

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

LOS ANCIANOS, UN GRUPO OLVIDADO*

RAMÓN ALVAREZ-GUTIÉRREZ ‡

El grupo de personas de 65 y más años es cada vez más numeroso, siendo sus problemas familiares, sociales, económicos y de salud tan peculiares que reclaman soluciones específicas y adecuadas. Por otro lado, tratándose de una minoría, ocupan un lugar bajo en la escala de prioridades de los problemas del país. En este trabajo se examinan las principales características de ese grupo etario llamándose la atención sobre la marginación social en que se le mantiene y se proponen algunas acciones específicas para encauzar la resolución de los problemas de los ancianos.

Diffícil en verdad es definir la vejez. No solamente encontramos dificultades inherentes a cualquier definición, sino además, existe la incapacidad para establecer parámetros que nos permitan encasillar el envejecimiento. Se considera que envejecer es un proceso individual determinado por las circunstancias propias: fisiológicas y sociales, así como por la forma de desarrollo de la personalidad.¹

Se tiene la tendencia a definir la vejez como una condición completamente ajena a las edades precedentes, cuando en realidad es, en primer lugar, una modalidad de la organización de la personalidad del individuo y, en segundo lugar, el punto de ruptura del equilibrio de las modalidades anteriores: la infancia, la juventud y la madurez.²

La vejez se presenta con más claridad a los otros que al sujeto mismo, pues si la evolución se opera sin tropiezos, el individuo que envejece no lo nota.³

Madame de Sevigné escribió en 1687: "La Providencia nos ha conducido con tanta bondad en todos estos tiempos diferentes de nuestra vida, que casi no lo sentimos. Esta pendiente va despacito, es imperceptible: es la aguja del cuadrante que no vemos andar. Si a los veinte años nos hicieran ver en un espejo el rostro que tendremos, o el que tenemos a los sesenta años, comparándolo con el de veinte, nos caeríamos de espaldas y tendríamos miedo a esa cara; pero avanzamos día a día; somos hoy como ayer y mañana como hoy; así proseguimos sin sentirlo y éste es uno de los milagros de esa Providencia que amo tanto."

Envejecer es seguir un patrón de cambios de las estructuras y el funcionamiento del cuerpo y en los ajustes de la persona. La mayoría de estos cambios se inician poco después de alcanzar la madurez biológica y progresan gradualmente, pues gastamos 25 por

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, leído en la sesión ordinaria del 27 de julio de 1977.

‡ Académico numerario. Director de Asuntos Internacionales. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

ciento de nuestra vida creciendo y 75 por ciento envejeciendo. Este proceso no se efectúa al mismo ritmo y los diversos componentes del cuerpo humano inician su involución a diferente edad y se deterioran a tasas diferentes.

Al avanzar la edad sobrevienen cambios en las distintas partes del organismo: los huesos se rarifican, las encías se enjutan, los dientes toman coloración amarillenta, los músculos estriados sufren una reducción en la velocidad y en la fuerza de contracción, pierden elasticidad y presentan más elementos fibrosos.

El paso del tiempo en el tejido conjuntivo es de importancia considerable en la biología de la senescencia: éste, compuesto principalmente de fibras de colágeno, puede calcificarse, lo que contribuye a disminuir la flexibilidad de las articulaciones en las que la superficie lisa se gasta.

La piel presenta cambios que son muy aparentes y visibles: hay palidez; se presentan manchas, la elasticidad se pierde y toma una textura de pergamino. El cabello se adelgaza, cambia de coloración y se va cayendo.

El metabolismo basal disminuye, por lo que la regulación de la temperatura en los ancianos es más difícil y los cambios intensos en el ambiente los afectan.

Algunas secreciones digestivas disminuyen; los sentidos del gusto y del olfato pierden agudeza y la masticación es menos efectiva debido a la mayor debilidad de los músculos faciales y al deterioro dental, lo que puede acarrear desnutrición. En términos generales, el aparato digestivo experimenta pocos cambios con la vejez normal.

Los otros sentidos también experimentan cambios y, de ellos, posiblemente el más evidente es el de la visión. El cristalino envejece desde la infancia y después de los 40 años de vida la distancia óptima para ver se alarga gradualmente. La pérdida de la agudeza auditiva es gradual y puede pasar inadvertida. Con la edad se deterioran la percepción táctil y la del movimiento y la vibración. La eficiencia de la sensibilidad vestibular para la postura y el equilibrio disminuye. Los músculos laríngeos se atrofian y las cuerdas vocales pierden tensión, alterándose la voz.

La eficiencia respiratoria disminuye y en las arterias pueden acumularse depósitos grasos. Las válvulas se endurecen y la capacidad de trabajo del corazón baja. El ritmo cardiaco se vuelve más lento y los cambios arteriales, si ocurren en los vasos del cerebro, tienen efectos adversos.

En el sistema endocrino, la glándula tiroides se conserva suficientemente efectiva. Las cápsulas suprarrenales disminuyen su secreción después de los 20 años; las gónadas presentan cambios que inducen la

involución del aparato genital femenino y en el hombre cambios degenerativos en los testículos con modificación gradual de la función sexual; la hipófisis sí conserva sus funciones a través de los años.⁴

El funcionamiento del cerebro es menos flexible; se ha visto que el consumo de oxígeno se reduce, lo que produce una eliminación de la memoria inmediata y de la retentiva.

La rapidez de las operaciones mentales progresa hasta los 15 años, se estabiliza entre los 15 y los 35 y disminuye después. Toda facultad que implica una adaptación declina a partir de los 35 años.

El vocabulario, en la gente inculta, se empobrece a partir de los 60 años, y se mantiene e incluso a veces se enriquece en los sujetos de un nivel intelectual elevado. En conjunto, los conocimientos bien asimilados no se alteran.

Mientras el espíritu conserva su equilibrio y su vigor, el sujeto mantiene buena salud física; ésta se arruina cuando el ánimo cede. Si la vida fisiológica se degrada gravemente las facultades intelectuales se perturban.⁵

Ahora se conocen mejor las diferentes formas de enfermedad mental en la vejez, y se admite que muchos trastornos atribuidos anteriormente a las modificaciones irreversibles de la senescencia no son más que estados familiares observados en los años juveniles, pero cuya manifestación clínica se modifica en la senectud.

En algunos países, más de la tercera parte de las camas de los hospitales psiquiátricos están ocupadas por pacientes ancianos. Gran parte de ellos tienen síndromes cerebrales, de ordinario demencia senil o psicosis con arteriosclerosis cerebral. Los trastornos mentales funcionales son también frecuentes en la vejez y el número de enfermos de 65 a 74 años con esas afecciones es igual o superior al número de pacientes con síndromes cerebrales crónicos.⁶

La depresión es un motivo común de queja en los pacientes. Esta es un desorden funcional del humor que afecta en forma global a la persona; sus manifestaciones principales ocurren en la esfera mental y las accesorias en la somática. Si los síntomas son muy intensos, el paciente puede intentar el suicidio.

En un estudio realizado por Caraveo,⁷ del Centro de Salud Mental Comunitario San Rafael, se investigó la depresión, aplicando la prueba de Zung,⁸ a una muestra representativa de ancianos de la zona de Tlalpan. Los resultados se relacionaron con el medio en que habitaban los investigados, ya fuera urbano, suburbano o rural. Se encontró que en los dos últimos, los deprimidos representaron una relación de casi 1:1 con respecto a los normales y en el medio urbano esta relación fue de 2:1.

Como puede observarse, la magnitud del problema es importante. Sin embargo, se trata de un padecimiento para el cual la terapéutica moderna cuenta con recursos adecuados de control. En términos generales, se han abierto nuevas oportunidades para el tratamiento, y muchos ancianos que en el pasado hubieran sido recluidos en instituciones mentales, pueden mantenerse ahora en la comunidad.⁹

En resumen, existe una relación clara entre vejez y enfermedad; es muy raro encontrar lo que podría llamarse "la vejez en estado puro". Las personas de edad avanzada son afectadas por una polipatología crónica.

La involución senil del hombre se produce siempre en el seno de una sociedad. Para comprender la realidad y la significación de la vejez, es indispensable examinar qué lugar se asigna a los viejos y qué representación se tiene de ellos.¹⁰

Con la industrialización y el despoblamiento del campo empieza la desintegración de la familia patriarcal; en las familias compuestas de campesinos y artesanos había una coincidencia entre la profesión y la existencia del trabajador: vivía en su lugar de trabajo, era dueño de sus medios de producción y las tareas productivas y domésticas se confundían. Las capacidades aumentaban con la experiencia y, por lo tanto, con la edad. Cuando el trabajador declinaba, existía un tipo de división del trabajo que permitía que se adaptaran las diversas tareas a la capacidad y posibilidades de cada uno y cuando el anciano se convertía definitivamente en un inválido, el resto de la familia aseguraba su supervivencia.¹¹

Actualmente, en esta edad en que tanta falta hace un hogar, muchos ancianos tienen que abandonar la casa en que vivieron gran parte de su vida: por condiciones económicas; por haberse deshecho su familia; porque ésta los excluye o por marginarse ellos mismos. El hombre viejo constituye pesada carga para sus familiares, que pronto se cansan y, no obstante que en algunas ocasiones cuentan con dinero suficiente, lo dejan en el cuarto de triques, que eso vienen siendo los asilos.¹²

El ser humano teme envejecer por miedo a convertirse en un estorbo; a dejar de ser una persona respetable y digna; a no desempeñar un papel, no digamos importante, sino aceptable dentro del círculo familiar y dentro de la sociedad; a ser objeto de crítica y burla; a perder sus facultades y su lucidez, a llegar a los inevitables "chocheos" y a perder toda independencia.

Así, el anciano, objetivamente expulsado de la vida familiar y de la sociedad, sufre, en suma, una regresión antropológica radical.

La condición económica del anciano se define por el uso cada vez mayor que las fuerzas productivas

hacen de los recursos técnico-científicos, estando él en una posición de desventaja frente a los jóvenes.¹³

Por otro lado, cuando llega el momento de la jubilación, lo habitual es encontrarse con una pensión que, por magra, no puede asegurar el disfrute de una vida siquiera modesta.

Los estudiosos de la economía concuerdan en que se asiste a una tendencia hacia la eliminación del trabajador de edad, no sólo porque éste no puede resistir la presión de las ocupaciones del presente, sino también porque se cuenta con un número suficiente de hombres y mujeres más jóvenes para una oferta de trabajo que es limitada y que además disminuye rápidamente.

Según encuestas realizadas en diferentes países, los servicios de colocaciones fijan el límite de edad de contratación entre 35 y 45 años; en nuestro país este límite es de 40 años.

Nuestros modernos medios de estandarización intentan convencernos de la lucha de las generaciones, de la brecha entre éstas y de la obsolescencia de los ancianos, como parte de una cultura que se caracteriza por el consumismo, la producción en serie y la obsolescencia planificada de todo.

El problema negro, se ha dicho, es un problema de blancos; el de la mujer, un problema masculino; pero la mujer lucha por conquistar la igualdad, los negros pelean contra la opresión; en cambio, los viejos no tienen ningún arma y su problema es estrictamente un problema de adultos activos. Estos deciden, según su propio interés práctico e ideológico, acerca del papel que conviene conferir a los ancianos.¹⁴

El interés por la duración de la vida, o más bien por la prolongación de la misma, gozando de perenne juventud, se pierde en el devenir histórico. El papiro Smith, escrito hace cuatro mil años, comienza con la excitante promesa: "El comienzo del libro para transformar a un anciano en joven." En la Edad Media se buscó afanosamente el elixir de la vida y los alquimistas consumieron tiempo, esfuerzos, riquezas y ensueños, intentando obtener para sí la facultad de conservar los atributos de la juventud. Los modernos alquimistas continúan esta búsqueda en sus enormes laboratorios.

La preocupación científica por la gerontología, por el estudio de la naturaleza y el proceso del envejecimiento, puede remontarse a la obra de Francis Bacon *History of life and death* (1645); pero no fue sino en el siglo XX cuando comenzó la investigación sistemática del envejecimiento, a pesar de que durante el siglo XIX se efectuaron intentos reiterados en el mismo sentido.¹⁵

Los científicos de entonces confiaban todavía en explicar por causa única el proceso de la senescencia.

A fines del siglo XIX algunos sostuvieron que se debía a la involución de las glándulas sexuales. Brown-Séquard, profesor del Collège de France, se inyectó, a los 72 años, extractos de testículos de cobayo y de perro, sin resultado duradero. Voronoff, también profesor del Collège de France, inventó injertar en hombres de edad, glándulas de mono: fracasó. Bogomoletz pretendió fabricar un suero antirreticular citotóxico: no tuvo éxito. Por su lado, Metchnikoff había postulado la idea de que la senilidad sería el resultado de una autointoxicación.

A partir de 1940, el estudio de la vejez entró en su madurez científica con la articulación de la gerontología y la geriatría como disciplinas científicas y con la formación de asociaciones profesionales interesadas en el tema.

La medicina moderna ya no pretende asignar a una sola causa el 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. Hoy se estima que es un proceso común a todos los seres y que cada organismo contiene, en el momento de su nacimiento, su vejez, ineluctable consecuencia de su realización.¹⁶

Ahora bien, ¿cuál es en realidad la magnitud del problema?

La expectativa de vida ha aumentado durante los últimos decenios, por lo que la población de personas mayores de 65 años empieza a ser considerable en varios países, y es posible que en el próximo decenio llegue a constituir 10 ó 15 por ciento de la población total en los países desarrollados, 5 a 10 por ciento en aquellos en desarrollo y 5 por ciento en los subdesarrollados.¹⁷

El envejecimiento de la población no significa que el límite de la vida se haya desplazado, sino que la proporción de personas de edad avanzada es mucho mayor. Este cambio se produce en detrimento de la proporción de jóvenes, ya que la de adultos permanece más o menos fija.¹⁸

En 1970 había en el mundo alrededor de 291 millones de personas de más de 65 años; se calcula que en el año 2000 esa cifra ascenderá a 585 millones.¹⁹

En México, según el Censo General de 1970, la población de personas mayores de 65 años era 3.7 por ciento del total es decir, 1 813 210. Para el año 2000 se estima que esa cifra será de 5 289 760 personas, o sea 4 por ciento de toda la población. Se observa, pues, que este grupo experimenta un incremento pequeño, pero constante, lo que debe hacer reflexionar sobre su creciente importancia.²⁰

Las principales causas de enfermedad y muerte de los mayores de 65 años en México son bronconeumonías y neumonías, enfermedades del corazón, tumores

maligros, lesiones cerebrovasculares, cirrosis hepática, accidentes, diabetes mellitus, enteritis y otras enfermedades diarreicas, tuberculosis y bronquitis, así como los trastornos mentales funcionales ya mencionados.²¹

Al hacer un análisis de lo anterior nos damos cuenta de que las altas tasas de estos padecimientos pueden abatirse, aunque obviamente en unas la disminución podrá ser mayor y más fácil que en otras.

En general, todas ellas reflejan la carencia de actividades orientadas específicamente a la prevención y al control de las enfermedades, a la restauración de la salud de los ancianos y a su rehabilitación. Reflejan, además, la falta de instalaciones, equipo y servicios para ellos. Por ejemplo, a pesar del papel importante que desempeñan los servicios de urgencia de los hospitales, y los de auxilio y socorro en la disminución de la mortalidad senil, tanto unos como otros carecen del equipo elemental para atenderlos y del personal preparado para tal fin. Por todos lados vemos tratados de "urgencias en pediatría", "en obstetricia", "en cirugía", etc., pero es difícil encontrar un tratado de "urgencias en la senectud".

Otro ejemplo es el que se refiere a los medicamentos; en todos ellos se registran dosis y los riesgos que representan para los niños o para las embarazadas, pero no se menciona nada en relación con los riesgos o las dosis máximas o mínimas para los ancianos.

Si dirigimos nuestra mirada hacia los aspectos de la asistencia social, observaremos que en todo el país existen 82 casas para ancianos, de las que 22 se encuentran en el Distrito Federal. La población atendida asciende a 6 516 personas, dando un promedio de 80 por asilo. El panorama realmente es desolador. Además hay un hecho muy significativo: de las 22 instituciones sitas en la capital, una se fundó en el decenio de los 30; una en el de los 40; una en el de los 50; tres en el de los 60 y una en el de los 70. Las restantes, se fundaron en los primeros años del siglo XX.²² Además, no puede decirse que exista otro tipo de programas en este campo, fuera de los asilos ya mencionados.

La marginación por discriminación y olvido no ofrece lugar a dudas.

Las soluciones que se propongan para resolver el problema de los ancianos en nuestro país deben ser: humanistas, científicas, prácticas y ajustadas a la realidad del medio en que vivimos. Transportar soluciones que han tenido éxito en otros países para implantarlas aquí, pensando que funcionarán de la misma manera, sería repetir un error ya cometido en múltiples ocasiones.

De cualquier modo, una cosa es evidente: la atención integral del anciano debe estar incluida dentro del sistema nacional de seguridad social, y mientras

éste no sea universal, constituir uno de los programas básicos de la asistencia social.²³ Por otro lado, no debe limitarse a los aspectos materiales²⁴ tales como la seguridad económica, la vivienda, la alimentación y la atención médica, sino que debe considerar también necesidades de carácter humano, tan importantes como el afecto, el respeto, la compañía, la comprensión y la participación en la vida social.²⁵

Quisiéramos destacar algunas acciones concretas de ejecución inaplazable, para encauzar la resolución de los problemas más allegados a la vejez.

1. Pugar por una legislación que garantice protección adecuada para todos los ancianos mexicanos.
2. Crear empleos bien remunerados en los sectores privado y público destinados exclusivamente a personas de edad avanzada.
3. Procurar que se asignen mayores recursos, tanto de fondos fiscales como de particulares, para la atención de este grupo.
4. Promover programas de bienestar social en todas las instituciones de seguridad y asistencia, así como en industrias, sindicatos y, en general, en todos los grupos organizados.
5. Destinar para los ancianos un porcentaje adecuado de las viviendas de carácter social que construyen el INFONAVIT, el ISSSTE, el Instituto Nal. de la Vivienda y otros organismos.
6. Incluir aspectos de geriatría y gerontología en los *curricula* de las facultades y escuelas de medicina, así como en las escuelas de enfermería.
7. Organizar cursos de postgrado para la especialización de geriatría.
8. Establecer servicios de geriatría, o mejorarlos e incrementarlos cuando ya existan, en las tres principales instituciones sanitario-asistenciales del país: Secretaría de Salubridad y Asistencia, ISSSTE e IMSS.
9. Reformar y modificar los ancianatos y asilos existentes, para adecuarlos a los enfoques técnicos y humanitarios del momento actual.²⁶

Iniciar un movimiento a favor de los ancianos y cambiar actitudes estereotipadas en relación a la vejez es actividad que no admite dilación. Estos, al igual que los niños, los enfermos, los lisiados y otros, deben tener la protección de la sociedad.

Es imprescindible, pues, despertar el interés en este campo y, para ello, quién mejor que la Academia Nacional de Medicina, organismo consultivo del gobierno federal en materia de salud, para canalizar esta inquietud.

Considero que de ningún lugar, mejor que de aquí, puede partir este llamado de atención para reconside-

rar lo que estamos haciendo y para corregir nuestros descuidos, de manera tal que el anciano pueda aspirar a una vida mejor.

Estoy seguro de que los señores académicos sabrán enjuiciar con toda exactitud la trascendencia y el valor humano que encierra esta proposición, y de que serán los portaestandartes de una nueva actitud hacia este grupo marginado.

El doctor Ramón Álvarez Gutiérrez sustentó su examen profesional como médico cirujano en 1952. De 1959 a 1960 obtuvo la maestría en Salud Pública en la Universidad de Johns Hopkins. Después de ser Director General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1965 a 1970, fue representante de la Organización Panamericana de la Salud en la República de Colombia, época en la cual también ejerció actividades docentes en los cursos de planificación en las escuelas de Salud Pública de Medellín y de Medicina en la Universidad Nacional de Bogotá. Fue después Jefe de la Zona I de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Caracas. Después de ejercer otros cargos docentes y administrativos, es actualmente Director General de Asuntos Internacionales de la S.S.A.

La academia Nacional de Medicina lo recibió como miembro numerario de su Departamento de Sociología Médica y Salud Pública, el 12 de mayo de 1977.

REFERENCIAS

1. Wolterreck, H.: *La vejez, segunda vida del hombre*. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. 1962, p. 31.
2. Álvarez, S.: *La vejez. Su análisis en un contexto específico*. Tesis profesional. México, U.N.A.M., 1977, p. 14.
3. Beauvoir, S.: *La vejez*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana. 1970, p. 340.
4. Vischer, A. L.: *Los procesos corporales y espirituales del envejecimiento*. En: *La vejez como destino y plenitud*, 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Sudamericana. 1949, p. 20.
5. Ref. 3, p. 41.
6. Anónimo: *La vejez como problema social*. Crónica de la OMS. 31:602, 1977.
7. Caraveo, J.: *Estudio clínico de la depresión en el anciano. Un enfoque fenomenológico*. México, Tesina. 1977, p. 17.
8. Zung, W.: *La medición de la depresión*. México, publicado por Laboratorios Farmacéuticos Lakeside, S. A. 1973, p. 3.
9. Reporte de un Comité de la OMS: *Los trastornos mentales de la senectud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1969, p. 602.
10. Ref. 3, pág. 36.
11. Ref. 2, p. 32.
12. Viniegra, G.: *Algunas consideraciones sobre la ancianidad*. Memoria de la Primera Reunión Nacional de Asistencia Social. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1952, p. 430.
13. Ref. 2, p. 29.
14. Ref. 3, p. 195.
15. Lazarsfeld, P.; Sewell, W., y Wilensky, H.: *Planificación sociológica de los problemas sociales*. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1971, p. 195.
16. Ref. 3, p. 31.
17. Ref. 6, p. 15.
18. Ref. 3, p. 226.
19. Ref. 6, p. 47.
20. Benítez, R., y Cabrera, G.: *Proyecciones de la población de México, 1960-1980*. México, Edición del Banco de México, S. A. 1966, pp. 47, 48, 67, 68, 69.
21. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados, S.S.A.: *Estadísticas vitales, demográficas y de recursos en la República Mexicana, 1968-1974*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1974, p. 35.

22. Información proporcionada por la Junta de Asistencia Privada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
23. Rodríguez, G.: *Principios generales de asistencia social*. Buenos Aires, Editorial Oscar Macchi. 1960, p. 535.
24. Aguirre Pequeño, E.: *Lecciones de gerontología y geriatría*. Nuevo León, Ed. de la Universidad de Nuevo León. 1953. p. 31.
25. Freeman, R.: *Public health nursing practice*, 2a. ed. Filadelfia, W. B. Saunders Co. 1957, p. 334.
26. Kisman, N.: *Servicio social de grupo*, 2a. ed. Buenos Aires, Ed. Humanitas. 1973, p. 264.

COMENTARIO OFICIAL

GUILLERMO CALDERÓN-NARVÁEZ *

El trabajo del doctor Ramón Álvarez Gutiérrez, que tengo el honor de comentar, plantea en forma clara, sencilla y bien documentada, uno de los grandes problemas médico-sociales que el mundo de hoy en día tiene que confrontar.

Desde tiempo inmemorial, el médico, cuya función ha sido cuidar de la salud de sus semejantes, se ha esmerado por prolongar su vida. Los grandes descubrimientos que en el campo de la salud se han logrado en el presente siglo, le han permitido elevar el índice de expectativa vital por arriba de los sesenta y setenta años, según los países, hecho que se ha traducido en una población senil que asciende a 9.9 por ciento de la total en algunos países como los Estados Unidos de América, y que ha llegado a 3.7 por ciento en México.

Sin embargo, al valorar y meditar la obra realizada en todo este tiempo, nos percatamos, con inquietud, de que todos sus desvelos, esfuerzos y sacrificios han sido insatisfactorios, ya que preparado por su adiestramiento profesional a preservar la salud y a procurar la felicidad de sus enfermos, el logro de su primera meta se ha traducido en un aumento en el número de personas más viejas, pero no más sanas y por lo que corresponde a la segunda es difícil concebir la felicidad cuando se llega a una edad en que los achaques y las incapacidades hacen del anciano un ser que tiene que depender totalmente de los demás. Ante esta situación, el médico, en su eterna lucha por tratar de servir a sus semejantes, busca de nuevo, ahora en sus grandes laboratorios, como lo señala el ponente, ese "elixir de la vida" que los alquimistas de la Edad Media no pudieron encontrar.

De acuerdo con lo anterior, en el comentario al magnífico trabajo del doctor Álvarez Gutiérrez nos referiremos en primer lugar, a la patología de la vejez, y en segundo, a la problemática del anciano con la familia y la sociedad.

En relación con el primer punto, en el trabajo se hace una cuidada descripción sobre los cambios que la edad va originando en los diferentes aparatos y sistemas, y el panorama, por lo que a posibilidades terapéuticas se refiere, no puede ser más desconsolador si consideramos que casi todas estas alteraciones son de tipo degenerativo.

Existe, sin embargo, una excepción, la de los trastornos afectivos que integran la depresión, que siendo un padecimiento cuya frecuencia se ha incrementado notablemente en los últimos años, es susceptible de ser totalmente modificada con un tratamiento farmacológico adecuado, debidamente combinado con una psicoterapia breve y sencilla. El cambio que podemos lograr en este tipo de enfermos es verdadera-

* Académico numerario.

mente notable, logrando mejorar no solamente su estado anímico sino también muchos de sus síntomas somáticos, que como el insomnio, la anorexia o la cefalea, constituyen algunas de las llamadas "múltiples caras de la depresión".

La importancia de señalar en un trabajo de salud pública un cuadro que habitualmente pasa inadvertido para el médico no especializado en psiquiatría nos parece de gran trascendencia por constituir uno de los pocos campos en que el médico puede lograr una recuperación total, con riesgos mínimos, en un tiempo razonable y a un costo relativamente moderado.

En la segunda parte de su trabajo, el doctor Álvarez Gutiérrez señala todos los problemas que el anciano va presentando con su familia y con la sociedad y al respecto cabe señalar que si pasamos por alto el límite cronológico de los 65 años y de acuerdo con Goldfarb,¹ consideramos a la ancianidad como un proceso progresivo e inevitable en la capacidad de adaptación, ajuste y supervivencia, tenemos que llegar a la conclusión de que la edad senil sería aquella en la que la declinación en la capacidad funcional, física y mental es manifiesta y mesurable, ameritando para las personas que han llegado a ella protección económica y social, supervisión y cuidado por parte de la comunidad.

Sin embargo, en el transcurso de la historia, las actitudes que la familia o el grupo social han asumido ante el anciano han sido determinadas en gran parte por las necesidades que la propia comunidad tiene para sobrevivir y las tradiciones culturales.

Simmons² señala cómo en las sociedades cazadoras nómadas, cuya supervivencia ha dependido en gran parte de la posibilidad de movilización rápida del grupo de un campo de caza a otro, se han llegado a adoptar métodos drásticos para eliminar del grupo a los ancianos. Es conocido el hecho de que entre los esquimales, aun hoy en día, las mujeres seniles que estorban al grupo han sido tradicionalmente abandonadas en refugios temporales con provisiones limitadas de alimentos, para guarecerse mientras el grupo continúa su camino, supuestamente para regresar por ellas después, cosa que nunca ocurre. En estas sociedades primitivas, el varón difícilmente llega a edades avanzadas, pero cuando el caso se presenta, puede ser eliminado por el hijo, en un acto aparentemente de misericordia, que es considerado como una forma de rendir honores al padre más que como una manifestación de rechazo.

Las sociedades de corte moderno, sin llegar a estos extremos, olvidan la obligación que tienen para con sus miembros ancianos, limitándolos en sus posibilidades de trabajo, y alejándolos del núcleo familiar y social, sin importarles el derecho que como seres humanos tienen a ser tratados en una forma respetable y digna, olvidando que en su juventud contribuyeron en forma importante al logro de muchas de las comodidades de que disfrutaban las nuevas generaciones.

Ante la injusticia social, que nos es tanto más penosa cuanto más cerca estamos de ingresar a ese "grupo olvidado", al darle al doctor Ramón Álvarez Gutiérrez una afectuosa bienvenida a nombre de la Academia Nacional de Medicina, no puedo menos que solidarizarme con las sugerencias que hace a nuestra Corporación, para tratar de ayudar a todas las personas que por su edad necesitan no sólo de ayuda médica y social sino de cariño, respeto y comprensión.

REFERENCIAS

1. Goldfarb, A. I.: *Patient-doctor relationship in treatment of aged patients*. *Geriatrics* 19:8, 1964.
2. Simmons, L. W.: *The role of the aged in primitive society*. New Haven, Yale University Press, 1945.