es en muchos sujetos un traumatismo narcisista que engendra una psicosis depresiva.

Es el inconsciente el que manifiesta frecuentemente un

119. El cambio se opera continuamente, apenas se percibe. Mme. de Sévigné le ha dicho acertadamente: "La Providencia nos ha conducido con tanta bondad en todos esos tiempos diferentes de nuestra vida, que casi no los sentimos. Esta pendiente va despacito, es imperceptible, es la aguja del cuadrante que no vemos andar. Si nos hicieran ver en un espejo el rostro que tendríamos o el que tenemos a los sesenta años, comparándolo con el de veinte, nos caeríamos de espaldas y tendríamos miedo de esa cara, pero avanzamos día a día, como hoy como ayer y mañana como hoy, así avanzamos sin sentirlo y este es uno de los milagros de esa Providencia que ama tanto".

sentimiento de trascendencia al ignorar el pasar del tiempo y esta trascendencia está ligada al existir. De aquí que en la filosofía de la senectud, el existencialismo, como corriente del pensamiento que hace del existir humano su objeto de estudio, tenga un papel preponderante.

El rasgo común más importante de las diversas filosofías de la existencia se encuentra en que todas ellas arrancan de la llamada vivencia existencial, que es difícil de concretar y que muestra un cariz distinto en las distintas corrientes. Así, por ejemplo, en Jasper parece consistir en un perentarse íntimo de la fragilidad del ser, en Heidegger es un experimentar auténtico de la marcha anticipada hacia la muerte; en Sartre en una náusea general.

Los existencialistas no tratan de ocultar que su filosofía arranca de una vivencia semejante. Por eso se explica que la filosofía de la existencia tenga su base en la experiencia personal.

Todo existencialismo congruente es una doctrina de acción. Como el mismo Sartre lo dice: " la doctrina que presento es justamente lo opuesto al quietismo, puesto que declara: no hay realidad fuera de la acción; y va más lejos aún puesto que agrega: el hombre no es otra cosa que su proyecto; no existe sino en la medida en que él se realiza; no es, pues, nada como no sea el conjunto de sus actos, nada como no sea su vida."¹²⁰ Bajo este concepto, quien no se proyecta, quien no se realiza en la acción no existe y a medida que pasa el tiempo, el hombre se va limitando en la acción, empieza a perder existencia, empieza a envejecer.

120. Sartre, 1965, p. 16.

Existir es hallarse ante el mundo. La existencia humana es una existencia circunstanciada, delimitada y circunscrita por la realidad de un entorno que le impone condiciones ineludibles y son estas circunstancias, esta delimitación, las que se agudizan en la senectud, las que adquieren características de angustia ante un devenir ineludible, desconocido y fuera de control.

La existencia revela el mundo y se revela a sí misma como una presencia. Su poter ser revela el aspecto más característico de sí misma, que es la trascendencia. Al trascender, la existencia se proyecta en el mundo y a sí misma como una posibilidad que puede ser realizada. Lo que hace la propia existencia al comprenderse, es descubrirse como preocupación y a veces como angustia.

Esta angustia se hace patente cuando el anciano tiene limitadas sus posibilidades de ser, cuando pierde su individualidad, cuando no tiene un papel reconocido en la sociedad, cuando no orienta sus acciones para trascenderse, cuando sólo sobrevive en un marco preestablecido por el sistema en el cual vive.

La angustia se distingue del miedo porque en aquella lo amenazante no se encuentra por ninguna parte. Aquello que produce angustia es el mundo como tal, y aquello por lo que se angustia es por el poder ser en el mundo. Así se muestra la angustia a la existencia, existiendo de hecho en su ser en el mundo. Pero este ser se trasciende siempre a sí mismo.

La existencia no ha logrado su totalidad mientras se existe; en su naturaleza radica el insaciable constante. Sólo la

muerte representa el fin de la existencia. Pero con la muerte ya no se pueda tener consciencia de la existencia como ente, y nunca se puede tener una experiencia genuina del morir de los demás.

Por otra parte, en la muerte la existencia no se acaba ni desaparece. El fin que significa la muerte quiere decir que es un ser que termina. La muerte es considerada como una posibilidad de ser, pero la más genuina posibilidad. El ser mismo de la existencia es un ser para la muerte.

El anciano consciente de sí, preso en la angustia de su finitud, no busca otra cosa que seguir siendo, pero sin la angustia que como revelación del ser le es consustancial, sino del ser que la nada le revela y que es un impulso de querer seguir siendo.

Es frecuente que el anciano se pregunte sobre el lugar especial que al hombre corresponde en el cosmos, su relación con el destino y con el mundo de las cosas, su existencia como ser que sabe que ha de morir, su actitud en todos los encuentros ordinarios y extraordinarios, y con el misterio que compone la trama de su vida.

Estas preguntas se pueden sintetizar en las tres de Kant que tratan sobre la finitud del hombre: "¿Qué puedo saber?" implica un no poder, por lo tanto, una limitación. "¿Qué debo hacer?" supone algo con lo que no se ha cumplido todavía, por lo tanto, otra limitación, y "¿Qué puedo esperar?" significa que al que pregunta le está concedida una expectativa y otra le es negada, por lo que se tiene otra limitación, y si alguien está consciente de sus limitaciones es el anciano.

En el momento de la vida no se lleva otra idea que la de vivir lo que hay que vivir. Esto está presente en todo el ser y por tal razón está en el pensamiento y en el recuerdo.

El espacio cósmico infinito era inquietante para Pascal¹²¹ y le hacía cobrar conciencia del carácter cuestionable del hombre que se halla expuesto en el mundo. Pero lo que le espantaba y conmovía no era la recién descubierta infinitud del espacio en contra de su anterior supuesta finitud, sino tratar de representar los límites del espacio o su falta de límites, un tiempo con principio y fin o un tiempo sin principio ni fin, y ambas cosas eran igualmente imposibles y desesperadas y, sin embargo, parece que no había opción posible más que entre un absurdo y otro.

La respuesta que Kant le dió a Pascal sobre este aspecto, se puede formular así: " Lo que te espanta del mundo, lo que se enfrenta como el misterio de su espacio y de su tiempo, es el enigma de tu propio captar el mundo y de tu propio ser."

Para Heidegger¹²², el hombre es un ente de excepción, un ente existente y concreto que está ahí, como un ser cuyo ser consiste esencialmente en estar en el mundo, formando con su entorno una unidad indivisible, como conciencia actuante en el seno de un absoluto: la nada.

- " Porque el hecho es que, al nacer, me encuentro con que estoy aquí y ahora, es decir, existiendo, viviendo, realizando funciones específicamente humanas. No soy una piedra, ni un árbol, sino precisamente un hombre

121. Citado por: Buber, 1964, pp. 38-40.

122. Heidegger, 1949, p. 35.

conviviendo, entre otras cosas, con piedras y árboles. Estoy con las cosas del mundo. Aquí estoy. Pero ¿ qué soy o quién soy ? Y, luego, ¿ por qué estoy ? ¿ de dónde vengo ? ¿ a dónde voy ? Concretando, ¿ cuál es la razón de ser, el sentido de mi existencia, de mi presencia entre todas estas cosas que integran el mundo o, en todo caso, mi mundo ? ¿ Quién puede contestarme de un modo satisfactorio a estas preguntas ? Habría que preguntárselo a Dios".

Los existencialistas contemporáneos concuerdan en que la existencia humana se diferencia de la realidad no humana, puramente vegetativa, por su anhelo de trascendencia. El hombre no está satisfecho en la situación dada en que se encuentra y en la cual no es más que una cosa entre otras muchas. Trata de afirmar su propio yo por encima de la realidad tangible de las cosas y trata de asegurar su dominio sobre su ambiente natural. Frustra de esta inquietud del espíritu humano y de esta necesidad constante de autoafirmación con sus actitudes rebeldes cuando, en la senectud, es confinado contra su voluntad. Sartre afirma que el yo humano es, por definición, la búsqueda de una realidad a la vez tangiblemente real y consciente de sí misma.

El principio de la individualidad alude al hecho fundamental de la infinita variedad de las personas humanas en cuya virtud cada una está hecha a su manera peculiarísima y singular. En cada individuo hay algo indefinible, propio únicamente de él y, por consiguiente, absolutamente insustituible. Esta individualidad es a la que se aferra con más desesperación el anciano y

cundo éste sufre su pérdida se siente desposeído de su integridad. La dignidad de ser hombre,¹²³ concebida en toda su plenitud cuando se es útil y creativo, es independiente de la forma exterior. Esta posición filosófica del ser individual, se contrapone explícitamente con la condición de objeto a que se condena al egotismo en general y que se enfatiza particularmente con el confinamiento a que se somete al viajero.

Según Hegel¹²⁴ para ser hombre es necesario ser reconocido por los demás, por las otras consciencias: "yo no soy yo, mas que haciéndome reconocer por los demás y reconociendo a los otros como si fueran yo mismo". Los hombres constituyen la sociedad y la sociedad moldea a los hombres. Es en la sociedad donde el hombre se afirma a plenitud, en donde gg.

Se considera que el mínimo valor animal es la conservación de la vida y para ello ha sido dotado de instinto. La manera que el hombre tiene de penetrar en el terreno humano y de ser re-

123. El maestro Jaime Torres Bodet expresa este sentir de una manera admirable en su poema "Hombre":
Hombre no cansaré ni oficio de hombre, / Hombre he sido y seré mientras exista, / Hombre no más: proyecto entre proyectos, / boca sedienta al saltare adherida, / pies inseguros sobre el polvo ardiente, / espíritu y materia vulnerables / a todos los oprobios y las di- chas... / Nunca me sentiré rey destronado / ni Ángel abolido mientras viva, / sino aprendiz de hombre eternamente: / hombre con los que van por las colinas / hacia el jardín que siempre los repudia, / hombre con los que hacen entre escogidos / la verdad necesaria y prohibida, / hombre entre los que labran con sus manos / lo que jamás haría un alma digna, / ¡ porque, de todo cuanto el hombre ha hecho, / la sola herencia digna de los hombres / es el derecho de inventar su vida.

124. Citado por: Kojève, 1957, p. 33.

conocido como hombre es demostrando su calidad humana. Pero el hombre, como ser biológico, también está dotado de instintos que se hacen patentes a cada momento. El hombre se angustia cuando ve que va envejeciendo, que sus facultades disminuyen, cuando siente que la vida declina y todavía no logra su trascendencia. El instinto de conservación y de reproducción se funden en el hombre cuando este trasciende en su hijo, en él adquiere consciencia de sobrevivir y conserva su existir.

La única realidad substancial, según Uexküll,¹²⁵ viene a ser la realidad del yo, del ser, en su inquietante singularismo. Este yo es universal e individual a la vez, porque el universo es en él, y gira en torno a él: " ¡ No hay otro yo en el mundo ! No aquí una sentencia que no deberíamos olvidar nunca; y sobre todo al acercarnos cuando el temor que desaparecer un día, nos venga con la ridícula obligación de que somos un átomo en el Universo y que sin nosotros siguen los astros su curso y que el bien ha de realizarse hasta sin nuestro concurso, y que es sobria imaginar que toda esa inmensa fábrica se hizo para nuestra salud. ¡ No hay otro yo en el mundo ! Cada uno de nosotros es único e insustituible. Cada cual de nosotros es absoluto. Si hay un Dios que ha hecho y conserva el mundo, lo ha hecho y conserva para mí. ¡ No hay otro yo ! Los habré mayores o menores, mejores o peores, pero no hay otro yo. Yo soy algo embargante nuevo; en mí se resume una eternidad de pasado y de mí arranca una eternidad de porvenir."

125. Uexküll, 1939, p. 255.

Es tener consciencia del yo, de sentirse único e ir-
sustituible adquirir un valor de falacia en el anciano cuando se
da cuenta de que no es único y de que es fácilmente sustituible
cuando el hijo o el sistema institucional toma a su cargo las de-
cisiones, inclusive las que a él le conciernen, cuando es despla-
zado y no tiene un papel activo definido, cuando su sentido de im-
portancia es menoscabado.

Para el anciano el tiempo no tiene un valor decisivo
comparado con la eternidad que se aproxima. Por esto tiene mayor
necesidad de explorar el tiempo, de acentuar su propia existencia
en su interioridad personal.

El viaje no es únicamente un ser a quien le ocurre al-
go; es capaz de reflexionar sobre su situación en el tiempo, y por
lo tanto de recorrer el pasado para servicio del presente y de es-
timar cuáles son los requerimientos de su futuro incierto pero de-
terminable.

Existir como el hombre existe, es para Heidegger,¹²⁶
estar en el tiempo. El ser del hombre, el ser de la existencia,
es el devenir, y el tiempo tiene para él una significación casi
substancial. La característica del hombre radica en ser históri-
co. La existencia no debe confundirse con la vida; las plantas y
los animales irracionales tienen vida pero no existencia. Esta es
inseparable del pensamiento. Para el anciano, su existencia se
centra sobre todo en sí mismo y esta existencia hace que viva
más en el recuerdo que en la experiencia del devenir.

126. Citado por: Romano, 1953, p. 22.

En la vida del hombre, dentro de su efímera temporalidad, en su accidente vital que empieza con el nacimiento y acaba con la muerte, la existencia precede a su esencia concreta e individual. El hombre al nacer es un mero "proyecto" por realizar, un mero haz de potencialidades, de tendencias naturales, cargadas de porvenir, temporalidad que se resuelve en un irreversible fluir vivencial. La esencia individual cambia y se modifica momento a momento, de un modo inescapable e imprevisible conforme transcurre la vida.

La edad modifica la relación con el tiempo; con el correr de los años el futuro se acerca mientras que el pasado crece. Se puede definir al viejo como un individuo que tiene una larga vida detrás de sí y delante una esperanza de supervivencia muy limitada.

Hay en el recuerdo una especie de magia a la que se es sensible a cualquier edad. Sartre¹²⁷ lo resalta en su obra: "El Ser y la Nada": "De ahí viene que el recuerdo nos presente el ser que éramos con una plenitud de ser que le confiere una suerte de poesía. Ese dolor que sufrimos, al fijarse en el pasado no deja de presentar el sentido de un para sí, y sin embargo existe en sí mismo como la fijera silenciosa de un dolor de otro, de un dolor de estatua".

"El futuro es el que decide si el pasado es viviente o no", observa Sartre. Un hombre cuyo proyecto es progresar se desliga de su pasado; define su antiguo yo como el que ya no es y se desinteresa de él, en contraste con el anciano que se aferra

127. Sartre, 1965, p. 412.

a su pasado, en él vuelve a vivir.

Es cierto que un hombre puede volverse con orgullo hacia su pasado, sobre todo si el presente que vive y el futuro que presiente le decepcionan. Entonces se apoya en sus recuerdos, los convierte en una defensa e incluso en un arma. Estos arranques intermitentes de orgullo implican el gesto pánico de lo que fue. Un anciano decepcionado de su situación sólo encontrará en ella aliento para su amargura, una razón más para lamentarse del presente.

Junto con el proceso de decadencia biológica, comienza un proceso de reagrupamiento de la persona, una vuelta sobre sí mismo, hacia la interioridad, enriquecida con la experiencia de toda una vida.

La razón permite al anciano tener consciencia de su situación y al mismo tiempo la posibilidad de llenar el presente con la realidad de lo que ha sido y la posibilidad de lo que todavía será. Cuando se pierde la razón, se pierde el sentido del tiempo y la esperanza de vivir con plenitud y buscar la trascendencia pierde su objeto.

Las necesidades cognitivas del hombre son más grandes que su capacidad para satisfacerlas. El hombre no puede evitar hacer preguntas acerca del significado de su existencia y la naturaleza de la persona humana. Estas preguntas caen dentro de la región que Merleau-Ponty llama "reflexión subjetiva" o "pensar existencial".

El hombre es demasiado complejo para encerrarse en un

solo molde, demasiado diverso para una simple definición. Es una amalgama de contradicciones desconcertantes.

La parte física del individuo, el cuerpo, nace, vive, crece, envejece y muere. Gobernando ese cuerpo parece existir un algo intangible capaz de sentir y pensar, una parte sutil, esencia de su ser que es la que cuestiona sobre su existencia y es la que algunos creen perdurable tras la desaparición del cuerpo. A sus diversos aspectos se han aplicado varios nombres: mente, voluntad, alma, espíritu. El hombre parece estar formado por dos seres: el material y su contrapartida inmaterial.

En términos de supervivencia, hay una necesidad de comprender la realidad existencial en términos causales. Sin embargo, cuando el hombre intenta aplicar el pensamiento causal o comprender su posición en el universo, se ve obligado a encontrar un sentido a la vida, a explicar las inevitables ansiedades, angustias, dolores, frustraciones y privaciones de la vida en términos de intención o al menos de una causalidad llena de sentido. De esta manera, surgen los sistemas de pensamiento que intentan responder al problema de la intención, del sentido.

El problema del sentido o de la finalidad de la vida, la motivación para la vida, es un problema teleológico que no puede resolverse en términos de causalidad, sino en términos de creencia o por una anulación del problema mismo y por una aceptación de la existencia por sí misma.¹²⁸

128. Esta es la actitud de Goethe cuando expresaba: "Mientras más lo pienso, más me convence de que la vida no tiene otro objeto que el de ser vivida."

La búsqueda de sentido es el intento para comprender el lugar del hombre en el universo, para integrar y coordinar su relación con la continuidad de la vida.

Kierkegaard¹²⁹ escribía: " La cuestión no es para mí lo que debe conocer; más bien se trata de comprender mi destino; se trata de encontrar una verdad, y para mí la verdad es encontrar la idea por la cual quiero vivir y morir. ¿ De qué me serviría descubrir una verdad llamada objetiva si para mí mismo y para mi vida no tuviera una profunda significación ? Lo que yo necesitaría sería llevar una plena existencia humana en lugar de una vida meramente cognoscitiva, de suerte que el desarrollo de mi pensamiento no tendría por base un algo llamado objetivo, un algo que no es mío, propio, si no que se fundaría sobre algo fuertemente ligado a la raíz más profunda de mi existencia, por la cual, si así puede decirse, estoy unido a lo divino, aunque el mundo caiga hecho escombros. No aquí lo que necesito y, por consiguiente, a lo que aspiro."

La vida en sí no tiene significado; es una mera posibilidad de posibilidades. Tiene valor cuando es creativa, por sus vicisitudes en sí mismas valiosas, cuando se la afirma, se la enriquece y se la ennobla, o negativamente, cuando se la niega, se la depauperara o se la envilece. Una es la vida biológica y otra la vida espiritual. La planta vive, no por vivir su vida, sino porque vive. El vivir del hombre, en cambio, es un vivir para, es un vi-

129. Citado por: Romano, 1931, pp. 12-13.

vir con finalidad, con sentido. El hombre sí vive por vivir su vida; es libre para hacer de ella una vida plena o una vida más condicionada a su entorno socioeconómico. Puede incluso suicidarse, renunciar a ella, cosa que no ocurre con la planta.

El anciano al perder interés por la vida reduce su dimensión existencial. Todo el ansia de inquietudes de sus tiempos de juventud y de madurez se van sucesivamente marchando. Es frecuente que al empezar a declinar se sienta confundido. Conforme el tiempo pasa comienza, en cierta forma, un lento habituarse al vivir anegado y del amor íntimo se pasa a cierta indiferencia progresiva. Cuando se trata de una vejez sana, su tiempo es tranquilo aprovechando intencionalmente la vida, dándole sentido. Esta vejez, sin embargo, es cada vez más excepcional. Requiere para darse de tres elementos esenciales: personalidad madura, salud y status socioeconómico adecuados.

La vejez comienza al inevitable análisis de la vida y de lo vivido, pero sobre todo, de aquello que no se conoce por no haberse vivido ni experimentado. No hay día de que el miedo a la muerte y el espanto con desesperanza, es una angustia que el hombre que la sufre la ha ido fraguando a lo largo de toda su existencia. Sin embargo, al analizar sus vivencias, adquiere importancia la falta de lo jamás vivido ni experimentado. En ocasiones se profiere una experiencia considerada esencial, que es la experiencia del tedio y del vacío.¹³⁰

130. Horacio en su oda a Manius confiere esta preferencia al dios claror: " Los genes que he poseído, a pesar del destino, son míos". También el siguiente verso alude a esta preferencia: Con sin temor del hado, / el curso lleva de tu edad humana, / que no podrá la muerte de mañana, / quitarte lo que habías hoy ganado.

El amor a la vida puede ser tan contagioso como el amor a la muerte. Se comunica sin palabras ni explicaciones. Se expresa en actitudes más que en ideas, en el tono de la voz más que en palabras. Puede observarse en el ambiente de una persona o de un grupo, y no en los principios y reglas según las cuales organiza su vida.

Entre las condiciones específicas necesarias para el desarrollo de una biofilia, Erich Fromm¹³¹ menciona las siguientes: "cariño; relaciones afectuosas con otros durante la infancia; ausencia de amenazas; enseñanza -- por el ejemplo y no por prédicas -- de los principios conducentes a la armonía y fuerza interiores; guía en el " arte de vivir "; influencia estimulante de otros y respuesta a la misma; un modo de vida creativo ". Lo opuesto a estas condiciones fomenta el desarrollo de la neurofilia, como: " crecer entre gente que desea la muerte; carecer de estímulo; frialdad afectiva; condiciones que hacen la vida rutinaria y carencia de interés; relaciones mecánicas en vez de afectivas entre las personas ".

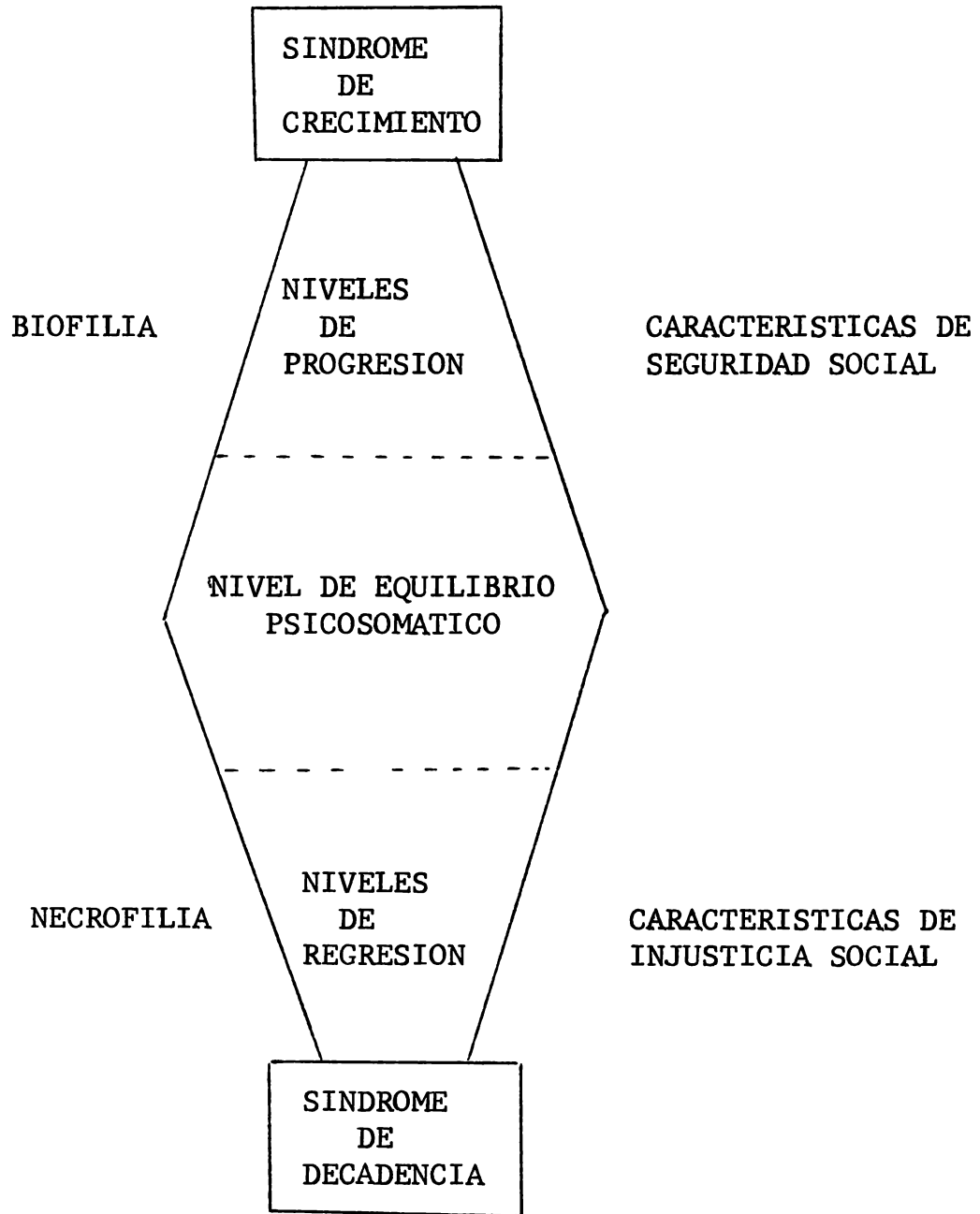
Un factor relevante es el de una situación de abundancia y otra de escasez, tanto económica como psicológica. En la medida en que la mayor parte de la energía del hombre se emplea en la defensa de su vida contra ataques del entorno, el amor a la vida se atrofia y se fomenta la neurofilia. (Ver Figura 13).

Una condición social importante para el desarrollo de la biofilia es la abolición de la injusticia. Esto no se refiere al concepto de descontento según el cual se considera injusti-

131. Fromm, 1974, pp. 26-33.

FIGURA 33

RELACION DE LA BIOFILIA Y NECROFILIA CON LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL.



cia el que no todos posean exactamente lo mismo; se refiere a una situación social en la que una clase social explota a la otra y le impone condiciones que no permiten el despliegue de una vida rica en experiencias, o en otras palabras, cuando no se le permite a una clase social particular la misma experiencia de vivir que a otras; en último análisis, con la palabra injusticia se refiere una situación social que en el hombre no es un fin en sí mismo sino que se convierte en medio para los fines de otro hombre.

El amor a la vida se desarrollará más en un entorno donde hay: seguridad en el sentido de que no están amenazadas las condiciones materiales básicas para la vida; justicia en el sentido de que nadie puede ser un fin para los propósitos de otro, y libertad en el sentido de que todo individuo tiene la posibilidad de ser un miembro activo y responsable de la sociedad.

Se considera también que en un entorno donde existen equidad y justicia social puede no ser suficiente el amor a la vida si no se estimula la realización creadora del individuo en todas las etapas de su vida.

Una manifestación de neurofilia es la emergencia de la inteligencia consciente, provocada por un sentimiento de repulsión aguda producto de un sistema socioeconómico que conduce a estas manifestaciones. El mundo no tiene objeto para quien carece de esperanza, y la furia originada por la desesperación se traduce en un sentimiento de destrucción.

Estas manifestaciones se presentan con cierta frecuencia entre los senectos anclados en instituciones de beneficencia pú-

blica donde el ambiente acrecienta la desesperación y hace que se traduzca en sentimientos de hostilidad hacia las personas que los rodean, de destrucción hacia el inmueble e incluso de auto-destrucción.

El organismo aprende por experiencia a neutralizar los estos nocivos que se deben evitar si no se quiere sufrir dolor. El dolor no es un mero sufrimiento sin sentido. Tiene una razón de ser, importa para la supervivencia. La sensibilidad a la amenaza de algún mal es una ventaja en la lucha por la existencia. Escapar al dolor, la aflicción o la desgracia, experimentados en el pasado y previstos para el futuro es un objetivo importante de la vida y el anciano, en especial, ha adquirido un cúmulo de experiencias dolorosas que le permiten evitarlas posteriormente, aun cuando para ello tenga que tomar actitudes introvertidas que le protejan del entorno en que vive.

La posibilidad de existir después de la muerte hace que en los ancianos, sobre todo, sean comunes las manifestaciones religiosas. Son la consecuencia necesaria de la inclinación del hombre a creer en la existencia de un mundo posterior a la muerte, invisible, sobrenatural y maravilloso; inclinación que ha podido nacer ya como una reminiscencia de su estado anterior, ya como el presentimiento de una vida futura.

Las actitudes religiosas tienen como fundamento el deseo de no morir del todo, es la esperanza de seguir viviendo aun después de muerte, es el anhelo de inmortalidad inherente a todo ser humano, es el deseo de trascender.

Miguel de Unamuno¹³² en su obra " Amor y Pedagogía " pone en labios de su personaje don Fulgencio el miedo a morir y el anhelo de inmortalidad, de trascender, común al hombre:

- " ¿ Sabes quién fue Sócrates ? Fue uno que quemó el templo de Efeso para hacer impercedero su nombre; así quemamos nuestra dicha para legar nuestro nombre, un vano sonido, a la posteridad. Si, no creemos ya en la inmortalidad del alma y la muerte nos otarra, a todos nos acogeja y amarga el corazón la perspectiva de la nada, del ultratumba, del vacío eterno. Comprendamos todo lo lúgubre, lo espantosamente lúgubre de esta fúnebre procesión de sombras que van de la nada a la nada, y que todo esto pasará como un sueño, como sombra de un sueño, y que una noche te dormirás para no volver a despertar nunca, y que ni tendrás el consuelo de saber lo que allí haya... y los que te digan que esto no les preocupa nada, o mientan o son unos estúpidos, unos desgraciados que no viven, porque vivir es anhelar la vida eterna... Vivir unos días, unos años, unos siglos, unos miles de siglos ; qué más da ? Y como no creemos en la inmortalidad del alma, soñamos en dejar un nombre, en que de nosotros se hable, en vivir en la memoria ".

El anciano como cualquier humano, también es susceptible al anhelo de inmortalidad, también desea perdurar en la memoria de la gente, en su descendencia, en el recuerdo de sus fa-

132. Unamuno, 1964, pp. 111-112.

miliars, en sus obras. Y cuando el anciano se ve relegado, cuando se siente marginado, olvidado, es cuando es más susceptible de sentir la angustia de la muerte próxima a él, cuando adquiere conciencia de su temporalidad y de su finitud.

6. PROPUESTAS PARA LA PROTECCION Y FOMENTO DE LA SALUD DEL ANCIANO.

Uno de los objetivos de los programas de salud pública y de la medicina preventiva debería ser la promoción de la salud integral del anciano, con especial énfasis en las medidas higiénicas y dietéticas, capaces de prevenir o retrasar el desarrollo de enfermedades incapacitantes.

El aforismo de que los viejos no enferman por viejos si no porque tienen alguna enfermedad, se confirma frecuentemente obligando a tomar medidas para investigar la presencia de enfermedades incipientes entre los ancianos.

Muchos senectos requieren exámenes periódicos para conocer sus problemas en una etapa temprana. El deterioro se evitaría o retardaría por medio de medidas oportunas de vigilancia continua.

Williamson¹³³ opina que los más vulnerables son los viejos que viven solos, los que acaban de perder al cónyuge, los que tienen dificultades locomotoras de cualquier tipo, los que exhiben signos de deterioro mental, los que fueron dados de alta del hospital, en particular si presentaron síntomas de abandono personal en el momento del internado, y los que tienden a aislarse y a rechazar el trato con la gente.

Tres aspectos principales, en la prevención de enfermedades de los ancianos, son: primero, tratar de preservar en todo lo posible la salud del individuo a medida que envejece; segundo, mantener su salud mental, y tercero, preservar su posición y dignidad.

133. Williamson, 1966, p. 27.

circunstancias sociales.

En el caso de las personas más ancianas la medicina preventiva se ocupa principalmente de la prevención secundaria que de la primaria.

Prevención primaria significa impartir enseñanza sanitaria a partir de la juventud y continuarla durante la edad adulta hasta la preparación preajubilatoria y la senectud; puede continuarse en centros de salud y mediante asesoramiento individual en el domicilio del paciente.

Los programas masivos de educación sanitaria despiertan el interés de los ancianos y no solo aportan información sobre la manera de conservar la salud sino también sobre nutrición, ejercicios adecuados y medios de protección y fomento de la salud al avance de los ancianos.

Estos programas concuerdan con los propósitos del servicio de geriatría que establece la Organización Mundial de la Salud de "mantener a los ancianos con buena salud y felices en sus propias casas el mayor tiempo posible".

La prevención secundaria, o sea prevenir el progreso de la enfermedad, se practica de varias maneras con carácter comunitario y en ella las acciones asistenciales del Estado son muy importantes.

Un aspecto importante en la prevención de enfermedades en ancianos es evitar los accidentes y conservar la salud mental. Aunque cuando hay una pérdida progresiva de neuronas a medida que se envejece, esta pérdida no se pone de relieve en muchos ancianos

porque el cerebro posee capacidad para compensarla por otros medios.¹³⁴

Las personas dedicadas a actividades intelectuales exhiben, por lo general, una menor decadencia de sus aptitudes mentales que aquellas que se dedican a actividades manuales rutinarias, posiblemente, porque el trabajo manual rutinario implica hábito y no el ejercicio constante de la mente.

En los senectos, muchas veces la capacidad mental declina en el momento en que aumenta la fragilidad física por experiencias traumáticas como pérdida del cónyuge, jubilación obligatoria o merma de ingresos.

El anciano muere más frecuentemente a causa de cardiopatías, hemorragia cerebral, arterioesclerosis, cáncer, nefritis crónica, accidentes y bronconeumonía como causa inmediata o secundaria. En las poblaciones que están envejeciendo, el número de muertes por estas causas es cada vez mayor debido al incremento de los grupos mayores de 60 años y al aumento de la esperanza de vida.

Otro problema que se presenta en la senectud es de carácter social. Está condicionado por complejos psicológicos, principalmente por desadaptación. El declinamiento paulatino de la capacidad física y mental por el envejecimiento conduce al individuo a un estado de dependencia que puede llegar hasta la inhabilidad completa, llegando a requerir ayuda permanente para las necesidades diarias de la vida. En otros casos la morbilidad de la senectud es la soledad y el abandono.

134. Anderson, 1973, p. 693.

A los problemas de orden socioeconómico y psicológico se agregan las enfermedades crónicas invalidantes, los trastornos muy tales, los accidentes, etc., que forman un círculo vicioso con los factores antes mencionados y agravan cada una de estas situaciones.

El problema es mayor para la familia cuyos recursos son limitados y donde sus componentes deben trabajar sin poder dedicar atención al anciano inválido y los hospitales son incapaces de atender todos los casos que se les presentan. Esta situación es dramática en México, donde la protección del anciano, tanto desde el punto de vista biológico como social, es muy precaria.

El bienestar del senecto está amenazado no sólo por accidentes comunes sino que también se ve afectado por diagnósticos crónicos que pueden reducir la alegría de la existencia a tal punto que puede equivaler prácticamente a un acortamiento de la vida.

Debe insistirse en que, si bien muchas de las enfermedades crónicas de la senectud no pueden curarse totalmente, su diagnóstico temprano, seguido de una cuidadosa vigilancia, puede lograr un nivel considerable de capacidad funcional y de bienestar.

La protección de la salud para la etapa final de la vida de la concuerda el ser humano en su propia madurez, si conserva la alegría de vivir y un espíritu de curiosidad y renovación siempre activos. La base de esto reside en el fomento de una buena salud física y mental.

Los principales medios para vigilar la salud son los exámenes clínicos, los de laboratorio y los de gabinete; exámenes que deben realizarse periódicamente en todo sujeto que sobrepase los cuarenta años. Debería efectuarse, cuando menos el clínico, cada

año para poder detectar a tiempo y prevenir enfermedades tales como: neoplasias, enfermedades metabólicas, enfermedades degenerativas, etc. Estos exámenes de control clínico se pueden realizar a través de centros de salud, servicios hospitalarios de consulta externa o programas de control para enfermedades específicas.

Frecuentemente, las personas ancianas suelen ser malnutridas con respecto a la alimentación. Esto puede ser debido a problemas con la dentadura. La debilidad de los nervios faciales hace muy difícil la función limpiadora de la cavidad bucal que normalmente ejerce la lengua.

Por otra parte, es importante que en la selección de alimentos el factor determinante sea el gusto del anciano y que la dieta contenga los elementos nutritivos necesarios.

Existen otros factores que a veces se pasan por alto en la nutrición del senecto. Así, muchas veces la falta de actividad y el sentimiento de soledad junto con algunos conflictos psíquicos propios de la senectud se traducen en pérdida del apetito con la consiguiente desnutrición; por el contrario, en otros individuos tales factores provocan una sobrealimentación como resultado de hábitos alimentarios originados por falsas teorías sobre el alargamiento de la vida o la consecuencia de una constante preocupación por las funciones eliminatorias con el uso habitual de sales minerales u otro regulador que estropea la absorción de algunos principios nutritivos o trastorna la coordinación fisiológica del aparato digestivo. Otras veces se necesita corregir un defecto de masticación, ya sea que obedezca a la pérdida de piezas dentarias o de las adaptadas. También en personas ancianas el factor económico puede ser determinante en la mala nutrición.

En general, son pocos los ancianos que necesitan de una alimentación preventiva. Debe tenerse presente que el apetito no solo comprende el placer de comer y beber sino que simboliza el apetito por la vida.

No son pocos los asilos de ancianos en los que bajo la consigna de una alimentación " preventiva " se les sirve a los residentes una comida tan pobre e insulsa que inclusive al hufopé ocasional se le quita el apetito. Una alimentación de tal naturaleza significa renunciar a gozos naturales legítimos, reduce el nivel de capacidad física y mental, y limita la intensidad de la vida. La alimentación preventiva es el medio más seguro para acelerar el proceso de envejecimiento.

Si bien la frecuencia con que se presentan las enfermedades de tipo agudo entre los viejos no es mayor que la de los jóvenes, la duración y la estancia hospitalaria de los primeros, suele ser más prolongada. Las enfermedades crónicas y la incapacidad física son cinco veces más frecuentes entre personas de 65 años o más que en el resto de la población.¹³⁵

El control de los cuadros patológicos, a fin de prevenir la salud y actividad en los últimos años de la vida, debería ser uno de los principales objetivos de la investigación y de la práctica médica contemporánea.

Para mantener la salud de los viejos es necesario establecer programas comunales de profilaxis, diagnóstico y tratamiento temprano así como de rehabilitación. Cada día son más necesarios los servicios de centros de diagnóstico, servicios de enfermería

135. Barquin, 1972, pp. 407-412.

ría a domicilio, centros de rehabilitación, lugares de recuperación y algunos otros.

Las medidas preventivas contra las enfermedades respiratorias crónicas, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, así como la localización precoz y el tratamiento oportuno de esas afecciones, contribuirán probablemente a disminuir la importancia de algunos problemas de salud de las personas senectas. Otro tanto se puede decir de las disposiciones que se adopten para facilitar aparatos a los viajeros para que aumenten su movilidad y mitiguen sus deficiencias sensoriales.

El cuidado y tratamiento del anciano no debe ser visto desde el punto de vista pesimista. Aun los pacientes que presentan serios trastornos orgánicos pueden ser ayudados logrando que se adapten mejor a su medio lo que facilita su tratamiento.

Los objetivos del tratamiento consisten en disminuir al máximo el sufrimiento del paciente, mejorar su conducta, reducir la fricción interpersonal, rehabilitarlo para el trabajo u otra actividad vocacional y, en general, hacerlo más activo y capaz para que tenga interés por la vida. Para alcanzar estas metas debe prestarse atención no solo al paciente sino también a su familia, a la comunidad, a los servicios sociales disponibles, etcétera.

La apatía, la inercia, la pérdida de agilidad mental y el abatimiento hacen pensar, muchas veces, en una decadencia determinada socialmente en forma previa. La falta de contactos sociales y la debilidad física provocan un abandono del aspecto personal que refuerza la impresión de una decadencia senil avanzada, cuando en realidad la afección puede ser curable. A veces el paciente se desinteresa de sus asuntos e se encierra en un aislamiento

complejo y con frecuencia carece de parientes o amigos que hablen por él. Sólo un período de observación y un examen detenido permitirán en esos casos formular un diagnóstico.

El anciano rechazado y solitario desarrolla a menudo un complejo sintoma y signos que simulan una enfermedad orgánica, con el único objeto de llamar la atención sobre sí mismo. La psiquiatría contemporánea (representada por Post, Bergmann, Kral y Savage) ya no considera los problemas emocionales del anciano enfermo, calificadas erróneamente de seniles, como trastornos necesariamente invalidantes y permanentes; la psicoterapia individual y de grupo han obtenido cierto éxito con este tipo de pacientes.

Los impedimentos físicos, que disminuyen la agilidad de los ancianos y las deficiencias visuales y auditivas contribuyen a aumentar su aislamiento y, a veces, como consecuencia, la frecuencia de trastornos mentales.

Uno de los tratamientos más peligrosos para los ancianos es la inactividad forzosa. A veces se hace guardar cama a los enfermos más de lo necesario bajo la idea de que es más fácil cuidarlos de ellos cuando están acostados y eliminar así el riesgo de caídas. Pero el hecho de hacerlos guardar cama no es el principal peligro a que se expone al anciano. En los establecimientos, debido a la falta de personal, no se cambia al enfermo de posición en su cama con bastante frecuencia, provocando las terribles úlceras de decúbito (escaras), que son heridas abiertas tan dolorosas como difíciles de curar.

Es corriente también administrar medicamentos sin prescripción que provoquen sexuales o efectos secundarios difíciles de

tratar por personal paramédico.

La familia frecuentemente no tiene conciencia del daño que hace cuando priva a los ancianos de pequeños placeres y de ciertas actividades que muchas veces representan para ellos una finalidad. Entonces los viajes tienen la consecuencia de no tener un objetivo en la vida y este vacío es explotado por algunos miembros de la familia para tomar por ellos ciertas decisiones; por estas razones, un aspecto importante de la protección y fomento de la salud del anciano debería incluir también la educación de la familia del saneto.

Independientemente de que un enfermo crónico sea joven o viejo, su mayor necesidad es la de que se le considere como parte de su familia y de la comunidad.

La enfermedad crónica por sí misma requiere de muchas atenciones. La duración impredecible de la enfermedad precisa un constante cuidado y una minuciosa planeación de los servicios. El anciano puede atravesar por largos períodos de estabilización o regresión, evolución lenta o etapas agudas. El cuidado y tratamiento debería recibir cada situación a medida que se presenta.

Para los pacientes crónicos se necesita una gran variedad de servicios. En el hogar o en una institución, son necesarias, según la etapa evolutiva, diversos grados y combinaciones de los siguientes servicios: consultas clínicas, rehabilitación (incluyendo gástrica y adiestramiento en su uso y en el cuidado personal), atención odontológica, terapias físicas y ocupacionales, servicio social, atención continua de enfermería, cuidados dudosos, atención hospitalaria, adiestramiento y consejo voca-

cional, servicios de protección en el hogar y visitas estimuladas y comprensivas.

Todas estas necesidades podrían resumirse diciendo que el paciente con una enfermedad de larga duración necesita un servicio adecuado y eficaz así como muchas atenciones en el momento preciso. Es frecuente que el anciano padezca incapacidades múltiples y que requiera acceso a un servicio capaz de contemplar al individuo integralmente, con preferencia en el contexto de sus circunstancias y relaciones sociales.

Es posible que en el pasado se hayan exagerado las diferencias existentes entre el paciente geriátrico y el resto de los enfermos. Es cierto que el enfermo senescente está fuera del día a día, pero alienta los mismos anhelos, afectos, miedos, impulsos valerosos y debilidades que el resto de la gente.

En el ambiente en que se desenvuelve, frecuentemente, le preocupa acercarse a la edad de la soledad y de la incapacidad física. En medio de una sociedad que da prestigio en razón de la productividad, se siente relegado e injustamente rechazado.

Una de las tareas de la rehabilitación es lograr el equilibrio de esta situación. Debe buscarse que los ancianos gocen de las mismas prerrogativas que han alcanzado en otras etapas de la vida.

Los encargados de la rehabilitación institucional deberán realizar un diagnóstico y un plan de rehabilitación para cada anciano, para seguir después con medidas de recuperación física, aparatos de prótesis, adiestramiento vocacional y terapia ocupacional.

Los servicios de rehabilitación vocacional podrían ampliarse hasta organizar talleres, pequeños negocios o cualquier otra forma en que el anciano trabaje bajo su propia responsabilidad.

Las técnicas de rehabilitación se ocupan en especial de mejorar la capacidad funcional o de impedir que ésta continúe deteriorándose. Según los objetivos de rehabilitación elegidos se distinguen dos tipos de enfoques. Por una parte, se tienen diversas técnicas cuyo propósito principal reside en la rehabilitación individual como terapia ocupacional, terapia física, taller protegido, etc. y los grupos de discusión; por la otra, se hallan las técnicas destinadas más que nada a promover el funcionamiento social del paciente, como procesos de incorporación familiar, adiestramiento específico y ocupación en tareas creativas.

El objetivo de la rehabilitación es la reactivación en términos de: 1) reocialización, o sea estimular la verbalización e interacción entre los pacientes y entre éstos y el personal del hospital, asilo o familia; 2) facilitar las actividades dentro de la institución, o sea proveer oportunidades para desarrollar actividades que concuerden con los deseos del paciente, y 3) promover un sentido de suficiencia que permita a los pacientes avanzar hacia cierto grado de acción independiente dentro del marco de referencia de la vida comunal de la institución.

La capacidad funcional en la vejez no podrá recuperarse totalmente, de aquí que la actitud mental del anciano sea tan importante en el sentido de tratar de obtener el mejor provecho de su estado de salud. Si bien por medio de la fisioterapia es posible recuperar las funciones físicas, es necesario también inculcarle al anciano el deseo de aprovechar esta posibilidad de mejo-

ría; en este aspecto, la actitud mental es de gran importancia.

Una eugenesia¹³⁶ adecuada, que sea capaz de aumentar el sentimiento de utilidad personal, ha probado su eficacia. Para que cumpla su función, debería ser algo más que una rutina médica y estar de acuerdo con las habilidades personales del paciente y con sus anteriores actividades.

Para que el tratamiento y la rehabilitación den resultados satisfactorios es indispensable adoptar desde el principio las disposiciones necesarias para que el anciano vuelva a ocupar su puesto en la familia y en la sociedad. Siempre que haya esperanza de curación, se toman las medidas que convergen para que él se pueda quedar en su domicilio o volver a él cuando su estado lo permita. En caso de hospitalización se toman desde el primer momento las precauciones necesarias para evitar que el anciano tenga la impresión de que se separa de la familia para siempre.

Es conveniente mantener a los ancianos en contacto con la sociedad y, si la hospitalización es hace necesaria, transferirlos rápidamente y enviarlos a su domicilio antes de que haya sido definitivamente sus vínculos sociales. Cada vez se atribuye mayor importancia al medio social como factor de salud y se comprende mejor que separar a un individuo de su medio puede representar un daño tan grande como la enfermedad misma.

Si la familia ha de cumplir su parte en la tarea de curar

136. La eugenesia es un sistema de rehabilitación a base de ejercicios que se adaptan a la condición de salud y a las limitaciones físicas del paciente.

dar a los ancianos, ésta debe colaborar con la institución hospitalaria para evitar que a las limitaciones de la familia se sumen las del hospital. Deben llevarse a cabo todos los esfuerzos necesarios para superar cualquier dificultad. Una de ellas ha sido el carácter continuo del trabajo que impone un anciano enfermo dentro del hogar, lo cual puede agotar la paciencia y el amor más grande cuando no se vislumbra ninguna esperanza de alivio.¹³⁷

Para remediar esta situación, algunos hospitales, como el de Cardiología en la ciudad de México, han empezado a admitir ancianos enfermos por breves períodos, comúnmente dos semanas, a fin de dar oportunidad a los familiares de descansar y al mismo tiempo observar y atender al paciente. Este servicio ha sido bien recibido y ha venido a resolver parte del problema.

En muchas ocasiones no se requiere un verdadero servicio hospitalario y esto ha dado lugar al establecimiento de hogares para cortas estancias, dedicados especialmente a este propósito.

Una manera de proteger y fomentar la salud del anciano es mediante una terapia ocupacional adecuada. Para no sentirse una carga el anciano necesita sentirse productivo, sentir que todavía tiene algo que dar y lo más valioso que un hombre puede dar es su experiencia, su ejemplo.

No solo por razones humanas sino también económicas deberían organizarse programas de protección de la salud del hombre senescente. Mientras el anciano conserva su salud puede desarrollar

137. Se debe puntualizar que no hay ninguna prueba concreta de que el sentimiento afectivo familiar hacia sus ancianos vaya decayendo.

alguna actividad y pueda al menos hacer frente a sus necesidades sin constituir una carga para los demás.

La actitud más peligrosa y antisocial es la de confinar a estar personas en asilos o instituciones de segregación donde se las reduce a la inactividad y al aislamiento social.

Para que la vejez no sea una parodia de la existencia hay que lograr que el anciano conserve ciertos alicientes que den sentido a su vida. Presentemente se aconseja a las gentes que se preparen para la vejez. Pero si sólo se trata de economizar dinero y elegir el lugar donde se va a vivir después de la jubilación, llegado el momento puede que no se tenga la solución adecuada. Las más de las veces, el anciano se aburre porque las circunstancias o su indiferencia lo han apartado de sus proyectos y su curiosidad ha desaparecido.

Muchos ancianos inactivos están en condiciones de trabajar y desear de hacerlo, pero en el momento de decidir si una persona ha de seguir trabajando o no, es difícil evaluar su aptitud física y mental para el trabajo y su deseo de trabajar. Negar a esos ancianos la posibilidad de dedicarse a una actividad creativa equivale a disminuir sus posibilidades de adaptación.

La actividad de un anciano es económicamente productiva si garantiza en una unidad de tiempo determinada una cantidad de producto establecido y una calidad exigida; si mantiene una actitud positiva frente al trabajo, entendiendo éste como un equilibrio emocional encaminado a la disposición de ofrecer y recibir cooperación en las relaciones de producción que requieran una dinámica entre los miembros que participan en el proceso de producción, si es accesible a la comunicación y a la comprensión de lo

que es la infirma, si controla sus impulsos y es capaz de entender y atender sugerencias, enseñanzas, instrucciones y disposiciones, si es capaz de recibir preparación o adiestramiento para la ejecución de los contenidos de un programa y si pueda traducir en acción un plan previo relacionado con su propia actividad y es capaz de determinar o dirigir sus actos.

En otras palabras, si aún posee facultades y control sobre ellas: motoras, intelectuales, psicológicas, que le permitan determinar y planear una acción, fijar lo que pretende lograr, desarrollar el proceso de la actividad y alcanzar eficientemente los resultados, si es consciente de él y de lo que le rodea, es decir, si tiene conciencia de lo que se espera de él y de lo que es capaz de hacer, si tiene conciencia del medio en el que se desenvuelve: familiar, social y laboral y de las transformaciones materiales y psicológicas que han sufrido él y su entorno, si tiene aspiraciones y si tiene disposición y decisión para realizar tales aspiraciones.

Las personas mayores de 60 años cuya aptitud física ha disminuido como resultado de una enfermedad crónica necesitan estar ocupadas, pero en general es preciso retirarlos de la concentración ordinaria del trabajo.

Cierto tipo de trabajo con actividades creativas podría ofrecer a las personas de edad avanzada un medio de desarrollar, dentro de sus aptitudes, una labor satisfactoria y constructiva. Para esto sería necesario contar con servicios especiales de asignación dotados de medios adecuados de asesoramiento y adiestramiento que contribuyeran a que las personas sencitas tuvieran una situación más satisfactoria.



Foto 11. La práctica de una actividad creativa constituye una terapia ocupacional efectiva para la salud del anciano.



Foto 12. En edades avanzadas se requiere una asistencia médica especializada para controlar y aliviar las enfermedades que aquejan al anciano.



Foto 13. La práctica de una actividad artística como la música, proporciona al anciano momentos de solaz y esparcimiento que hacen más agradable su vida.

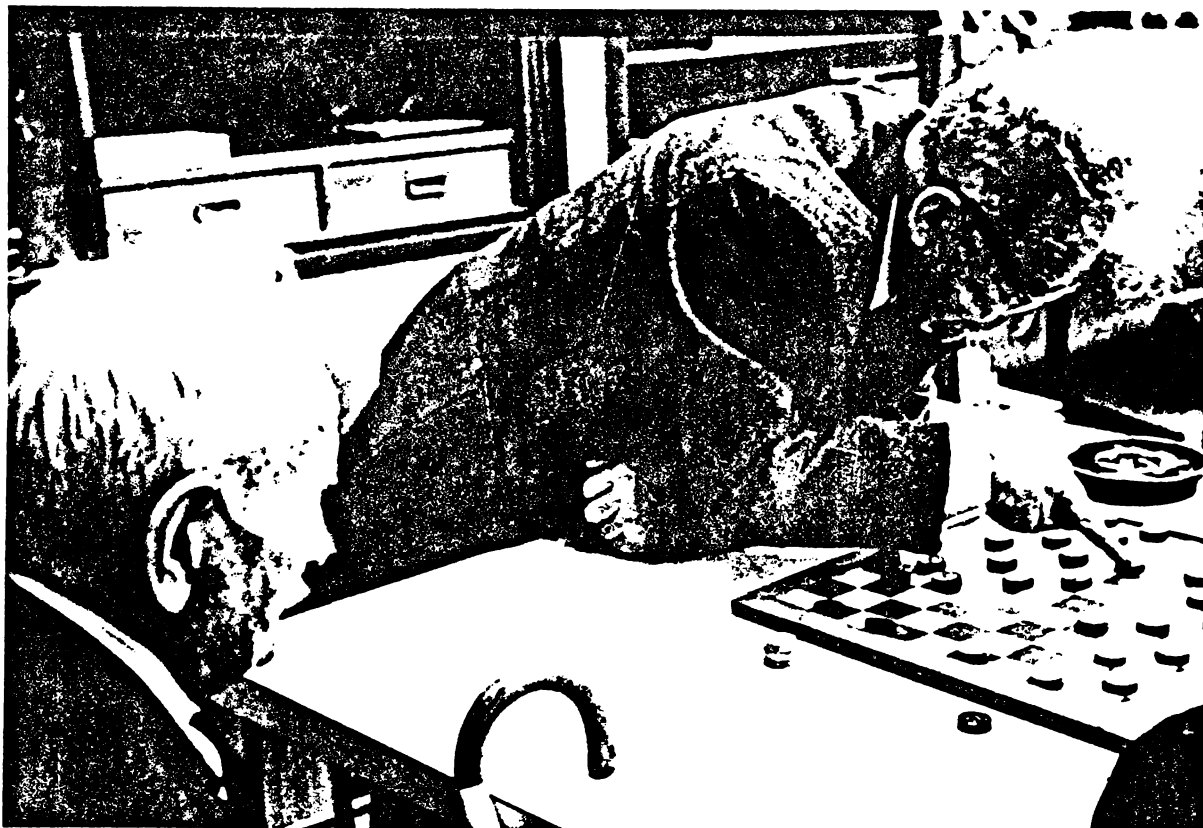


Foto 14. Es importante la función que realizan los clubs de ancianos en donde se organizan juegos que permiten contactos sociales.

Para realizar una política de bienestar social para los retirados se deberían determinar las actividades vocacionales por las cuales tienen inclinación. En algunos casos los trabajadores ya había previsto las actividades a las cuales se dedicarían durante el tiempo de su jubilación, y en otros casos no han tenido la oportunidad de hacer esta previsión, las más de las veces por carecer de una orientación adecuada.

La condición familiar en que se encuentra el trabajador también debería tomarse en cuenta ya que en algunos casos las obligaciones familiares son tales que limitan su acción, y en otros casos les permiten desarrollar múltiples actividades y tener los recursos necesarios. Hay casos en los que la condición cultural de los ancianos tampoco es la misma, de tal manera que, de acuerdo con la exigencia de cada uno de ellos, habría que buscar la solución a su bienestar social. Habrá quien necesite una ayuda total o parcial y otros que sean autosuficientes.

Las instituciones de Seguridad Social tienen la posibilidad, dentro de su política de inversiones y aprovechando el pago y capitalización de las cuotas sobre jubilación, invalidez, vejez en edad avanzada y muerte, de aplicar estas inversiones a programas de bienestar social que continúen a preservar la salud de los jubilados.

La terapia ocupacional se puede realizar en " talleres protegidos " para ancianos donde los horarios no son rígidos y en donde existen ayudas especiales para compensar las limitaciones físicas del operario. Los productos que se elaboran son sencillos pero con una determinada calidad. La producción se paga a destajo a fin de permitir al trabajador determinar su propio

ritmo; esto, desde luego, representa una ventaja para los dueños de los medios de producción.

Un rasgo común de estos talleres es que suministran oportunidades para ejercitar la iniciativa creadora y libertad para trabajar durante sólo una parte de la jornada normal de trabajo. En general, son pocos los ancianos que pueden sostenerse económicamente con esta clase de tareas, pero algunos de ellos reciben alguna pequeña pensión por lo que el pago de estas labores es un complemento de sus ingresos económicos.

En México, existen algunos talleres protegidos organizados por instituciones de asistencia privada, por ejemplo el que se denomina " Los 60, ancianos que producen ". Esta institución proporciona trabajo y ayuda social a personas mayores de 60 años, para estimularlos y mantenerlos en la vida útil. Actualmente tiene tres talleres: uno en la ciudad de Irapuato, otro en Guadalajara y el principal en el Distrito Federal. En los talleres se fabrican juguetes, ropa para niños, bisutería, cestería, artículos de filtro, paila, gabalino, mascarilla, piel, etc., diseñados y puestos a la venta por las socias voluntarias. Estos talleres cuentan con dispensario médico y con trabajadoras sociales que investigan las necesidades de cada anciano para determinar la clase de ayuda que necesitan.

La ludoterapia¹³⁸ también es importante y forma parte de la higiene de la vejez. Debería procurarse a los ancianos algún entretenimiento sencillo que favoreciera su salud emocional,

138. La ludoterapia es la curación del individuo a base de juegos y distracciones.

alejando de ellos las reflexiones penosas. Entre las distracciones, el trabajo artesanal es el más recomendable y eficaz. El trabajo, en general ya sea físico o intelectual, es indispensable para obtener estímulos y lograr una vejez sana y tranquila.

El trabajo manual requiere también concentración mental. En la senectud una ocupación manual que no demande un esfuerzo físico excesivo y que ponga en actividad moderada los músculos y la mente, contribuye a conservar la salud corporal y la lucidez.

Del mismo modo que el anciano debe tratar de estar ocupado, se tiene también que procurar aprender algo nuevo. El aprender, por el hecho en sí, constituye un buen trabajo en la vejez y el ejercicio mental contribuye también a la salud.

La senectud es una etapa de la vida ni mejor ni peor que las demás, pero tiene sus características propias, sus sistemas de valores y sus posibilidades particulares de afirmación de la personalidad. En este principio han de fundarse las actividades destinadas a proteger la salud de los ancianos y los programas para preparar al individuo para su vejez.

Así como se prepara al individuo para ser productivo durante la madurez, se debe también preparar a las personas para llegar a ser ancianos creativos sin frustraciones. Es necesario organizar programas instructivos basados en los procesos del envejecimiento de la población y de sus consecuencias, de las posibilidades que ofrece la vejez, de los valores que representa y de la aportación especial que cabe esperar de las personas de edad, gracias sobre todo a su experiencia, tan útil para aconsejar y

asesorar. Con esto posiblemente se podrá atenuar la angustia que la perspectiva del envejecimiento produce a tantas personas de edad madura.

Valdría la pena fomentar en las organizaciones sindicales un mejor conocimiento de los problemas especiales de las personas que se acercan a la vejez y de la importancia del trabajo para la protección y el fomento de la salud.

En todas las fases de la vida la adaptación de la persona a su entorno es función del trabajo, de las condiciones familiares, de las amistades, y de la actividad cultural. Parece ser que una de las causas de las dificultades afectivas que se experimenta en la última parte de la vida se debe a un desequilibrio en el grado de adaptación entre esos factores.

En muchos casos, la persona que ha dejado de trabajar y cuya familia se ha dispersado encuentra en las actividades culturales las mayores satisfacciones de su existencia, pero son muchos los que carecen en la vejez de los recursos necesarios y es raro, por otra parte, que al llegar a esa fase de la vida puedan empezar a cultivar con éxito aficiones y actividades sociales. La educación y la preparación para la vejez surtirán mayor efecto si se inician antes de esa etapa de la vida.

Para la salud de las personas de edad avanzada es indig-pensable que se desarrollen al máximo durante toda la vida las posibilidades y las aptitudes individuales.

La perspectiva de tener una vida más larga y más activa abre todo un mundo de nuevas posibilidades pero, para que esa per-

longeación de la vida sea una fuente, no de frustración sino de satisfacciones, es preciso llenarla de actividades creativas. No obstante, el empleo y la actividad de los ancianos no deben considerarse en sí como un fin. Lo que importa es dar sentido a esa actividad.

Quanto se haga para interesar a las personas de edad avanzada en ocupaciones nuevas y hacerlas participar en actividades sociales será de extrema utilidad para ayudarlas a combatir la soledad, el tedio y el sentimiento de la futilidad de su existencia.

El cultivo de posibilidades múltiples no sólo contribuye a hacer la vida más plena sino que constituye, además, la mejor manera de preservar y fomentar la salud. Un proceso de deterioro irreversible puede iniciarse a raíz de un vacío afectivo, aburrimiento, apatía y desánimo con respecto a la vida.

Los ancianos poseen aptitud para aprender. Se les puede enseñar desde cosas tan sencillas como economía doméstica hasta álgebra o un idioma extranjero. Los ancianos que viven en la ciudad despliegan cada día mayor interés en actividades nuevas de entretenimiento y en nuevos estudios. Esto es importante para poder superar su sentido de soledad y su depresión. Entre más insulso es un anciano más solo se encuentra, porque los medios de la cultura constituyen una compañía.

Los ancianos tienen derecho a incorporarse a los beneficios de la cultura actual a través de libros, escuelas, museos, etc.

En Francia se abrió en la ciudad de Toulouse la llamada

" Universidad de la Tercera Edad " a donde acuden hombres y mujeres de edad avanzada, con el deseo de adquirir conocimientos e incluso de hacer estudios que en su juventud no pudieron realizar.

En Estados Unidos, en 1967, la Escuela de las Hermanas de San Francisco en Milwaukee, adoptó el programa conocido como **" La Farga "** para sus miembros retirados. Este programa ofrecía niveles preventivos de salud física y mental a través de una educación continua. El programa de La Farga pronto fue reconocido y se creó el **" Instituto de Aprendizaje para una Larga Vida "** con programas para personas que estuvieran a punto de jubilarse o retirados parcialmente.

Las actividades de este Instituto están basadas en la filosofía de que la edad es un proceso continuo de aprendizaje hacia la total realización del ser. Tiene en cuenta en todo momento el bienestar físico, mental y social de sus miembros, para lo cual se acciona y contrata los servicios de especialistas en materia de salud, recreación, terapia ocupacional, etc.

El Instituto ofrece más de cuarenta clases que incluyen: gimnasia rítmica, nutrición y salud, higiene, primeros auxilios, seguridad en el hogar; diseño y ornato, dibujo natural y publicitario, pintura en acuarela, óleo y pastel, lecciones de música, apreciación musical, educación básica, mecanografía y taquígrafía, ciencias naturales, ciencias sociales, historia del arte, idiomas, periodismo, discusión de lecturas; tejido de fibras duras, tejido de aguja y crochet, bordado, corte y confección, cocina y repostería, papel maché, cultura de heliconia, canistería, tapicería, reparaciones eléctricas, cerámicas, decora-

ción, juguetería, estampado, grabado, litografía, fotografía, encuadernación, jardinería, apicultura, canicultura; juegos de salón (bridge, ajedrez, dominó, damas), visitas a museos, conciertos y sitios de interés, filatelia, cine-debata, etc.

Los profesores son profesionistas retirados y no-retirados con amplia experiencia en la especialidad de la cátedra que imparten, obviamente el Instituto de Aprendizaje para una Larga Vida depende ampliamente de los servicios voluntarios de sus profesores.

Estos centros educativos para ancianos son verdaderas instituciones de prevención y fomento de la salud y han probado su eficiencia en otras latitudes. Igual función tienen los círculos recreativos para personas de edad avanzada. Las reuniones se realizan en locales adecuados o al aire libre, donde los ancianos pueden dedicarse a sus pasatiempos favoritos y a trabajos que favorecen los contactos amistosos.

El sentimiento de pertenecer a un grupo social y de cuyo partir sus aspiraciones influye en el bienestar mental y físico de las personas; por esto conviene que en las colectividades se organicen grupos para que el anciano tenga ese sentimiento de solidaridad y de utilidad social.

Los clubs sociales son organizaciones muy difundidas en Estados Unidos y Europa, que tienen reuniones periódicas y dan oportunidad de establecer contactos sociales, realizar actividades artísticas en grupo, organizar fiestas, escuchar pláticas y conferencias y tomar algún refrigerio. Algunos grupos de este tipo han sido organizados por los mismos ancianos como los " Clubs

de Abuelos y Nietos " donde se dedican a cuidar y educar a los niños de edad preescolar.

Los " Centros Cívicos " ofrecen servicios organizados formales que por lo común trabajan cinco días a la semana. Poseen su propio edificio o lo alquilan con una renta baja, y ofrecen varias actividades: salas de descanso para juegos y recreaciones, artesanías, gimnasio, conferencias sobre problemas de la vejez, grupos teatrales, corales y musicales, y reuniones de estudio y discusión.

Casi todos estos centros proporcionan comidas a bajo precio y servicio de consejo personal. Se estimula a los ancianos a tomar parte en actividades y servicios voluntarios para la comunidad como visitas a personas que no pueden salir de sus casas, reparación de juguetes para los niños hospitalizados o preparación de botiquines caseros.

Casi todos estos centros tienen como principio de protección y fomento de la salud la terapia ocupacional, la ludoterapia y los contactos sociales con personas que comparten muchos de sus intereses e inquietudes.

En Estados Unidos se tiene la tendencia de construir " Villas de Retiro ", es decir, una amplia zona en donde se construyen casas para personas total o parcialmente retiradas de sus actividades, con un centro hospitalario especializado en enfermedades degenerativas principalmente y servicios adecuados.

Otra forma de suministrar habitación, actividades y proyección a los ancianos es la de convertir centros de veraneo u ho-

tales en unidades residenciales. La disminución en los costos se logra por medio de comedores comunes, alojamiento en cuartos dobles, y la organización de actividades está a cargo de voluntarios.

Otra de las innovaciones consiste en la combinación de villas de retiro con habitaciones privadas para quienes que prefieren cuartos individuales con comedores comunes, un sanatorio para enfermos crónicos, centros de trabajo vocacional y granjas hortícolas.

Así como estas villas de retiro son objeto de grandes inversiones privadas y oficiales, los distintos niveles de prevención del envejecimiento han sido explotadas de una manera sorprendente en países como Rumania donde se ha desarrollado toda una compleja industria alrededor de las "curas de rejuvenecimiento" de la doctora Ana Aslan, a base de dos elementos principales: 1) readaptamiento psicoemático con tratamiento de cromoterapia de agua tibia salada a distintas concentraciones, de agua de mar y de lago, tratamientos externos con barro orgánico frío y caliente; fisioterapia; ultrasonido y ergoterapia, y 2) tratamiento con Carovital H3 y Aslavital H4.

El Carovital es un producto sintetizado en 1957 por la doctora Aslan a partir de una solución de procaina (anestésico) y el Aslavital es otra procaina con una sustancia que se supone activa la profilaria y atenua el fenómeno del envejecimiento principalmente del sistema nervioso central y del aparato cardiovascular.

En Alemania se usa con el mismo fin el H3 que es un cog



Foto 15. Dra. Ana Aslan, cuyos descubrimientos del Gerovital H3 y Aslavital H4 han sido ampliamente utilizados en las "clínicas de rejuvenecimiento" de Rumania.



Foto 16. Francisco Goitia, ejemplo de hombre que llegó a la senectud con plenas facultades creadoras.

puerto de vitaminas: tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido ascórbico; ácido acetilsalicílico (analgésico) y una sal de novocaina (anestésico), que induce a un estado de bienestar.

Las clínicas están dotadas de equipo y laboratorios modernos, con un agradable ambiente y confort, asistidos por gerontólogos y con distintos programas de actividades para los huéspedes.

Independientemente de toda esta moderna escenografía que acompaña a estas curas de rejuvenecimiento, se ha establecido que las medidas de prevención contra el envejecimiento constituyen todavía el método más seguro y eficaz para fomentar la salud del anciano.

7. CONCLUSIONES

Después de haber analizado cada uno de los aspectos tratados en este trabajo, se concluye que es imperiosa la necesidad de modificar la actitud hacia el anciano. En ningún momento se trata de evitar el proceso de la vejez, que es irreversible y que, infaliblemente, si se exceptúan los accidentes, se presentará, si no se prevén las acciones a tomar cuando el impresionante número de gente joven que hay en la actualidad se torne senescente.

En la República Mexicana la población mayor de 60 años que en 1930 era sólo de poco más de 850 mil personas, para 1960 será de tres millones y medio, y seguramente seguirá incrementándose con rapidez.

Esto obliga a meditar una política de acción que contemple la creación de un espacio social para el anciano. Reconocer que si bien en el contexto cultural actual a la juventud se le prepara en las instituciones educativas técnicas o de educación superior para ser productivos y llegar a ocupar el lugar que les corresponde en la estructura económica, a los ancianos no se les atribuye ninguna función ni se piensa utilizar sus conocimientos y experiencias.

Así, la última fase de la vida es definida generalmente como una etapa de ociosidad. La jubilación obligatoria a una edad cronológica fija es una acción segregativa de gran impacto psicológico para la persona.

Es necesario que el sistema socioeconómico operante ofrezca a los ancianos la oportunidad de desarrollar ciertas ta-

reas que sean socialmente reconocidas cuando han dejado de ser económicamente activos. Para esto, es imprescindible educar a las personas durante su madurez, prepararlas para la última etapa de la vida, enseñarles las alternativas posibles de acción que puedan desarrollar.

La inactividad no debe ser impuesta a los ancianos, al contrario, debe estimularse para que en la medida de sus fuerzas desarrollen alguna actividad, aprendan algo nuevo, y por otra parte procurar que siempre tengan un proyecto que realizar.

Es necesario establecer centros ocupacionales que aprovechen las potencialidades todavía existentes en los ancianos. La actividad es necesaria para mantener el bienestar físico del organismo, mientras que la ociosidad sin sentido y frustrante constituye un catalizador de padecimientos físicos y mentales.

Una posible solución sería la creación de un Instituto de Protección al Anciano, instituido no con fines damagógicos sino de servicio (Ver Figura 34). Este Instituto teóricamente estaría constituido por cuatro departamentos:

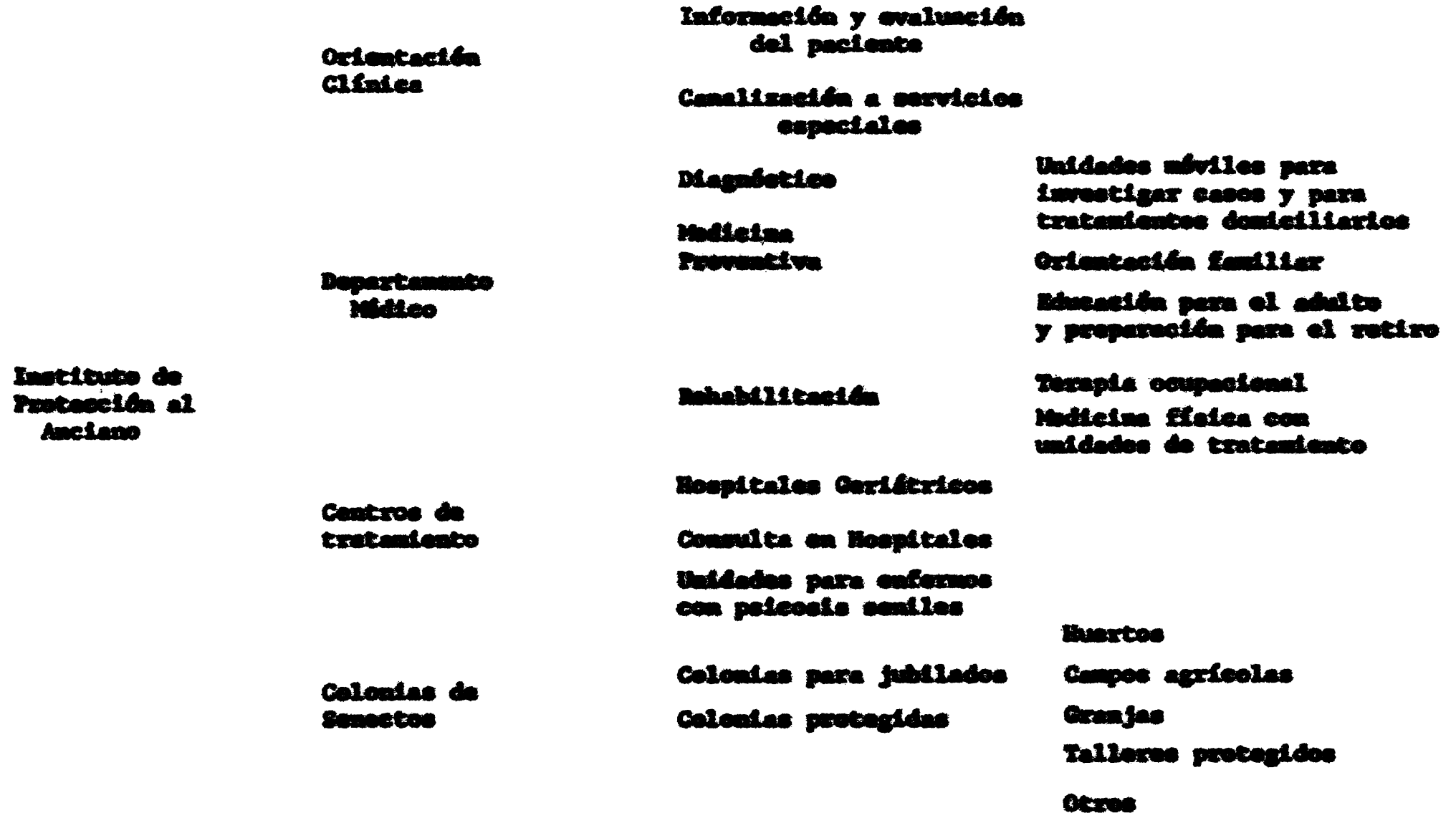
1. Orientación clínica. Su objetivo principal sería el de informar al anciano y evaluar su condición psicoconómica, para poder canalizar sus inquietudes vocacionales y, en caso de requerirlo, enviarlo al servicio especializado que requiera su estado de salud.

2. Departamento médico. Este departamento constaría de tres secciones:

a) Diagnóstico. Esta sección evaluaría las deficiencias

FIGURA 34.

ORGANOGRAMA DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO DE PROTECCION AL ANCIANO



físicas y mentales del anciano, mediante equipo especializado de laboratorio clínico y sistemas de detección adecuados que permitan un diagnóstico preciso para realizar un tratamiento oportuno y eficiente.

b) Medicina preventiva. Esta sección contaría con unidades móviles para la investigación de casos, principalmente para localizar ancianos que viven solos, averiguar sus necesidades, prestar asistencia y tratamiento domiciliario a los que no pueden salir de sus casas y dar a los que viven aislados ocasión de establecer relaciones sociales si lo desean.

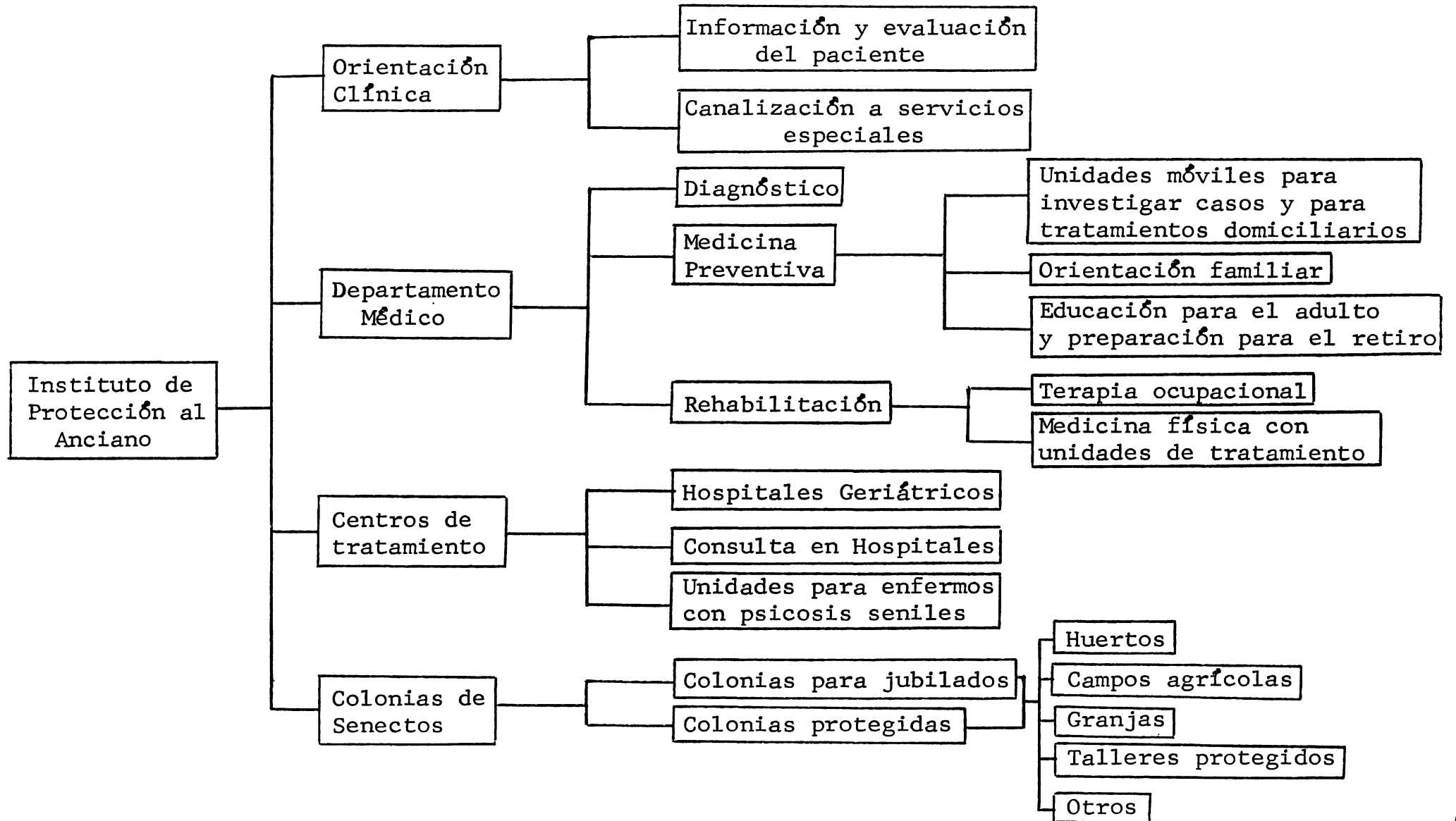
Esta sección también se encargaría de dar orientación e instrucción especializada a los familiares del anciano que requiriera algún tratamiento para que pudiera ser atendido en su hogar la mayor parte del tiempo posible y obtener así su rápida rehabilitación.

Dentro de la sección de medicina preventiva, un aspecto importante es el relativo a la educación del adulto y su preparación para la jubilación. Estos programas tenderían a desarrollarse principalmente a través de los sindicatos y de las instituciones de seguridad social del país, con la asistencia técnica de las instituciones de educación superior.

c) Rehabilitación. Esta sección tendría como objetivo principal limitar el daño, impedir la incapacidad y hacer que el anciano recobre al máximo las facultades lesionadas. Dentro de la sección de rehabilitación se tendrían organizados diferentes sistemas de terapia ocupacional y unidades de tratamiento especializadas de medicina de recuperación física.

FIGURA 34.

ORGANOGRAMA DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO DE PROTECCION AL ANCIANO



3. Centros de tratamiento. Este departamento estaría conformado por tres servicios:

a) **Hospitales geriátricos.** La instalación de este tipo de hospitales en México cubrirían una necesidad. Su localización podría hacerse aprovechando los recursos cronológicos que se tienen a lo largo del Sistema Volcánico Transversal, donde las últimas etapas del vulcanismo se manifiestan en forma de magnificencias que presentan una gran diversidad de posibilidades para la instalación de servicios complementarios como clínicas de reposo y de recuperación.

b) **Consulta en hospitales.** Esta consulta sería un servicio especializado que se promovería en todos los hospitales generales con personal competente.

c) **Unidades para enfermos con psicosis seniles.** Estas unidades implican instalaciones y personal adecuados en centros que permitirían tratar a este tipo de pacientes que presentan un debilitamiento progresivo de las facultades intelectuales y de la identidad, con pérdida de dominio de sí mismo y con deterioro de los hábitos personales.

4. Colonias para senectos. Este es un elemento innovador que tendría bajo su organización el Instituto de Protección al Anciano y consistiría en eliminar la deprimente confinación de algunos asilos y sustituirlos por colonias con huertos, granjas agropecuarias, talleres y centros de educación y adiestramiento que puedan ser auspiciados por las instituciones de seguridad social para sus derechohabientes con alguna capacidad disponible para personas senectas que no hayan estado protegidas

das durante su vida activa.

Estos serían a grandes rasgos los servicios que conformarían este Instituto, cuya organización sería un adelanto en la modificación de la actitud hacia el anciano.

En resumen, se puede afirmar que la senectud como última etapa de la vida tiene fines propios y que los ancianos poseen una capacidad determinada para realizar ciertas tareas que a la sociedad actual no le interesan.

Debe reconocerse que los ancianos pueden aportar a la sociedad contribuciones positivas y que se deben estudiar las posibilidades técnicas y económicas para dar sentido a la vida de las personas de edad avanzada, de organizar programas de asistencia para los que ya han cesado su actividad productiva, de vaciar sus problemas socioeconómicos, de ayudarlos a emplear creativamente su tiempo libre y de crearles un espacio social.

8. APENDICE

CUADRO 1

POBLACION TOTAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA (1930)

GRUPO DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	NOMBRES	%	MUJERES	%
de 0 a 4	2 510 521	15.2	1 268 968	15.6	1 241 553	14.7
5 9	2 293 265	13.8	1 168 736	14.4	1 124 529	13.3
10 14	1 686 064	10.2	882 039	10.9	804 025	9.5
15 19	1 684 666	10.1	792 389	9.7	892 277	10.6
20 24	1 576 933	9.5	734 715	9.0	842 218	10.0
25 29	1 440 999	8.8	687 269	8.4	773 330	9.2
30 34	1 124 883	6.8	542 978	6.7	581 105	6.9
35 39	1 029 460	6.2	500 587	6.2	528 873	6.3
40 44	807 285	4.8	380 027	4.7	427 258	5.1
45 49	634 790	3.8	313 708	3.9	321 042	3.8
50 54	544 373	3.3	254 878	3.1	289 495	3.4
55 59	323 529	2.0	163 088	2.0	162 441	1.9
60 64	383 336	2.3	184 768	2.3	198 568	2.3
65 69	175 822	1.1	90 013	1.1	85 809	1.0
70 74	144 620	0.9	69 849	0.9	74 771	0.9
75 79	70 045	0.5	36 189	0.5	33 856	0.5
80 84	60 578	0.4	28 265	0.4	32 313	0.4
85 y más no indicada	37 680 3 093	0.3 0.02	17 469 3 069	0.2 0.02	20 211 24	0.2 0.0003
Población total	16 532 732	100.0	8 119 004	100.0	8 433 718	100.0

Fuente: V Censo General de Población, 1930, SIC. Dirección General de Estadística, México.

CUADRO 2
POBLACION TOTAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA (1940)

GRUPO DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
de 0 a 4	2 864 892	14.4	1 448 488	14.9	1 416 404	14.2
5 9	2 828 328	14.4	1 441 881	14.8	1 387 447	13.9
10 14	2 402 733	12.2	1 246 808	12.9	1 155 925	11.6
15 19	1 996 381	10.2	969 306	10.0	1 026 795	10.3
20 24	1 547 322	7.9	739 381	7.6	807 941	8.1
25 29	1 591 649	8.1	732 218	7.8	859 431	8.4
30 34	1 318 488	6.7	634 183	6.5	684 305	6.9
35 39	1 371 619	7.0	670 663	6.9	700 956	7.0
40 44	937 395	4.8	448 853	4.6	487 542	4.9
45 49	757 898	3.9	362 664	3.7	395 234	4.0
50 54	601 187	3.1	284 332	2.9	316 775	3.2
55 59	425 091	2.2	205 531	2.1	219 560	2.2
60 64	419 385	2.1	204 753	2.1	214 732	2.2
65 69	236 306	1.2	111 189	1.2	115 317	1.2
70 74	163 833	0.8	78 933	0.8	84 882	0.8
75 79	88 787	0.4	43 906	0.4	44 881	0.4
80 84	62 348	0.3	29 863	0.3	32 485	0.3
85 y más	45 382	0.2	20 313	0.2	24 969	0.2
no indicada	4 734	—	2 670	—	2 064	—
Población total	19 653 532	100.0	9 693 787	100.0	9 957 765	100.0

Fuente: VI Censo General de Población, 1940, SIC, Dirección General de Estadística, México.

CUADRO 3
POBLACION TOTAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA (1950)

GRUPO DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
de 0 a 4	3 969 991	15.4	1 999 878	15.7	1 970 113	15.0
5 9	3 674 593	14.2	1 865 138	14.7	1 809 455	13.8
10 14	3 109 894	12.1	1 599 781	12.6	1 510 113	11.5
15 19	2 632 191	10.2	1 248 617	9.8	1 383 574	10.6
20 24	2 299 334	8.9	1 066 764	8.4	1 232 570	9.4
25 29	2 019 686	8.0	981 574	7.8	1 038 032	8.1
30 34	1 432 167	5.5	699 287	5.5	732 880	5.6
35 39	1 546 767	6.0	748 361	5.9	798 406	6.1
40 44	1 209 671	4.7	587 188	4.6	622 483	4.7
45 49	1 073 548	4.2	534 696	4.2	538 851	4.1
50 54	828 126	3.2	405 259	3.2	422 867	3.2
55 59	528 113	2.0	261 388	2.1	266 725	2.0
60 64	554 071	2.1	265 194	2.2	288 877	2.2
65 69	334 197	1.3	164 750	1.4	169 447	1.4
70 74	240 788	0.9	113 574	0.9	127 214	1.0
75 79	128 729	0.6	62 748	0.5	65 981	0.6
80 84	92 364	0.4	41 065	0.3	51 299	0.4
85 y más	69 336	0.3	30 466	0.2	38 870	0.3
no indicada	47 340	---	21 205	---	26 135	---
Población total	25 791 017	100.0	12 696 935	100.0	13 094 082	100.0

Fuente: VII Censo General de Población, 1950, SIC, Dirección General de Estadística, México.

CUADRO 4
POBLACION TOTAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA (1960)

GRUPO DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
de 0 a 4	3 776 747	16.5	2 936 367	16.9	2 840 380	16.2
5 9	3 317 044	15.2	2 703 910	15.5	2 611 134	14.9
10 14	4 358 316	12.5	2 234 496	12.8	2 123 820	12.1
15 19	3 535 263	10.1	1 738 831	10.0	1 796 434	10.3
20 24	2 947 872	8.4	1 404 869	8.0	1 542 203	8.8
25 29	2 304 892	7.2	1 193 988	6.9	1 308 904	7.5
30 34	2 051 635	5.9	1 099 105	5.8	1 042 530	5.9
35 39	1 920 680	5.5	959 140	5.5	961 540	5.5
40 44	1 361 324	3.9	674 307	3.9	687 017	3.9
45 49	1 233 608	3.5	610 482	3.5	623 126	3.6
50 54	1 063 359	3.0	527 328	3.0	536 031	3.1
55 59	799 899	2.3	403 202	2.3	394 697	2.2
60 64	744 710	2.1	371 989	2.1	372 721	2.1
65 69	414 164	1.4	203 454	1.2	210 710	1.2
70 74	333 371	0.9	161 288	0.9	172 083	1.0
75 79	187 773	0.5	91 153	0.6	96 620	0.6
80 84	128 338	0.4	57 847	0.3	70 491	0.4
85 y más	131 289	0.4	62 880	0.4	68 309	0.4
no indicada	113 543	0.3	64 664	0.4	48 879	0.3
Población total	34 923 129	100.0	17 415 320	100.0	17 507 809	100.0

Fuente: VIII Censo General de Población, 1960, SIG, Dirección General de Estadística, México.

CUADRO 5
POBLACION TOTAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA REPUBLICA MEXICANA (1970).

GRUPO DE EDAD	POBLACION TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
de 0 a 4	8 167 510	16.9	4 151 517	17.2	4 015 993	16.6
5 9	7 722 996	16.0	3 934 729	16.3	3 788 267	15.7
10 14	6 396 174	13.3	3 271 115	13.6	3 125 059	12.9
15 19	5 054 391	10.5	2 491 047	10.4	2 563 344	10.6
20 24	4 032 341	8.4	1 939 300	8.0	2 102 041	8.7
25 29	3 260 418	6.8	1 575 414	6.5	1 685 004	7.0
30 34	2 396 263	5.4	1 283 461	5.3	1 312 802	5.7
35 39	2 511 647	5.2	1 235 283	5.1	1 276 364	5.3
40 44	1 933 349	4.0	959 477	4.0	973 863	4.0
45 49	1 637 018	3.4	829 719	3.5	807 299	3.3
50 54	1 192 048	2.5	599 798	2.4	592 255	2.5
55 59	1 011 859	2.1	501 529	2.1	510 330	2.1
60 64	917 853	1.8	451 069	1.9	466 784	1.9
65 69	702 563	1.5	345 379	1.5	357 184	1.5
70 74	488 253	1.0	242 068	1.0	246 253	1.0
75 79	252 648	0.5	119 571	0.5	133 077	0.5
80 84	189 934	0.4	89 738	0.4	100 196	0.4
85 y más	166 987	0.3	71 479	0.3	95 517	0.3
Población total	48 225 238	100.0	24 045 614	100.0	24 159 624	100.0

Fuente: IX Censo General de Población, 1970. SIG, Dirección General de Estadística, México.

CUADRO 6
POBLACION TOTAL ESTIMADA POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO EN LA
REPUBLICA MEXICANA (1980)

GRUPO DE EDAD		POBLACION TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
de	0 a 4	10 657 888	17.1	5 417 277	17.4	5 240 611	16.8
	5 9	10 229 196	16.4	5 214 749	16.8	5 014 447	16.1
	10 14	8 518 942	13.7	4 350 924	14.0	4 168 018	13.4
	15 19	6 636 814	10.7	3 274 605	10.5	3 362 209	10.8
	20 24	5 162 829	8.3	2 477 624	8.0	2 685 205	8.6
	25 29	4 047 424	6.5	1 970 649	6.3	2 076 775	6.7
	30 34	3 163 384	5.1	1 573 331	5.1	1 590 053	5.1
	35 39	3 127 236	5.0	1 522 932	4.9	1 604 304	5.2
	40 44	2 529 190	4.0	1 256 529	4.0	1 272 661	4.1
	45 49	2 057 237	3.3	1 038 091	3.4	999 146	3.2
	50 54	1 326 089	2.2	654 830	2.1	671 259	2.3
	55 59	1 232 651	2.0	601 870	1.9	630 781	2.0
	60 64	1 098 210	1.7	533 444	1.7	564 766	1.8
	65 69	1 002 979	1.6	483 218	1.6	509 761	1.6
	70 74	640 588	1.1	326 091	1.1	323 497	1.0
	75 79	320 226	0.6	149 173	0.5	171 053	0.5
	80 84	235 721	0.4	104 583	0.4	131 138	0.4
	85 y más	204 068	0.3	80 418	0.3	123 650	0.4
Población total		62 199 874	100.0	31 060 360	100.0	31 139 514	100.0

CUADRO 7

ESTRUCTURA DE LA POBLACION MEXICANA MAYOR DE 60 AÑOS, POR EDAD Y SEXO

Edades	E N M I L E S											
	1930		1940		1950		1960		1970		1980	
60 a 64		%		%		%		%		%		%
H	184.7	48.2	204.7	48.8	265.1	47.8	371.9	49.9	451.0	49.1	533.4	48.6
M	<u>198.6</u>	51.8	<u>214.7</u>	51.2	<u>288.8</u>	52.2	<u>372.7</u>	50.1	<u>466.7</u>	50.9	<u>564.7</u>	51.4
Total	<u>383.3</u>	100.0	<u>419.4</u>	100.0	<u>553.9</u>	100.0	<u>744.6</u>	100.0	<u>917.7</u>	100.0	<u>1 098.1</u>	100.0
65 a 69												
H	90.0	51.2	111.2	49.0	164.7	49.2	203.4	49.1	345.3	49.2	493.2	49.2
M	<u>85.8</u>	48.8	<u>115.3</u>	51.0	<u>169.4</u>	50.8	<u>210.7</u>	50.9	<u>357.1</u>	50.8	<u>509.7</u>	51.8
Total	<u>175.8</u>	100.0	<u>226.5</u>	100.0	<u>334.1</u>	100.0	<u>414.1</u>	100.0	<u>702.4</u>	100.0	<u>1 002.9</u>	100.0
70 a 74												
H	69.8	48.3	78.9	48.4	113.5	47.1	161.2	48.3	242.0	49.6	326.0	50.2
M	<u>74.7</u>	51.7	<u>84.0</u>	51.6	<u>127.2</u>	52.9	<u>172.0</u>	51.7	<u>246.2</u>	50.4	<u>323.5</u>	49.8
Total	<u>144.5</u>	100.0	<u>162.9</u>	100.0	<u>240.7</u>	100.0	<u>333.2</u>	100.0	<u>488.2</u>	100.0	<u>649.5</u>	100.0
75 a 79												
H	36.1	51.6	43.9	49.4	62.7	48.7	91.1	48.5	119.5	47.3	149.1	46.6
M	<u>33.8</u>	48.4	<u>44.8</u>	50.6	<u>65.9</u>	51.3	<u>86.6</u>	51.5	<u>133.0</u>	52.7	<u>171.0</u>	53.4
Total	<u>69.9</u>	100.0	<u>88.7</u>	100.0	<u>128.6</u>	100.0	<u>187.7</u>	100.0	<u>252.5</u>	100.0	<u>320.1</u>	100.0
80 a 84												
H	28.2	46.6	29.0	46.4	41.0	47.9	57.8	45.0	80.7	44.6	104.5	44.3
M	<u>32.3</u>	53.4	<u>33.4</u>	53.6	<u>51.5</u>	52.1	<u>70.4</u>	55.0	<u>100.2</u>	55.4	<u>131.1</u>	55.7
Total	<u>60.5</u>	100.0	<u>62.4</u>	100.0	<u>92.5</u>	100.0	<u>128.2</u>	100.0	<u>180.9</u>	100.0	<u>235.6</u>	100.0
85 y más												
H	17.4	46.2	20.5	45.1	30.4	43.9	62.8	47.8	71.4	42.7	80.4	40.4
M	<u>20.2</u>	53.8	<u>24.9</u>	54.9	<u>38.8</u>	56.1	<u>68.5</u>	52.2	<u>95.5</u>	57.3	<u>123.6</u>	59.6
Total	<u>37.6</u>	100.0	<u>45.4</u>	100.0	<u>69.2</u>	100.0	<u>131.3</u>	100.0	<u>166.9</u>	100.0	<u>204.0</u>	100.0

CUADRO 8

COMPOSICION DE LA POBLACION EN PORCIENTO, POR SEXO Y POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (1970)

GRUPO DE EDAD	INDONESIA		UNION SUDAFRICANA POBLACION BLANCA		JAPON		REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA		FRANCIA		REPUBLICA FEDERAL ALEMANA	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0 a 4	10.8	10.8	11.6	11.1	9.6	8.8	8.7	8.1	9.3	8.4	7.4	6.8
5 a 9	12.5	11.2	11.2	10.7	12.8	11.9	9.3	8.8	8.7	7.8	7.6	6.4
10 a 14	12.6	9.1	9.8	9.3	10.7	10.1	9.4	8.9	8.8	7.3	7.3	6.2
15 a 19	7.4	6.4	8.7	8.5	10.1	9.6	7.2	6.9	6.4	5.8	9.7	8.3
20 a 24	7.7	6.2	7.6	7.2	9.6	9.2	6.5	6.3	7.3	6.4	8.1	6.8
25 a 29	6.1	5.8	7.2	7.2	8.8	8.5	6.4	6.4	7.8	6.9	7.8	6.7
30 a 34	7.3	5.8	7.9	7.9	7.3	7.7	6.8	6.9	7.4	7.0	6.6	7.6
35 a 39	7.3	7.9	6.6	6.5	3.3	6.4	6.9	7.8	6.5	6.1	4.8	6.8
40 a 44	3.8	6.3	6.7	6.8	3.3	3.8	6.9	8.9	3.1	4.9	6.2	7.2
45 a 49	4.7	4.7	6.3	6.2	4.9	3.2	6.8	6.8	6.8	6.6	7.2	8.8
50 a 54	2.3	3.8	4.6	4.8	3.9	4.2	6.9	6.2	6.8	6.5	7.3	7.3
55 a 59	2.3	2.1	3.4	3.8	3.7	3.7	3.2	3.6	6.1	6.4	6.8	6.4
60 a 64	1.7	2.9	3.8	3.4	2.9	2.9	4.4	4.8	4.3	3.6	4.3	3.3
65 a 69	2.2	2.3	2.3	2.8	2.2	2.3	3.3	3.9	3.4	4.8	3.3	4.2
70 a 74	0.6	0.9	1.7	2.8	1.3	1.7	2.7	3.9	2.7	4.1	2.7	3.1
75 a 79	0.3	0.4	1.2	1.3	0.8	1.2	1.8	2.9	1.8	2.9	1.8	2.3
80 a 84	0.1	0.2	0.6	0.7	0.3	0.6	1.8	1.8	1.8	1.7	0.9	1.8
85 y más	0.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.4	0.8	0.3	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: ~~Demographic Yearbook~~ United Nations, New York, 1976.

CUADRO 9

RELACION DE LA POBLACION SENECTA CON LAS OTRAS ETAPAS DE LA VIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

AÑO	INFANCIA	NIÑEZ	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	MADUREZ	VEJEZ
	5 años	5 15 años	15 20 años	20 40 años	40 60 años	60 años
	%	%	%	%	%	%
1930	2 510 521; 15.2	3 979 329; 24.0	1 684 666; 10.1	5 191 075; 31.3	2 311 937; 13.9	872 101; 5.5
1940	2 864 892; 14.6	5 231 253; 26.6	1 996 301; 10.2	5 829 078; 29.7	2 721 491; 14.0	1 005 803; 4.9
1950	3 969 991; 15.4	6 784 477; 26.3	2 632 191; 10.2	7 297 874; 28.4	3 639 459; 14.1	1 419 685; 5.6
1960	5 776 747; 16.5	9 675 360; 27.7	3 535 285; 10.1	9 424 279; 27.1	4 458 190; 12.8	1 939 745; 5.8
1970	8 167 510; 16.9	14 119 170; 29.3	5 054 391; 10.5	12 400 669; 25.8	5 774 260; 12.0	2 709 238; 5.5
1980	10 657 888; 17.1	18 748 138; 30.1	6 636 814; 10.7	15 501 075; 24.9	7 145 167; 11.5	3 510 792; 5.7

CUADRO 10

RELACION DE LA POBLACION DEPENDIENTE SENECTA Y LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

AÑO	Población dependiente		Población económicamente		Población dependiente	
	infantil	15 años	activa	15 años 60 años	senecta	60 años
		%		%		%
1930	6 489 850	39.2	9 167 678	55.3	872 101	5.5
1940	8 096 145	41.2	10 546 870	53.9	1 005 803	4.9
1950	10 754 468	41.7	13 569 524	52.7	1 419 685	5.6
1960	15 452 107	44.3	17 417 734	49.9	1 939 745	5.8
1970	22 286 680	46.2	23 229 320	48.3	2 709 238	5.5
1980	29 406 026	47.2	29 283 056	47.1	3 510 792	5.7

CUADRO 11
ESPERANZA DE VIDA EN MEXICO PARA AMBOS
SEXOS AL NACER

AÑO	ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS
1960	57.4
1961	58.9
1962	59.0
1963	59.6
1964	60.5
1965	61.2
1966	61.8
1967	62.4
1968	62.7
1969	62.9
1970	63.2
1971	63.4
1972	63.7
1973	63.9
1974	64.2
1975	64.6

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- **Alonso, Eloisa:** Investigación sociodemográfica directa de los niños de San Luis Potosí, Tesis Profesional, Escuela de Economía, UNAM, México.
1971
- **Alffram, P. :** " An epidemiological study of cervical and trochanteric fractures of the femur in an urban population " en Acta Orthopaedica, núm. 45, London.
1964
- **Anderson, W. F. :** " Medicina Preventiva en la vejez " en Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología de J. C. Brocklehurst, Editorial Médica Panamericana, pp. 690-696, Buenos Aires.
1975
- **Arthur, Julietta:** Basics to action, Abingdon Press, Nashville and New York.
1969
- **Bard, Philip:** Fisiología Médica, La Prensa Médica Mexicana, México.
1974
- **Barquín, Manuel:** Dirigida de Hospitales. Organización de la Atención Médica, Nueva Editorial Interamericana, México.
1972
- **Beauvois, Simón de:** La Vejez, Editorial Sudamericana, Buenos Aires.
1970
- **Bedford, Shaimire:** El arte de enseñar a leer, Editorial Pomaire, S. A., Barcelona.
1973
- **Balbin, E.:** Training the adult worker, World Health Organization, London.
1964
- **Binby, Leonard E. et al.:** Demographic and economic characteristics of the aged, Social Security Bureau, U. S. Department of Health, Education and Welfare, Washington D. C.
1975
- **Bourliere, F. et al.:** L'incidence socio-économique du vieillissement. Étude démographique et gérontologique, Séminaire Hospital de Paris, núm. 41, pp. 391-401, Paris.
1965
- **Bourliere, F.:** " Ecología de la senectud humana " en Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología de J. C. Brocklehurst, Editorial Médica Panamericana, pp. 69-83, Buenos Aires.
1975

- Brocklehurst, J. G.: Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología
1975 México, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Bravo, Becherula, M. A. y Reyes, R.: " Tablas de vida para México de 1993 a 1954 " en Revista del Instituto de Salubridad de Enfermedades Tropicales, vol. 18, pp. 81-136, México.
- Huber, Martin: ¿ Quié es el hombre ?, Breviarios del Fondo de 1964 Cultura Económica, vol. 10, México.
- Cole G., David: Superando el miedo a la muerte, MacMillan Ed., 1976 New York.
- Collins, James: El pensamiento de Eichtenagari, Breviarios del 1958 Fondo de Cultura Económica, vol. 140, pp. 151-224, México.
- Comas, Juan : Manual de Antropología Física, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, México, 1966.
- Comas, Juan: Unidad y variedad de las especies humanas, Lecturas 1967 Universitarias, Dirección General de Difusión Cultural, UNAM, México.
- Comas, Juan et al.: Biología humana y/o antropología física, 1971 Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, México.
- Comfort, Alex: " Teorías sobre el envejecimiento " en Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología de J. G. Brocklehurst, Editorial Médica Panamericana, pp. 56-68, Buenos Aires, 1975.
- Contrato Colectivo de Trabajo, Compañía de Luz y Fuerza del 1974 Centro, S. A., Sindicato Mexicano de Electricistas, México.
- Contrato Colectivo de Trabajo, Ferrocarriles Nacionales de México, 1976 México, Octubre de 1976, México.
- Coudry, E. V.: El cuidado del paciente geriátrico, La Prensa 1962 Médica Mexicana, México.

- Dewey, John: Naturaliza humana y conductas, Breviarios del Fondo de Cultura Económica, núm. 177, México, 1966
- Djian, Jacqueline: La medicina prehispánica, Siglo XXI editores, S. A., México, 1969
- Flores, Ana María: La magnitud del hombre en México, Tesis Profesional, Escuela de Economía, UNAM, México, 1971
- Foucault, Michel: Historia de la locura en la época clásica, Breviarios del Fondo de Cultura Económica, núm. 191, México, 1967
- Fromm, Erich: El corazón del hombre, Fondo de Cultura Económica, Colección Popular, México, 1974
- Gurn, S. M., Schuman, G. y Wagner, B.: Long life as a general phenomenon in man, British Medical Journal, vol. III, pp. 1729-36, London, 1967
- Goldsmith, J. R. y Landau, S. A.: Carbón activado and human health, Science, núm. 162, pp. 1331-39, U.S.A., 1968
- Guillemand, Anne Marie: La Nutrición: una parte esencial, Ecole Pratique des Hautes Etudes (Via Section) and Mouton & Co., Paris, 1972
- Guillermo, Jacobo: La longevidad, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1968
- Hall, David: "Aspectos metabólicos y estructurales del envejecimiento" en Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología de J. G. Brodichewst, Editorial Médica Interamericana, pp. 29-35, Buenos Aires, 1973
- Harlow, John y Elizabeth Harlow: Guía para la salud de la gerencia, La Prensa Médica Mexicana, México, 1967
- Heidegger, Martin: El ser y el tiempo, Fondo de Cultura Económica, México, 1949
- Hallie, Margaret: Quintus Clidus, Frontier Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1974

- Hollingsworth, D. R. et al.: Neuromuscular test of aging in
1969 Hiroshima subjects, Journal of Gerontology, núm. 24,
pp. 276-283, London.
- Informe sobre investigación en Geriatria, Departamento de Psi-
1973 colegia, ISSSUN, Estado de México, México.
- Jasper, Karl: La filosofía de la existencia, Fondo de Cultura
1975 Económica, México.
- Kalish A., Richard: Late childhood: perspectives on human deve-
1975 lopment, Brooks/Cole Publishing Company, California.
- Kennedy, John et al.: Heart disease in the elderly: a population
1972 study, Gerontology Clinical, núm. 14, pp. 5-16, London.
- Kimmel G., Douglas: Adulthood and Aging, John Wiley and Sons,
1974 Inc., New York.
- Kojév, Andrei: Introduction à la lecture de Hegel, Ed. Galli-
1957 uard, Paris.
- Kibler-Ross, E.: Sobre la muerte y el morir, Publicaciones Tavig
1970 tock, S. A., Argentina.
- Lave, L. B. y Seakin, E. P.: Air pollution and human health,
1970 Science, núm. 169, pp. 723-733, U. S. A.
- Labert, Norbert: Los vicios nocivos viven más, Editorial Ex-
1975 temporanea, S. A., México.
- Les conditions de vie à l'âge de la retraite, Avis et Rapports
1976 du Conseil Economique et Social, Séances des 24 et 25
Février 1976, Journal Officiel de la République Française,
Paris.
- Levin, S. y Kahana, R.: Los procesos psicológicos en el enve-
1973 jecimiento, Editorial Trilce, Buenos Aires.
- Ley de retiro y pensiones militares, Ediciones Ateneo, S. A.,
1975 México.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Tra-
1973 abajadores del Estado, Publicaciones Pallas Ateneo, S. A.
México.

- Ley del Seguro Social, Talleres Gráficos de la Nación, México.
1973
- Martin, Eric y Jean Pierre Junod: Ensayo de Geriatria, Ed.
1973 Hans Huber, Berna
- Monaker, Ester y William Monaker: El ve en la evolución,
1968 Fondo de Cultura Económica, México.
- Miller, D. M. y Lieberman, M.: The relationship of effort state
1965 and adaptive capacity to reaction to stress, Journal of
Gerontology, núm. 20, pp. 492-497, London.
- Muller, Gerdin: Manuel de Gerontopsiquiatria, Masson et Cie.
1969 Paris.
- Newton-John, N. y D. B. Morgan: Catecholamines: Diseases or stress-
1968 genes? Lancet, vol. I, pp. 232-233, London.
- Percy, Charles H.: Growing old in the country of the young,
1974 McGraw-Hill Book Company, New York.
- Philibert, Michel: " Le role et l'image du vieillard dans notre
1963 société ", Vieillesse et Vieillessement, pp. 923-951,
Mai, Strasbourg.
- Problemas de Salud Mental del envejecimiento y de la vejez,
1969 CEM, Editorial Humanistas, Buenos Aires.
- Rodriguez Sala, Ma. Luina: Suicidios y suicidas de la sociedad
1974 mexicana, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM,
México.
- Romero M., José: Nota una filosofía existencial, Imprenta Uni-
1953 versitaria, UNAM, Serie Cultura Mexicana, núm. 3, México.
- Rostand, Jean: El hombre y la vida, Fondo de Cultura Económica,
1960 Colección Popular núm. 14, México.
- Rostand, Jean: El hombre, Alianza Editorial, Sección de Ciencia
1970 y Técnica, Madrid.
- Rowlatt, G. y L. M. Franks: " El envejecimiento de tejidos y
1973 células " en Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontoló-
gica de J. C. Brocklehurst, Editorial Médica Panameri-
cana, pp. 13-28, Buenos Aires.

- Russek, H. I.: Stress, tobacco and coronary disease in North America. American professional stress. Survey of 11,000 men in 14 occupational groups, Journal of American Medical Association, num. 192, pp. 189-194, U.S.A. 1965
- San Martín, Hernán: Salud y enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, México. 1968
- Sartre, Jean Paul: El ser y la nada. Ensayo de una ontología fenomenológica, Fondo de Cultura Económica, México. 1965
- Selye, Hans: The stress of life, McGraw-Hill Book Co., New York. 1966
- Selye, Hans: Stress without Distress, New American Library Ed. 1975 U.S.A.
- Sheldon, J.: Natural history of falls in old age, British Medical Journal, vol. III, pp. 1689-90, London. 1960
- Shren, M.: Das Alterungs-Geschehen. Teil I, Deutscher et Niotte, Suisse. 1965
- Strogatz, E. J.: Geriatrics Medicine, J. B. Lippincott Co., 1964 Philadelphia.
- Unzueta, Miguel de: Vida de San Agustín y Jerónimo, Ed. Espasa Calpe, Buenos Aires. 1959
- Unzueta, Miguel de: Amor y Religión, Colección Austral de Espasa Calpe Argentina, S. A., Argentina. 1964
- Unzueta, Miguel de: "El secreto de la vida", Ensayos, Editorial Aguilar, Madrid. 1965
- Williamson, J.: Ageing in modern society, Royal Society of Health, Edinburgh. 1960
- Welteroch, Heinz: La vejez. segunda vida del hombre, Breviarios del Fondo de Cultura Económica, num. 164, México. 1962
- Woodruff, Diana y James E. Birren: Ageing. Scientific surveys - types and social issues, D. van Nostrand Company, New York. 1975