

cuentes en el anciano por causas litiasicas, prostáticas, etc. La pielonefritis crónica durante muchos años da lugar en el anciano a poliuria, con densidad urinaria baja, nicturia, sed, proteinuria leve, piocituria, microhematuria, sin otras molestias o síntomas subjetivos.

Sorprende que durante mucho tiempo el geronte sobrelleve este proceso con una satisfactoria conservación de la función renal. Entre los gérmenes responsables hallados más comúnmente, se encuentran la *Escherichia coli*, el enterococo, o la *Klebsiella*, cuando se trata de infecciones espontáneas, el *Proteus*, en la litiasis y el estafilococo o la *Pseudomonas* en las infecciones provocadas por maniobras instrumentales como sondeos, etc. En estos casos, el urocultivo puede revelar el hallazgo de más de 100.000 gérmenes por ml de orina, o sea lo que se denomina *bacteriuria significativa*, la que, sin embargo, puede existir como hecho aislado, es decir, sin alteraciones urinarias o urológicas, en cuyo caso se dice que la bacteriuria es asintomática. Se ha tratado de hallar relación entre la existencia de una bacteriuria importante y la comprobación de hipertensión arterial en los ancianos, sugiriéndose que esta relación podría ser de carácter recíproco, o sea que la hipertensión arterial podría acompañar a la pielonefritis o bien que la hipertensión arterial podría favorecer la infección intersticio-renal, estimándose, sin embargo, que esta relación es más fortuita que causal.

**Tratamiento.** El de la pielonefritis y el de las infecciones urinarias en general, en las personas de edad avanzada, debe dirigirse a descubrir las causas urodinámicas predisponentes, como obstrucciones, litiasis renal y aquellas que faciliten la perpetuación de la infección en el parénquima renal: hipertensión arterial, diabetes o hiperuricemia. En cuanto a la medicación antibacteriana se obra de acuerdo con los esquemas comunes aplicados en el adulto, es decir, suministro de antibióticos durante 7 a 10 días seguidos de quimioterápicos durante 15 a 21 días, los primeros para tratar la infección parenquimatosa y los segundos para tratar la infección de las vías que requiere previamente la concentración del agente quimioterápico en el riñón. En el antibiograma generalmente se señalan, para tratar los gérmenes gramnegativos que originan las infecciones urinarias de los viejos, la gentamicina, la ampicilina y la cefalosporina, y como quimioterápicos la trimetoprima-sulfametoxazol, el ácido nalidíxico, el áci-

do oolínico y los nitrofuranos. Cuando existe insuficiencia renal crónica, es menester evitar los preparados nefrotóxicos, como el cloranfenicol, el colistin, la polimixina y la Kanamicina. En los ancianos, en que se hace necesario el uso de antisépticos, en forma casi permanente, por haber factores urodinámicos que no pueden ser corregidos, se puede utilizar la antigua urotropina, asociada al ácido mandélico o al ácido hipúrico.

### Litiasis renal

La litiasis renal se observa en los ancianos en las mismas circunstancias y con las mismas características que en edades más tempranas. Ciertas situaciones que pueden presentarse en el anciano y llevarlo a un estado de hipercalcemia e hipercalcúria pueden favorecer la producción de una litiasis cálcica como ser, por ejemplo, la osteoporosis senil o estar sometidos a un régimen lácteo o alcalino. La litiasis úrica puede presentarse en gerontes hiperuricémicos o gotosos. Tanto la hipercalcemia como la hiperuricemia deben contar con ciertos factores agregados para producir la litiasis; entre éstos tiene importancia todo factor que perturbe el libre curso de la orina, como ser, por ejemplo, la presencia de estrecheces pielouretrales o ureterovesicales, la hipertrofia del cuello de la vejiga, las enfermedades de la próstata; también puede favorecer la litiasis la infección urinaria por ciertos gérmenes como el *Proteus*, que alcaliniza la orina y favorece la precipitación de las sales de calcio.

El diagnóstico radiológico puede ser difícil en la litiasis úrica por la transparencia de los cálculos. Pueden observarse como consecuencia de la litiasis, episodios de cólico nefrítico o de lumbalgia aguda, expulsión o no de alguna pequeña concreción calcúlosa y también pueden hallarse radiológicamente cálculos uni o bilaterales. En ocasiones, el cálculo ocupa todo el sistema pielocalicial, constituyendo el denominado cálculo coraliforme, generalmente relacionado con estrechez pielouretral uni o bilateral, que habitualmente pueden complicarse con infección urinaria alta, generalmente determinada por el *Proteus*, siendo de señalar la extraordinaria tolerancia que tienen las personas de edad avanzada para esos cálculos coraliiformes, aun bilaterales, pues pueden vivir muchos años con concentraciones urinarias deficientes, sin aumento de la azohemia o con cifras tolerables e infec-

ciones bien soportadas, aunque a veces resistentes a todos los antibióticos y donde la ingestión abundante de líquidos es un factor favorable.

**Tratamiento.** Los problemas obstructivos que puede crear la litiasis renal requieren la intervención del urólogo. Además debe corregirse el factor metabólico que causa la litiasis y la infección agregada. Así, la litiasis úrica debe tratarse con dieta hipopurínica y suministro de allopurinol, cuando hay hiperuricemia, en la dosis de 300 mg diarios. La litiasis oxálica con dieta hipoxálica. Debe aconsejarse un suministro abundante de líquidos (2 a 3 litros diarios) y tratar adecuadamente la infección agregada. En cuanto al cólico nefrítico, se trata como en el adulto.

### Otras nefropatías

La *tuberculosis renal* es de comprobación infrecuente en el anciano. Puede sospecharse su presencia ante una hematuria, en la que no se comprueben otras causas corrientes.

El tratamiento es el de la tuberculosis.

También pueden presentarse en el anciano tumores y quistes de riñón.

### Tumores

El *carcinoma de riñón* es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, y tiene su mayor frecuencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida. Aunque en el conjunto de los tumores, su incidencia es menor que en otras localizaciones, tiene un gran interés clínico por la variabilidad de sus síntomas y signos extrarrenales. Anatomopatológicamente se trata de un adenocarcinoma que según Oberlin se origina en el epitelio del túbulo contorneado principal; macroscópicamente puede ser nodular, multinodular o infiltrante. Su *evolución* puede seguir varios estadios: en el primero, el tumor no modifica el tamaño ni la forma del órgano, de manera que aparece rodeado totalmente de parénquima renal normal o contactando con la cápsula renal; en el segundo, el tumor deforma al riñón pudiendo invadir o no la grasa renal; en el tercero, invade el hilio del órgano introduciéndose en la vena renal o afectando a los linfáticos o ganglios regionales, y en el último o cuarto estadio invade órganos vecinos y/o produce metástasis a distancia, de las cuales las más comunes son las pulmonares, las óseas, las linfá-

ticas, las de las glándulas suprarrenales y del sistema nervioso central.

Desde el *punto de vista histológico* se reconocen las variedades de células claras (hipernephroma o tumor de Grawitz), de células granulosas, oscuras, mixtas y sarcomatoides. Por otra parte, las células pueden tener una distribución trabecular, insular, papilar, tubuloquística o mixta, y se debe destacar que la forma papilífera es la de mejor pronóstico. Desde el *punto de vista clínico*, la clásica tríada constituida por hematuria, tumor palpable y dolor, corresponde generalmente a un tumor ya muy desarrollado, con posibilidades de haber hecho metástasis, por lo que no vale para un diagnóstico temprano, y es preciso conocer los síntomas extrarrenales, como ser, por ejemplo, la fiebre, que se manifiesta muchas veces en forma de un síndrome febril prolongado al que no se le halla causa; las manifestaciones hematológicas, como la anemia, muy frecuente, o lo opuesto, la poliglobulia, menos habitual y en algunos casos trombocitosis, trombocitopenia o reacciones leucemoides. También puede registrarse la producción anormal de ciertas sustancias, como la renina, causante de hipertensión arterial y la eritropoyetina causante de la poliglobulia, la parathormona o la vitamina D causantes de hipercalcemia, la producción de gonadotrofinas causantes de ginecomastia y feminización en el hombre o hirsutismo o amenorrea en la mujer y de prolactina causante de galactorrea e impotencia sexual masculina. Son todas estas manifestaciones denominadas paraneoplásicas, a las que pueden añadirse neuropatías periféricas, amiloidosis o una hepatopatía que causa alteraciones del hepatograma, como aumento de las fosfatasa alcalinas y retención de bromosulfaleína.

En los últimos tiempos se han introducido importantes adelantos en los métodos de diagnóstico, que por el polimorfismo clínico de la enfermedad puede llegar a ofrecer considerables dificultades. La urografía excretora, en muchos casos establece la objetivación del tamaño, la configuración renal, las alteraciones en la estructura pielocalicial y los cambios funcionales del órgano que pueden llegar a la falta absoluta de función, y certifica la existencia del tumor o de una masa ocupante renal. Esos nuevos métodos, que tienen el valor de ser incruentos, están constituidos por la tomografía axial computada y la ecografía. La primera permite determinar la existencia de la tumoración, la invasión a la grasa perirrenal y a vena renal o



a la vena cava, el posible compromiso de los ganglios linfáticos regionales y, eventualmente, la presencia de metástasis hepáticas.

La cirugía es el tratamiento fundamental y consiste en la nefrectomía. Para favorecer el resultado, se aconseja la linfadenectomía regional con lo que se ha visto mejorar la supervivencia. La embolización arterial prequirúrgica que ha sido desarrollada en los últimos años, facilita la técnica y disminuye la morbilidad y mortalidad operatorias, pero no los resultados a distancia. La indicación quirúrgica está limitada por el estadio en que se encuentre la lesión maligna; así, por ejemplo, en el estadio 3, sólo en ciertos casos es posible la indicación y en el estadio 4 está contraindicada. La radioterapia se emplea como complemento de la cirugía o en forma aislada cuando el tumor no puede ser abordado por la cirugía. La comprobación de que en la gran mayoría de los tumores renales existen receptores hormonales ha llevado a la introducción de la hormonoterapia. Se considera que el 40 % posee receptores estrogénicos y para progesterona, mientras que otro 40 % cuenta con receptores de una sola clase. Un 20 % carece de receptores, lo que es índice de peor pronóstico. En los casos en que, después de la nefrectomía se hayan producido metástasis, se hace un tratamiento con progesterona. Los resultados son mejores en el hombre que en la mujer. También puede recurrirse a la quimioterapia.

El *mieloma múltiple* que se observa muchas veces en la edad senil, puede determinar el llamado riñón mielomatoso, motivado por depósitos de paraproteína en los túbulos renales y que conduce a la insuficiencia renal. El *tratamiento* del mieloma se describió en páginas anteriores.

Algunos pacientes con alteraciones renales congénitas pueden alcanzar la edad senil, como ser el riñón poliquístico, el riñón en herradura y la ectopia renal. Con respecto al primero, si es diagnosticado a través de sus manifestaciones clínicas y si se tratan la hipertensión arterial y la infección urinaria, puede retardarse la aparición de la insuficiencia renal y lograr así que alcance la sexta y aun la séptima décadas de vida.

Fuera de la litiasis úrica, la gota puede determinar el denominado riñón gotoso; así en un 25 % de los ancianos portadores de esta enfermedad metabólica, se observan alteraciones renales consistentes en microhematuria, proteinuria, leucocituria, y fundamentalmente una disminución de la concentración de la orina, que da lugar a una poliuria. Esta poliuria es pri-

meramente funcional, para luego hacerse orgánica a través de las lesiones histológicas renales, motivadas por la hiperuricemia, consistentes en la presencia de cristales de urato de sodio en el intersticio renal y en el tubo renal: la acumulación intersticial da lugar a la producción de granulomas, con infiltrados linfocitarios y hasta células gigantes; también se afectan los vasos, produciéndose una arterioesclerosis renal. Estas lesiones llevan a la insuficiencia renal global, complicándose con hipertensión arterial e infección renal secundaria.

### INFECCION URINARIA

La infección urinaria consiste en la proliferación de gérmenes patógenos en el aparato urinario, con localización en algunos de sus órganos o en todo su conjunto. En general es descubrible a través de la presencia de los gérmenes infectantes en la orina.

Es un trastorno muy común superado en frecuencia sólo por las infecciones de la vía respiratoria. El geronte masculino está particularmente expuesto a la misma, especialmente por la frecuencia de la patología prostática. Topográficamente la infección urinaria puede ser alta cuando se localiza en riñón, zona perirrenal y uréter, y baja cuando comprende a vejiga, uretra y particularmente la próstata. De la infección urinaria alta hemos tratado más arriba, al referirnos a la pielonefritis aguda y crónica. Los gérmenes causales pueden ser muy diversos pero habitualmente es producida por los bacilos gramnegativos, entre los más comunes el colibacilo o *Escherichia coli*; en menor proporción se halla el *Proteus* que tiene la propiedad de descomponer la urea de la orina liberando amoníaco y por ello poner en marcha o agravar padecimientos litiasicos. Otros gérmenes causales de infección urinaria son la *Klebsiella* y el *Enterobacter* que se hallan particularmente en las infecciones adquiridas en medios hospitalarios; en el mismo grupo se encuentra la *Pseudomonas aeruginosa*, antiguo *bacilo piocianico*, que si bien, en general es de poca agresividad, es muy rebelde y resistente a muchos antibióticos. También pueden ser agentes causales algunos gérmenes grampositivos como los estreptococos y los estafilococos. A estas bacterias deben añadirse las que causan infección por transmisión sexual, como el gonococo o la *Chlamydia trachomatis*.

La infección urinaria puede ser monobacteriana cuando es determinada por una sola clase

de gérmenes, o polimicrobiana cuando es causada por más de un germen. El punto de partida de la infección urinaria puede provenir del intestino, alcanzando los gérmenes de la flora fecal por vía linfohemática o uretral el sistema urinario. Cuando se trata de gérmenes grampositivos, la infección puede provenir de focos distantes y que alcanzan el aparato urinario por vía hemática, por ejemplo forúnculo, en caso del estafilococo. La infección se ve favorecida por factores predisponentes congénitos, como por ejemplo anomalías ureterales, o adquiridos como litiasis renal, estrecheces cicatriciales post-inflamatorias, obstrucciones intrínsecas de las vías urinarias, la retención urinaria, etc. Otro factor predisponente importante es la glucosuria de los diabéticos.

La infección urinaria se exterioriza de diversas maneras según su localización. Cuando es alta, al afectar la pelvis renal y el parénquima renal puede causar la pielonefritis aguda, la pielitis aguda, la pielonefritis crónica, la papilitis necrótica, cuyas características se han descrito más arriba. En la infección urinaria baja tenemos la localización en la vejiga, de observación bastante frecuente en los ancianos y cuyos síntomas clásicos son la polaquiuria, el dolor post-miccional y la piuria, y a veces la hematuria terminal. Otra localización puede ser la prostatitis aguda o crónica, que puede estar favorecida por un estado patológico previo de la próstata, como el adenoma o la litiasis. En estos casos puede presentarse disuria, polaquiuria, micción imperiosa, a veces, hematuria, dolor perineal y molestias rectales. El tacto rectal muestra la glándula agrandada, fluctuante o firme y a veces dolorosa. A todo esto se añade en grado variable un cuadro general con escalofríos y fiebre. La infección urinaria se revela en el estudio del sedimento urinario en el que pueden hallarse los leucocitos abundantes, cilindros epiteliales leucocitarios, cuando hay compromiso renal. El criterio más aceptado para afirmar la existencia de la infección urinaria es el urocultivo, con determinación cuantitativa en la orina de "unidades" formadoras de colonias y la identificación del o los gérmenes patógenos existentes, estimándose la cifra mínima de colonias de  $100.000/3$  de orina para afirmar la infección y descartando las cifras de 10.000 o menos colonias y como resultados dudosos las cifras intermedias entre 100.000 y 10.000. En los casos de existencia de focos de supuración renal o perirrenal, el centellograma con galio 67, puede revelarlo.

**Tratamiento.** Reposa fundamentalmente en el empleo de la terapéutica antibacteriana. Entre las drogas se emplean unas pertenecientes a la quimioterapia y otras a la antibioticoterapia. Entre las primeras se encuentran las sulfamidas, la trimetoprima que se usa casi exclusivamente asociada a una sulfamida, los nitrofuranos y el ácido nalidíxico. Su acción es bacteriostática salvo en lo que se refiere a la trimetoprima que es bactericida.

Dentro de los antibióticos se halla el grupo de las penicilinas, en general bactericidas para gérmenes grampositivos, dentro de las cuales figura la carbenicilina que es particularmente eficaz contra la *Pseudomonas aeruginosa*, las cefalosporinas de acción bacteriostática y bactericida de amplio espectro, los aminoglucósidos, especialmente activos contra los gramnegativos, pero con el inconveniente de la ototoxicidad, y nefrotoxicidad, por lo que su administración debe ser modificada si existe insuficiencia renal para evitar su acumulación. Los macrólidos de acción sobre grampositivos, como el estafilococo, las tetraciclinas, bacteriostáticas y activas contra las clamidias; el cloranfenicol, bacteriostático de amplio espectro. Habiendo tal variedad de drogas disponibles a las que se añaden de continuo otras que van apareciendo, mientras no se disponga del diagnóstico bacteriológico y del antibiograma que muestre el grado de sensibilidad del germen causal a estas diferentes drogas, se empleará una que se estime razonablemente adecuada a las revelaciones estadísticas, a las circunstancias particulares del caso y a su gravedad.

En cuanto a la intensidad y duración del tratamiento, ello está supeditado a la modalidad de la infección urinaria, es decir, según que sea leve, moderada o grave, aguda o crónica. En lo que respecta a duración del tratamiento, la terapéutica activa deberá completar no menos de 10 a 14 días, no importando si la desaparición de los síntomas y signos se verificó antes. Debe hacerse antes de la suspensión un control bacteriológico de la orina, siendo prudente, aunque el paciente continúe asintomático, hacer un nuevo estudio similar mensualmente hasta el tercer mes, otro al sexto mes y un último al año. Debe tenerse presente que por la nefrotoxicidad de los aminoglucósidos ha de ajustarse la dosis de éstos, y su intervalo de administración al grado de insuficiencia renal existente, ya que puede establecerse por dosaje de creatinina sanguínea. El urocultivo puede revelar la desaparición del germen inicial y su



reemplazo por otra bacteria, en cuyo caso deberán sustituirse los antibióticos por aquellos a los que se muestre más sensible el nuevo germen. En el geronte, más que en otras edades, se observa la tendencia a la reurrencia y cronicación de la infección urinaria. En estos casos es aconsejable el estudio urológico completo, por la posible existencia de factores predisponentes, como pueden serlo malformaciones urinarias, litiasis, hipertrofia de próstata, etc., que pueden ser susceptibles de corrección quirúrgica.

#### ENFERMEDADES DE LA VEJIGA

La vejiga determina un importante contingente de trastornos en las personas de edad avanzada. Proliferos estudios realizados por Brocklehurst en vejigas de ancianos, le permitieron establecer que la mayoría presentaba una trabeculación debida a la hipertrofia de los fascículos del músculo detrusor de la vejiga y, en parte, a la pérdida del tejido elástico de sostén y entre las mallas de estos haces musculares se formaban celdillas que, en algunos casos, se proyectaban fuera de la vejiga en forma de divertículos. Estas alteraciones podrían estar en relación con cierto grado de fibrosis del cuello vesical como fenómeno secundario a una infección crónica, por cuanto los exámenes histológicos de esa zona muestran fibrosis y signos de inflamación crónica. También se hallan con frecuencia, en mujeres ancianas, diversos grados de prolapso de la mucosa de la uretra externa. Estas alteraciones han sido correlacionadas con la presencia de incontinencia urinaria. Estadísticas efectuadas en los hospitales geriátricos han mostrado la frecuencia de este trastorno, que puede oscilar entre el 25 y 40 % y que es más común en mujeres. En general, las estadísticas han considerado que se sufría incontinencia toda vez que el paciente contestaba afirmativamente a las siguiente pregunta: "¿alguna vez pierde orina en forma inesperada y sin que pueda evitarlo, y se moja encima?" Otras anomalías funcionales han sido el aumento de frecuencia nocturna o diurna y el ardor en la micción, y dificultad para orinar. La manifestación funcional más común es la frecuencia nocturna de la micción, a medida que se avanza en edad, que puede afectar hasta el 70 %, según algunas estadísticas, de los hombres y el 61 % de las mujeres. La incontinencia reviste mucha importancia por los problemas que plantea en la asistencia de las personas de edad avanzada, por

lo que vamos a considerarla con más detalle a continuación.

#### INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria puede ser transitoria o permanente. La *primera* puede aparecer junto con alguna otra enfermedad aguda de fondo y se corrige al tratar ésta con éxito. Así, una infección respiratoria, una lesión coronaria, o una isquemia cerebral que motiven una confusión mental aguda, pueden determinar una incontinencia de duración breve; lo mismo puede suceder como resultado de una infección urinaria aguda. En algunos casos ocurre porque el anciano no alcanza a llegar al baño con suficiente rapidez. La *incontinencia permanente* puede ser motivada fundamentalmente por causas neurógenas o por hipertrofia prostática o también por retención de orina con rebalsamiento. Este último trastorno puede depender de la presencia de un bolo fecal o de una estrechez u obstrucción de la uretra o también de una vejiga neurógena por tabes dorsal o neuropatía diabética. En algunos casos, la incontinencia se debe a la presencia precoz de contracciones de la vejiga, no inhibidas y que no se acompañan del correspondiente deseo de orinar. En muchos de estos casos existen manifestaciones de lesiones neurológicas, especialmente cerebrales y este tipo de incontinencia se denomina "vejiga neurógena no inhibida".

También pueden clasificarse los factores que conducen a la incontinencia en *predisponentes* y *desencadenantes*. Los primeros dependen de alteraciones que se van produciendo en la vejiga con el avance de la edad y que llevan a una vejiga ineficiente desde el punto de vista funcional, y entre los factores desencadenantes estarían los que sobreagregándose a ese deterioro de la vejiga, ya existente, hacen que el anciano no pueda controlar su vejiga y caiga en la incontinencia; uno de ellos puede ser la postración en cama y los restantes están constituidos por los trastornos confusionales agudos, la infección urinaria aguda, la vejiga neurógena no inhibida, el prostatismo y la retención urinaria con rebalsamiento.

*Tratamiento:* cuando la incontinencia es transitoria, su tratamiento es el que corresponde a la causa que la origina y por lo común basta con una correcta atención de enfermería. Se deberá procurar evitar, en todo lo posible, la

sonda vesical permanente, por el riesgo de llevar la infección a la vejiga; para ello se puede recurrir al mantenimiento, junto al miembro viril, de un orinal y si el paciente está consciente, se hará lo posible por levantarlo y sentarlo en un recipiente adecuado, junto al lecho o llevarlo al inodoro cada dos horas. Cuando es menester recurrir a la sonda vesical se intentará preservar la esterilidad de la vejiga, fijando la sonda de manera que no salga de la uretra y dando un antiséptico urinario o un antibiótico.

La incontinencia, acompañada de retención urinaria y rebalsamiento, requiere una lenta descompresión por medio de la sonda vesical, durante un período de 12 a 24 horas. Si la retención tiende a repetir y es de origen neurógeno, se aconseja el empleo del carbacol o del cloruro de metacolina, sea en inyecciones o por vía oral. Si la incontinencia es permanente se recurre a medidas generales, farmacológicas e instrumentales. En lo que respecta a las primeras, está contraindicada la restricción general de líquidos, por el peligro de llevar al paciente a una deshidratación. Por el contrario, es conveniente un ingreso adecuado de líquidos para satisfacer las necesidades orgánicas y para combatir la infección urinaria. Pero cuando el paciente presenta incontinencia durante la noche, conviene regularle los líquidos, de manera que no beba mucho en las dos o tres horas previas al momento de dormirse. Otra medida general es adoptar la cama baja junto a la cual debe haber un orinal o recipiente adecuado para recoger la orina. En los pacientes hospitalizados, puede usarse la denominada planilla de incontinencia, de la que se han ideado diversos tipos y en la que se anota cada dos o cuatro horas si el paciente está mojado o seco y además se deja espacio para que la enfermera indique con sus iniciales que ha llevado al enfermo al cuarto de baño o le ha dado el orinal en esas oportunidades. La planilla de incontinencia permite registrar la cantidad de accesos de incontinencia en el curso de las 24 horas y su distribución durante varios días y al mismo tiempo indica si surten efecto o no otras medidas terapéuticas. Las drogas empleadas comprenden los antidiuréticos, anticolinérgicos y estrógenos. Entre los antidiuréticos se ha recurrido al polvo de hipótesis en aspiración nasal a la hora de dormir, en los pacientes ancianos con incontinencia nocturna, y también a la inyección de tanato de Pitresin en aceite, pero los resultados no son en general satisfactorios.

Entre los anticolinérgicos se han utilizado la atropina, la efedrina, la propantelina, el bromuro de emepronio, la imipramina y la orfenadrina. El bromuro de emepronio se emplea a razón de 150 a 200 mg dos a cuatro veces por día. Se encuentra en el comercio con el nombre de Cetiprin, y se presenta en comprimidos de 200 mg y en supositorios, pudiéndose emplear en caso de estos últimos 1 a 2 diarios. La propantelina puede usarse en una combinación de 15 mg de propantelina y 50 mg de hidrocloreto de orfenadrina. Cuando se recurra a estas sustancias anticolinérgicas, debe tenerse en cuenta: 1) Que el horario de administración se realice de modo que el efecto ocurra en las horas en que el paciente tiene incontinencia; por ejemplo, cuando la incontinencia es solo nocturna, pero si la incontinencia dura 24 horas, se administran una vez cada 6 horas. 2) Habrá que hacer un ensayo en cada paciente, porque estas drogas son únicamente eficaces cuando hay incontinencia neurógena y siempre que se acompañen de una buena asistencia de enfermería. 3) Debe tenerse en cuenta el efecto desfavorable que puede producirse en casos en que el anciano padezca de glaucoma y debe suspenderse ante la presencia de ictericia de cualquier causa. En las mujeres incontinentes se han visto buenos efectos con estrógenos. El preparado estrogénico de mejor resultado es el quinoestradiol en la dosis de 1 mg diario; el efecto óptimo tarda cuatro semanas en aparecer. No debe administrarse esta droga indefinidamente y cuando resulta útil suministrarla en series de 6 semanas.

El tratamiento instrumental de la incontinencia consiste en el empleo de diversos aparatos para el hombre, que pueden dar resultados si el paciente colabora, como el orinal con boca de goma; en aquellos pacientes que tienen pérdida de algo de orina, pero no emiten grandes cantidades, en forma voluntaria, puede ser más útil la bolsa de goteo, similar a la bolsa de colostomía, que se usa con un depósito plástico o sin él. El otro recurso es la sonda permanente, para la que se recurre en la actualidad a la sonda Foley, de látex; la decisión de colocar la sonda permanente debe hacerse en forma individual en cada caso, para lo que se debe considerar el riesgo de infección frente al pronóstico del paciente en cuanto a vida, y el beneficio que éste obtendría con la sonda permanente. Aunque la infección ascendente puede producir con el tiempo la infección renal, se calcula que este proceso puede requerir de 7 a 8 años o más.



En las ancianas con incontinencia suele haber algún tipo o grado de enfermedad cerebrovascular y sus supervivencias se calculan en uno a dos años, de manera que en esta situación la sonda permanente no entraña mayor riesgo. La sonda se usa con una bolsa aplicada en la pierna, puede usarse día y noche y se tolera bien. Para evitar que se tape la sonda, conviene cambiarla cada dos semanas. La prevención con antibióticos no es conveniente y una medida importante es mantener una abundante ingesta de líquidos.

También se han utilizado almohadillas y ropas protectoras. Las primeras consisten en un cuerpo absorbente, dotado de una sábana impermeable inferior y de un material colocado por encima, que está en contacto con el paciente y es poroso, para que el líquido atraviese su superficie con rapidez y se absorba enseguida en el cuerpo de la almohadilla.

#### RETENCION URINARIA

Es frecuente la presentación de la retención aguda de orina en los ancianos de sexo masculino y la mayoría de las veces depende de una obstrucción del cuello vesical por hipertrofia de la próstata; otros factores pueden ser la estrechez de la uretra posterior o la compresión de la vejiga por una masa en la pelvis, como puede ser un bolo fecal y, finalmente, puede ser causada por trastornos neurológicos, como ser una afección de la médula espinal, como por ejemplo su compresión por causas de diversa naturaleza.

La retención crónica generalmente es causada por la hipertrofia o adenoma de próstata o por el carcinoma de próstata. Para el estudio detallado de estas afecciones remitimos al lector a los tratados de urología. Con respecto a la primera de estas afecciones, el enfermo refiere la existencia, desde hace un tiempo más o menos prolongado, de polaquiuria nocturna, de micciones incompletas y goteo de orina postmicción, de disuria; el tacto rectal permite percibir el agrandamiento de la próstata y el examen se completa generalmente con la cistoscopia y la urografía excretora. El carcinoma de próstata es mucho menos frecuente que el adenoma, pero no obstante, su incidencia aumenta en función de la edad, pues se ha visto que desde el 30 % puede ascender hasta el 80 % entre los 70 y los 90 años de edad. El enfermo acusa síntomas de retención o de infección urinaria y el tacto

rectal muestra la presencia de nódulos duros a nivel de la próstata. En algunos casos puede hacerse aparente a través de metástasis especialmente óseas, que se diagnostican radiográficamente o por medio de la centellografía con estroncio 85. Humoralmente, puede hallarse aumento de la fosfatasa ácida prostática y en caso de metástasis óseas de las fosfatas alcalinas. El diagnóstico se hace por la punción biopsia prostática.

*Tratamiento.* Depende de la afección causal.

## ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS

### HIPOFISIS

#### Cambios anatomofisiológicos

Estos cambios son similares a los que se observan en otros órganos de la economía. A nivel de la hipófisis puede observarse una reducción de su peso a partir de los 40 años de edad, que puede alcanzar después de los 70 años hasta el 20 %. La histología muestra fibrosis difusa y disminución de las células basófilas. Una alteración que ha llamado la atención es el hallazgo de pequeños adenomas hipofisarios que no dan síntomas y que parecen aumentar en frecuencia a medida que se avanza en edad. En el aspecto funcional, se comprueba una diferencia importante en la secreción de somatotrofina con respecto a los jóvenes. Diversos estudios funcionales han demostrado disminución de la respuesta de liberación de somatotrofina. Se cree que en el anciano no hay modificaciones en la secreción de corticotrofina y de titotrofina. En cuanto a las gonadotrofinas, experimentan en la mujer un considerable aumento después de la menopausia, pero al entrar en la senectud disminuyen en ambos sexos.

#### Enfermedades de la hipófisis

En un pequeño porcentaje la acromegalia puede iniciarse después de los 50 años de edad, caracterizándose entonces más por el desarrollo del cráneo que el de los pies y manos. Asimismo pueden registrarse en sujetos mayores de 60 años estados de hipopituitarismo anterior generalmente motivados por adenomas hipofisarios; también pueden depender de un mecanismo au-

toimmune. Puede observarse la aparición de diabetes insípida en el geronte, producida por tumores intracraneales primarios o por metástasis de neoplasias malignas que se localizan en la región hipotálamo-hipofisaria.

## CAPSULAS SUPRARRENALES

### Cambios anatomofisiológicos

En la corteza suprarrenal se comprueba, en la senectud, discreta atrofia, afectando a las zonas glomerular y reticular, mientras que la fascicular puede mostrar moderada hiperplasia, así como también la médula suprarrenal. Se ha registrado con frecuencia en el geronte la aparición de nódulos en la corteza suprarrenal, multifocales y bilaterales, pudiendo alcanzar estos nódulos a veces más de 20 mm de diámetro, y como concomitantemente se observan alteraciones degenerativas de las arterias y arteriolas capsulares, a veces con obliteración de su luz, se considera que esta hiperplasia nodular sería el resultado de las lesiones arteriales y aunque estos nódulos pueden ser capaces de segregar corticoesteroides no se ha visto que causen síntomas de hipercorticosuprarrenalismo. En lo que respecta a las secreciones de hormonas suprarrenales, se ha comprobado una tendencia a una disminución, pero que no alcanza valores significativos; así, por ejemplo, en lo que concierne al cortisol, mientras en los jóvenes se observó que su ritmo de secreción está cerca de los 25 mg por día, en los gerontes está alrededor de los 18 mg. En cuanto a la secreción de andrógenos, se observa una neta disminución en la vejez. También se ha observado un descenso de la secreción de catecolaminas, determinadas a nivel urinario, a medida que se avanza en la edad.

### Enfermedades de las suprarrenales

La hiperfunción de la corteza suprarrenal, con el consiguiente síndrome de Cushing, es muy rara en el anciano; en cambio, se ve más frecuentemente la hipofunción suprarrenal porque hay pacientes addisonianos que viven mucho gracias a los actuales tratamientos, aunque es excepcional después de los 70 años; igualmente es muy rara la observación de feocromocitoma y se ha señalado que también el aldosteronismo

primario o síndrome de Cohn puede iniciarse después de los 70 años de edad.

*Tratamiento.* La principal afección suprarrenal en el anciano es la enfermedad de Addison y muchas veces se trata de pacientes que arrastran su insuficiencia suprarrenal desde edad más temprana. El tratamiento no difiere, en estos casos, del que viene efectuando el enfermo desde el comienzo y que tiene como base la dieta rica en sal y la ingestión del preparado corticoesteroides sustituto: hidrocortisona o prednisona en la dosis suficiente para mantener al paciente libre de trastornos. En caso de que se produzca la crisis addisoniana, se hace necesario reparar bien las pérdidas hidrosalinas y aumentar la dosis del corticoesteroides. Cuando se emplean preparados corticoesteroides en ancianos, deben utilizarse dosis inferiores a las de los sujetos jóvenes, porque es más fácil que se provoque en el geronte el hipercorticosuprarrenalismo y por el peligro de que la osteoporosis que trae pueda facilitar la producción de fracturas.

## TIROIDES

### Cambios anatomofisiológicos

Los estudios macroscópicos de la glándula tiroidea en personas de edad avanzada revelan que en un elevado porcentaje hay reducción del tamaño de la glándula. Histológicamente se observa tendencia a la fibrosis y a la infiltración de células redondas pequeñas y alteraciones de los folículos que se empequeñecen por aplastamiento de su epitelio y reducción de la sustancia coloidal. Con la edad es más común el hallazgo de nódulos, con más frecuencia en las mujeres y de tamaño variable. Esos nódulos son en gran mayoría de tipo involutivo, pero a veces tienen carácter inflamatorio o neoplásico. La función tiroidea disminuye con el envejecimiento, produciéndose una reducción en la producción de hormona tiroidea. El metabolismo basal disminuye en forma gradual con la edad. La captación de iodo radioactivo sufre una reducción con el avance de la edad. En cambio, el nivel de iodo proteico se modifica poco con el aumento de años de vida. Debe tenerse en cuenta que el iodo proteico puede aparecer elevado si el paciente, ingirió drogas o medios de contraste, para radiografías, que contengan iodo.



### Enfermedades del tiroides

El *hipertiroidismo* o *tirotoxicosis* es el trastorno endocrino fuera de la diabetes, y junto con el hipotiroidismo, más frecuente en los ancianos, con un predominio femenino en proporción de 4 a 1. Se acompaña de aumento de los niveles de las hormonas tiroideas, tiroxina y triyodotironina, pudiendo presentar las mismas formas clínicas que en los sujetos jóvenes, o sea la enfermedad de Graves-Basedow, el adenoma tóxico y el hipertiroidismo simple. Pero en el anciano se añade una forma más, que ha sido descrita por Lahey con el nombre de hipertiroidismo apático.

La enfermedad de Basedow se caracteriza por la presencia de un bocio difuso, la exoftalmía y otros signos oculares, el adenoma tóxico por un bocio nodular y el hipertiroidismo simple por la ausencia de bocio asociándose los otros rasgos clínicos de la hiperfunción tiroidea, como la pérdida de peso, en algunos casos con aumento del apetito, siendo este hecho mucho menos frecuente en el anciano y en muchas ocasiones substituido por su disminución o anorexia, piel caliente y húmeda, alteraciones cardiovasculares: taquicardia, extrasístoles, fibrilación auricular, más frecuente en el viejo que en el joven, e insuficiencia cardíaca congestiva; trastornos gastrointestinales, como dolores de vientre y diarrea, esta última menos común en el anciano; trastornos musculares, miastenia, que hace que al paciente le cueste levantarse de un asiento, subir escaleras, y aun caminar, mostrando la electromiografía trastornos miopáticos, en muchos de los pacientes a nivel de los músculos de las cinturas escapular y pelviana; nerviosismo y trastornos psíquicos, que se confunden con psicopatías; osteoporosis, que puede facilitar la producción de fracturas. Pero es de advertir que en el anciano muchas veces no llegan a reunirse todos estos síntomas y sólo se hacen presentes algunos de ellos, hecho para tenerlo muy en cuenta y no dejar pasar ignorado el hipertiroidismo. En la forma apática, muy especial del anciano, el enfermo se muestra obnubilado, aletargado, deprimido, anoréxico, sin signos oculares, a veces con un bocio nodular pequeño, intensa debilidad muscular y pérdida de peso, piel seca y fría, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular; el diagnóstico de esta forma se ve dificultado por mostrar una captación del iodo radioactivo dentro de los límites normales y exhibir solamente un aumento modesto de la función tiroidea. Se ha señalado que el hiperti-

roidismo en el anciano puede hacer aparente una diabetes latente o causar dificultades para controlar dicho trastorno metabólico cuando se presenta también el hipertiroidismo. El diagnóstico se realiza con la colaboración del laboratorio: captación de iodo radiactivo y sobre todo el dosaje de tiroxina libre que se presenta como la prueba más segura para diagnóstico de hipertiroidismo en los ancianos.

*Tratamiento.* De los tres recursos básicos para combatir el hipertiroidismo: drogas anti-tiroideas, cirugía y radioterapia, es esta última, realizada mediante la aplicación de iodo radioactivo la terapéutica más útil, en general, en los pacientes de avanzada edad. Como el efecto del iodo radioactivo demanda un cierto tiempo, en muchos enfermos se acostumbra iniciar el tratamiento con drogas anti-tiroideas, dándose preferencia al Danantizol, pues los tiouracilos parecen dificultar la radioterapia. De esta manera se puede muchas veces lograr poner eutiroides al paciente y sólo es menester entonces suspender la droga 3 a 5 días antes de iniciar el tratamiento con el iodo radioactivo. Inclusive, éste es el tratamiento de elección en aquellos enfermos que habiendo sido sometidos a la intervención quirúrgica, presentan recidivas. El iodo radioactivo debe ser administrado en dosis moderada por el peligro de provocar hipotiroidismo o mixedema, hecho que se observó en los comienzos del tratamiento, cuando se emplearon dosis elevadas. Con dosis reducidas a la mitad de la utilizada en un comienzo, se reduce la frecuencia ulterior de hipotiroidismo, aunque pueden traer como inconveniente la necesidad de suplementar con drogas anti-tiroideas el tratamiento, hasta por un plazo de dos años. Si aparecen manifestaciones de hipotiroidismo, el tratamiento con tiroxina basta para corregir el trastorno, por lo que algunos autores prefieren, en los pacientes ancianos, las dosis más bien elevadas de iodo radioactivo y neutralizar los efectos hipotiroides con la hormona tiroidea. En los casos leves de hipertiroidismo, las drogas anti-tiroideas pueden bastar como tratamiento único y la cirugía está indicada cuando el hipertiroidismo del anciano se acompaña de un bocio grande, que puede causar síntomas compresivos o desfiguración. También la tiroidectomía tiene el riesgo de dejar un hipotiroidismo postoperatorio o bien de producirse una tirotoxicosis como recidiva.

Como coadyuvante del tratamiento del hipertiroidismo y mientras se aguardan los efectos

de las drogas antitiroideas o del yodo radioactivo, se emplea en los últimos años los bloqueadores beta-adrenérgicos como el propranolol, que permite reducir los signos o síntomas de hiperactividad simpática, presentes en el hipertiroidismo como la taquicardia, las palpitaciones, los temblores y la sudoración, así como también mejora la miopatía tirotóxica. El propranolol se utiliza en dosis que van de 40 a 100 mg diarios. El propranolol está, sin embargo, contraindicado si el paciente presenta manifestaciones de broncoespasmo o de insuficiencia cardíaca.

*Hipotiroidismo.* El hipotiroidismo se presenta en la senectud con mayor frecuencia que el trastorno opuesto, o sea el hipertiroidismo. Por otra parte, suele ser más frecuente en la mujer anciana que en el hombre anciano. Realizando pruebas de la función tiroidea en pacientes internados en un servicio de Geriátría, en Inglaterra, se comprobó que el 3,8 % tenían hipotiroidismo que en algunos casos no había dado lugar a manifestaciones clínicas. La deficiencia tiroidea puede deberse a diversas causas, como la tiroiditis autoinmune acompañada de bocio (enfermedad de Hashimoto) o la mayoría de las veces por atrofia tiroidea. También puede depender de insuficiencia hipofisaria o mixedema secundario; puede ser asimismo causa de hipotiroidismo el tratamiento quirúrgico o radioactivo de ciertas enfermedades del tiroides; igualmente puede ser causado por exceso de empleo de droga antitiroidea o de algunas otras sustancias como la sulfonilurea y los ioduros. La anatomía patológica puede revelar una atrofia del cuerpo tiroides que puede llegar a estar reducido a un resto fibroso. A veces, el tamaño de la glándula está poco disminuido y, en otros casos pueden observarse las características histológicas de la enfermedad de Hashimoto. Histológicamente aparecen diversos grados de atrofia epitelial, fibrosis e infiltración de linfocitos, plasmocitos y algunas células gigantes. La piel y diversos órganos pueden presentar la infiltración mixedematosa que está constituida por depósitos extracelulares de un complejo mucopolisacárido proteico, con ácido ialurónico condroitin-sulfúrico. Clínicamente el hipotiroidismo suele tener comienzo insidioso, por cuyo motivo cuando se realice el diagnóstico pueden haber transcurrido varios años de su iniciación. En el anciano esto es más notable porque algunas de sus manifestaciones como la disminución física, la intolerancia al frío, la hipoacusia, pueden

atribuirse al envejecimiento. Entre los signos se destacan los que se refieren al aspecto general y a la voz. Entre los primeros, está el abotagamiento de cara y cuello, los párpados fofos, la piel seca, áspera y de tinte amarillento, la alopecia del cabello y del tercio externo de las cejas, el eritema malar. La voz es muy característica por su timbre ronco. Asher la comparó al sonido de un disco fonográfico rayado, pasado a baja velocidad. Entre otros síntomas se hallan los dolores en las extremidades y los calambres musculares. En el aspecto circulatorio se encuentra tendencia a la bradicardia. El corazón puede presentarse agrandado por la infiltración mixedematosa del miocardio. Las arritmias son raras, porque el corazón hipotiroideo es insensible a las catecolaminas. El electrocardiograma muestra disminución del voltaje, aplanamiento o inversión de la onda T. Pueden presentarse manifestaciones de insuficiencia cardíaca. El apetito suele estar disminuido y el paciente presentar, sin embargo, aumento de peso. Generalmente hay un estreñimiento rebelde. Mentalmente aparece bradipsíquico y apático. Los reflejos rotuliano y aquilano muestran su fase de relajación retardada, que puede medirse por medio del reflexómetro. Cierta número de pacientes presentan anemia. Los exámenes de laboratorio muestran disminución del yodo proteico y de la tiroxina sérica. El colesterol se encuentra aumentado y la prueba de captación de yodo radioactivo muestra una disminución. En la evolución puede sobrevenir el coma mixedematoso, desencadenado por el frío o las infecciones. Por ello es más temible su aparición en la época invernal.

*Tratamiento.* Los pacientes de edad avanzada con hipotiroidismo se tratan con la medicación tiroidea sustitutiva y debe recordarse que son muy sensibles a las hormonas tiroideas. El polvo de tiroides desecado no es una medicación segura, porque puede perder potencia. Se considera de elección la levotiroxina, que se administra en una dosis diaria que inicialmente es de 0,05 mg, la que se va aumentando a razón de 0,05 mg cada dos semanas hasta alcanzar a las seis semanas la dosis de mantenimiento, que es de 0,2 mg. Con esta dosis se logran efectos satisfactorios, pero en las épocas frías del año o ante una infección grave, se hace necesario elevar la dosis a 0,3 mg diarios. Existen preparados en que se asocian las dos hormonas fisiológicas de la glándula tiroides, es decir la tiroxina y la triyodotironina, pero se ha visto que



no ofrecen ventajas y pueden acarrear más efectos adversos. En el coma mixedematoso hay que obrar con energía, suministrando la triyodotironina en la dosis de 10 mg por vía endovenosa, cada 12 horas y 100 mg endovenoso de hidrocortisona dos veces por día.

### Tumores de tiroides

Los tumores o neoplasias del cuerpo tiroides pueden ser benignos o malignos. Los primeros están constituidos por los adenomas, los segundos por los carcinomas, sarcomas, linfosarcomas. El adenoma tiroideo puede presentarse como una formación única dentro de la glándula, denominada en ese caso nódulo solitario o bien en forma múltiple, dando lugar al llamado bocio multinodular. Histológicamente se clasifican en fetales, foliculares, de células de Hürthle y papilares.

El adenoma clínicamente puede ser asintomático o producir disfonía o dolor o dificultad para deglutir, pero muchas veces el cuadro clínico se limita a la verificación del nódulo por inspección o palpación dentro de una glándula que, por lo demás se presenta de apariencia normal. El portador del nódulo puede ser eutiroides o bien presentar manifestaciones hipertiroides. Mediante la captación de radioisótopos y la centellografía, el nódulo puede mostrar una captación de iodo radioactivo igual a la del tejido normal y entonces se lo califica de frío, o bien el nódulo concentra de manera selectiva el iodo radioactivo denominándose, entonces, caliente o tibio. El nódulo frío es una lesión potencialmente maligna y su transformación en carcinoma debe sospecharse cuando es muy duro, está fijado a la tráquea o estructuras vecinas, presenta contorno irregular, ha experimentado rápidamente un mayor aumento de volumen o se acompaña de ganglios cervicales. También algunos nódulos calientes o tibios pueden transformarse en carcinomas.

El cáncer del cuerpo tiroides comprende dos grupos de neoplasias, de comportamiento biológico y pronóstico distinto: el diferenciado y el indiferenciado. El primer grupo comprende el 80 % y el indiferenciado el 20 % del total. El grupo diferenciado incluye las siguientes variedades:

1) Papilar, que abarca en frecuencia el 60 a 80 % del total. Es el menos maligno, tiene crecimiento lento y se presenta generalmente en niños o en edades jóvenes.

2) Folicular, que comprende el 10 % del total. Es también de crecimiento lento y hace metástasis óseas, frecuentemente.

3) El carcinoma de células de Hürthle cuya frecuencia es del 2 % del total.

4) El carcinoma medular, caracterizado por elaboración de tirocalcitonina.

El grupo indiferenciado comprende dos variedades:

1) El adenocarcinoma de células pequeñas, de rápido crecimiento y muy invasor a los órganos vecinos (laringe, pulmones y huesos).

2) El adenocarcinoma de células gigantes y fusiformes, de crecimiento muy acelerado.

El grupo indiferenciado predomina después de los 60 años de edad y su evolución es tanto más rápida cuanto mayor sea la edad del enfermo. El cáncer de tiroides, después de hacer metástasis en los ganglios cervicales, tiende a hacerla en los huesos, para cuyo descubrimiento es menester radiografiar los huesos planos y largos. En cuanto al pronóstico, tratado adecuadamente, el carcinoma papilar puede ofrecer una supervivencia de 80 % a los 5 años, mientras que las otras variedades diferenciadas presentan una supervivencia de 30 a 50 % a los 5 años y las variedades indiferenciadas implican una supervivencia del 10 al 30 % a los 5 años.

*Tratamiento.* El adenoma o nódulo frío, en virtud de su potencial maligno, debe ser sometido a la extirpación quirúrgica, realizando la extirpación de todo el lóbulo en que se halla contenido. Si la lesión tiene aspecto benigno y no se observan ganglios linfáticos comprometidos, se efectúan biopsias por congelación y si se confirma el diagnóstico de adenoma, no procede hacer nada más, pero si la lesión es maligna, hay que operar más ampliamente, aunque últimamente predomina el criterio de que el nódulo frío ha de ser tratado con una tiroidectomía amplia y, naturalmente, los pacientes deben someterse luego a una terapéutica permanente sustitutiva con hormona tiroidea. Los nódulos calientes se tratan como se indicó para el hipertiroidismo y si tienen caracteres sospechosos de malignidad debe apelarse a la cirugía.

El cáncer de tiroides se trata quirúrgicamente y para la forma más frecuente del anciano que es el anaplásico o indiferenciado se hace una disección local lo más amplia posible. En la forma papilar, se indica la lobectomía y la

dissección ganglionar. En las otras variedades, se procederá a la tiroidectomía total y dissección ganglionar y en las recidivas y metástasis generalizadas del grupo diferenciado, se recurre al empleo del yodo radioactivo.

## GONADAS

### Ovarios

En la senectud, el ovario se reduce hasta un tercio de su tamaño, con respecto al de una mujer joven; se produce disminución de los folículos, que llegan a desaparecer; el estroma aumenta y los vasos se hialinizan. La cesación de la función menstrual o menopausia se verifica antes del ingreso a la edad senil, entre los 45 y los 57 años de edad. En algunas mujeres aparecen las manifestaciones de la edad crítica o postmenopáusica que suelen desaparecer algunos años después, pero que a veces se extienden durante la edad senil. Como consecuencia de la menopausia, va declinando la producción de estrógenos y de progesterona, aumentando al principio la eliminación de gonadotrofinas, pero con los años va también disminuyendo. El colpocitograma revela una progresiva desaparición de las células superficiales primeramente y de las intermedias después y un progresivo predominio de las basales con aumento de los leucocitos. Se modifican los caracteres sexuales secundarios: el vello pubiano disminuye, así como también el tejido adiposo del monte de Venus y los labios mayores; se atrofian la vulva y el clítoris, se reduce la luz vaginal, su mucosa se alisa y su secreción disminuye, se hace alcalina. Aparecen moderados signos de virilización, especialmente en forma de hipertriosis y de cambios en la voz. En la senectud pueden aparecer tumores ováricos funcionales, que segregan estrógenos, como los foliculomas, o andrógenos, como los arrenoblastomas. A veces esta actividad hormonal puede determinar signos de rejuvenecimiento genital o de virilización, pero en edades ya avanzadas pueden no producir esos efectos y traducirse solamente por los signos locales de tumor ovárico.

### Tratamiento de los trastornos menopáusicos

En algunas mujeres que alcanzan la edad geriátrica, algunas de las manifestaciones climatéricas pueden persistir y hacerse incómodas. En este caso, el tratamiento adecuado debe realizar-

se con estrógenos en pequeñas cantidades o en administración separada, de tal manera que basten para corregir las manifestaciones menopáusicas, que generalmente están dadas por la inestabilidad vasomotora (sofocos o bochornos). Algunos autores temen que el tratamiento estrogénico prolongado pueda favorecer las neoplasias de útero y mama, pero esto es asunto en discusión, aunque se hace aconsejable evitar el uso indiscriminado de la hormona femenina en dosis elevadas.

### Testículo. Cambios anatomofuncionales

Se observan modificaciones a nivel del tejido intersticial y de los tubos seminíferos. En los últimos hay una disminución del epitelio germinativo conservando los túbulos su calibre; posteriormente, la túnica propia se engruesa, con formación de tejido fibroso y elástico y se observa la esclerosis progresiva de los túbulos y la atrofia de las células de Sertoli. Las células de Leydig disminuyen en número, se reducen de tamaño y aparecen ricas en pigmentos y pobres en lípidos comparadas con las del testículo joven. Estos cambios no se verifican en todos los ancianos, que aun después de los 70 años pueden tener testículos que no difieren morfológicamente de los de individuos de menos edad. La secreción de testosterona sufre un descenso, así término medio puede producir 4 mg diarios; descienden los 17-cetosteroides urinarios y la capacidad de procrear disminuye, pero puede prolongarse aun después de los 70 años. Hay una declinación sexual constante, pero de intensidad variable, cuya causa no está bien esclarecida, creyéndose que depende de factores hormonales y nerviosos. En el primer caso, se cree que actúe una deficiencia del neurotransmisor noradrenalina.

Como patología pueden observarse tumores con repercusión funcional, pero excepcionalmente; así puede hallarse un tumor de células de Leydig que provoca ginecomastia y aumento de secreción de testosterona, 17-cetosteroides y estrógenos y asimismo el coriocarcinoma, que también puede provocar ginecomastia y que se acompaña de aumento de gonadotrofina coriónica en orina.

### Tratamiento de los tumores testiculares

Durante los últimos años, la quimioterapia ha hecho notables adelantos en el tratamiento de



los tumores testiculares. El enfoque terapéutico general comprende la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Los tumores del tipo del seminoma se tratan con orquiectomía y radioterapia de los ganglios afectados; la quimioterapia se utiliza solo en casos avanzados. Cuando son tumores de células germinales distintos del seminoma (coriocarcinoma, teratocarcinoma) la proliferación se produce muy velozmente llevando a la muerte en un plazo de pocos meses, pero utilizando protocolos con drogas antitumorales combinadas se registran supervivencias muy prolongadas. Una combinación eficaz es la vinblastina asociada a la bleomicina y al platinol.

### **Tratamiento de la insuficiencia testicular**

Algunas manifestaciones de insuficiencia de la secreción interna testicular, en el anciano, pueden ser tratadas con preparados de testosterona, sea para administración oral o intramuscular, pero debe tenerse en cuenta que presentan efectos secundarios, que pueden ser indeseables, como la aparición de edema, poliglobulia, ginecomastia y si existen sospechas de carcinoma prostático, dicha terapéutica está absolutamente contraindicada. Las dosis a utilizar deben ser reducidas, es decir, no suministrar más de 3 mg de testosterona por día. No es tampoco aconsejable su utilización con la finalidad de estimular la actividad sexual.

### **SÍNDROMES ENDOCRINOS PARANEÓPLÁSICOS**

En el anciano pueden observarse tumores que producen sustancias hormonosímiles, pero ubicados en órganos que no secretan la hormona normalmente.

### **Síndrome de hipercortisolismo suprarrenal**

Da lugar a un síndrome de Cushing más bien frustrado, pero en el que humoralmente se registran las alteraciones propias del hipercortisolismo, es decir, cortisol plasmático muy aumentado, hipopotasemia y, en la orina, aumento de los 11-hidroxicorticosteroides y de los 17-cetosteroides. El síndrome puede asociarse a un carcinoma broncogénico, que es el que ocurre más comúnmente, pero también a un tumor de estómago, de páncreas o de ovario.

### **Síndrome hipertiroideo**

Se asocia a una neoplasia del tubo digestivo, de la próstata o del pulmón, y es de observación más frecuente en el varón.

### **Síndrome hipercalcémico**

Se comprueba especialmente en neoplasias de riñón, pulmón o mama, pero sin que haya metástasis ósea.

### **Síndrome hipoglucémico**

Este síndrome se presenta asociado a fibrosarcomas de asiento torácico o retroperitoneal y a hepatoma.

### **Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética**

Se ha observado en carcinomas pulmonares, del páncreas y del timo. El paciente presenta anorexia, náuseas, vómitos, cefaleas y confusión mental, que puede llegar al coma. Hay un descenso importante de la natremia que puede llegar a ser inferior a 110 mEq/l. Además existe hipernatriuria y baja osmolaridad plasmática.

### **HIPOTERMIA EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA**

Se trata de un trastorno causado por una temperatura corporal anormalmente baja, producto de un balance negativo entre la producción de calor y la pérdida del mismo por el organismo. Se habla de hipotermia, cuando la temperatura rectal es menor de 35 °C. En los últimos años, tanto en Gran Bretaña como en Estados Unidos ha llamado la atención su presentación entre personas de edad avanzada, en forma accidental siendo las personas de 75 y más años de edad las que están 5 veces más predispuestas a sufrirla que aquellas de menos de 75 años. Se trata muchas veces de gente que vive en casas desprovistas de calefacción en épocas invernales o de mucho frío.

También puede observarse la forma secundaria de hipotermia, que es la que depende de alguna alteración orgánica subyacente, mientras que la forma accidental es engendrada por una causa ambiental. Los trabajos experimentales y

las técnicas de hibernación, han permitido comprobar que con la hipotermia se produce una disminución gradual de las actividades fisiológicas; así, la frecuencia del pulso, la presión arterial, y el metabolismo disminuyen. En la hipotermia accidental todos los sistemas orgánicos sufren y en el aparato cardiovascular aparecen arritmias teniendo entre éstas la mayor gravedad la fibrilación auricular que puede sobrevenir. En el aparato respiratorio como consecuencia de la hipoventilación y el aumento de las secreciones pulmonares puede determinar una bronconeumonía. Revisten especial importancia los trastornos del sistema nervioso central, como ataxia, disartria, alucinaciones, que pueden hacer confundir el cuadro, tratándose de las personas de edad avanzada, con trastornos vasculoencefálicos. Cuando la temperatura desciende por debajo de 36 °C se pueden presentar el delirio y el estupor, y si la temperatura desciende por debajo de los 35 °C se instalan el coma y la arreflexia, y la falta de reflejos pupilares que lo acompaña puede inducir a declarar erróneamente muerto al paciente. Otros trastornos que pueden observarse son hipovolemia y azoemia prerrenal, fleo paralítico, hemorragia gastrointestinal, acidosis, hiperglucemia, aumento de la viscosidad sanguínea, leucopenia, trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada. El electrocardiograma, además de diversas arritmias, puede mostrar una modificación característica de la hipotermia, que es la onda Osborn o "y", que precede al complejo QRS en forma inmediata y observada principalmente en las derivaciones precordiales izquierdas.

La hipotermia secundaria puede presentarse en: 1) *sepsis*: en este caso existe hipotermia en lugar de fiebre y tiene un significado pronóstico malo; 2) por *causas endocrinas*: hipotiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia suprarrenal (crisis addisonianas), hipopituitarismo; 3) por *causas metabólicas*: desnutrición, caquexia, anorexia nerviosa; 4) por *drogas*: barbitúricos, alcohol, fenotiacinas, tricíclicos, anestésicos, hipnóticos; 5) por *alteraciones del sistema nervioso central*: traumatismos de cráneo, lesiones de la médula espinal, ictus, encefalopatía de Wernicke; 6) por *causas cutáneas*: eritrodermia, quemaduras.

La hipotermia accidental es de mejor pronóstico que la secundaria, como lo revelan las cifras de mortalidad, que en la primera pueden llegar al 10 % y en la segunda van del 75 al

90 %. La hipotermia accidental se trata con los denominados métodos de recalentamiento.

Estos métodos son: 1) recalentamiento pasivo, que consiste en retirar a un paciente de la exposición ambiental y cubrirlo con ropas secas y mantas calientes y 2) recalentamiento activo consistente en la inmersión en agua caliente a 40 o 45 °C y la utilización de mantas eléctricas o de objetos calentados. Cuando con el recalentamiento no se logra que la temperatura interna se eleve de 0,5 a 0,8 de grado por hora, se debe entonces investigar si no existe una causa de hipotermia secundaria.

Además se completa el tratamiento con oxigenación adecuada, corrección del equilibrio hidrosalino, y antibióticos si aparecen neumopatías.

## LA CIRUGIA EN EL ANCIANO

Las intervenciones quirúrgicas en los ancianos obligan a tener en cuenta algunos factores que aumentan, como consecuencia del envejecimiento, los riesgos de la operación. Su margen de reserva funcional disminuido y la sequedad de sus tejidos disminuyen su tolerancia al "shock", como ocurre cuando están bajo los efectos de la hipovolemia. Esto hace que acusen mayor mortalidad cuando hay que realizar operaciones de urgencia, verbigracia una hernia estrangulada, que cuando hay que efectuar intervención programada con anterioridad. Entre las afecciones que pueden exigir la intervención quirúrgica de urgencia, se hallan la hemorragia digestiva masiva, la obstrucción intestinal, la perforación de úlcera péptica gastroduodenal, la perforación de un divertículo colónico, la apendicitis aguda, la colecistopatía aguda acompañada o no de pancreatitis, la trombosis mesentérica, la hernia estrangulada.

### Hemorragia gastrointestinal masiva

Puede ser provocada por una úlcera gástrica o duodenal, por gastritis erosiva aguda de causa medicamentosa, por hernia hiatal, por carcinoma de estómago, por síndrome de Mallory-Weiss. La indicación quirúrgica es urgente cuando no se cohibe la hemorragia o esta responde mal al tratamiento con transfusiones de sangre. En el anciano la intervención da una mortalidad en aumento según la edad y en pacientes mayores de 75 años se ha señalado que puede alcanzar al 69 %.



### Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal aguda puede radicar en el intestino delgado o en el intestino grueso. En el primer caso, las causas más comunes son las hernias inguinales y crurales, en el segundo caso, el carcinoma del colon izquierdo. El enfermo presenta dolor abdominal, vómitos, meteorismo, falta de eliminación de heces y de gases. El lugar de la obstrucción puede establecerse con el examen radiológico del abdomen, tomando radiografías en posición de pie y decúbito dorsal. La imagen radiológica puede mostrar también la existencia de un vólvulo del colon. Los enfermos suelen estar muy deshidratados debiéndoseles reponer rápidamente el líquido.

### Perforación de úlcera péptica gastroduodenal

Se ha visto que la mortalidad aumenta en función del tiempo transcurrido entre el momento de la perforación, y la iniciación del tratamiento y es también mayor cuando se trata de úlcera gástrica. La operación se hace reparando simplemente la perforación.

### Apendicitis aguda

En los ancianos es una enfermedad grave y tiende a complicarse pronto con peritonitis difusa, alcanzando la mortalidad al 30 % en las personas mayores de 70 años.

### Diverticulitis aguda perforada

El procedimiento usual es el drenaje de la fosa ilíaca izquierda con colostomía del transverso y la mortalidad está entre el 10 y 30 %.

### Colecistitis aguda litiasica con pancreatitis

El enfermo presenta epigastralgia, peritonitis localizada y aumento de la amilaseemia, aconsejándose evitar la cirugía en la fase aguda de la pancreatitis.

### Trombosis mesentérica

Da lugar a un cuadro de dolor abdominal, vómitos "shock" profundo, signos de obstrucción del intestino delgado y enterorragia.

### Obstrucción vascular periférica

La obstrucción vascular periférica puede presentarse en forma aguda, como en el caso de una trombosis aguda o una embolia arterial o bien como una obliteración arteriosclerótica progresiva, que ha llevado al cierre del vaso. La consecuencia es la producción de una gangrena en el miembro afectado. Cuando el episodio es agudo, hay un dolor de comienzo brusco y la extremidad se pone pálida, fría y sin pulso. Si hay signos de fibrilación auricular o antecedentes de trombosis coronaria, se puede afirmar el diagnóstico de embolia. En este caso, si el diagnóstico se formula rápidamente, puede evitar la gangrena, realizándose la embolectomía. El empleo del catéter de Fogarty ha facilitado la intervención, que puede hacerse con una anestesia local en la ingle. La existencia de gangrena puede obligar a la amputación.

## FRACTURAS EN EL ANCIANO

La disminución de la mineralización ósea debilita los huesos del anciano y le provoca fracturas con facilidad, aun con traumatismos no importantes. Las fracturas se producen, por lo común, en los cuerpos vertebrales, en la extremidad proximal del fémur, en la extremidad distal del radio, y en la extremidad proximal del húmero. También pueden ocurrir fracturas patológicas que asientan casi siempre en las diáfisis del fémur o del húmero y provocadas por metástasis de tumores primitivos de mama, próstata, pulmón, tiroides y riñón. El tratamiento debe buscar el alivio del dolor y lograr una reducción aceptable, hasta que se consiga la unión del hueso. Debe tenerse en cuenta que en el anciano una prolongada inmovilización en cama puede determinar infecciones pulmonares, embolias pulmonares, y escaras de decúbito, que dan una elevada mortalidad. Por eso, en ciertas fracturas, se recurre al tratamiento quirúrgico, como en las del extremo proximal del fémur, localización en la que antes del empleo de la intervención quirúrgica se producía una elevada mortalidad.

Las fracturas de los cuerpos vertebrales suelen deberse a osteoporosis senil. El tratamiento es sintomático y un breve período de reposo o a lo sumo un *corset* de sostén hasta que ceda el dolor. La fractura de los huesos del antebrazo a nivel de la muñeca requiere reducción e inmovilización con un yeso. La fractura del ex-

tremo proximal del fémur puede ser intertrocanterica o subcapital; la primera se produce a nivel del trocánter y se trata con enclavijamiento, que alivia muy pronto el dolor y permite una movilización temprana. La fractura subcapital se produce en la unión de la cabeza con el cuello del fémur y es intracapsular y puede interrumpir los vasos nutricios de la cabeza femoral. El fracaso con los métodos de enclavijamiento por falta de unión o por necrosis vascular de la cabeza femoral ha hecho que se utilice el reemplazo de la cabeza femoral con una prótesis.

### CAIDA EN EL ANCIANO

Suelen ser frecuentes las caídas de las personas de edad avanzada, que sobrevienen sin que la persona haya tropezado o resbalado o haya perdido el conocimiento, sino que en un momento dado nota que le fallan las piernas y cae. Esta situación puede ir seguida de consecuencias graves, por el traumatismo que puede ocurrir, y los trastornos producidos dependen de la localización y circunstancia de la lesión. Cuando se le interroga, la persona afectada no puede explicar bien el motivo de la caída; a veces manifiesta que debió tropezar o resbalar. En las caídas pueden actuar factores ambientales, extrínsecos o intrínsecos. Entre los primeros figuran las alfombras, los pisos resbaladizos. De no existir estas causas extrínsecas hay que pensar en las intrínsecas y para ello se hace menester un estudio completo del enfermo y a veces la necesidad de su hospitalización. Como causas intrínsecas, se señalan los cambios que el avance de la edad produce en el mantenimiento de la postura y en las alternativas de la marcha: a medida que la persona envejece se encorva cada vez más, su andar es más lento, vacilante y llega a caminar arrastrando los pies para evitar tropezar con cualquier obstáculo que le salga al paso. Pero en vez de impedir la caída, esa marcha arrastrando los pies, la facilita, porque es una mala posición que lo lleva a tropezar consigo mismo. Otra causa es la hipotensión ortostática que se observa en un cierto porcentaje de ancianos, espontáneamente por cambios de la edad o también por mala alimentación o por la toma de medicamentos como antihipertensivos, diuréticos y antidepresivos, que pueden provocar una hipotensión ortostática.

Un porcentaje importante de caídas guarda relación con bruscos cambios en el ritmo cardíaco de los que, generalmente, no tiene conciencia

el paciente. La insuficiencia vertebrobasilar es otra causa en la que se debe pensar cuando la caída ha tenido lugar mientras trataba de alcanzar algo por encima de su cabeza o la mantenía levantada intentando mirar algún punto alto. La mala visión por cataratas u otros trastornos, los mareos y las hemorragias ocultas pueden ser factores de caídas. Ciertos medicamentos utilizados para el insomnio o como tranquilizantes pueden ser responsables de la caída. Otras causas son las isquemias cerebrales transitorias, la epilepsia, el síncope vasovagal, los desequilibrios electrolíticos, etc.

### TRASTORNOS DE LA PIEL EN LA SENECTUD

La piel del anciano se caracteriza por su sequedad, delgadez, su tendencia a las arrugas y al color amarillento; además están disminuidas su elasticidad y su turgencia; es frecuente la aparición de telangiectasias y se producen alteraciones del color y de la cantidad del pelo corporal. En lo que respecta a la canicie, o sea el blanqueamiento del cabello y del pelo corporal, se ha observado que al entrar en la cincuentena la mitad de la población tiene por lo menos un 50 % de pelo blanco, cualquiera que sea su sexo y el color de su piel. Se ha visto que en los sujetos normales la canicie depende de un factor genético.

El encanecimiento se inicia en las sienes y poco a poco se va extendiendo hacia el vértice del cuero cabelludo. A veces ese encanecimiento no llega al pelo de las axilas, de la región pectoral o del pubis y mientras el encanecimiento del pelo axilar es raro en la mujer, es común en el hombre. En cuanto a la pérdida del pelo, se observa que el 60 % de la gente de raza blanca tiene cierta calvicie en el vértice y en la región bitemporal al llegar a los 50 años de edad. Se ha determinado que la densidad de los folículo pilosos del cuero cabelludo disminuye con uniformidad desde 615/cm<sup>2</sup> en la tercera década de la vida hasta menos de 500/cm<sup>2</sup> hacia los 50 años.

El pelo corporal, axilar y pubiano alcanza su desarrollo completo hacia la cuarta década de la vida, pero después ocurre pérdida progresiva del pelo en orden inverso al de su aparición. El pelo del tronco se hace ralo y desaparece antes en las mujeres que en los hombres. Luego se pierde el pelo pubiano y axilar que cae antes y con mayor intensidad en las mujeres. El pelo de las piernas es escaso después de los sesenta



años en ambos sexos; pero el de los brazos suele abundar en los hombres, y el pelo de las cejas, de los oídos y de las fosas nasales puede engrosarse y ser más largo.

Histológicamente se observan modificaciones en la piel a nivel de la epidermis y de la dermis; así, a nivel de la primera se señala que las células y puentes intercelulares de la capa espinosa son de contornos más netos que en la piel joven. Tienen tamaño distinto y sus propiedades tintoriales varían. En la capa basal las células experimentan cambios similares y especialmente pierden su ordenación a lo largo de las membranas basales. A nivel de la dermis hay modificaciones en el colágeno, en la elastina y en los componentes celulares que consistirían fundamentalmente en una tendencia al paulatino engrosamiento y fragilidad de las fibras colágenas, a medida que se avanza en edad. También se registran modificaciones de la elastina que se parecen a la denominada elastosis senil.

En cuanto a los elementos celulares en la dermis del anciano, parece reducirse el número de fibroblastos y de macrófagos y aumenta el de los linfocitos. Se aprecia también reducción de la red vascular cutánea al igual que de las glándulas sudoríparas, cuya densidad disminuye a medida que aumenta la edad. En las uñas se observa una disminución del crecimiento, la pérdida del brillo, mayor fragilidad, estriaciones longitudinales y agrietamientos. Desde el punto de vista funcional, el cambio más apreciable es el de la elasticidad, pues la piel va siendo cada vez menos elástica a medida que se avanza en edad. Hay menos actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

#### PATOLOGIA CUTANEA

En el anciano se pueden presentar la mayoría de las enfermedades de la piel observables en sujetos de menor edad. A continuación se señalarán las dermatosis más comunes del geronte:

##### Prurito senil

El prurito generalizado puede obedecer a muy diversas causas. En ciertos casos, el prurito se acompaña de erupción, pero en otros no, salvo las excoriaciones que trae el rascado. Entre las causas del prurito no acompañado de erupción se señala a la ictericia obstructiva, la cirrosis biliar, la insuficiencia renal crónica, la anemia ferropénica y la megaloblástica, siempre que la

concentración de hemoglobina sea menor de 7 g %, la policitemia, la enfermedad de Hodgkin, la micosis fungoide. En los casos citados se trataría de causas de orden general, pero también hay causas de orden local, como ocurre en los casos de piel seca o asteatosis, en que la piel es pobre en lípidos y el prurito puede verse agravado en este caso cuando la piel es sometida a la influencia de factores que tienden a aumentar la transpiración, como ser el calor o la calefacción. En los casos que se acompañan de erupción hay que pensar en parasitosis, como la sarna, la pediculosis del cuerpo, la ftiiriasis pubis y dermatosis pruriginosas como el eccema, etc. También se mencionan factores psicógenos, aunque el prurito senil psicógeno puro es de rara observación.

*Tratamiento.* El prurito senil tiene como causa más común la sequedad de la piel o asteatosis. Como recursos se aconseja no más de un baño semanal, que debe realizarse sin empleo de jabón y recomendar la aplicación de un aceite para baño constituido con preparados emolientes de vaselina líquida con lanolina. También se recomienda la aplicación, una vez por día, durante algunos días, por toda la superficie corporal de una crema que contenga un corticoesteroide muy diluido, por ejemplo la crema de valerato de betametasona al 0,01 %. Se indica también mantener una humedad ambiental conveniente y evitar el uso de ropa de lana. La medicación antihistamínica puede aliviar el prurito, pero tiene el inconveniente de provocar con facilidad somnolencia. En caso de que el prurito tenga una base psicógena, puede aliviarse con dosis pequeñas de tranquilizantes o ansiolíticos.

##### Queratosis senil

Este es un proceso cutáneo bastante común en el anciano y puede obedecer a dos tipos: la queratosis actínica y la queratosis seborreica. La primera es inducida por la exposición a la luz solar. Se inicia como una pequeña zona roja con algunos vasos sanguíneos dilatados, a la que sucede una superficie queratinosa pardo-amarillenta y rugosa, que asienta en la frente, mejillas, dorso de las manos y antebrazos. Esta lesión de queratosis actínica es potencialmente maligna, pero suelen transcurrir más de diez años antes de su transformación en un epiteloma espinocelular. La queratosis seborreica aparece en la piel no expuesta, predominante-

mente, y consiste primeramente en una placa de discromía pardogrisácea y, finalmente, se forman lesiones verrugosas o papilomatosas de color oscuro que son absolutamente benignas.

*Tratamiento.* Las queratosis actínicas pueden, cuando son incipientes, remitir evitando la exposición a la luz solar. Si están ya desarrolladas, dada su posible transformación maligna, deben ser destruidas localmente con cáusticos, crioterapia o diatermocoagulación, pero si se sospecha malignidad, debe hacerse biopsia quirúrgica. En cuanto a la queratosis seborreica se elimina fácilmente destruyéndola con galvano-cauterio.

### Lesiones pigmentadas

Estas lesiones pigmentadas pueden ser de tipo maculoso o de tipo palpable. Entre las lesiones maculosas se encuentra la púrpura senil, formada por placas o elementos rojo-purpúreos y que asientan generalmente en el dorso de las manos, antebrazos y cara. Con la misma localización se observa otra lesión pigmentada maculosa que es el léntigo, cuyo color varía del amarillo pardusco al negro uniforme; son también maculosas las efélides o pecas de tinte amarillento. En cuanto a las lesiones pigmentadas palpables comprenden el melanoma maligno, el nevo melanocítico, y las queratosis, las verrugas trombosadas y el epiteloma basocelular pigmentado.

*Tratamiento.* El léntigo maligno se extirpa, pero dada su extensión, puede exigir un injerto de piel. El melanoma maligno requiere una amplia resección local hasta la aponeurosis y reparación plástica del defecto y medidas adicionales que son objeto de polémicas y para lo cual deben consultarse los tratados de Oncología. Para las restantes causas véase la patología correspondiente.

### Epiteliomas

Se distinguen el epiteloma espinocelular y el basocelular. El último es el cáncer de piel más común y aunque raramente da metástasis puede ser muy grave por las mutilaciones y la propagación local que causa. Su asiento común es en la cara, su forma de iniciación es una pequeña pápula, lisa, hemisférica, transparente o perlada, cubierta por una epidermis fina, a cuyo través

se ven vasos dilatados y a veces algunas pintas de pigmento pardo negro; esta pápula inicial se agranda y forma una masa de nódulos perlados o una placa formada por pápulas pequeñas o una úlcera de borde irregular denominada "*ulcus rodens*". El epiteloma espinocelular asienta en la epidermis o en las mucosas, se propaga por contigüidad y tiende a dar metástasis, sobre todo por vía linfática. Aparece casi siempre sobre una piel dañada (cicatriz, leucoplasia, queratosis actínica, radiodermatitis, etc.). Se presenta como un nódulo pequeño, duro y rojo, que se agranda y conduce a una lesión ulcerada, a una infiltración profunda o a una masa vegetante similar a una verruga gigante.

*Tratamiento.* Se tratan, según su localización, tamaño o tipo de lesión, empleando curetaje y cauterio, excisión o radioterapia. El epiteloma espinocelular se trata también según su localización, tamaño o tipo lesional con curetaje y cauterio, excisión o radioterapia.

### Úlcera de decúbito

Los pacientes ancianos postrados en cama por enfermedades graves o privados de movimientos están muy expuestos a padecer escaras o úlceras de decúbito, que se producen en aquellos lugares de la piel que están sujetos a una presión más o menos continuada, siendo el riesgo mayor en los sitios donde en una superficie pequeña reposa gran parte del peso corporal y, en especial, cuando directamente debajo de la piel se halla una prominencia ósea, como ocurre con el sacro, la columna dorsal o los talones si el paciente está en decúbito dorsal o el trocánter mayor si está en decúbito lateral. En la posición sentada también pueden formarse úlceras de decúbito a nivel de las tuberosidades isquiáticas, si esa posición se mantiene por períodos prolongados. Algunos tejidos y en particular el tejido celular subcutáneo y la piel de la planta del pie, están adaptadas para soportar presión, pero la mayoría de las superficies que toman contacto con la cama no. Si al mismo tiempo la sensibilidad está disminuida, como ocurre en las afecciones en que se compromete el sistema nervioso, se facilita más la producción de las lesiones de decúbito.

Aparte del factor fundamental, que es la presión constante que se ejerce sobre la piel y la isquemia, actúan otros factores como la desnutrición, la carencia de proteínas, la presión arterial baja, la disminución de la irrigación por



vasculopatías periféricas, y la incontinencia esfinteriana que macera e infecta la piel. Algunas de estas lesiones pueden ser provocadas por el roce de las piernas intranquilas con las sábanas. Ciertos enfermos con muy mal estado general pueden presentar lesiones de esta naturaleza prácticamente en cualquier sitio de la piel que esté en contacto con el lecho, así a nivel de la espina del omóplato o en las orejas. Anatómicamente se ha comprobado que la piel sometida a presión se edematiza y aparece una trombosis local que afecta a los vasos pequeños y fuera del foco principal se producen también oclusiones vasculares plaquetarias que provocan por anoxia el esfacelo de la piel.

Hay diferentes tipos de escaras; así, algunas son superficiales, no toman todo el espesor de la piel, suelen ser dolorosas, pero curan si se eliminan los factores causales. Otras lesiones de decúbito se agrandan con asombrosa rapidez y se profundizan porque se afectan las capas musculares subyacentes y al abrirse la piel se observa una profunda cavidad, ocupada por un tejido necrótico negro, pudiendo llegar la cavidad hasta el hueso que está debajo y los bordes cutáneos de la zona ulcerada se presentan socavados y desflecados; este tipo de lesión es de muy mal pronóstico.

El pronóstico de estas lesiones está en relación con su rapidez de evolución y con el grado de profundidad que adquieren. De aquí la importancia que revisten las medidas de prevención. Estas medidas están expuestas a continuación, al ocuparnos del tratamiento.

*Tratamiento.* En todo paciente expuesto a la producción de escaras o úlceras de decúbito es menester tomar medidas preventivas para evitar su producción. En este sentido, la medida más adecuada es tratar de mantener al paciente activo y fuera del lecho, lo que no siempre es posible. Una medida sumamente importante, cuando el enfermo debe permanecer obligatoriamente en el lecho, es evitar su permanencia continuada en una única posición, como sería, por ejemplo, el decúbito dorsal. Para esto, lo principal es dar vuelta al paciente con regularidad, de modo de colocarlo sobre un lado, durante un lapso, luego sobre el otro. Pero esto hay que hacerlo levantando el cuerpo y nunca arrastrándolo. Cuando se considera que el enfermo es muy propenso a la escarificación, los cambios de postura se realizarán cada dos y hasta una hora; en los que tienen menos riesgo, pueden hacerse cada 4 horas. Otras me-

didias comprenden la colocación de un arco en la cama, para evitar el peso de las frazadas y también de una tabla vertical para apoyar los pies e impedir el deslizamiento hacia adelante en el lecho.

Como los talones y tobillos son lugares muy expuestos para la producción de úlceras de decúbito, hay que evitar que apoyen en la cama, para lo cual se aconseja una almohada colocada debajo de las pantorrillas. Se ha tratado también de utilizar cierto tipo de colchón que distribuya la carga con mayor uniformidad y se adapte al contorno del cuerpo. La piel intacta debe ser sometida a un lavado suave, no demasiado frecuente, con agua jabonosa y la aplicación de talco; debe también mejorarse el estado de nutrición y corregir la anemia si existe y evitar, dentro de lo posible, la medicación sedante e hipnótica, que agrava el peligro de producir escaras. En cuanto al tratamiento en sí de la úlcera de decúbito, varía según que sea superficial y pequeña o profunda y grande. Las primeras, pueden tratarse con una crema que contenga un corticosteroide y un antibiótico, de las que hay muchas en las especialidades farmacéuticas. Las úlceras de decúbito, ya más grandes y profundas, deben tratarse con medidas quirúrgicas; como muchas veces están infectadas, se hace necesario investigar los agentes bacteriológicos causales y tratarlos de acuerdo con el germen hallado. Cuando la úlcera está cubierta de tejido esfacelado, es menester hacer un desbridamiento y aplicar un gel en gasa de fermentos como la estreptoquinasa y la estreptodornasa, que permiten una rápida licuación de los restos esfacelados que persisten. También son aconsejables las medidas de orden general, como dieta rica en proteínas, polivitamínicos y transfusiones si hay anemia; también se ha preconizado el empleo de esteroides anabólicos, para producir un balance nitrogenado positivo en el enfermo, pero no hay pruebas de su eficacia en el tratamiento de las úlceras de decúbito. Existen en el comercio muchos preparados para el tratamiento de este tipo de lesión, cuyos resultados suelen ser aleatorios.

Ultimamente se ha indicado el empleo del injerto de colágeno. También se puede acelerar la curación practicando injerto de piel en el momento adecuado. Asimismo es menester tener presente que una vez que la piel se lesiona, hay que extremar las medidas de cambios de posición y de otros recursos, para evitar los efectos de la presión sobre la parte lesionada.

## ACCIDENTES EN LOS ANCIANOS

Los accidentes constituyen un problema muy importante en las personas de edad avanzada, por ser con frecuencia víctimas de los mismos. Así, por ejemplo, los peatones de edad avanzada experimentan muy a menudo traumatismos causados por embestidas o atropellos de automotores, con secuelas de invalidez o muerte e igualmente por accidentes domésticos, como caídas, particularmente en los cuartos de baño. Ello obliga a adoptar medidas de prevención en las viviendas como, por ejemplo, evitar pisos resbaladizos y colocar barandas en pasillos o en cuartos de baños.

## ATENCION MEDICA DE LA EDAD AVANZADA

No solamente se ha debido crear, dentro de la medicina, una rama especial para la atención de las enfermedades de las personas de edad avanzada, es decir la *geriatria*, gracias a la cual, los médicos puedan capacitarse específicamente para tratar a estos pacientes, sino que también debe adiestrarse al personal auxiliar, es decir, las enfermeras que deban participar en el cuidado de las personas mayores. Existe una necesidad de personal auxiliar médico, familiarizado con

los problemas del envejecimiento, que ponga interés en los ancianos, que esté capacitado para trabajar con ellos y deseoso de prestar a los mismos una atención de calidad. Hasta ahora, en la práctica se ha visto que el personal auxiliar que se ocupa de la gente de edad avanzada es el que ha recibido menos adiestramiento para ello. La enfermería geriátrica supone tanto la atención preventiva y correctiva, como también los aspectos de mantenimiento, rehabilitación y apoyo a los pacientes seniles. La Organización Mundial de la Salud preocupada por este problema, está preparando un programa que determine la función de la enfermera en la atención de las personas de edad, a fin de establecer las metas de enseñanza a aplicar a todos los participantes en este tipo de prestación.

Además, la capacitación también debe llegar a los miembros de la familia de las personas de edad, para colaborar adecuadamente en su atención y para obviar con un mejor conocimiento técnico los problemas corrientes de achaques y dolores, incontinencia, angustia, depresión, pérdida de memoria y merma de la capacidad auditiva o de la visión. Un aspecto muy importante es la administración de medicamentos, a los ancianos, a los que hay que vigilar, para que los tomen en la forma correcta, no cometiendo errores de omisión, confusión, e inadecuación de dosis, especialmente cuando deben prescribirse varios medicamentos.



---

---

# Prevención y normas generales de tratamiento geriátrico

---

---

El envejecimiento constituye una etapa biológica que ha de cumplirse inexorablemente con tal que el ser vivo tenga una duración de vida normal. Parecería, pues, ilógico que se pudiera hablar de prevención de la vejez; sin embargo, la experiencia demuestra que dicho envejecimiento puede acelerarse o retardarse según una cantidad de factores que ya han sido analizados en capítulos anteriores; por consiguiente, puede actuarse a través de ellos a efectos de retardar o disminuir las consecuencias desfavorables o peyorativas que puede acarrear la senectud.

La vieja imagen del geronte como persona que avanza con pasos vacilantes hacia la muerte, plagada de trastornos y minada por la enfermedad, tornándose en un ser incapaz de seguir útil a la sociedad, es hoy falsa. Los estudios recientes de orden gerontológico y geriátrico han descartado esta falsa imagen demostrando que mucha gente de edad avanzada está en condiciones de realizar una buena jornada de trabajo, de utilizar su espíritu de manera creativa, de mantener relaciones sociales y de afecto y desempeñar un papel activo en la comunidad.

Para evitar que el sujeto que envejece pueda alcanzar esa imagen estereotipada de persona imposibilitada e inútil, existen una serie de cuidados preventivos que vamos a pasar en revista y que pueden ser considerados no como una devolución de la juventud, pero sí, como un *remozar de la vejez*, según la feliz expresión de la Organización Mundial de la Salud que la utilizó como lema en la celebración del Día Mundial de la Salud el 7 de abril de 1982, señalando con ello una de las preocupaciones más destacables de ese foro internacional tendiente

a asegurar una protección especial para los que se incorporan a la edad senil.

En lo que respecta a prevención de la vejez se puede señalar la existencia de tres niveles llamados de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Mediante la *prevención primaria* se busca contrarrestar los factores ambientales o ecológicos del envejecimiento. Uno de ellos es el referente a la alimentación, pues la persona que envejece, puede incurrir fácilmente en estados de hipo o mala nutrición, de carencias vitamínicas. En el capítulo anterior cuando se habla de las enfermedades de la nutrición y su tratamiento expusimos cómo debe ser la dieta del geronte cualitativa y cuantitativamente. Otro factor inquietante que debe contrarrestarse es de naturaleza tóxica: tabaco, alcohol, polución ambiental, los que deben ser eliminados. El sedentarismo y la falta de actividad o de ejercicio deben ser también corregidos. El anciano cuando deja o se retira de su trabajo habitual tiene de ordinario una propensión a reposar excesivamente y a permanecer muchas horas inactivo, lo cual conspira contra su bienestar, hecho que ya habían comprobado los médicos de la antigüedad como Galeno, que recomendaba a los ancianos mantenerse activos y ocupados, y los del medioevo a través de la famosa Escuela de Salerno en una décima que ya enunciamos en el capítulo sobre preparación para la vejez, en el cual señalamos cómo debe el geronte reemplazar con determinadas actividades o aun con una segunda ocupación a las que caracterizó su vida de trabajo. Otro factor que debe prevenirse es el evitar todo exceso físico, intelectual y sexual, evitar las tensiones emocionales y cuidarse de los acci-

centes cuya producción adquiere mayor riesgo en el envejecimiento.

Forma parte también de la prevención primaria la denominada preparación para el retiro o jubilación cuyos métodos serán estudiados en el capítulo dedicado a la vejez y seguridad social.

La *prevención secundaria* se refiere a detener o retardar el progreso de una enfermedad mediante su reconocimiento temprano. Forman parte de este tipo de prevención la práctica periódica de los llamados inventarios de salud o chequeos que permiten descubrir la aparición de anomalías, sean físicas o humorales que pueden posteriormente derivar en enfermedades importantes. Como estas anomalías pueden iniciarse antes que se llegue a la edad senil propiamente dicha, en lo que puede llamarse la edad presenil, ya deben en esta época realizarse los chequeos que es cuando se darán las mejores opciones para lograr la prevención de una senectud valetudinaria.

El inventario de salud puede tempranamente revelar el exceso de peso u obesidad, el aumento de la presión arterial, la presencia de lesiones osteoarticulares como la artrosis, la existencia de bronquitis crónica y alteraciones de los vasos coronarios, del aparato digestivo, de los dientes, de la agudeza visual y auditiva, del estado mental e intelectual, la presencia de anemia, y de alteraciones en la orina o en la sangre: albuminuria, glucosuria, hiperglucemia, hiperazocemia, hipoproteïnemia, hiperlipemia. Algunos de estos hechos constituyen los llamados factores de riesgo que pueden conducir a corto o mediano plazo a una futura enfermedad grave como ser las coronariopatías. Se requiere hacer conocer la necesidad de la práctica de estos chequeos y de su valor mediante planes de educación sanitaria realizados por distintos medios: conferencias, programas radiales o televisivos, que aporten una información sobre los mejores medios de conservar la salud y sobre el sistema de vida que deben llevar las personas que van a entrar en la senectud o ya están en ella.

La *prevención terciaria* se refiere a los ancianos portadores de patología que pueda conducir a la cronicidad, dependencia o invalidez y para este fin entran en juego los medios de rehabilitación de distinto orden que mencionamos al hablar del tratamiento de las enfermedades causales. Debemos hacer hincapié aquí que no existe ninguna clase de sustancias que eviten o retarden el envejecimiento pese a haberse preconizado muchas de ellas, pero que nunca han

sido ensayadas según métodos rigurosos que permitan comprobar una acción eficiente real.

Estas sustancias a las que se les ha dado el nombre de productos geriátricos se encuentran en el comercio y muchas de ellas son de venta libre. Una de las más utilizadas ha sido la procaína introducida por la médica rumana Ana Aslan, la que en declaraciones periodísticas ha descartado los resultados mágicos que se atribuyen a la misma y cuyo empleo fundamenta en su concepción de la vejez como una enfermedad que denomina distrofia generalizada lenta y progresiva. Ya hemos señalado que el consenso general actual niega a la vejez su equiparación con una enfermedad.

Entre los preparados de esa índole vamos a citar por su nombre registrado el Gero H3 Aslan, el KH3, el Gerontavit, el Progeryl, el Dastonil, el Dinestalon, el Gingeron, el Pharmaton, etc., que a veces mejoran el estado general del anciano, pero que carecen de efectos sobre el proceso de envejecimiento. Las nociones aquí delineadas sobre prevención de la vejez se complementan con la lectura de los capítulos 9º y 10º, en el primero de los cuales nos referimos a diversos procedimientos de finalidad rejuvenecedora y en el segundo titulado *Preparación para la vejez* se abordan con más extensión los temas referentes a la prevención primaria, secundaria y terciaria. Fuera de las medicaciones citadas son de efecto favorable en el mantenimiento de los ancianos una serie de fármacos a los que se les asigna la calidad de reconstituyentes generales o medicación roborante. Forman parte de este grupo en primer lugar las vitaminas: A, complejo B, C, D, E, los anabólicos como la hormona testicular, ciertos aminoácidos, como la arginina, el ácido glutámico, los aspartatos, la placenta coloidal por vía parenteral, el calcio y el hierro, justificado frecuentemente en las personas ancianas por presentar cierto grado de déficit de estos dos elementos. También pueden tener buen efecto sobre el estado general los suplementos dietéticos como Gevral proteína, Glucolin, Secalbum, Sustagen, etc.

En lo que respecta al tratamiento medicamentoso que se ha de utilizar en la terapéutica de las enfermedades de las personas añosas conviene tener presente que la farmacología sufre modificaciones con el proceso de envejecimiento, lo que hay que tener muy en cuenta en el suministro de drogas en esta etapa de la vida. En lo que se refiere al comportamiento de los di-



versos factores farmacocinéticos debe señalarse lo siguiente:

1) La absorción: está comprobado que la absorción de las drogas por el tracto gastrointestinal no está significativamente deteriorada por el envejecimiento; cualquier paciente de edad avanzada que puede comer y beber satisfactoriamente puede tomar también medicamentos por vía oral; por ello no es conveniente; la tendencia a utilizar la vía parenteral para medicaciones que pueden obviamente emplearse por vía oral.

2) La distribución del metabolismo de muchas drogas puede deteriorarse de modo tal que la dosis estándar del fármaco utilizado puede resultar reducida en unos casos y exagerada en otros y por ello no verificarse el efecto esperado o producirse efectos tóxicos.

3) La excreción o eliminación renal sufre una disminución con la progresiva reducción de la filtración glomerular que lentamente se va operando en el riñón senil; asimismo, la capacidad secretora tubular renal también es menor, ocurriendo por esta circunstancia aumentos de los niveles en sangre que pueden llegar hasta el doble, con lo cual las dosis estándar empleadas pueden provocar una acción tóxica. Un ejemplo clásico lo constituye la digital que debe ser siempre indicada por esta razón en dosis algo menor en los ancianos. Tanto los fármacos que para su excreción dependen de la filtración glomerular como la mencionada digital, el fenobarbital y los antibióticos aminoglucósidos, como los que dependen de la secreción tubular renal, como la penicilina y los salicilatos, pueden acumularse en la sangre y determinar trastornos graves.

4) Puede observarse en el envejecimiento una prolongación de la vida media plasmática de al-

gunos psicofármacos, como el diazepam y los clordiazepóxidos, con lo cual las dosis corrientes de éstos pueden producir efectos desfavorables.

5) Se puede modificar la respuesta del receptor del medicamento; por lo general hay una mayor sensibilidad en el geronte al respecto que se comprueba con el efecto exagerado de sustancias aun utilizadas en dosis estándar.

6) La circunstancia de que el geronte puede presentar una polipatología obligando a tratar varias enfermedades a la vez, y por ende a la utilización de diversas drogas y de ahí el peligro de la interacción medicamentosa entre ellas, ya sea potenciándose los efectos de la droga en un caso determinado o bien que el efecto favorable de una droga para uno de los padecimientos resulte inconveniente o desfavorable para el otro, como puede ocurrir con los corticoesteroides cuya acción útil en ciertas afecciones puede en cambio agravar otras como la diabetes, la osteoporosis, el glaucoma, procesos que ocurren con cierta frecuencia en las personas de edad avanzada.

También en la terapéutica del geronte hay que tener en cuenta ciertos detalles que pueden llevar al incumplimiento correcto de la prescripción terapéutica por parte del enfermo, por lo que deben aconsejarse a los allegados a éste ciertas normas; por ejemplo: las dificultades de visión, el déficit motor, el déficit de memoria, pueden hacer que el geronte no ingiera la droga indicada las veces necesarias o bien haga confusiones si se administran varios medicamentos a la vez. También dificultades en la deglución pueden hacer que en lugar de tabletas haya que recurrir a la administración en forma líquida, sea en poción o en gotas.





---

# Vejez y seguridad social

---

Al estudiar en el capítulo respectivo a la vejez desde el punto de vista social, hemos señalado los problemas de este orden que se presentan a los gerontes, dentro de las sociedades humanas. Uno de los hechos más notables es el cambio de papel que significa pasar de un estado de actividad productiva o económica a un estado de inactividad o de abandono del trabajo.

Es aquí, pues, donde la vejez cobra una importancia muy grande para la seguridad social.

No siempre esta última tiene que ver con las personas de edad avanzada, pero sin duda alguna, la vejez tiene una importancia muy grande dentro de los sistemas de seguridad social, especialmente los que se refieren a jubilación o retiro, pensiones, y servicios sociales para atención de la salud, vivienda, turismo, recreación, educación, asesoramiento legal, etc.

Partiendo de la base de que a una persona le va a resultar más difícil seguir trabajando a medida que envejece, las sociedades humanas han creado el sistema jubilatorio, que consiste fundamentalmente en que esa persona durante su vida activa o laboral vaya aportando a una caja una parte o porcentaje de su salario y al cabo de un cierto número de años de actividad y al ingresar en determinada edad, la caja le abona, al abandonar el trabajo, el monto jubilatorio, es decir una suma que por regla general es algo menor que el salario que percibía en la actividad. La extensión del sistema jubilatorio a la población que llega a la etapa de inactividad laboral se denomina "cobertura previsional". Tanto la edad límite para la jubilación como los años de actividad exigibles y la fijación de los montos jubilatorios varían según los países.

Pero la jubilación, pensión o retiro es sólo una prestación en dinero o pago, concedida por la ley al hombre que cesa en el trabajo, una vez cumplidos varios requisitos básicos, como edad y años de servicio; es decir que se trata de un beneficio de carácter puramente económico, traducido en la percepción de un haber mensual, cuyo monto se determina en proporción al promedio de las remuneraciones obtenidas, y se actualizan por diferentes sistemas de movilidad. Parecería que la obtención de esta prestación debería ser el comienzo de una etapa de despreocupación y de descanso, pero muchas veces aparecen otros problemas, como los producidos por la enfermedad, por la dificultad de mantener la vivienda, etc., que obliga a que la seguridad social deba enfrentar la solución de aquéllos, complementando la acción de la jubilación, lo que queda a cargo de los servicios sociales para ancianos, los que adquieren una gran variedad, dada la necesidad de cubrir las muchas contingencias a que están sujetas las personas de edad avanzada. La brusca mutación de la vida laboral activa a una desacostumbrada inactividad cotidiana, puede implicar fenómenos emocionales en aquellas personas que aún disfrutaban de buena salud y se consideran laboralmente aptas, lo que puede verse aun agravado por una serie de implicancias que la jubilación acarrea y que tendremos ocasión de señalar más adelante; esto ha obligado a buscar soluciones consistentes en métodos de preparación para la jubilación, realización de una segunda ocupación después del retiro, etc.

La adopción de medidas y disposiciones institucionales de jubilación, pensión o retiro corresponde a un tiempo no muy lejano. Así, las

primeras pensiones se concedieron en Bélgica y Holanda para el sector público a partir de 1844. Algunos años antes, una ley del parlamento británico estableció un plan de jubilación no contributiva para el servicio civil británico. Francia, durante la época del segundo imperio, estableció beneficios previsionales para los mineros, los marinos y los obreros de los arsenales y ferroviarios. En Alemania, Bismarck creó de 1883 a 1889 un sistema de seguros sociales y de pensiones contributivas, que se completó de 1890 a 1910 y que protegía los riesgos de accidentes de trabajo y de invalidez por la vejez; para ello, tanto los empleadores como los obreros debían efectuar contribuciones y este sistema se aplicó después en Luxemburgo, Rumania, Suecia, Austria, Hungría y Noruega. Algunos países de América Latina imitaron los incipientes sistemas previsionales de las naciones más adelantadas de Europa, siendo el Uruguay, el país precursor dentro de la región, en lo que se refiere a planes de seguridad social.

Hoy en día puede afirmarse que desde la Segunda Guerra Mundial ha surgido un fenómeno nuevo, que es el de la "jubilación en masa", favorecido por el crecimiento económico acelerado que se ha producido en muchos países y que ha creado la prosperidad necesaria para sostener la jubilación. Según Samuelson, en los Estados Unidos, en 1949, cerca de la mitad de los hombres mayores de 65 años trabajaban, así como una tercera parte de los mayores de 70. En cambio, actualmente solo trabaja una quinta parte de los mayores de 65 años y únicamente el 15 % de los mayores de 70.

En la República Argentina se dictaron ya, en el siglo pasado, varias leyes jubilatorias como la Ley 870 del año 1887, que establecía la jubilación para los miembros del poder judicial y la Ley 1.420 dictada en 1885 que beneficiaba a los maestros. En 1904, por la Ley 4.349, se creó la Caja de Jubilaciones y Pensiones para empleados públicos y con esta ley se inició en la Argentina el sistema jubilatorio organizado. En 1915 se incorporó al sistema jubilatorio al personal de los ferrocarriles y progresivamente se fueron instituyendo regímenes jubilatorios para el personal de servicios públicos (año 1921), para el personal de los bancos (año 1923), para los periodistas y personal de navegación (año 1939), para empleados de comercio (año 1944), para el personal de la industria (año 1946), para trabajadores rurales, empresarios, profesionales y trabajadores inde-

pendientes (año 1954), y, finalmente, para el servicio doméstico (año 1956).

Como puede apreciarse, entre nosotros a partir de 1944 se constituye rápidamente el fenómeno de la "jubilación en masa".

A partir del 1° de enero de 1969, todos estos regímenes jubilatorios fueron agrupados en solamente dos: uno para los trabajadores en relación de dependencia, regido por la Ley 18.037 y otro para trabajadores autónomos regido por la Ley 18.038. Existen también regímenes jubilatorios provinciales y municipales, que amparan a sus agentes públicos. Nuestra legislación previsional fija la edad en que la persona adquiere el derecho a la jubilación, estableciendo las siguientes edades, según sea el tipo de beneficio: para la jubilación ordinaria es de 60 años para el hombre y 55 para la mujer, si se trata de trabajadores en relación de dependencia y de 65 años para el hombre y 60 años para la mujer si se trata de trabajadores autónomos. En otros países se exigen edades superiores para el retiro (consultar capítulo: *La vejez en el orden económico*). Es interesante señalar las controversias a que ha dado lugar la fijación de una edad obligatoria para el retiro o la jubilación. Con respecto a esto, es menester que señalemos la existencia de dos teorías opuestas o rivales: una la teoría del "desligamiento", y otra, la teoría de la "actividad".

La teoría del "desligamiento" rechaza la actividad a una edad avanzada, sosteniendo que ésta es incompatible con la preparación para el final de la vida y postulando que el envejecimiento satisfactorio depende de la liberación de las obligaciones del trabajo y de los compromisos sociales que éste trae. El "desligamiento" consiste en la pérdida de contactos personales y sociales como consecuencia del abandono del trabajo, y esta teoría supone que el individuo lo desca y se siente así más feliz. Por otra parte, esta teoría implica considerar a la vejez como el término de la vida y no como parte de ella. El retiro a una edad determinada adhiere, tácitamente, a esta teoría.

La teoría de la "actividad", por el contrario, postula que un envejecimiento satisfactorio y feliz depende del mantenimiento en actividad, del aporte que el individuo puede seguir haciendo y de su consiguiente sensación de ser útil, necesario.

Las leyes jubilatorias que establecen incompatibilidad con el trabajo, como pasa para la que rige para los trabajadores en relación de dependencia, van en contra de lo postulado por

la teoría de la "actividad". No son sólo el establecimiento de una edad relativamente temprana para la jubilación y la incompatibilidad para continuar trabajando, los únicos inconvenientes que presentan las leyes jubilatorias, sino que a ello se suman otros que pasaremos a señalar.

Los perceptores de un beneficio de jubilación o pensión, en la República Argentina, representan en el año 1977 un 8,47 % de la población total, pero se observan notables diferencias cuando se considera el número de beneficiarios por divisiones políticas del territorio nacional. Así, por ejemplo, la Capital Federal tiene un 19,89 % de jubilados y pensionados sobre su población total, siguiéndole luego la provincia de Santa Fe, la de Buenos Aires, la de Córdoba y la de Entre Ríos con 10,01; 8,49; 6,91 y 6,54 %, respectivamente, y es curioso destacar que estas cifras guardan paralelismo con el porcentaje de población de 60 años y más sobre la población total en cada una de esas jurisdicciones. El porcentaje total de jubilaciones y pensionados del país, que es 8,47, corresponde a un porcentaje de población de 60 años y más de 11,87 %. Es muy importante considerar que para que un sistema jubilatorio funcione bien, la relación entre trabajadores en actividad y los retirados, debe exceder de 4 personas activas por un jubilado. En Europa, esa relación es de 6 a 1, y actualmente en Alemania Occidental causa preocupación que se halle en 2,5 a 1. Entre nosotros, fue de 4 a 1, según surgía del cociente entre 9.011.450 personas económicamente activas con los datos de población de 1970 y 2.204.793 jubilados y pensionados pero actualmente esa relación es notoriamente menor.

Un aspecto que suscita gran número de críticas, es el que se refiere al monto de las retribuciones jubilatorias. Así, las columnas del correo de lectores de los diarios de nuestro país, presentan, con frecuencia, cartas de jubilados y pensionados que reclaman mejoras en su beneficio. Estudios realizados en diversos países han permitido concluir que las asignaciones jubilatorias son insuficientes aun en las naciones más industrializadas. Simone de Beauvoir afirma en su obra "La vejez" que, debido a la precariedad de los montos jubilatorios, al obligar a una persona a jubilarse, se la condena a la miseria. En rigor, los problemas de las insuficiencias de las prestaciones jubilatorias se vinculan con los problemas de las necesidades vitales: alimentos, ropas, viviendas, medicamentos, y con respecto a éstas se plantea la cuestión de cómo

determinar su importancia relativa o su urgencia.

La economía nos dice que los recursos de la sociedad para satisfacer las necesidades son limitados. La seguridad social cubre generalmente algunas necesidades muy específicas, pero no satisface otras, a pesar de que aliviar esas necesidades es su verdadera razón de ser.

La Oficina Internacional del Trabajo, en un estudio, ha evaluado el monto de las jubilaciones en un 50 % del total de los salarios, advirtiendo que se está muy lejos del 70 % que se estima como mínimo. Es decir que se considera la precariedad del monto jubilatorio en términos relativos a lo que se ganaría manteniéndose en actividad.

Lo antedicho pone de manifiesto que la jubilación implica para el jubilado, además de la cesación y cambio de sus roles, una aguda disminución de sus ingresos y, por lo tanto, somete a muchos jubilados y pensionados a la dura prueba de la pérdida de su autonomía económica.

Una encuesta realizada por la licenciada en sociología, María Inés Passanante, durante el año 1978, que comprendió a 214 beneficiarios del sistema previsional (jubilados y pensionados) y cuya edad promedio era de 72,6 para los hombres y 71,4 para las mujeres, abarcando a dos grupos de beneficiarios, uno formado por trabajadores en relación de dependencia y el otro por trabajadores autónomos, mostró que el 70 por ciento de los jubilados percibía en setiembre de 1978 el monto mínimo, o sea 80.000 pesos ley, equivalentes a 93,45 dólares según el valor cambiario en ese mes. Tomando la media aritmética de los haberes jubilatorios declarados por los encuestados, ella resultó igual a 100.663,03 pesos ley, equivalentes a 117,60 dólares en setiembre de 1978.

En cuanto a los pensionados, el 65 % percibían el monto mínimo de la pensión, o sea 60.000 pesos ley, equivalentes a 70,10 dólares en setiembre de 1978, y el 80 % de los pensionados percibían menos de 80.000 pesos ley, resultando la media aritmética de las pensiones, de acuerdo a los datos de la encuesta, igual a 68.852,23 pesos ley, equivalentes a 80,44 dólares en setiembre de 1978. Y estas cifras resultaron muy similares a las que arroja el censo efectuado por la Secretaría de Seguridad Social en el año 1977, salvando las diferencias de fecha. Aumentos otorgados con posterioridad en las prestaciones, no han modificado la distribu-



ción de los jubilados y pensionados en cuanto al monto de las prestaciones que reciben. La conclusión que se infiere es que muchos jubilados y pensionados reciben un beneficio previsional escaso y algunos pocos un beneficio relativamente superior.

En la encuesta que hemos citado se observó que recibían el haber mínimo los siguientes ex trabajadores: peones rurales e industriales, personal de maestranza, personal del servicio doméstico, obreros oficiales, capataces rurales, trabajadores autónomos (trabajadores por cuenta propia y artesanos, pequeños comerciantes, y comerciantes sin personal) y los profesionales que percibían su beneficio por la caja de autónomos. Dentro de una misma categoría laboral, como "empleados", el monto jubilatorio en orden de importancia era el más alto para los bancarios, siguiéndoles los de navegación y de comercio. Relacionando las prestaciones previsionales con la satisfacción de las necesidades fundamentales (alimentación, ropa y vivienda) para la subsistencia de los beneficiarios, se encontró que en la mayoría de los casos no lograban en su totalidad satisfacer esas necesidades, o sea que los haberes jubilatorios resultaban insuficientes en el 83,64 % y sólo eran suficientes en el 16,36 %.

En la misma encuesta se estableció la relación existente entre haberes jubilatorios promedio y salarios mensuales promedios "de bolsillo" o sea el monto real de salario que percibía el trabajador, es decir excluyendo las deducciones por diferentes conceptos e incluyendo los ingresos adicionales provenientes del mismo trabajo, y se observó que para los establecimientos comerciales se mantenía la distancia o diferencia entre el haber jubilatorio promedio y el "salario de bolsillo", según las distintas categorías ocupacionales; en cambio, para los establecimientos industriales, las distancias entre el haber jubilatorio promedio y el salario "de bolsillo" promedio, no se mantenía con respecto a las distintas categorías ocupacionales. Dado que los haberes previsionales, en gran mayoría no alcanzan a satisfacer las necesidades vitales, obliga a los afectados a apelar a otras fuentes de ingreso, las que, en muchos casos, provienen de la ayuda familiar, pero implicando ello, para el jubilado, la pérdida de su independencia económica. Esta situación se agrava porque la posibilidad de una ocupación remunerada alternativa se ve en muchos casos imposibilitada por las disposiciones reglamentarias con respecto a la incompatibili-

dad del beneficio con otra actividad en relación de dependencia y por los posibles rechazos de los empleadores a ocupar personas de edad.

Una de las ventajas del jubilado es la disposición del tiempo libre, como consecuencia del abandono de la actividad laboral; sin embargo, esta ventaja no es disfrutada por muchos de ellos por la insuficiencia del monto del beneficio para afrontar gastos de distracciones o de vacaciones. Las necesidades derivadas de la atención de la salud motivaron la creación en 1971 del sistema de obra social para los jubilados y pensionados (leyes 19.032 y 19.465) para prestar atención médica y otros servicios sociales al "sector pasivo", estableciéndose como recursos un descuento mensual de los haberes de las retribuciones previsionales, un descuento de los sueldos de la población activa, y un porcentaje del producido neto de la Lotería Nacional, de los Casinos, y del Prode. El 75 % de los recursos están destinados al sector salud y a cargo del Programa de Atención Médica Integral "P.A.M.I." y el 25 % restante al sector acción social, que comprende: Servicios Sociales, Turismo, Promoción Social, Gestoría Previsional, Asesoría Jurídica y Vivienda.

En el sector Salud, los servicios brindados por el Instituto comprenden 3 niveles:

*Nivel 1:* Atención médica, diagnóstico, y descuentos para medicamentos;

*Nivel 2:* Interconsultas e internación y

*Nivel 3:* Para los casos crónicos, físicos y mentales. Internación en clínicas geriátricas y, para los no recuperables, en lugares destinados a ellos.

Mediante delegaciones distrituales el sistema de PAMI provee sus servicios dentro de las zonas geográficas donde residen los beneficiarios. El sector de acción social realiza las siguientes funciones: asesoramiento a afiliados y gestiones ante otros organismos; realización de estudios socioeconómicos de los afiliados, para decidir demandas de internación en clínicas geriátricas; implementar el funcionamiento de residencias de afiliados con problemas de vivienda; coordinación y realización de actividades culturales y recreativas; adjudicación de plazas para los afiliados en los contingentes turísticos; gestiones previsionales y asesoría jurídica; planes de adjudicación de viviendas.

En la encuesta que hemos mencionado, se pudo establecer que la Obra Social para Jubilados y Pensionados es muy utilizada por los

beneficiarios, sobre todo en el sector salud; la mayoría utiliza la atención médica y sobre todo los descuentos que logran por intermedio de este sistema y les permiten, en gran parte, cubrir los gastos de medicamentos. Finalmente la encuesta citada encontró también que gran parte de jubilados y pensionados están disconformes con su situación de tales.

Desde su creación hasta el momento actual, el PAMI se ha desarrollado en todo el país, y cubre a casi tres millones de personas, generalmente comprendidas en el sector, que por razones de edad requiere servicios médicos en mayor proporción. Cada año presta y paga cerca de 20.000 millones de consultas médicas, utiliza en forma permanente aproximadamente 5000 camas de internación en sanatorios, clínicas y hospitales, y contribuye a financiar el costo de un 20 % del total de medicamentos que se consumen en el país. Por medio de convenios globales con entidades de prestación médica, farmacias, etc., el afiliado tiene el más amplio acceso a cualquier profesional, y un gran número de centros médicos, como clínicas, hospitales, etc. De este modo el afiliado puede hacer una elección para atenderse, siendo la cobertura de servicios médicos prácticamente completa, pues incluye prestaciones de alta complejidad; por tal motivo PAMI es el mayor comprador de marcapasos del país y otorga anualmente miles de audífonos, camas articuladas, sillas de ruedas, prótesis, etc. También contribuye a financiar el costo de un 20 % del total de medicamentos que se consumen en el país, otorgando descuentos al afiliado sobre los precios de los mismos del 50, 70 y 100 por ciento, representando esto uno de los beneficios que recibe el afiliado. En lo que se refiere a vivienda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados otorga préstamos para la adquisición de viviendas. Se admite que dos o tres jubilados o pensionados junten sus créditos para comprar una vivienda. En el caso de que no puedan adquirirla de inmediato, se otorga un subsidio suficiente para pagar un alquiler. También existe un subsidio económico que posibilita la permanencia del anciano en su ámbito social para aquellos beneficiarios que presentan dificultades de carácter socioeconómico y cuya internación en un hogar de ancianos puede ser así evitada, y también apoyar el esfuerzo familiar cuando los recursos con que cuenta la familia no alcanzan para afrontar los gastos emergentes de una internación geriátrica o psiquiátrica.

En suma el sistema previsional argentino tiene una considerable expansión en sentido horizontal (en cuanto al número de beneficiarios que abarca en algunas regiones como la Capital Federal y las provincias de Buenos Aires y Santa Fe) pero, sin que esta expansión vaya acompañada de un desarrollo del sistema en sentido vertical (mejores beneficios para sus perceptores) y no asegura, por lo tanto, una cobertura real, pues los haberes previsionales que otorga son en su mayoría muy limitados, su capacidad para satisfacer las necesidades vitales es escasa y esto implica para muchos tener que recurrir a otros medios de ayuda.

El aumento de la esperanza de vida y la mayor proporción de personas de edad avanzada en la población, incrementa el número de los que integran el sector pasivo, planteando una desproporción entre este sector y el de los económicamente activos y un desequilibrio entre los ingresos y los egresos de las cajas previsionales.

La fijación de una edad mínima superior a la que rige actualmente para obtener la jubilación en nuestro país, como ya está establecido en países muy adelantados como Suecia, Noruega, Dinamarca, Estados Unidos, etc., permitiría compensar la desarmonía entre el sector activo y el pasivo y posibilitarían al sistema la asignación de mayores beneficios en sus perceptores, de manera que la cobertura sea no solo en extensión, sino también en intensidad, mejorando las condiciones de jubilados y pensionados.

### MÉTODOS DE PREPARACION PARA LA JUBILACION

La mutación abrupta desencadenada por el paso de una vida activa cotidiana a otra de inactividad, como consecuencia del retiro o la jubilación, ha llevado a la preconización de medidas que antes de ésta, prepare a la persona para afrontar la nueva situación que se le crea o creará y contribuir así a paliar sus inconvenientes. Se han organizado en algunos países los llamados cursos de capacitación pre-jubilatorios, planificados de distinta manera; por ejemplo, en Inglaterra se dictan cursos que tienen lugar un día a la semana durante 7 semanas, con licencia en el trabajo ese día.

Lo ideal es que a esos cursos concurren personas que todavía trabajan o deban trabajar de tres a cinco años antes de jubilarse, a fin de que puedan adaptarse poco a poco y con tiem-



po suficiente a su nueva vida. Los cursos enfocan diversos temas: salud, jubilación, recursos del jubilado, manera de equilibrar sus gastos, demostraciones para fomentar actividades de entretenimiento, como jardinería, pesca, música, literatura, visitas a museos y teatros. Además se dictan conferencias sobre seguridad doméstica y se efectúan recorridas por servicios de Geriátrica y alojamientos de ancianos. Se hace todo lo posible por presentar al futuro jubilado la noción de que va a entrar en una época de su existencia que le puede deparar muchas satisfacciones si la enfoca con una actitud mental o espiritual propicia.

Para aquellas personas que no han tenido oportunidad de asistir a la capacitación pre-jubilatoria, se han planificado cursos sobre "la vida en el retiro", donde se reúnen los jubilados para recibir instrucciones de orientación, se contesta a las preguntas que formulan y generalmente los que asisten se mantienen agrupados y continúan reuniéndose, lo que influye favorablemente sobre su estado de ánimo.

Para el bienestar del anciano, ya hemos destacado reiteradamente la necesidad de que se mantengan en actividad, creándose una nueva ocupación.

En Glasgow fue inaugurada en 1969 una oficina, situada en el centro de la ciudad, de empleos semiplenarios; en total solicitaron empleos de medio día 1.184 hombres y mujeres, obteniendo ocupación 537 jubilados, en actividades como las siguientes: empleos de oficina; empleos de contaduría; mujeres, como damas de compañía; ordenanzas, etc. Es de hacer notar que esta oficina está a cargo de trabajadores voluntarios, de edad avanzada, que se beneficiaron mucho, ellos mismos, con este tipo de trabajo.

También se han constituido asociaciones de jubilados por parte de gente que trabajó en el mismo ramo de actividad y que se mantuvo unida después de jubilarse. Generalmente, estas asociaciones quedan vinculadas con el director de personal de la empresa en que trabajaron los jubilados. La asociación tal desarrolla actividades educacionales mediante conferencias y al mismo tiempo patrocina visitas de los compañeros de trabajo, con carácter regular, a los asociados que están enfermos en sus casas o internados en el hospital. A cada miembro de la asociación se le entrega una tarjeta postal con franqueo pagado para que la envíe en caso de que no se sienta bien o tenga algún problema; de esta manera, la asociación toma co-

nocimiento de esa situación y adopta las medidas para resolverlas de modo que el jubilado nunca se sienta aislado ni abandonado. Es menester recordar que los ancianos conservan la aptitud para aprender, pudiéndoles enseñar desde cosas tan simples como el arte de cocinar, para los que viven solos y resulta muy útil para el hombre, en particular, hasta un idioma extranjero. La pintura también es otro ejemplo de actividad a la que muchos ancianos se sienten proclives.

Las visitas hechas con regularidad a los domicilios de los ancianos revisten mucha importancia para descubrir las dificultades que se van presentando a los mismos y poder así adoptar medidas preventivas, antes que su situación social se derrumbe.

Actualmente, la tendencia de los organismos que velan por la seguridad social del anciano es la de tratar que los mismos permanezcan en sus hogares o en sus domicilios, evitando, dentro de lo posible, su ubicación en instituciones colectivas, pues se ha comprobado que los ancianos son más felices y conservan más su salud cuando viven en sus hogares. Se aconseja, para ello, que los ancianos sean inducidos a ayudarse a sí mismos y a desarrollar una vida independiente.

Un aspecto importante es la atención de los ancianos enfermos y por ende necesitados de asistencia médica; para ello se han creado las denominadas visitadoras de salud, que recorren los domicilios de ancianos que viven solos o únicamente con sus cónyuges. Un estudio realizado en Inglaterra, en 1971, investigando una muestra al azar de 200 personas mayores de 65 años, permitió descubrir muchos casos de enfermedades inadvertidas, como por ejemplo anemias, defectos de la audición, dificultades de la visión, casos que requerían atención odontológica, de pedicura, etc. Conviene que las visitadoras de salud reciban una capacitación geriátrica adecuada.

Otras medidas de asistencia al anciano en su hogar incluyen la ayuda domiciliar por personal doméstico, servicio de lavandería y de comidas domiciliarias, y en el orden de la salud, la concurrencia de enfermeras, pedicuros, etc. Para la seguridad del anciano se ha visto la necesidad de asegurar su comunicación, para lo cual en muchos países se propugna dotar de teléfonos a los ancianos, dándoles facilidades para su instalación y tarifas especiales para que puedan afrontar su costo.



La necesidad de ocupar y aprovechar el tiempo libre del anciano justifica el planeamiento de medidas de recreación, tales como participación en contingentes turísticos y en excursiones de fin de semana, sesiones cinematográficas y representaciones teatrales, para facilitar lo cual, en muchos países, se dan rebajas especiales para jubilados en el precio de las localidades. Con respecto a esto último, lo ideal es que las funciones de cine o de teatro tengan una temática del agrado de los gerontes. A este respecto, se ha señalado, por ejemplo, que a los ancianos les gusta sobre todo las películas documentales de actualidad o las consagradas al folklore regional, los filmes protagonizados por niños y los de carácter cómico. También agradan a los ancianos los temas que evocan la época de su juventud; en cambio los temas de guerra o excesivo esfuerzo intelectual, deben evitarseles.

La seguridad social, en el anciano, no debe limitarse, pues, a asegurar el retiro o la jubilación mediante el pago de un monto periódico o a velar por los avatares que sufra la salud de los mismos, sino que debe ser ampliada para cubrir todos aquellos aspectos que hemos mencionado, como educación, vivienda, recreación, turismo, etc., tal como hoy se realiza en los países más adelantados.

Tampoco hay que esperar que la jubilación y la vejez, en el futuro se mantengan como hoy y por ello deberán producirse ciertos cambios. Por de pronto los que se jubilen en el futuro habrán llegado a la jubilación con una mejor preparación que sus predecesores, hallarán en razón de la disminución de la natalidad que el número de personas que alcancen los 65 años, será mayor que el de aquellas que ingresen en la fuerza laboral, esto hará necesario cubrir la disminución con una demanda de trabajadores mayores y por consiguiente, la edad mínima para obtener la jubilación tendrá que ser elevada, y por ello la aspiración a una jubilación más temprana se verá detenida. Por esta misma razón, el aumento del número de personas en condiciones de jubilarse, y la disminución del número de personas jóvenes que las reemplacen, alterarán las bases financieras del beneficio jubilatorio, que como se sabe consisten en un cierto número de trabajadores activos y contributivos por cada trabajador que alcance la edad jubilatoria. Si bien es cierto que la disminución de trabajadores activos puede ser neutralizada por el progreso tecnológico y los sistemas de automatiza-

ción del trabajo, las tasas contributivas, que en general deben abonar tanto el empleador como el empleado, crecerán para poder asegurar el pago del beneficio a los jubilados.

Se ha sugerido por algunos economistas, la posibilidad de que el sistema de seguridad social desaliente el ahorro privado y dado que éste constituye una fuente de inversión muy importante, hay cálculos en Estados Unidos de que la gente ahorraría entre 50.000 y 100 mil millones de dólares menos al año. Esto puede exigir introducir cambios técnicos en el sistema de seguro social.

Se han planteado por este motivo varios interrogantes: ¿Qué grado de responsabilidad debe asumir el gobierno por la gente de edad avanzada? En caso de hacerlo, ¿Qué nivel de vida debe garantizar? ¿Cuánto debe proporcionar en término de servicios y cuánto deben aportar los parientes y allegados? ¿Cuánto debe intervenir el gobierno para garantizar un ingreso después de la jubilación y cuánto debe dejar a la iniciativa de la gente para que ésta planee su propia jubilación?

A continuación vamos a referirnos a los modelos de asistencia social para la tercera edad adoptados por las naciones de más desarrollo en el campo de la ancianidad.

Esos modelos se han orientado hacia la institucionalización, es decir, a la internación en establecimientos sanitarios o en alojamientos de distinto tipo por una parte, y por la otra hacia el mantenimiento en su hogar. Con respecto a la primera los institutos geriátricos tienen una función social o terapéutica, o ambas a la vez, y presentan las siguientes fórmulas o componentes característicos:

1) Establecimientos que proporcionan el *albergue colectivo*. Están representados por el asilo tradicional llamado "Institución cerrada" cuyas notas distintivas son la rigidez, la uniformidad (ropas iguales, camas iguales, etcétera) y la falta de privacidad debido a la existencia de pabellones y salas colectivos.

Este modelo ha desaparecido en las sociedades más avanzadas en materia de atención a la vejez, siendo reemplazado por los hogares o residencias que constituyen una variante más humanizada del viejo "Hospicio". En Francia por Ley del 30 de julio de 1975 se ha resuelto la conversión de los asilos en "Maison de Retraite", fijando un plazo hasta el 30 de junio de 1985, y en Suecia se ha decidido no

planificar más hogares adicionales, considerando que su número es suficiente para el futuro, y promoviendo en cambio la construcción de viviendas para ancianos o "Residential Homes", con un criterio más abierto que en la "Maison de Retraite" francesa, pues sus huéspedes pueden traer sus propios muebles y aparatos, o decorar los cuartos a su gusto.

Los destinatarios de los albergues colectivos son ancianos solos (sin familia o con ella, pero que no se hacen cargo de su atención) y sanos, aunque tal vez con dificultades propias de la edad.

2) *Vivienda individual más servicios compartidos.* Esta es la fórmula más aceptada en los países mencionados. Se trata de habitaciones o departamentos individuales con servicios de restaurante y salas de reunión comunes. Son variantes equivalentes aunque con algunas diferencias, entre el alojamiento colectivo y la vivienda particular, y se conocen en Francia con el nombre de "logement" "foyer", "Seniorics" en Bélgica, departamentos residenciales en Suecia, Noruega, Dinamarca y Gran Bretaña, y "Congregate-Houses" en los Estados Unidos, que están ideadas para ancianos solos y semi-dependientes, que necesitan control y ayuda en las tareas diarias. En Francia existe también como variante de los anteriores el "Foyer Soleil" que añade actividades de recreación, otorgando a sus huéspedes sesiones de música, coro, teatro, cine, etc., y que tiene su equivalente en Estados Unidos, en el denominado "Golden-Age Club".

Dentro de este modelo hay una alternativa, que es la "Vivienda en Familia", como la que se ha implementado en Gran Bretaña, en forma de unidades habitacionales compartidas entre padres e hijos adultos, pero donde ambas partes están separadas y comunicadas a la vez, combinando la independencia con la compañía familiar.

En Bélgica se ha estudiado la posibilidad de crear un sistema de "familia sustituta".

La atención médica puede requerir hospitalización de corta, mediana, o larga estadía, según se trate de servicios de medicina general (casos agudos), tratamiento y revalidación o supervisión constante, respectivamente. El hospital general sirve a los tres propósitos, mientras que los centros geriátricos son específicos para el tratamiento y la rehabilitación.

Gran Bretaña ha creado para estos fines la asociación del hospital General de Distrito

(para la corta y mediana estadía) con establecimientos comunitarios, para la larga estadía. El paciente que ingresa al primero por un caso agudo, se reintegra a la comunidad después de un tiempo, por lo general menor de un mes, y si debe someterse a un tratamiento prolongado, es trasladado al centro comunitario para la cura, readaptación y convalecencia. Para estos casos de tratamiento prolongado, en algunos países se ha incrementado también el "Hospital de día" o "Centro de día", que está destinado a los ancianos que precisan tratamiento y revalidación, pero que están en condiciones de volver a sus casas por la noche.

El porcentaje de ancianos institucionalizados (personas de 60 años y más, residentes en establecimientos sanitarios o de alojamiento sobre el total de personas de esa edad) oscila en los países citados entre el 4 y el 6 %.

Los modos de financiación de los gastos de estadía de los ancianos en las instituciones mencionadas, difieren según sean, de propiedad pública o privada, y según el régimen de cobertura de riesgo de enfermedad y vejez que hayan adoptado las naciones. Caben al respecto las siguientes posibilidades: 1) *sistema de seguro social*: financiado en su mayor parte por contribuciones de empleados y empleadores, 2) *sistema nacional de salud*: a cargo del gobierno central y de las cuotas de los asegurados, 3) *sistema asistencial municipal*: consiste en la "ayuda social", de carácter no contributivo, y financiado por los municipios; es subsidiario de la seguridad social, 4) *sistema de mutual*: dentro del marco de la seguridad social las mutualidades reintegran un porcentaje de la contribución mutual a sus asegurados, 5) *seguros privados de salud*: se trata de compañías particulares de seguros que venden pólizas para casos muy específicos.

Finalmente los gastos de estadías pueden correr por cuenta individual del paciente o su familia.

De la comparación por países se advierte el predominio de unos u otros sistemas, pudiéndose elaborar la siguiente tipología:

1) *modelo de seguro asistencial*: Francia combina la seguridad social, que cubre parte de los gastos de internación prolongada y la totalidad de los de corta y mediana estadía, con la ayuda social municipal, de carácter subsidiario, 2) *modelo mutual asistencial*: Bélgica presenta esta fórmula donde se destaca el papel de las mutualidades, que reintegran al paciente sus gas-



tos y el de los centros públicos de ayuda social, de carácter subsidiario y asistencial, 3) *modelo de seguro social*: más desarrollado en los países nórdicos: Suecia, Noruega y Finlandia, cuyo seguro social es obligatorio, cubre todos los gastos de atención médica, mientras que las instituciones de viviendas están a cargo de las mutualidades, 4) *modelo nacional*: es el de Gran Bretaña, cuyo servicio nacional de sanidad es responsabilidad del gobierno central, 5) *modelo de seguros privados*: predomina en Estados Unidos. No obstante dos programas llamados "Medicare y Medicaid" permiten compartir los costos entre el paciente y el Gobierno Federal. Son seguros de Salud y de Asistencia Médica que funcionan con un financiamiento combinado (federal, estatal y local), pero pese a ellos Estados Unidos no dispone de un sistema nacional de salud, ni de un régimen de seguro de enfermedad. Hay sí una infinidad de seguros de compañías privadas que venden pólizas para determinados tipos muy específicos de riesgo.

Las instituciones geriátricas y los servicios para ancianos resultan fruto de iniciativas públicas o particulares, que pueden encasillarse en los siguientes modelos: 1) *Públicas municipales*: es el caso de Suecia, Finlandia y Dinamarca, cuyos establecimientos sean sanitarios, de albergue, de recreación, y de servicios a domicilio para ancianos, están en manos de las autoridades locales, 2) *privado*: en Estados Unidos son el resultado de la empresa particular, y entre estos extremos existen: 3) *modelo mixto, municipal, particular*: rige especialmente en Francia donde se destaca la combinación de la iniciativa pública en manos de las autoridades locales y de la empresa particular. Presenta dos variantes: municipal-parroquial-privada: representado por Bélgica, donde las parroquias y los grupos religiosos actúan juntos con los particulares y las comunas; y municipal-voluntaria-privada: representada por Noruega, donde se advierte el papel destacado de las organizaciones voluntarias, 4) *modelo mixto público (nacional) privado*: caracterizado por Gran Bretaña donde la responsabilidad es del gobierno central en materia de salud, quedando las instituciones de albergue en manos locales, e interviniendo también la empresa privada y las asociaciones voluntarias.

En cuanto al mantenimiento del anciano en el hogar, política por la cual se inclinan las sociedades más avanzadas, pese a la expansión de sus instituciones, se propicia a través de medidas de apoyo financiero a la vivienda particu-

lar, y en el suministro de servicios a domicilio de ayuda en los quehaceres domésticos. El objetivo de las disposiciones, es por un lado compensar los gastos de alquiler o expensas de los propietarios o ancianos de menores recursos, mediante créditos o asignaciones de viviendas, y por el otro, ayudarlos a desempeñarse en las tareas diarias, en aquello que no pueden hacer por sus propios medios.

Aquí se señalan dos grupos de países: 1) los que otorgan facilidades económicas (asignación, subsidios municipales de alquiler, créditos para equipamiento y reparaciones, y que construyen viviendas adecuadas: son los nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca) y también Francia y Estados Unidos y 2) los que se limitan a construir o a diseñar viviendas especiales para ancianos: Bélgica y Gran Bretaña.

Las políticas de apoyo económico a los ancianos no se limitan solo a la vivienda; además de los beneficios jubilatorios existen prestaciones no contributivas de carácter subsidiario, distinguiéndose en este sentido las medidas auspiciadas por: 1) Bélgica: garantiza un ingreso "mínimo vital" a toda persona de nacionalidad belga residente en el país, que tenga 65 años si es hombre o 60 si es mujer, sino posee jubilación o si teniéndola su monto y sus otros recursos son inferiores a una suma considerada por el Estado como el mínimo necesario. Esto es el "ingreso garantido" complementario de la jubilación, 2) Gran Bretaña: otorga a las personas de 80 años o más una pensión no contributiva en caso de no ser perceptor de la jubilación y en Estados Unidos se aplica una medida similar a los que llegan a los 72 años. Además entre los subsidios especiales pueden citarse: el de atención médica a los que son atendidos en sus casas por sus parientes o vecinos, a condición de poseer escasos recursos, vigente en ciertos municipios de Noruega, y una asignación de atención al inválido, otorgada a los que no pueden trabajar porque pasan al menos 35 horas semanales atendiendo a un familiar discapacitado, que a su vez recibe una asignación por asistencia, vigente en Gran Bretaña.

En cuanto a la creación de servicios de atención a domicilio para ancianos, organizados por organizaciones voluntarias, parroquias y municipios, se orienta hacia la permanencia de los mismos en su medio habitual y tiende a evitar, o al menos postergar la institucionalización, y consiste principalmente en asistencia médica, ayuda doméstica, préstamo de materiales sanitarios, comidas a domicilio, etc. En Bélgica, por



ejemplo, estos servicios son el resultado de iniciativas privadas, por asociaciones sin fines de lucro y mutuales, y también de los propios municipios. El organismo más importante de atención a domicilio es "La Croix Jaune et Blanche" que funciona en escala nacional, pues posee servicios regionales que cubren todo el país. Es una asociación mutua a la que es preciso afiliarse y abonar una suma anual. También en Bélgica existen los centros públicos de ayuda social, organismos municipales, que mediante el sistema denominado de "ayuda familiar y ayuda al anciano" proporcionan a las familias y a los ancianos que lo solicitan la atención del hogar requerida, mediante un equipo de trabajadoras sociales. En colaboración con estos centros intervienen las mutualidades cristianas, los movimientos sociales femeninos y las parroquias. Aquí la atención al anciano es un complemento de la colaboración familiar, pero en otros países,

como ser por ejemplo Suecia, los servicios muy desarrollados por cierto, están pensados para reemplazar o substituir al apoyo de la familia. En Suecia todo se organiza a partir de las iniciativas estatales y no dan cabida para la acción de otras entidades de promoción de la ancianidad. Con respecto a los ancianos que carecen de familia, en Bélgica se elaboró el proyecto de familias sustitutas, para que los ancianos solos encuentren si lo desean un medio familiar que los reciba, habiendo despertado interés tanto en los que deseaban ser albergados, como en los que deseaban recibirlos, pero hasta la actualidad esto no ha pasado de ser un proyecto.

En sociedades donde predominan valores religiosos, como Bélgica y el Reino Unido, se ha promovido la acción de asociaciones voluntarias sin fines de lucro en beneficio de las personas de edad, y orientadas hacia la producción de servicios y a las actividades recreativas.

---

Derecho y vejez

---

La vejez, que debiera ser un puerto seguro, después de las borrascas y tormentas de una vida que ha pasado por las etapas de la juventud y la madurez, aparece en la realidad como todo lo contrario en la sociedad contemporánea.

Hasta el presente siglo, el núcleo familiar era el respaldo de las personas ancianas, pero a medida que dicho núcleo ha venido modificándose, particularmente en las colectividades urbanas, los lazos del parentesco se relajan y las generaciones más jóvenes tienden a olvidar la gratitud, el cariño y la atención que deben a los mayores.

Esta situación, además de otras razones que hemos expuesto en capítulos anteriores, ha obligado a pensar en asegurar, por medio de medidas legales adecuadas, la protección de las personas de edad avanzada. Si bien esa protección tiene su justificación plena y va implícita en los derechos de toda persona, proclamados por la Revolución Francesa, en la práctica se ha hecho necesario enfatizar lo que podríamos denominar los derechos de la ancianidad. Y es así como en la "Declaración universal de derechos humanos de las Naciones Unidas" se proclaman explícitamente los principios de bienestar y seguridad para las personas sin empleo, enfermas, inválidas, desvalidas y *ancianas*.

La vejez presenta aspectos que no puede soslayar la ciencia del derecho, que también debe tener intervención, como lo hacen otras ciencias en cuanto a cómo debe asistirsele, a cómo deben considerarse las necesidades de todo tipo que genera; qué normas convienen a su actuación, a su protección o a su empleo: qué papel útil pueden desempeñar en la sociedad sus integrantes, etc. Así como el límite cronológico

de la vejez ha debido ser fijado en forma convencional, tampoco el *Código Civil* le pone límites temporales ni la define como para poder establecer escalas de capacidad, de imputabilidad, de responsabilidad, como, en cambio, sucede, para los menores, en el que establece distinciones entre menores impúberes, menores adultos, menores emancipados y habilitados. Los códigos civiles clásicos cargan el acento en la protección del menor antes que en la del anciano, les preocupa la enfermedad más que la vejez y esta última como desorden patológico más que como etapa declinante de la vida y aun así, tratándose de enfermedades, nuestro código centra su atención en las que dañan la mente y las expresiones de la mente (demencia, sordomudez que no logra darse a entender por escrito), ello sobre la base de una caracterización no muy científica ni muy clara entre enfermedades mentales y de las otras, entre normalidad y anormalidad, entre intervalos lúcidos y claudicaciones definitivamente obscurecedoras de la inteligencia. Alcanzada la mayoría de edad, nuestro *Código Civil* consagra, como principio, la capacidad indeclinable hasta su muerte, haciendo excepción a la regla la demencia verificada y declarada por juez competente y la sordomudez de los que no logran darse a entender por escrito, a lo que se añaden las causales de inhabilitación señaladas en la reforma introducida al código en 1968.

La ancianidad no es por sí sola motivo de incapacitación, pero si el proceso senil hace perder al individuo la conciencia de sus actos al desordenar su mente y debilitar sus facultades, hay dos soluciones según la intensidad con que se acuse la anomalía, o bien la declaración de

la demencia senil o bien la inhabilitación para ciertos actos, cuando el juez estime que sin tocar los extremos de la demencia, el ejercicio por el anciano de la plena capacidad pueda, presumiblemente, causar daño a su persona o a su patrimonio. Hacemos notar que a raíz de la reforma de 1968 ha cambiado la redacción de nuestro *Código Civil*, acudiendo a otra caracterización y terminología cuando alude a la "enfermedad mental", para prescribir la incapacitación drástica por demencia y a otras causales no tan agudas de inhabilitación, como la embriaguez, la prodigalidad, o la senectud. Si bien el anciano no puede ser privado de la titularidad del derecho, sí puede limitarse y aun extinguirse su posibilidad de ejercicio, supliéndose sus deficiencias por la representación necesaria del curador y la promiscua del Ministerio Público. Los ancianos son sujetos con voluntad jurídica, vale decir, con aptitud para realizar actos jurídicos entre vivos o de última voluntad, unilaterales o bilaterales, gratuitos u onerosos, conmutativos o aleatorios. Son, también, sujetos capaces de obrar en el campo de la ilicitud, vale decir en el ámbito de lo voluntario que la ley prohíbe y castiga. Son, además, miembros de una comunidad que impone obligaciones legales exigibles al ciudadano cuyos recursos físicos, intelectuales y morales, en tanto sean útiles, deben estar al servicio del país, del estado, de la humanidad. Pero supuesto que la vejez puede menoscabar las facultades del hombre: ¿En qué grado la imputabilidad y la responsabilidad civil, criminal o política podrá alcanzarle? ¿Valdrá o no la vejez como eximente o atenuante según los casos? ¿Tendrá inclusive, en cierta medida, la relevancia excusatoria que la ley confiere a la fuerza mayor cuando ésta procede del hecho anómalo del hombre sin dominio de sus facultades?

La vejez no impide querer y obrar razonablemente y hay viejos, muy viejos, que son ejemplos de sensatez, de valor, de prudencia, y de justicia, pero como no es extraño que el avance de la edad obre sobre la salud física y mental, el anciano quede colocado en la situación del niño y en ese caso el acto jurídico se torna anulable; queda en manos del perito y del juez, fijar la difícil frontera entre lo válido y lo inválido.

Hay situaciones como la del matrimonio de la persona anciana, sean uno o ambos cónyuges viejos o como la del testamento de las personas de edad, que generan problemas jurí-

dicos que han debido modificarse con el transcurso del tiempo por medio de la legislación y cuya consideración escapa ya a los límites de este capítulo.

La protección legal en relación con la ancianidad tuvo comienzo oficial con la política del ex presidente de los Estados Unidos, Franklin Roosevelt, denominada "*New Deal*", que tuvo por objeto hacer frente a un grave período de depresión económica de esa nación, durante los años 1929 y 1930, por medio de la promulgación de la Ley de Seguridad Social (*Social Security Act.*).

Antes de esa nueva política se mantenía el principio de que cada cual era responsable de sus actos y a cada cual le cabía un patrón de vida que era capaz de conquistar con su esfuerzo lícito, pero a partir de la puesta en vigencia de dicha ley, se admitió que el gobierno tenía la obligación de arbitrar los fondos y los servicios necesarios para evitar la miseria o la mendicidad de la persona cuya vejez le impidiera ganarse su sustento y no contara con parientes que pudieran asumir esa obligación. Dicha ley constituye un sistema de pensiones o jubilaciones contributivas, que significaba un pago mensual para los que debían dejar su ocupación por vejez, pero que, además, aseguraba gratuita atención médica, hospedaje a precio mínimo y otras ventajas. La legislación norteamericana fue adoptada en este campo de la vejez por otros países, en sus aspectos básicos, de suerte que en 1958, ya en 57 países existía una legislación similar. Pero en 6 de éstos: los países nórdicos (Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia), Canadá y Nueva Zelanda, la ley dispone la asistencia económica a cualquier habitante, de edad, residente en los mismos y nacionalizado, sin considerar su empleo, sus contribuciones, o sus condiciones económicas familiares.

Un país pionero ha sido Dinamarca, que ya en el año 1891 promulgó una Ley de Asistencia a la Ancianidad, con la cual puso fin a la práctica de confinar a los ancianos necesitados en los asilos para pobres y que determinaba que las autoridades locales debieran proveer de establecimientos adecuados para una atención digna y confortable de las personas de edad avanzada, que por diversas razones no pudieran ser atendidas por sus familias. Este sistema se vino manteniendo por muchos años, hasta que en 1968 se dictó otra ley, referida a la atención de los pensionados por invalidez y por edad avanzada, que dispone que las au-



toridades locales deben facilitar a los pensionados diversas clases de ayuda referentes a viviendas, aparatos correctores de deficiencias físicas y si es necesario asegurarles hasta la provisión del teléfono, asegurarles igualmente la ubicación en Hogares de Ancianos, pagarles parcial o totalmente abonos para utilizar los medios públicos de transporte, etc.

Al constituirse el Estado de Israel, la nueva Nación recibió una importante masa de personas mayores de 60 años de edad, lo que creó al flamante Estado el problema especial de los ancianos, agravado progresivamente por el aumento general de la longevidad. Debíó, pues arbitrar medios para obviarles inconvenientes. Por tal motivo y como parte del programa de previsión social, desde el año 1967 pusieron en vigor el Seguro de Ancianos y además otras disposiciones para, a través de organismos públicos, prestar servicios a los ancianos. Así, el Ministerio de Bienestar Social de dicho país toma a su cargo la ubicación institucional, los servicios externos, Clubes, Centros para cuidados diurnos y Hogares. Comprendiendo la importancia del problema de la ancianidad en todos sus aspectos: político, legislativo, etc., han de ser promulgadas pronto dos leyes que tendrán una gran importancia para el bienestar de los gerontes, una de ellas la Ley Nacional de Jubilaciones.

En otros países se han auspiciado iniciativas de este género, sin que hayan todavía cuajado en leyes vigentes.

Una ley amplia, que comprenda a la ancianidad, debe establecer un organismo de gobierno que sirva para proteger y dignificar a la vejez y disponer que el Estado debe asegurar a las personas de edad avanzada:

- 1) Previsión contra la miseria.
- 2) Asegurar la subsistencia.
- 3) Asegurar la prevención y atención de las enfermedades y asegurar también una protección económica, jurídica, moral y cultural.
- 4) Promover también la realización de estudios e investigaciones en el campo de la Gerontología y de la Geriátría.

La ley debe definir qué se entiende por anciano y precisar bien claramente quiénes son los beneficiarios de la ley y quiénes están excluidos de la misma. La asistencia dispuesta por la ley podrá comprender internación o atención en establecimientos sanitarios (unidades o clínicas geriátricas, auxilios económicos, en forma de pensiones o subsidios, medidas especiales), proporcionar seguridad en el tránsito, priori-

dad en los transportes colectivos, financiación a largo plazo y con bajo interés para la ampliación, conservación o construcción de viviendas para ancianos; apoyo jurídico a fin de asegurar los derechos; servicios culturales, asistencia sanitaria: tratamientos, hospitalización, provisión de medicamentos y aparatos protésicos. La ley podrá también establecer la obligación de los hijos de prestar alimentos a sus padres ancianos y de disponer salario familiar para los que tengan personas de edad avanzada a su cargo. La ley fijará también las fuentes de ingresos para atender los gastos que determine el cumplimiento de la misma. Determinará igualmente cuáles serán las autoridades y los funcionarios que tendrán a su cargo la aplicación de la ley.

En la República Argentina no se ha legislado aún específicamente con respecto a la vejez, aunque se han dictado leyes de seguridad social que abarcan a las personas de edad avanzada, como las que atañen a jubilados, pensionados, y obras sociales para jubilados y pensionados. Sin embargo, cabe señalar que existió la intención de establecer una protección integral de la vejez, pero sólo quedó en una lírica declaración por no haberse instrumentado los medios necesarios para su efectivización. Nos referimos a la reforma constitucional de 1949, donde entre otros derechos se señalaban los de la ancianidad, estipulando que todo anciano tiene derecho a su protección integral, por cuenta y cargo de su familia, correspondiéndole al Estado, en caso de desamparo, proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los Institutos y Fundaciones creados o que se crearen con ese fin, sin perjuicio de la subrogación del Estado o dichos institutos, para demandar a los familiares remisos o solventes los aportes correspondientes y además especificaba el derecho a un albergue higiénico, a una alimentación sana, a un vestido decoroso, al cuidado de la salud física y de la salud moral y a un derecho al esparcimiento, al trabajo siempre que su estado y condiciones lo permitan, a la tranquilidad y al respeto. Esta reforma constitucional quedó derogada en 1956 al restablecerse la vigencia de la constitución de 1853-1860. En la reforma del año 1957 se introdujo el artículo 14 bis, que hace referencia a la seguridad social, en la que va implícita la de las personas de edad avanzada.

Creemos que no es necesario darle rango de precepto constitucional a los derechos de la

ancianidad, pues ello va implícito en la declaración del preámbulo de nuestra *Carta Magna*, en la que se proclama que la constitución se dicta para "promover el bienestar general" y en su artículo 67, inciso 16, confiere al Congreso las facultades para que pueda dictar una legislación verdadera e integralmente tutelar de la vejez, sin recurrir a la ampulosidad constitucional, meramente declarativa. Esa legislación debe tener como base una exhaustiva revisión de todo nuestro ordenamiento jurídico, no sólo del régimen de seguridad social, sino también de la legislación laboral, civil y penal, para armonizar congruentemente sus disposiciones, llenando lagunas normativas y rectificando todo lo que impida la realización plena y la vida digna del hombre de edad avanzada, para lo cual los juristas tendrán que integrarse, con gerontólogos, geriatras, sociólogos, psicólogos y demógrafos, que constituyendo un equipo interdisciplinario permita lograr los objetivos de bienestar para la ancianidad.

Existen situaciones de personas de edad avanzada con insuficiencia de recursos económicos o con diversos grados de dependencia física o psíquica que tienen familia y sin embargo, ésta se desentiende de la asistencia, a veces porque no logran armonizar sus miembros la manera de asumir esa obligación. Por este motivo además de hacerse una promoción en el sentido del deber moral de prestar ayuda al geronte y no negarle los beneficios que significa contar con un hogar, deben disponerse medidas legales que obliguen a la familia a asumir esa responsabilidad.

En el curso de los primeros meses de 1981 la Secretaría del Menor y la Familia nombró una comisión que redactó un anteproyecto de Ley Nacional de la Ancianidad que consta de un articulado de 35 disposiciones dividido en dos capítulos; el primero que comprende normas generales y el segundo las de las acciones del Estado. Dentro de las normas generales se señala como objeto de la Ley, promover la integración activa de los ancianos en la familia y la comunidad, asegurándoles una vejez de bienestar y tranquilidad, mediante subsistencia adecuada, vivienda digna, atención integral médica, jurídica, social, recreativa y educativa. A los efectos de la Ley se considera anciana a toda persona que resida en forma permanente en el territorio de la República, sin distinción de nacionalidad, desde que haya cumplido 65 años de edad. Además se señala

que a la familia compete la responsabilidad primaria de los objetivos establecidos en la ley y para tal fin prestará la misma todo tipo de apoyo necesario a través de sus organismos competentes, pero actuará con carácter subsidiario cuando el anciano carezca de recursos y/o familiares en condiciones de asistirlo.

En cuanto a las acciones del Estado consistirán en realizar y promover investigaciones tendientes a lograr el conocimiento de los problemas y situaciones que se plantean por el envejecimiento de la población y formular políticas integrales.

En lo referente a prestación de asistencia médica al anciano, se promoverá la creación de: a) unidades geriátricas de agudos en hospitales generales y unidades gerontopsiquiátricas en hospitales psiquiátricos, b) unidades de tratamiento prolongado o continuado, c) hospitales de día y d) establecimientos con internación total o parcial, para aquellos ancianos que requieran cuidados especiales en materia de salud, que no puedan ser proporcionados por el núcleo familiar.

También se propugna en la ley la firma de convenios con las provincias que adhieran a ella, a fin de que mediante la transferencia de los fondos destinados a pensiones provinciales no contributivas, les sea otorgada a todos los ancianos carentes de recursos en todo el territorio de la República, una pensión nacional con la cual gozarán de los beneficios que otorga el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. También dispone otorgar a todo empleado que tenga uno o más ancianos a su cargo un salario familiar equivalente al del cónyuge. Igualmente dispone mantener al anciano activo, evitando la jubilación compulsiva, cuando acredite aptitud laboral. La ley fija igualmente medidas necesarias para que los ancianos tengan vivienda adecuada a sus condiciones y necesidades tales como las de reservar los planes oficiales un porcentaje de viviendas que serán otorgadas a parejas de ancianos, o ancianos solos, autoválidos, bajo el sistema de Comodato. Se dispone propiciar planes especiales que posibiliten a los ancianos el turismo dentro del país, para su mejor conocimiento mediante coordinaciones con los organismos específicos del orden nacional, provincial y privado. Finalmente la ley dispone crear un ente coordinador formado por representantes de los distintos organismos competentes, que tendrá a su cargo la elaboración y el cumplimiento de un plan gerontológico nacional.



El Soviet Supremo de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas aprobó, el 7 de octubre de 1977 la Constitución de dicha Unión, en cuyo capítulo 7, titulado Derechos, Libertades y Deberes fundamentales de los ciudadanos de la URSS, el artículo 43 dice: "Los ciudadanos de la URSS tienen derecho a la asistencia económica en la vejez en caso de enfermedad, de pérdida total o parcial de la capacidad de trabajo así como de pérdida del sostén de la familia. Garantizan este derecho los Seguros Sociales de los obreros, los empleados y los koljosianos, los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo; las pensiones por edad, invalidez y en caso de pérdida del sostén de la familia, abonadas por cuenta del Estado y de los koljoses; la colocación de los ciudadanos minusválidos, el desvelo por los ciudadanos de edad proveccta y por los inválidos y también otras formas de Previsión Social".

El artículo 66 dispone también la obligación de los hijos a ocuparse de sus padres y asistirlos.

España, al redactar su constitución nueva, aprobada por las cortes el 28 de octubre de 1978, y ratificada por *Referendum* popular, el 6 de diciembre del mismo año, ha acogido en su texto, explícitamente, la consagración de los derechos de las personas de edad avanzada, consignándolos en el artículo 50 del capítulo 3º, que trata de los principios rectores de la Política Social y Económica. Dicho artículo reza así: "Los Poderes Públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio".

La Constitución de Portugal, aprobada en 1976, en su artículo 72 se ocupa igualmente de la seguridad de las personas ancianas. Dice así: *Art. 72.* El Estado promoverá una política de la Tercera Edad que garantice la seguridad económica de las personas ancianas. La política de la Tercera Edad deberá también proporcionar condiciones de habitación y convivencia familiar y comunitaria que eviten y superen el aislamiento o marginación social de las personas ancianas y les ofrezcan las oportunidades de crear y desarrollar formas de realización personal a través de una participación activa en la vida de la comunidad.

Los problemas relativos al envejecimiento

determinaron la inquietud de los foros internacionales, así las Naciones Unidas, por resolución 2842 de su XXVI Asamblea General solicitaron a su Secretario General la preparación de un informe sobre la condición y necesidades de las personas de edad avanzada y sugirieron directrices para las políticas nacionales y la acción internacional al respecto. Esta resolución fue adoptada el 18 de diciembre de 1971. El informe solicitado fue presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su XXVIII período de sesiones y las medidas adoptadas en relación con el mismo fueron objeto de las resoluciones 3137 y 3138 de dicho período. La resolución 3137 recomienda adoptar medidas adecuadas para desarrollar, cuando proceda y de conformidad con sus prioridades nacionales el bienestar, la salud y la protección de las personas de más edad, y para su adiestramiento según sus necesidades, inclusive medidas encaminadas a aumentar al máximo su independencia económica y su integración social con otros segmentos de la población; desarrollar progresivamente medidas de seguridad social para garantizar que los ancianos, sea cual fuere su sexo, reciban ingresos adecuados; realzar la contribución de las personas de edad al desarrollo económico y social; desalentar dónde y cuando la situación general lo permita las actitudes políticas y medidas discriminatorias en las prácticas de empleo, basadas exclusivamente en la edad; fomentar la creación de oportunidades de empleo para las personas de edad con arreglo a sus necesidades; favorecer por todos los medios el fortalecimiento de la célula familiar; estimular los acuerdos bilaterales y multilaterales de cooperación en la esfera de la seguridad social para beneficio de los ancianos.

La misma resolución encomienda al Secretario General la adopción de medidas adecuadas para ayudar a los gobiernos que lo soliciten, en las cuestiones de planificación para el sector de más edad de la población; vigilar los cambios presentes y futuros que ocurran en el número y proporción de ancianos y mantener un sistema de reunión y difusión de información sobre el envejecimiento; emprender estudios acerca de las relaciones existentes entre los factores demográficos, sociales, y económicos en el envejecimiento; fomentar la investigación, en los planos nacional e internacional sobre la cuestión del envejecimiento que permita continuar elaborando políticas y normas, métodos de planificación y evaluación y me-



didias prácticas en la esfera de aquél. Esta resolución fue adoptada el 14 de diciembre de 1973 y en la misma fecha la Asamblea General dictó la resolución 3138, en la que establece que la protección de los ancianos es una parte importante de todo sistema de seguridad social y recomienda a los gobiernos, dentro de lo que permitan las condiciones nacionales, apliquen, dentro de las medidas de seguridad social, las necesarias que procuren garantizar que los ancianos, los impedidos, y los que sufren la pérdida de las personas que aseguraban su sustento, reciban prestaciones de seguridad social suficientes, provean suficientes instituciones para el cuidado de las personas de edad que necesiten tratamiento médico, procuren que las personas de edad protegidas por los programas de bienestar social puedan tomar parte, dentro de sus posibilidades, en actividades creativas que les brinden satisfacciones morales, procuren, asimismo, que en la planificación urbana y de distritos, y al renovar las instalaciones existentes, se preste debida atención a los elementos arquitectónicos para los ancianos e impedidos y se facilite el acceso de esas personas a los edificios públicos, a las fábricas, y otros lugares de trabajo, y cuando sea posible a las viviendas.

Del 6 al 17 de mayo de 1974, un grupo de expertos se reunió en la Sede de las Naciones Unidas para estudiar las directrices del informe del Secretario General y las complementaron. Es de destacar que con anterioridad a las disposiciones mencionadas de las Naciones Unidas, este Organismo Internacional se había ya ocupado de las cuestiones referentes al envejecimiento, pues en el Tercer Período Ordinario de Sesiones, realizado en 1948, la Asamblea General había aprobado la Resolución 213, en la que pedía al Consejo Económico y Social que efectuara un estudio sobre los ancianos y por parte de la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, se habían realizado varios seminarios sobre problemas de la ancianidad en Bélgica, en 1955; en la República Federal Alemana, en 1956 y 1971; en Italia, en 1959; en el Reino Unido, en 1961; en Suecia, en 1966 y en Israel en 1969. También los organismos especializados de la O.N.U. evidenciaron preocupación sobre el envejecimiento, como la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización para la Agricultura y Alimentación y la UNESCO.

A continuación vamos a pasar revista a las directrices sugeridas en el informe de la Secre-

taría de las Naciones Unidas, presentado en 1973 a la XXVIII Asamblea General y por el grupo de expertos reunidos del 6 al 17 de mayo de 1974.

Al preparar el informe se pasó revista a más de 60 planes nacionales, para determinar si en ellos había disposiciones especiales para las personas de edad y determinar si existían planes especiales en esta esfera, advirtiéndose que la 5ª parte de los planes nacionales examinados no comprendía disposiciones relativas a Seguridad Social y a planes de Seguro.

El informe señala la ausencia, en la actualidad, de un modelo uniforme de política o programa nacional para las personas de edad y que en muchos países no hay ninguna estructura organizada para prestar servicios a tales personas. En lo que respecta a las directrices para elaborar las políticas y medidas, se considera en el informe que deben ser completas, flexibles y dinámicas. Completas, por la complejidad y naturaleza interdependiente de los fenómenos y condiciones relacionados con la edad, por la amplia gama y variedad de personas de edad que viven en contextos de culturas diferentes; flexibles, porque las necesidades y condiciones de las personas de edad cambian continuamente y cada nuevo grupo de individuos alcanza su vejez con distintos niveles de educación, de experiencia en la vida, con nuevos valores e identidades personales y dinámicas para poder atender a las condiciones de las personas ancianas, que cambian con el tiempo, y evitar todo enfoque rígido que a la larga puede no ajustarse a las necesidades de generaciones sucesivas de ancianos.

Es menester que las políticas nacionales para las personas que envejecen estén articuladas en forma tal que se reconozcan los derechos especiales y el potencial de todo ser humano sin tener en cuenta su edad; deben orientarse hacia la eliminación de las prácticas discriminatorias por razón de la edad y a reconocer el derecho de toda persona anciana a servicios, facilidades, y ambientes favorables a su capacidad para participar en la sociedad y contribuir a ella y a gozar de protección y seguridad compatible con el nivel y la calidad de la vida de que puede disfrutar toda la población. Se considera indispensable que se tomen medidas internacionales en colaboración con gobiernos nacionales y organizaciones voluntarias para elaborar tales políticas y traducirlas en servicios y recursos que sean viables desde los puntos de vista jurídicos, sociales, económicos y humanos. Como se señaló más arriba, al elaborar una

política para las personas que envejecen, téngase presente que las necesidades de las futuras generaciones de ancianos podrán ser diferentes de las necesidades de los gerontes de hoy, que alcanzaron la vejez con diferente educación, diferentes perspectivas históricas y culturales y diferentes recursos económicos. También es importante examinar el papel y las contribuciones de los ancianos en el desarrollo social y económico.

En muchos países han evolucionado ciertas políticas que hacen que los ancianos se encuentren en una situación de máxima dependencia y a la vez los aíslan de los jóvenes. Los gobiernos deben examinar los medios destinados a lograr la mayor independencia e interdependencia posible de las personas que envejecen respecto de otros sectores de la población y a aprovechar los recursos y potencialidades inherentes a dichas personas. A fin de que los países en desarrollo y desarrollados atiendan a las necesidades especiales de sus poblaciones en tren de envejecimiento es indispensable que identifiquen la variedad de condiciones que las afectan. A menudo, dichas condiciones son consecuencia del contexto cultural y social del proceso de envejecimiento y no son propias de los procesos biológicos y psicológicos del envejecimiento en sí.

También es importante en las políticas sobre el envejecimiento evitar la práctica de determinar únicamente las situaciones negativas que encaran las personas de edad en función de necesidades no satisfechas, sino que se deben reconocer también los atributos positivos y el potencial de contribuciones que ese grupo de personas puede suministrar, a fin que se asegure por parte de ellas un papel productivo. En la planificación se deben formular los objetivos a corto plazo y a largo plazo. En las políticas nacionales se advierte la excesiva frecuencia con que se da prioridad elevada a la atención y servicios por períodos prolongados en instituciones destinadas a los ancianos, pero sin embargo, tales instituciones no deberían ser el primer lugar en que se piense para satisfacer sus necesidades sociales y de cuidados médicos.

En fecha reciente se ha comenzado a poner en tela de juicio esta práctica de recluir a las personas de edad en instituciones y con una frecuencia cada vez mayor se expresa la opinión de que se debiera proporcionar una serie completa de posibles servicios comunitarios y una atención coordinada en el hogar, de manera de mantener a las personas de edad avanzada, en sus propios hogares, durante el mayor

tiempo posible, dado que en muchos países las políticas generales de bienestar social se han encaminado a elevar los niveles de vida de la familia y a mejorar las condiciones de ésta con el fin de darle apoyo para encarar las presiones de los rápidos cambios sociales. Es necesario que esas políticas, al hacer frente al número creciente de personas de edad en la familia y al diseñar sistemas de servicio que permiten en los casos apropiados mantener y atender a los ancianos en sus propios hogares, hagan una evaluación de los medios de robustecer la familia y apoyen el papel potencial de sus miembros más jóvenes en la tarea de contribuir en nuevas formas al bienestar de los miembros de edad más avanzada. En esos objetivos, a largo plazo, deben tenerse presente la incidencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas y de las incapacidades que se relacionan con la vejez y adoptar medidas sanitarias preventivas, a fin de que los ancianos puedan desempeñarse a niveles óptimos y contribuir a la sociedad en general.

Otro objetivo a largo plazo es procurar la vivienda adecuada. Con frecuencia este problema tiene como única solución el cuidado del anciano en instituciones, con lo cual queda segregado de su grupo social o familiar. Hay que partir de la base de que la vivienda para el anciano, además de satisfacer sus necesidades físicas, tiene una importancia psicológica, emocional y social. Por tal razón debe tratarse que la vivienda que se proporcione a las personas en tren de envejecimiento les permita el acceso a la familia, a sus iguales y a sus vecinos, así como a los servicios sanitarios de apoyo y de bienestar social. También, entre esos objetivos, está el de la seguridad económica, que debe no solamente asegurar un ingreso mínimo suficiente al retirarse de la actividad y que debe ajustarse con los cambios del costo de la vida.

Las Naciones Unidas, finalmente, han reconocido la importancia de la cooperación internacional para contribuir a la solución de las cuestiones que plantea el envejecimiento de la población, prestando ayuda a los Estados Miembros de la Organización que presenten dificultades para encarar una política tendiente a su solución.

También la Organización Internacional del Trabajo (OIT) extendió últimamente su esfera de interés a los problemas de los trabajadores de edad avanzada y en junio de 1980 ha aprobado una recomendación que lleva el número



162 y que es el primer instrumento internacional global en relación con esos trabajadores y en la que se hace referencia a los siguientes aspectos generales: a) igualdad de oportunidades y de régimen para los trabajadores de edad; b) protección oportuna para que puedan mantener su empleo y c) posibilidad de jubilarse y preparación correspondiente.

Igualmente la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) aprobó en 1976 en su conferencia general de ese año una resolución sobre *Educación de adultos*, en que se piden mayores oportunidades de educación para las personas de edad avanzada y en la 21ª Conferencia General aprobó una recomendación sobre *Asistencia técnica y financiera a los Estados Miembros*, en particular los países en desarrollo, con miras a hacer un estudio sobre las oportunidades de educación ofrecidas a las personas de edad, y sobre el uso que hacen los sistemas de educación de los conocimientos teóricos y prácticos de esas personas y preparar medidas para mejorar la situación.

También las Naciones Unidas por intermedio de sus oficinas regionales prestan atención a los problemas del envejecimiento en los países que corresponden a su área geográfica, así la Oficina Regional para las Américas colabora con los Estados Miembros en la celebración de reuniones intersectoriales.

En el orden internacional existen también diversas organizaciones no gubernamentales interesadas en el problema del envejecer, como la Asociación Internacional de Gerontología, cuyos congresos internacionales han venido teniendo lugar desde el año 1950 como se ha mencionado en el capítulo 2º. Otros organismos no gubernamentales son la Federación Internacional sobre el Envejecimiento y la Preocupación por la edad, el Centro Internacional de Gerontología Social que realizó la IX Conferencia Internacional de Gerontología Social en Quebec, Canadá, del 26 al 28 de agosto de 1980, y el Instituto Sandoz de Estudios Socioeconómicos y de la Salud que está realizando estudios en varios países acerca de las políticas existentes y las que podrían aplicarse en el futuro en respuesta del envejecimiento de la población. Además existen interesadas en el problema del envejecimiento, la Asociación Internacional de Seguridad Social, el Consejo Internacional de Bienestar Social, la Federación Europea de Asistencia a las Personas de Edad, la Ayuda a las Personas de Edad y la Asociación de Universidades de la Tercera Edad.

Los esfuerzos de las Naciones Unidas en pro de la Tercera Edad culminaron con la convocatoria a la Asamblea Mundial del Envejecimiento llevada a cabo el 26 de julio de 1982 en Viena: participaron delegaciones de la mayoría de Estados Miembros, incluso la República Argentina. Esta magna reunión estuvo precedida de una preparación minuciosa en los dos años anteriores, que consistió en varias reuniones regionales de acuerdo con las áreas geográficas en que se dividen las Naciones Unidas, en las que comisiones de expertos señalaron las características gerontogeríatras de sus respectivas áreas, y fue precedida también de un forum de organizaciones no gubernamentales interesadas en los problemas de la tercera edad, que tuvo lugar unos meses antes en la misma ciudad de Viena y que formuló una serie de recomendaciones que fueron elevadas a la Asamblea Mundial realizada "a posteriori", en las que dejaban constancia de su aspiración a que sea reconocido su "rol" en la implantación de planes de acción y que los gobiernos les reconozcan ese status, libertad operacional a la vez que ayuda financiera, administrativa e impositiva.

La asamblea mundial designó una comisión principal la que encaró tres temas fundamentales con respecto al envejecimiento: 1) aspectos humanitarios; 2) aspectos de desarrollo, y 3) plan de acción internacional. *Los aspectos humanitarios* son aquellos relativos a las necesidades particulares de las personas de edad avanzada; las *referentes al desarrollo* se refieren a las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de la población, sobre la producción, el consumo, el ahorro, las inversiones y a la vez sobre las políticas y condiciones sociales y económicas en general. *En el plan de acción* formulado se tuvo en cuenta que la formulación y ejecución de políticas relativas al envejecimiento es un derecho soberano y una responsabilidad de cada Estado, que éste debe ejercer sobre la base de sus necesidades y objetivos nacionales concretos. No obstante, el fomento de las actividades, la seguridad y el bienestar de las personas de edad debe ser una parte esencial de un esfuerzo integrado y concertado de desarrollo realizado en el marco del nuevo orden económico internacional, tanto en las partes desarrolladas del mundo como en las que están en vías de desarrollo. Por ello la cooperación internacional y regional debe desempeñar un papel importante. El plan de acción, puesto a punto artículo por artículo fue discutido durante dos semanas por "La Gran



Comisión" integrada por representantes del conjunto de las delegaciones gubernamentales; constituye un extenso y denso documento del cual vamos a extraer la parte esencial del mismo formada por una serie de recomendaciones que en forma resumida se transcriben:

*Recomendación 1ª.* La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. *Recomendación 3ª.* Los sistemas existentes de servicios sociales y atención sanitaria para las personas de edad resultan cada día más costosos. Hay que estudiar medios de mitigar esta tendencia al encarecimiento. *Recomendación 5ª.* Deberá informarse a la población en general acerca de su trato con las personas de edad que necesitan cuidado y además educarse a las propias personas de edad en el cuidado de sí mismas. Deberá impartirse a todos quienes trabajan con personas de edad incluso su familia, capacitación básica para sus tareas. Deberá capacitarse a médicos y profesionales que intervengan en el cuidado de los seres humanos en los principios y aptitudes pertinentes en las áreas de gerontología, geriatría, psicogeriatría, y cuidados de personas de edad. Un principio fundamental de la atención prestada a las personas de edad es que les sirva para que puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad durante el mayor tiempo posible. *Recomendación 6ª.* Será preciso desarrollar al máximo en la comunidad los servicios sanitarios y conexos, los que deberán abarcar una amplia gama en consultorios, hospitales d'urnos, atención médica y enfermería, ayuda doméstica y se brindarán siempre servicios de urgencia. *Recomendación 9ª.* Deben intensificarse los esfuerzos para desarrollar la asistencia a domicilio a fin de prestar servicios de sanidad y sociales de alta calidad en el grado necesario para que las personas de edad puedan permanecer en sus propias comunidades viviendo en la forma más independiente durante el mayor tiempo posible. La atención a domicilio no debe considerarse como una alternativa de la atención institucional; más bien ambas se complementan y deben vincularse con los sistemas de prestación de servicios de modo tal que las personas de edad pueden recibir la atención más adecuada a sus necesidades y al más bajo costo. *Recomendación 12ª.* Una vivienda adecuada es más importante para los ancianos pues

en su domicilio se centra prácticamente todas sus actividades. La adaptación del alojamiento, la prestación de ayudas domésticas prácticas concebidas para facilitar la vida cotidiana y equipos domésticos bien diseñados pueden reducir la dificultad de las personas de edad cuya movilidad se halla reducida o que padecen otras incapacidades para continuar viviendo en sus casas. *Recomendación 19ª.* La incidencia cada vez mayor del delito en algunos países contra las personas de edad convierte en víctimas no solo a los directamente afectados, sino a las numerosas personas de edad que adquirieron el temor de abandonar a sus hogares. *Recomendación 20ª.* La familia es la unidad básica reconocida de la sociedad y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla, y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los gobiernos deberán promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad entre generaciones, con la participación de todos los miembros de la familia. Deberá también subrayarse a todos los niveles el papel y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad. *Recomendación 21ª.* Habida cuenta del mayor número de mujeres de edad y del número mayor de viudas que de viudos en todo el mundo, deberá prestarse particular consideración a las necesidades y funciones de este grupo. *Recomendación 25ª.* Con objeto de favorecer el estrechamiento de lazos entre generaciones distintas, debe fomentarse la participación de los jóvenes en la prestación de servicios de atención, así como en actividades de edad para las personas de edad o con ellas. *Recomendación 28ª.* Los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas de edad un nivel mínimo de recursos adecuados y desarrollar la economía nacional en beneficio de toda la población. Asegurar que el nivel mínimo de recursos permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia. Deberán estudiarse los medios para proteger los ahorros de las personas de edad contra los efectos de la inflación. *Recomendación 29ª.* Los gobiernos deberán facilitar la participación de las personas de edad en la vida económica de la sociedad. Con este fin deberán tomarse medidas adecuadas para que los trabajadores de edad puedan, en la mayor medida posible, per-

manecer en un empleo en condiciones satisfactorias y beneficiarse de la seguridades del empleo. Deberán eliminar todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo y garantizar una auténtica igualdad de trato en la vida profesional. *Recomendación 31ª*. Los gobiernos deberán fomentar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual y hacer más flexible la edad del derecho a jubilarse. Esas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo para la vida profesional por ejemplo modificando las condiciones del ambiente o la organización del trabajo, y una disminución progresiva del mismo. *Recomendación 35ª*. La educación debe proporcionarse sin discriminación contra las personas de edad cuidando de adaptar los métodos de enseñanza a las capacidades de los senescentes, de modo que puedan participar equitativamente en cualquier tipo de educación que se ofrezca y aprovecharla. Habrá de tomarse en consideración el concepto de la educación universitaria, para personas de edad.

*Recomendación 38ª*. A fin de promover una mayor participación de las personas de edad en actividades de pasatiempo y en una utilización creadora del tiempo libre, se insta a los gobiernos y a las organizaciones internacionales a estimular y apoyar programas encaminados a lograr un mayor y más fácil acceso físico a instituciones culturales tales como museos, teatros, ópera, conciertos, cines, etc. *Recomendación 39ª*. Se deben iniciar programas para educar al público en general sobre problemas del envejecimiento debiendo iniciarse tales actividades en la primera infancia y hacer participar a todos los grupos de edad en todos los niveles del sistema escolar estructurado para lo cual los ministerios de educación promoverán y facilitarán la inclusión del tema del envejecimiento en los planes de estudio, como un aspecto del desarrollo normal y de la educación para la vida del individuo, desde la edad más temprana, a fin de lograr un cambio positivo en las actitudes estereotipadas que tienen las generaciones actuales respecto del envejecimiento; además deberán usarse para elaborar tales programas medios de información como radios, televisión y prensa. *Recomendación 40ª*. Se deberá poner a disposición de las personas de edad amplia información sobre todos los aspectos de su vida en forma clara y comprensiva. *Recomendación 41ª*. Deberá desarrollarse con los datos sobre el envejecimiento un sistema de codificación que proporcione a

los gobiernos nacionales información tabulada por sexo, grupos de edades, niveles de ingresos, condiciones de vida, estado de salud, y grado de autonomía en el cuidado personal, entre otros datos. *Recomendación 42ª*. Los gobiernos e instituciones interesadas deben establecer servicios de intercambio de informaciones, tales como bancos de datos sobre el envejecimiento. *Recomendación 43ª*. El envejecimiento es un tema multidisciplinario y por consiguiente los programas de enseñanza y capacitación deberán ser de carácter interdisciplinario. *Recomendación 44ª*. Deben tomarse las medidas necesarias para la capacitación de personal que actúe en la esfera del envejecimiento, promoviendo y estimulando los centros de capacitación práctica. *Recomendación 47ª*. Deberá estimularse la investigación gerontológica y geriátrica en los aspectos biológicos, mental y social.

Por último el plan de acción hace una serie de recomendaciones referentes a su ejecución señalando cuál ha de ser el papel de los gobiernos y el papel de la cooperación internacional y regional. Con respecto a este último se señala la intervención que han de tener los distintos organismos que forman parte de la organización de las Naciones Unidas. Se formula también una invitación a todos los estados a que consideren la designación de un "día de los ancianos".

El plan de acción internacional sobre envejecimiento también deberá señalarse a la atención de los órganos competentes de las Naciones Unidas encargadas de preparar la Conferencia Mundial sobre Población que tuvo lugar en 1984. Igualmente el plan de acción internacional sobre envejecimiento deberá comunicarse a la dependencia de la Secretaría de las Naciones Unidas que está encargada del Año Internacional de la Juventud que se realizó en 1985 a fin de que se señalen las recomendaciones y conclusiones de la Asamblea Mundial del Envejecimiento y especialmente en cuanto se refiere a las cuestiones intergeneracionales.

Por último en lo que respecta a seguimiento, examen y evaluación del plan se considera que deben llevarse a cabo a nivel nacional, con la periodicidad que determine cada país y se recomienda que se designe a la Comisión de Desarrollo Social como el órgano intergubernamental encargado de realizar el examen cuatrienal de la aplicación del plan de acción y de formular propuestas para su actualización, según proceda.

---

## El problema de la vejez en la República Argentina

---

A medida que en nuestro país se ha ido considerando el problema del envejecimiento de su población y ahondando en el mismo, se han podido llegar a determinar consecuencias en un principio insospechadas, especialmente por lo que hace a su potencial de crecimiento demográfico y económico, que prospectivamente puede llegar a alterar su posición política dentro del continente, con relación a otros países del mismo.

El envejecimiento de nuestra población ha sido y es un fenómeno muy acentuado. De acuerdo con una publicación reciente del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos el envejecimiento de la población continúa acentuándose y el aumento de la natalidad si bien lo desacelera, no alcanza para neutralizarlo. Los grupos de 65 años o más en 1980 alcanzaban al 7,3 % del total de la población y se estima que en el año 2000 alcancen al 8 % y en el año 2025 al 9,4 %.

Ahora bien, si se suma la población de los comprendidos entre la edad de 0 a 14 años, con la de 65 y más años y este resultado lo dividimos por la cifra de la población comprendida entre los 15 y los 65 años, tenemos una relación entre la parte de la población que generalmente no trabaja con la que generalmente trabaja y es así como, para 1950, teníamos por cada 1000 habitantes activos o que trabajaban, 532 pasivos o que no trabajaban.

En la actualidad, por cada 1000 activos tenemos 582 pasivos. Con este persistente cambio en la estructura poblacional, nos encontramos con que se afecta desfavorablemente la fuerza laboral o sea la oferta de mano de obra en el país. Estos resultados se ven corroborados por el desequilibrio progresivo entre el número

de habitantes que ingresan a la fuerza de trabajo y que se retiran del mismo o sea que se retira un número mayor con respecto a los que ingresan.

En este fenómeno, un factor de gran gravitación es la baja tasa de natalidad que registra la República Argentina, que según el cuadro estadístico de la población mundial, en 1978, publicado en *Intercom*, volumen 1, Nº 1, de enero de 1979, editado por una organización privada, el *Population Reference Bureau, Inc.* de Washington (E.E.U.U.), es de 23, mientras que la tasa de natalidad para la América Latina es de 36 y para el total mundial es de 29. De acuerdo con ello, la República Argentina, con una tasa de mortalidad de 9, tiene una tasa de crecimiento natural de 1,3 % anual.

Significa esto que para duplicar su población, nuestro país requerirá 53 años. En cambio, los países limítrofes, como Bolivia, con una tasa de crecimiento natural de 2,9 %, necesitará, para duplicar su población, 24 años. Brasil con una tasa de crecimiento de 2,8, requerirá 25 años. Paraguay, con una tasa de crecimiento de 3,1 %, requerirá 22 años. Chile, con una tasa de crecimiento de 1,8 %, necesitará 38 años, o sea que proyectados estos datos al año 2000, mientras nosotros tendremos una población de 32,9 millones, Bolivia tendrá una población de 8,7 millones, Brasil 205,2 millones, Paraguay 5,3 millones. Hace excepción el Uruguay, que con una tasa de natalidad igual a 21 tiene una tasa de crecimiento natural de 1,1 y necesita para duplicar su población 63 años.

Según un informe elaborado en 1978 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la población activa o sea aquella formada por



las personas que trabajan o buscan empleo progresará de manera distinta en los países que hemos mencionado, según puede observarse en el cuadro siguiente:

País	1960	1980	2000
Argentina	8,1	10,3	12,6
Bolivia	1,2	2,0	3,4
Brasil	22,8	39,7	69,3
Chile	2,5	3,7	5,6

En su informe el BID considera que este crecimiento a un ritmo tan acelerado, para ciertos países latinoamericanos puede agravar un problema ya agudo de desempleo. La desigualdad entre la Argentina, a este respecto y los países limítrofes, con excepción de Uruguay, puede crear una presión inmigratoria a través de sus fronteras, de los habitantes de esos países que no hallarían ocupación.

El desequilibrio entre los ingresos a la fuerza laboral y los egresos de la misma, se ha hecho más notable desde mediados de la década del 70 y no se vislumbra para este problema una solución fácil y a corto plazo. Algunos interrogantes, respecto a la posible acción del gobierno, se plantean, como los siguientes:

1) ¿La Secretaría de Seguridad Social tiene en cuenta esa situación en los planes referentes a jubilaciones?

2) ¿El Ministerio de Trabajo realiza estudios o proyecta una política para hacer frente a una eventual falta de oferta de trabajo en los próximos años?

3) ¿Se contempla esta situación respecto de la política migratoria dentro de nuestro país?

4) ¿Cuál es la política demográfica más conveniente para nuestro país?

5) ¿Se ha meditado sobre la conveniencia de estimular el crecimiento de la población de argentinos por medidas de estímulo adecuadas, que por razones obvias es preferible en la actualidad, que lograr el aumento de población atrayendo inmigrantes?

Si consideramos la extensión territorial de nuestro país, sus grandes recursos económicos, muchos de ellos todavía potenciales, sus extensas fronteras, la muy baja densidad de población de vastas extensiones del territorio nacional, como la Patagonia, es acuciante encarar una política demográfica adecuada, que, por otra parte, no es nada fácil de implementar para que nuestro país no se vea abocado, al

finalizar el año 2000, con problemas de orden político, especialmente con aquellos países con los que tiene fronteras comunes.

Para concluir estas consideraciones referentes al problema de la ancianidad en nuestro país, podemos afirmar con cierta satisfacción que en los últimos 30 años se ha avanzado decididamente desde un nivel prácticamente 0 en la solución de los muy diversos problemas que afectan a las personas de edad avanzada. Hace más de 30 años la geriatría no contaba en nuestro cuerpo médico con ningún cultor; hoy existe un buen número de especialistas en esa rama del quehacer médico; en hospitales y centros médicos oficiales y privados se cuenta con servicios dedicados especialmente a la atención de ancianos, inclusive con hospitales geriátricos, no sólo en la Capital, sino también en otras ciudades, como el que se instaló en la ciudad de Rosario, en el año 1979, con una capacidad de internación de 350 camas. Se cuenta con sociedades científicas, tanto en la ciudad Capital como en las de algunas provincias, que realizan una activa labor en los campos de gerontología y de la geriatría, tanto oficial como privadamente; se han ido creando sistemas modernos institucionalizados para la atención de las personas de edad avanzada.

Se han realizado congresos de gerontología y geriatría con intervención de relevantes especialistas del extranjero, que han contado con una notable adhesión de los funcionarios de la sanidad del país y del cuerpo médico del mismo; se han creado cursos de postgrado, de nivel universitario, para la formación de especialistas de dichas disciplinas; se han adoptado disposiciones legales para determinados aspectos de asistencia médica y social en la ancianidad.

Los aspectos culturales de la tercera edad han merecido también preocupación en nuestro medio, con la creación de la Fundación Cultural de la Tercera Edad, que en el año 1979 inició sus actividades, organizando varios cursos: idiomas, psicología, derecho civil y sistemas de previsión social y temas de medicina geriátrica. Esta fundación podrá transformarse en una verdadera universidad de la tercera edad, tal como las que funcionan ya en Francia, España, Holanda, etc.

Pero todo esto es aún insuficiente; si bien en relación al tiempo transcurrido, constituye un progreso rápido y sostenido, es mucho lo que aún queda por hacer para colocarnos al nivel de las naciones más adelantadas en la materia. Especialmente se nota todavía la falta de

una ley dedicada particularmente a los ancianos (aunque existe un proyecto de la misma elaborado por una comisión especial por el Ministerio de Acción Social y al que nos hemos referido en el capítulo anterior), así como también la creación de servicios que permitan la permanencia de las personas de edad avanzada en sus hogares o junto a su familia, como es la tendencia actual respecto al problema social de la ancianidad, pues se admite, de manera cada vez más general que las necesidades específicas de las personas de edad avanzada en materia social y psicológica no pueden atenderse en ningún sitio mejor que en el medio familiar activo y afectuoso, en el que el geronte tenga un papel que desempeñar y se sienta querido por los que lo rodean y él mismo se sienta útil dentro del núcleo familiar. En otros términos, la solución de los problemas sociales y de salud de las personas de edad avanzada no consiste necesariamente en abrir más establecimientos geriátricos, por modernos que sean y por bien equipados que estén sino que los programas de asistencia social y atención de la salud para los viejos deben tratar de reforzar la vida hogareña o familiar en vez de contribuir a destruirla. Tal como en el plan de acción elaborado por la Conferencia sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas realizada en 1982, se especifica en sus recomendaciones.

A este respecto, la revista "Salud Mundial" editada por la Organización Mundial de la Salud, en su número de abril de 1979, ha podido afirmar:

*"En la asistencia a las personas de edad hacen falta innovaciones audaces que faciliten la participación activa de los ancianos en la vida familiar y social. La autoasistencia, la asistencia familiar y la asistencia de la comunidad deben organizarse de manera que las tres se refuercen mutuamente. Los que se preocupan por el costo de la asistencia descubrirán pronto que esta estrategia presenta, a la larga, la solución más barata, pero lo que sobre todo importa es que será un paso importante hacia una mejor calidad de la vida, no sólo para los ancianos, sino también para sus hijos y nietos".*

En el desafío mundial planteado por el envejecimiento de las poblaciones, en el presente siglo, los medios empleados para solucionar los diversos problemas presentados no son ni estáticos ni incólumes, pues a medida que se avanza se verá que muchas soluciones propuestas pueden hacerse obsoletas y deben ser reemplazadas por otras más eficaces, lo que supone un estímulo a la imaginación y a la creatividad de gerontólogos y geriatras.

En pocas palabras, la batalla del envejecimiento, exigirá tácticas o estrategias cambiantes y dinámicas.

- Actas del 1er. Congreso de la Asociación Internacional de Gerontología en: "Revue Médicale de Liège". Lieja N° 5, 20 (Octubre de 1950).
- Actas del 5º Congreso Internacional de Gerontología. San Francisco, 1960.
- Actas del 6º Congreso de la Asociación Internacional de Gerontología. Edit. Munksgaard. Copenhagen, 1963.
- Actas del 7º Congreso de la Asociación Internacional de Gerontología. Edit. Wiener medizinische Akademie, Viena, 1966.
- Actas del 8º Congreso de la Asociación Internacional de Gerontología. Washington, 1969.
- Actas del 9º Congreso de la Asociación Internacional de Gerontología, Instituto de Gerontología de Kiev, 1972.
- Albarède, J. L. y col.: "Prévention des maladies du troisième âge". Edit. Universidad de la Tercera Edad. Toulouse, 1977.
- Amberg, J. R.; Zbonalske F. F.: Gastric Ulcer after 70. *Amer. J. Roentgen.*, 96: 383-399, 1976.
- Anderson, H. J.; Staffurth, J. S.: Subacute bacterial endocarditis in the elderly. *Lancet*, 2: 1055-1058, 1955.
- André, G. L.: L'Hygiène des vieillards. París, 1980.
- Andrés R.: Aging and Diabetes. *Medic. Clin. N. Amer.*, 55: 825-846, 1971.
- Andrew W.: The Anatomy of Aging in Man and Animals. Edit. Heinemann Medical Books. Londres, 1971.
- Aschoff, L.: Zur normalen und pathologischen Anatomie des Greisenalters, Urban und Schwarzenberg. Berlín y Viena, 1938.
- Auclair M.: Hacia una vejez dichosa. Edit. Iberia.
- Barzel U. S.: Osteoporosis. Edit. Grune y Stratton. New York, 1970.
- Bastai, P. y Dogliotti, G. C.: Physiopathologie de la vieillesse. Edit. Masson et Cie. París, 1938.
- Baumgärtner, P.: Las consultas diarias en Gerontología. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1968.
- Beauvoir, S. de: La Vejez. Edit. Sudamericana. Buenos Aires, 1970.
- Bellak, L.: Los mejores años de la vida. Edit. Lidium. Bs. As., 1979.
- Binet, L. y Bourlière F.: Précis de Gérontologie. Edit. Masson. París, 1955.
- Binet, L.: Gérontologie et Gériatrie. Coll. Que sais-je? Ed. Press. Univers. de France. París, 1962.
- Bize, P. R.; Vallier, C.: Una vida nueva: La Tercera Edad. Ediciones Mensajero. Bilbao, 1973.
- Blanco Soler C.: Comentario sobre la vejez y otros ensayos. Edit. Aguilar. Madrid, 1953.
- Blau Z.: Structural Constraints on Friendship in Old Age. *Amer. Sociol. Rev.*, 26: 429-439, 1961.
- Bolt D. E.: Geriatric Surgical Emergency. *Brit. Med. J.*, 1: 832-836, 1960.
- Bourlière F., Clément F., Porot S.: Normes de vieillissement morphologique et physiologique d'une population de niveau socio-économique élevé de la région parisienne. *Bull. Mém. Soc. Anthropol.* 10: 11-39, 1966.
- Brocklehurst J. C.: "Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología". Edit. Médica Panamericana. Bs. As., 1975.
- Buckey C. E., Buckey E. G., Dorsey F. C.: "Longitudinal Changes in Serum Immunoglobulin Levels in Older Humans". *Federal Proc. N° 33*, pág. 20-36, 1974.
- Bühler Charlotte: "El curso de la vida como problema psicológico", 1933.
- Bursh G. E.: "Interesting Aspects of Geriatric Cardiology". *Amer. Heart J.*, 84: 89-99, 1975.
- Butler R. N.: Why Survive? Being Old in America. Edt. Harper Colophon Books. Harper And Row. New York, 1975.
- Butler R. N., Lewis M. J.: "Aging and Mental Health". C. V. Mosby Company. Saint Louis, 1963.
- Butler R. N., Lewis M. J.: "El sexo después de los 60". Edit. Lidium. Bs. As., 1979.
- Canstatt G.: "Las enfermedades de la edad avanzada y su tratamiento". Erlangen, 1839.
- Cape R.: Geriatria. Ed. Salvat, Barcelona.
- Carrel A.: "L'homme, cet inconnu". Ed. Plon, París, 1956.
- Ciba Foundation: "Colloquia on Aging". Editor J. y A. Churchill. Londres, 1955. Volúmenes 1, 2, 3, 4 y 5.
- Cicerón Tulio: "De la vejez". Edit. Barcelona, 1954.
- Clínicas Médicas de Norteamérica: "Medicina Geriátrica". Edit. Interamericana. México. Noviembre, 1976.
- Confort A.: "The Biology of Senescence". Edit. Routledge y Kegan. Londres, 1956.
- Confort A.: The Process of Aging. Edt. New Amer. Library. New York, 1964.
- Confort A.: Una buena edad. La Tercera Edad. Ed. Debate.
- Cornaro L.: "Tratado de la vida sobria y otros discursos". Edit. Orientación Integral Humana. Bs. As., 1946.
- Cowdry E. V.: "Arteriosclerosis". Mac Millan Co. New York, 1933.
- Cowdry: "Problems of Aging". Williams and Wilkins Comp. New York, 1953.
- Cowdry E. V. and Steinberg E. U.: "The Care of the Geriatric Patient". Mosby Edit. Saint Louis, 1971.
- Charcot J. M.: "Maladies des vieillards". Obras completas, tomo 7. París, 1890.
- De Nicola Pietro: "Fundamentos de Gerontología y Geriatria". Edit. Jims. Barcelona, 1979.
- Degrally y Destrem.: "Physiologie Générale de la Vieillesse". Masson et Com. París, 1954.
- Delachaux A.: "Manuel de Gérontopsychiatrie". Masson et Comp. París, 1965.
- Deny J., Brion S.: "Les démences tardives". Masson et Comp. París, 1962.
- De Nicola P.: Historia de la Gerontología en Italia. *Zeitschrift für Gerontologie*, 14, 6, pág. 544.
- Destrem H.: La 3ª Edad: "Los secretos de la longevidad". Compañía General Fabril Impresora. Buenos Aires, 1960.
- Fenster L. F.: "Viral Hepatitis in the Elders". *Gastroenterology*, 49: 253-271, 1975.
- Friedman S. A., Raizner A. E., Rosen H. y otros: "Functional Defects in the Aging Kidney". *Ann. Intern. Med.*, 76: 41-45, 1972.
- Goldberg E. M.: "Helping the Age". Allen and Unwin Ltd. Londres, 1970.
- Gone Irene: "Age and Vitality". Ed. Allen y Unwin. Londres, 1973.
- Good R., Gatti R. A.: "Aging Immunity and Malignancy". *Geriatrics*, 25: 9, 1970.
- Greene, W. W.: "Bowels Obstruction in the Aged Patients". *Amer. J. Surg.*, 118: 542-546, 1965.
- Grupo Lionés: "La vejez". Editorial Razón y Fe. Madrid, 1965.



- Guardini Romano: "Las edades de la vida". Edit. Guadarrama. Madrid, 1966.
- Guillermo J.: "La longevidad". Editorial Eudeba. Buenos Aires, 1964.
- Harnand D.: "Free Radical Theory of Aging". *J. Gerontology*, 23: 476-82, 1968.
- Havighurst R.: "Flexibility and the Social Roles of the Retired". *Amer. J. Sociol.*, 159: 309-311, 1954.
- Hayflick L.: Cell culture and the Aging Phenomenon, en Krohe P. L. Topics in the Biology of Aging. Inter Sci. Pub. New York, 1966.
- Hazell K.: "Social and Medical Problems of the Elderly". Hutchinson. Londres, 1976.
- Healy L. A., Parker F.: "Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis". *Arthritis Rheum.*, 14: 138, 1971.
- Hipócrates: "De los aforismos". Obras completas. Ed. Emilio Littré. 10 volúmenes. París, 1839-1861.
- Howell T. H.: "Old Age. Some Practical Points in Geriatrics". Londres, 1944.
- Howell T. H.: A Student's Guide to Geriatrics, Staples. Londres, 1970.
- Hufeland: L'art de prolonger la vie ou la Macrobio-tique. Ed. Francesa con notas del Dr. J. Pellagot. París, 1874.
- Hyams D.: "The Care of the Aged". Priory Press Ltd. Londres, 1972.
- INDEC: "La Población Argentina". Buenos Aires, 1976.
- INDEC: "Serie Anual de la población de la Capital Federal y las provincias por sexo y grupos de edades, 1960-1975". Buenos Aires, 1975.
- Instituto Interamericano de Estadística "América en cifras" 1977, tomo 3. Edit. Secretaría General de la Organización de Estados Americanos. Washington, 1979.
- Kalish, R.: La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. Colección Pirámide.
- Koronchevsky V.: "Physiological and Pathological Aging". Edit. S. Karger. Basilea y New York, 1961.
- Lacassagne A.: La Verte Vieillesse. Imprimerie. A. Rey, 3ème édition, Lyon, 1924.
- "La Tercera Edad": Salud mundial (Revista de la O.M.S.). Ginebra, Abril 1979.
- Lansing A. J.: "Cowdry's Problems of Aging". Williams and Wilkins. Baltimore, 1952.
- Le Maire A.: "La sénescence. Approche du Phéno-mène". *Nouv. Presse Méd.*, 2: 301, 1973.
- Legrand M. A.: "La Longevidad a través de las edades", 1911.
- Lehman H. C.: Age and Achievement. Princeton Univ. Press, Princeton, New Jersey, 1953.
- Lehr U.: Psicología de la senectud. Edit. Herder Barcelona, 1980.
- Lehr U.: "Psychologie des Alters". Edit. Quelle und Meyer. Heidelberg, 1972.
- Levi G., Pepere A., Viale G.: "Fisiopatología della Vecchiaia". Ed. GSSMM. Milán, 1933.
- Libow L. S., Sherman F.: "The core of Geriatric Medicine". The C.V. Mosby and Co. St. Louis, 1982.
- Lumière A.: "Sénilité et Rajouissement". Edit. Bail-lière. París, 1932.
- Luth P.: "Geschichte der Geriatrie". Ed. Enke. Stutt-gart, 1965.
- Mantegazza P.: "Elogio de la vejez". Editorial Orien-tación Integral Humana. Bs. As., 1946.
- Marañón G.: "Comentarios sobre la vejez". Obras Completas. Tomo 2º, pág. 239. Edit. Espasa Calpe. Madrid, 1966.
- Marañón G.: "El deber de las Edades" en "Ensayos liberales" Coloc. Austral, Ed. Espasa Calpe, Buenos Aires.
- Martin E. y Junot J. P.: "Manual de Geriatria". Edit. Toray Masson. Barcelona, 1976.
- Maurois A.: "Un art de vivre". Edit. Plon. París, 1950.
- Masters W. H., Johnson V.: Human Sexual Inade-quacy. J. y A. Churchill, Londres, 1970.
- Masters H., Johnson V.: Respuesta Sexual Humana. Edit. Intermédica, Buenos Aires.
- Mc Kcon F.: "Pathology of the Aged". Butterworths Ed. Londres, 1965.
- Miatello V. R. y Col.: "Geriatria". López Libreros Edit. Bs. As., 1977.
- Mira y López E.: "Hacia una vejez joven". Edit. Ka-pelasz. Bs. As., 1961.
- Monroe R. T.: "Diseases in Old Age". Harvard Univers. Press, Cambridge, 1951.
- Morelli A. C., Oehninger C., De Decia Mare de, Flores Colombino A., Oyenard S. E. de: Tercera Edad Biopsicosocial. Edt. Librería Médica. Montevideo, 1982.
- Mosso H.: Enfermedades cardiovasculares en el an-ciano. Edt. Edimed, Buenos Aires, 1962.
- Müller C.: Bibliografía Geronto-Psiquiátrica. Verlag Hans Huber. Berna, Stuttgart. Viena, 1973.
- Müller C. H.: "Manuel de Gérontopsychiatrie". Masson et Comp. París, 1969.
- Müller Deham A.: "Las enfermedades internas en la vejez". Editorial Labor, Barcelona, 1940.
- Naciones Unidas: "El envejecimiento: Tendencias y políticas", 1975.
- Nascher L. N.: "Geriatrics. The Diseases of the Old Age". Edit. Blackistone Publ. Filadelfia, 1914.
- National Council for the Care of Elderly People "Measures to Assist Elderly People in Norway". Oslo, 1974.
- Organización Estados Americanos, "América en cifras" 1974.
- Paillat Paul. "Conditions de vie et besoin des per-sonnes âgées en France. Le citoyen âgé". Presses Universitaires de France. París, 1969.
- Paillat P. M. y Bunch M. P.: "Age, Work and Automation". Karger. Basilea, 1970.
- Palmore E., Maddox, George y otros: "Normal Aging. Reports from the Duke Longitudinal Studies 1955-1969". Durham N. C., Duke University Press, 1970.
- Papper S.: "The Effects of Age in reducing Renal Functions". *Geriatrics* N° 28, pág. 83, 1973.
- Parsons V.: "What decreasing Renal Functions means to Aging Patients". *Geriatrics* N° 32, pág. 93, 1977.
- Passanante M. I.: "Política sociales para la tercera edad". Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1983.
- Pequinot y Resch: "Notre Vieillesse". Edt. A. Fayard, París.
- Peralta F.: "Datos históricos acerca de la investiga-ción de la vejez". Acta Ciba. Enero-Febrero, 1943.
- Perlado F.: "Tratado de Geriatria". Editorial Cientí-fico Médica. Madrid, Barcelona, 1980.
- Pitkins: "Viva feliz después de los 50 años". Nova. Buenos Aires.
- Platón: "La República". Edit. Eudeba. Buenos Aires, 1975.
- Pomerance A.: "Senile Cardiac Amyloidosis". *Brit. Heart J.* N° 17, pág. 711.

- Portos J. L.: "Résultats de l'examen systématique du cœur et des vaisseaux après 70 ans". Tesis Médica. París, 1963.
- Post F.: "The Clinical Psychiatry of Late Life". Pergamon Press, Oxford, 1965.
- I Congreso Argentino de Gerontología y Geriátría. "Resúmenes de Trabajos". Bs. As., 1976.
- "Primera encuesta nacional sobre recursos para atención del problema de la ancianidad". Servicio Nacional del Anciano. Ministerio de Bienestar Social de la Nación, Bs. As., 1976.
- Quiroga M. J., Guillot Carlos F.: "Dermatología Geriátrica". Ed. Roche S.A., Buenos Aires.
- Ramón y Cajal: "El mundo visto a los 80 años". Ed. Espasa Argentina. Colec. Austral. Bs. As., 1945.
- Reichel. Medicina Geriátrica.
- Rhee H. A.: "Envejecimiento humano y jubilación". Instituto Nacional de Reaseguros. Bs. As., 1977.
- Riesmann David: "Some Clinical and Cultural Aspects of Aging". *Amer. J. Physiol.*, 59: 379, 1954.
- Risak E.: "Das Altern und seine Beschwerden". Viena, 1942.
- Rosman: "Geriátría Clínica". Edit. Salvat, Barcelona. Buenos Aires, 1974.
- Rudd J. L., Margolin R. J.: "Maintenance Therapy for the Geriatric Patient". Editorial Charles E. Thomas, Springfield, U.S.A., 1968.
- Sandler M. y Bound G. H.: "Atherosclerosis and its Origins". Academic Press, New York, 1963.
- Sarobe J. M.: "La edad del hombre". Buenos Aires, 1945.
- Sauvy A.: "El problema de la población en el mundo". Ed. Aguilar, Madrid, 1961.
- Sauvy A.: "Les limites de la vie humaine". Hachette, París, 1961.
- Schlesinger H.: "Enfermedades de la edad avanzada". Viena 1914.
- Schnier: "Clinics: Internal Medicine of the Aged".
- Schwartz A. N., Peterson J. A.: Introduction to Gerontology. Holt, Rinehart and Winston, New York, 1979.
- Segundo Congreso Argentino de Gerontología y Geriátría. "Resúmenes de trabajos", 1979.
- Shock L. W.: Trends in Gerontology, Standford, California, 1947.
- Shock L. W.: Una bibliografía clasificada de gerontología y geriátría. Standford, California, 1957.
- Shock L. W.: Biological Aspects of Aging. Inter. Ass. Gerontol., 3, 1962.
- Sleeswijk J. G.: "Tratado de Geriátría", "La vejez desde el punto de vista médico". Editorial Científico Médica, Barcelona, 1973.
- Steiner P., Dorfman R.: "The Economic Status of the Aged". University of California Press, 1959.
- Stieglitz E. J.: "Geriatric Medicine". Edit. Saunders Company, Philadelphia and London, 1943.
- Strehler B.: "Advances in Gerontological Research". Academic Press Incorporated, New York, 1964.
- Streif G., Orbach H.: "La vejez". Incluido en Lazarsfeld y otros: Planificación sociológica de los problemas sociales. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1971.
- Tercer Congreso Argentino de Gerontología y Geriátría. "Resúmenes de Trabajo", 1979.
- Thiedin F.: "Der Alte Mensch und Die Gesellschaft". Ed. Thieme, Stuttgart, 1965.
- Thewlis M. W.: "The Care of the Aged". Edit. C. V. Mosby. Saint Louis, 1954.
- Tibbits C. L.: "Living through the Older Years". Ed. University of Michigan Press, Ann Harbour.
- Tibbits C. L., Sauvy A., Thomas H.: "Le troisième âge". *Revue Internationale des Sciences Sociales*. Unesco N° 3, 1963.
- Tibbits C. y colab.: "Handbook of Social Gerontology". University of Chicago Press, 1960.
- Todd A. T.: "Medical Aspect of Growing Old". Bristol, Londres, 1946.
- Toffler A.: La Tercera Edad.
- Tournier P.: "Aprendiendo a envejecer". Editorial Aurora, Buenos Aires, 1973.
- Tunstall J.: "Old and Alone". Ed. Routledge and Kegan P. Londres, 1976.
- Tursi Roberto N.: "Manual de Geriátría". Editorial Celcius J. J. Vallory. Buenos Aires, 1978.
- Vachet Dr.: "Vivre vieux, rester jeune". Grasset, París, 1958.
- Verwendt A.: Clinical Geropsychiatry.
- Vischer: "La vejez como destino y plenitud". Edit. Sudamericana. Bs. As., 1949.
- Von Kleist E.: "Otoño, invierno de la vida, un tiempo de alegría". Editorial Guadalupe. Bs. As., 1975.
- Walford R. L.: "The Immunologic Theory of Aging". Munksgaard, Copenhagen, 1969.
- Warthil A. S.: "Old Age". "The major Involution". Ed. Paul Hoeber. Inc. New York, 1929.
- Williams E. J., Bennett F., Frances M., Nixon J. V., Nicholson M. R. y Golbert J.: "Sociomedical Studies of Patients over 75 in General Practice". *Brit. Med. J.*, N° 2, 5811, págs. 445-448, 1972.
- Witbe W. B.: "How to investigate an Old Person". *Lancet*, 2 (80-86) págs. 419-420. Agosto, 1978.
- Zilberg N. E., Kaufman J.: "Normal Psychology of the Aging Process". International University Press. Nueva York, 1963.
- Zvi S., Goldbur U., Medalic J. y otros: "Pulmonary Ventilatory Functions Values for Heart in Men Aged 45 years and over". *Chest* N° 63, págs. 520-523, 1973.

## REVISTAS

Citaremos a continuación entre las numerosas revistas sobre Gerontología y Geriátría que se editan en el mundo, las siguientes:

Age and Aging. Estados Unidos, Aktuelle Gerontologie. Alemania, Clínica Gerontologica (Suiza), Geriatrics (Estados Unidos), Gerontologia (Suiza), Gerontologist (Inglaterra), Gerontology and Geriatrics (Holanda), Excerpta Medica, Sec. XX, Gerontology and Geriatrics Education. Estados Unidos, Giornale di Gerontologia (Italia), Journal of Aged Care, Journal of the American Geriatrics Society (Estados Unidos), Journal of Gerontological Nursing, Journal of Gerontology (Estados Unidos), Journal of Gerontology and Social Work, Journal of Nutrition for Elderly, Mechanisms of Ageing and Development, Medicina de la Tercera Edad. Buenos Aires, Argentina, Physician and Occupational Therapy in Geriatrics, Revista de la Universidad de la Tercera Edad (Toulouse, Francia), Revista Española de Gerontología (España), Revue Française de Gérontologie (Francia), Sinopsis de Geriátría, Organó Oficial de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría, Publicación trimestral, Zeitschrift für Altersforschung (Alemania), Zeitschrift für Gerontologie. (Darmstadt, Alemania).

## INDICE ALFABETICO



## A

Absceso hepático, 175.  
 Accidente vasculoencefálico o ictus, 108.  
 Acinesia, 105.  
 Adenauer Konrad, 28.  
 Afecciones del sistema nervioso, 150.  
 — — —; tratamiento, 151.  
 Alejandro Magno, 8.  
 Alteraciones cardiovasculares en la vejez, 116.  
 Anacreonte, 5.  
 Aneurisma, 97.  
 Aneurismas aórticos, 127.  
 Afasia, 106.  
 — motora, 106.  
 — sensorial, 106.  
 Afecciones óseas; osteoporosis, 142.  
 — —; tratamiento, 142.  
 — purulentas, 144.  
 — reumáticas, 138.  
 Amiloidosis cardíaca, 126.  
 — hepática, 175.  
 Ancianidad, 2.  
 Andropausa, 53.  
 Anemia, 178.  
 — aplástica, 181.  
 — ferropénica e hipocrómica, 178.  
 — hipocrómica no ferropénica, 179.  
 — megaloblástica por déficit de folatos, 180.  
 — perniciosa, 179.  
 Anemias hemolíticas, 181.  
 — — autoinmunes, 181.  
 — — idiopáticas, 181.  
 — — por drogas o sustancias químicas, 181.  
 — — secundarias, 181.  
 — —; *thalassemia* minor, 181.  
 — megaloblásticas, 179.  
 — secundarias, 182.  
 Angina de pecho, 103.  
 Angor pectoris (angina de pecho), 103.  
 — — estable, 103.  
 — —; ergometría, 103.  
 — — inestable, 103.  
 — — de Prinzmetal, 104.  
 — — progresiva, 103.  
 Apendicitis aguda, 168, 205.  
 Aristófanes, 6.  
 Aristóteles, 2, 6, 22, 74, 80.  
 Arritmias cardíacas, 116.

Aterosclerosis, 96.  
 —; anatomía patológica, 97.  
 — coronaria, 103.  
 —; definición, 96.  
 —; factores causales, 97, 98.  
 —; factores de riesgo, 98.  
 — obliterativa de miembros inferiores, 103.  
 —; patogenia, 101, 102.  
 —; placa de ateroma, 97.  
 —; placa fibrosa, 97.  
 — del sistema nervioso, 106.  
 — y raza, 97.  
 Artigue Emilio, 77.  
 — —; autorretrato, 77.  
 Artritis infecciosa, 141.  
 — temporal, 156.  
 Artropatía gotosa, 141.  
 — neuropática, 141.  
 Artropatías de las colagenopatías pararreumáticas, 141.  
 Asinergias, 105.  
 Asistencia domiciliaria, 88.  
 Asistencia social, 221.  
 — —; atención domiciliaria, 223, 224.  
 — —; modelos de, 221.  
 — —; seguro social, 222.  
 — —; seguros privados de salud, 223.  
 — —; sistema nacional de salud, 223.  
 Asma bronquial, 133.  
 Atributos del envejecer, 20.  
 Avicena, 11.

## B

Bacon Francis, 10.  
 Bacon Rogelio, 9, 22, 72.  
 Beaumarchais, 11.  
 Beauvoir Simone de, 39, 57.  
 Béquer, 38.  
 Beri-beri cardíaco, 127.  
 Bernaldo de Quirós, 77.  
 — —; "El carnicero", 77.  
 — —; "El curandero", 77.  
 — —; "Don Juan Sandoval, el patrón", 77.  
 — —; "Y vamos vieja", 77.  
 Bernard Shaw, 34.  
 Bibliografía, 237, 240.  
 Biogerontología, 17.  
 Bloqueo auriculoventricular, 117.  
 Bloqueo de las ramas del haz de His, 117.  
 Boccaccio, 8.  
 Boecklin, 2.

Boerhaave, 72.  
 Bogomoletz, suero de la juventud, 72.  
 Boldini "Retrato de J. Verdi", 76.  
 Bourlière, 71.  
 Brandam Caraffa; "Viejo orando", 77.  
 Brantôme, 9.  
 Bronquitis crónica, 130.  
 Bronconeumopatía obstructiva crónica, 130.  
 Bronconeumopatías infecciosas, 133.  
 — —; cuadro clínico, 134.  
 Brown-Séquard, 72, 92.  
 Buffon, 2.  
 —; ley de, 70.  
 Bullough, 93.  
 —; teoría de, 93.

## C

Caídas en los viejos, 106.  
 — —; artrosis cervical en las, 106.  
 — —; síndrome vertebrobasilar en las, 106.  
 Calambres, 144.  
 Cáncer de colon, 167.  
 — de esófago, 161.  
 — de estómago, 163.  
 — —; tratamiento, 163.  
 Cápsulas suprarrenales, 198.  
 Carcinoma broncopulmonar, 136.  
 — —; cuadro clínico, 137.  
 — —; etiología, 137.  
 — —; examen radiológico, 137.  
 — —; tratamiento, 137.  
 — de páncreas, 177.  
 — de riñón, 191.  
 — de la vesícula biliar, 176.  
 — de las vías biliares, 177.  
 Cardan Gerónimo, 10.  
 Cardiopatía isquémica, 103.  
 — —; angina de pecho, 103.  
 — —; cardiosclerosis, 103.  
 — —; infarto agudo de miocardio, 103.  
 — —; síndrome coronario intermedio, 103.  
 — tiroidea, 115.  
 Cardiopatías congénitas, 122.  
 Carlomagno, 7.  
 Carrel, 66.  
 Cazalis, 91.  
 Celso, 19, 22, 91.  
 Cervantes, 27.  
 Cézanne, 28.  
 Cicerón, 7, 47.  
 — y el anciano, 204.  
 Cirrosis biliar primaria, 171.  
 — criptogenética, 172.  
 — hepática, 172.  
 — senil, 172.  
 —; tratamiento, 173.  
 Ciudad de ancianos, 88.  
 Claudicación intermitente, 102.  
 Clemenceau, 28.  
 Climaterio, 56, 57.  
 Club de ancianos, 87.  
 Coagulopatías, 189.  
 Colangioma, 174.  
 Colecistitis aguda, 205.

Colesterol, 98, 99.  
 —; valores normales, 100.  
 Constipación o estreñimiento, 165.  
 — —; tratamiento, 165.  
 Corazón pulmonar crónico, 124.  
 Corea de Huntington, 156.  
 Cornaro, 34.  
 Corneille, 10.  
 Corot, 28.  
 Courvoisier-Terrier; signo de, 170.  
 Cranach Lucas; retrato de viejo, 74.

## CH

Chaplin Charles, 48.  
 Chateaubriand, 34, 47.  
 Chaucer, 8.  
 Churchill Winston, 28.

## D

Dandolo Enrique, 8.  
 D'Annunzio, 34, 47.  
 da Vinci Leonardo, 73.  
 — —; "Autorretrato", 73.  
 — —; "Cabeza de viejo", 73.  
 — —; "Estudio de viejo", 73.  
 — —; "Retrato de viejo", 73.  
 Debilidad muscular, 144.  
 Demetrio, 6.  
 Deportes, 59.  
 —; límites de edad, 62.  
 —; necesidades calóricas, 62.  
 —; práctica, 61.  
 Deshidratación, 20.  
 Destrem, 53.  
 Diabetes mellitus, 95, 97, 99.  
 — sacarina, 145.  
 Dickens, 12.  
 Dilman, 93.  
 —; teoría hipotalámica del envejecimiento, 93.  
 Discinesia, 106.  
 Diverticulitis perforada, 205.  
 Divertículos duodenales, 164.  
 Diverticulosis, 166.  
 Darero, 70.  
 —; "Retrato de Holzschoet", 74.  
 —; "Retrato de viejo", 74.

## E

Edades de la vida, 1, 4, 79.  
 — —; edad máxima, 2.  
 — —; promedio de vida, 69.  
 — —; y sentimiento, 28.  
 Edison Thomas Alva, 28.  
 Elixir de la larga vida, 72.  
 Emerson, 48.  
 Endocarditis bacteriana, 124.  
 Enfermedad de Basedow, 199.  
 — de Hashimoto, 200.  
 — de Hodgkin, 186.

- Enfermedad de Ménétrier, 162.  
 — de Paget, 142.  
 — —; tratamiento, 143.  
 — de Waldenström, 187.  
 Enfermedades del aparato digestivo, 159.  
 — del aparato respiratorio, 128.  
 — del aparato urinario, 189.  
 — del duodeno y yeyunoileon; úlcera de duodeno, 163.  
 — del esófago, 160.  
 — del estómago, 161.  
 — —; gastritis, 161.  
 — —; — atrófica crónica, 161.  
 — del hígado y de las vías biliares, 169.  
 — del intestino grueso, 165.  
 — del páncreas, 179.  
 — del tiroides, 195.  
 — de la hipófisis, 197.  
 — de la nutrición, 145.  
 — de la sangre, 178.  
 — de la vejez, 97.  
 — de la vejiga, 195.  
 — de las glándulas endocrinas, 197.  
 — — suprarrenales, 198.  
 — de las vías biliares, 175.  
 — hemoragiparas, 188.  
 Enfisema pulmonar, 131.  
 Engle, 52.  
 Envejecimiento, 93.  
 —; actividad física, 81.  
 —; causas, 22, 92.  
 —; dieta, 81, 82, 85.  
 —; factores aceleradores, 79.  
 —; factores ecológicos, 94.  
 —; formas de adaptación, 28.  
 —; lucha contra el, 80.  
 —; medidas preparatorias, 81, 82.  
 —; teorías sobre su origen, 93.  
 —; teoría de autointoxicación intestinal, 93.  
 —; — bioquímica, 93.  
 —; — endocrina, 93.  
 —; — genética, 93.  
 —; — inmunológica, 94.  
 —; — isquémica, 93.  
 —; — de Bullough, 94.  
 —; — de Dilman, 94.  
 —; — del error primario, 94.  
 —; — del desgaste, 94.  
 —; — de los radicales libres de Hariman, 94.  
 — y religión, 35.  
 — y ritmo de, 71.  
 — y muerte, 24.  
 — y roles sociales, 39.  
 — y visión, 21, 80.  
 —; vivencia del, 29, 33.  
 Erasmo, 9.  
 Ernoult J. P. y Soubranne P., 63.  
 —; cursos de gimnasia para ancianos, 63.  
 Esperanza de vida, 71.  
 — —; aumento de la, 71.  
 Esquizofrenia, 159.  
 Estado terminal, 35.  
 Estados confusionales, 159.  
 Eurpides, 6.  
 Examen del anciano; interrogatorio, 96.
- F
- Fattori G., 76.  
 —; "Autorretrato", 76.  
 Fecaloma, 166.  
 Flack; test de, 39.  
 Flourens, 2.  
 Floyer John, 11.  
 Fontenelle, 34.  
 Forin G; adaptación cardiocirculatoria a la actividad física en ancianos, 64.  
 Fracturas en el anciano, 205.  
 Frazer, 3.  
 Fredrickson; clasificación de, 100.  
 Freeman, 55.  
 Fuente de Juvencia, 72.
- G
- Galeno, 10, 19, 22, 80, 91.  
 Galileo Galilei, 28.  
 Géricault, 76.  
 —; "La vieja loca", 76.  
 Gerontocomía, 10, 11.  
 — y Gerocomía, 80.  
 Gerontocracia, 8.  
 Gerontología, 16, 17.  
 — social, 39.  
 Ghislandaio, 76.  
 —; "Anciano y su nieto", 76.  
 Gide Andrés, 52.  
 Giorgione; "Vieja mujer", 75.  
 Gisdasvinto, 7.  
 Glositis de Hunter, 180.  
 Goethe, 11, 12, 24, 27.  
 —; Fausto, 11, 34, 51, 81.  
 Goldoni, 11.  
 Gónadas, 202.  
 Goncourt Edmond de, 51.  
 Gota, 148.  
 Goya Francisco de, 27.  
 — —; "Autorretrato", 76.  
 — —; "Dos viejos comiendo", 76.  
 Greuze, 11.  
 Grimm Jacobo, 48, 67.  
 Guardi, 28.
- H
- Hals Frans, 28.  
 Halle, 70.  
 Harrington, 44.  
 Hartman; teoría de los radicales libres, 93.  
 Harvey William, 13, 69.  
 Havig Hurst, 38.  
 Heidegger, 47.  
 Hemocromatosis; primaria, 173.  
 — secundaria, 173.  
 Hemoglobinuria paroxística nocturna, 182.  
 Hemorragia gastrointestinal masiva, 204.  
 Hepatitis; A, B, 170.  
 —; no A y no B, 171.  
 — reactiva inespecífica, 172.  
 Hepatoma, 174.  
 Hepatopatía congestiva, 170.



Herencia en arterioesclerosis, 97.  
 Hernia hiatal, 160.  
 — — ; tratamiento, 161.  
 Herrman y Gorlin, 105.  
 Hígado de estasis, 170.  
 Hiperlipemia, 93.  
 —; tipos, 100.  
 Hipernefroma, 192.  
 Hipertensión arterial, 112.  
 — y pared arterial, 101.  
 Hipertiroidismo; tratamiento, 199.  
 Hipocinesia, 105.  
 Hipócrates, 91.  
 Hipófisis, 197.  
 Hipotiroidismo; tratamiento, 200.  
 Hipovolemia en el anciano, 203.  
 Hogar para ancianos, 87.  
 Hokousai, 77.  
 —; "Dibujo de sí mismo", 77.  
 Holbein, el Joven, 74.  
 —; "Retrato de anciano", 76.  
 Hollman W., 60.  
 Homero, 5.  
 Horn-Cattell, 31.  
 —; inteligencia cristalizada, 31.  
 —; — fluida, 31.  
 Hospital geriátrico, 86.  
 — de día, 86.  
 Horacio, 7, 48, 67.  
 Houdon Juan, 76.  
 —; "Estatua de Voltaire", 76.  
 Hufeland, 70, 72.  
 Hugo Víctor, 12, 27, 51, 57.  
 Humberto y Juan Van Eyck, 74.  
 — — — —; "La adoración del cordero místico",  
 74.

I

Incontinencia fecal, 166.  
 — urinaria; tratamiento, 195.  
 Infarto agudo de miocardio, 104, 105.  
 — — y aneurisma ventricular, 104.  
 — —; centellograma cardíaco en, 105.  
 — — complicado, 104.  
 — — no complicado, 104.  
 —; — electrocardiográficos, 104.  
 —; cambios enzimáticos en, 104.  
 — cerebral, 106.  
 — crónico, 105.  
 —; pronóstico, 105.  
 Infección urinaria; tratamiento, 193, 194.  
 Ingres, 28.  
 Inocencio III, 8.  
 Instituto Nacional de Obra Social para Jubilados y Pensionados, 89.  
 Insuficiencia cardíaca, 120.  
 — testicular, 203.  
 — vasculoencefálica pasajera, 106.  
 Involución senil, 19, 92, 94.  
 — —; cambios anatómicos, 19.  
 — —; físicos e inmunológicos, 20.  
 Isquemia aguda, 105.  
 — —; asinergias de la, 105.  
 — —; cambios electrocardiográficos en, 105.

— —; — enzimáticos en, 105.  
 — —; centellograma cardíaco en, 105.  
 — —; contracción ventricular en, 106.  
 — — de miocardio, 105.  
 — cerebral transitoria, 106.  
 — vascular traumática, 106.

## J

Jokl E., 63.  
 — estudio sobre cambios estructurales y funcionales entre los 30 y 90 años, 63.  
 Jordaens Jacques, 75.  
 —; "Cabeza de viejo", 75.  
 Jubilación, 221.  
 —; preparación para la, 219, 220.  
 Juvenal, 7.

## K

Kant, 27, 47.  
 Kierkegaard, 47.  
 Kinsey, 34.  
 —; informe de, 52, 53, 55.  
 Krafft Adán, 74.

## L

La Rochefoucauld, 66.  
 Laurens, 10.  
 Lehman, 29, 30.  
 Lehr y Puschner, 33.  
 Lenbach Franz von, 77.  
 —; "Retrato del historiador Mommsen", 77.  
 Leucemia linfática crónica, 185.  
 —; tratamiento, 185.  
 — vellosa, 185.  
 Leucemias; aguda, 185.  
 Ley morfogenética general de la vejez, 20.  
 Lian; prueba de, 60.  
 Linfoma maligno, 186.  
 Linfosarcoma, 186.  
 Litiasis biliar, 175.  
 — —; tratamiento, 176.  
 — renal, 191.  
 Lipofucsina, 93.  
 Lipoproteínas, 98.  
 —; alfa, 98.  
 —; beta, 98.  
 —; prebeta, 98.  
 —; intermedia, 98.  
 Lippi Filippino, 76.  
 —; "Retrato de un viejo", 76.  
 Lobstein, 96.  
 Longevidad, 2, 32, 69, 78.  
 —; factor biológico de, 32.  
 —; — ecológico de, 32.  
 —; — genético de, 32, 70, 71.  
 —; límite máximo de, 71.  
 López Vicente, 76.  
 —; "Retrato de Goya", 76.  
 Luis XIV, 10.

## M

- Mac Kay, 93.  
 Magnus Levy, 13.  
 Mantegazza, 26, 48.  
 Marañón G., 49.  
 Marcial, 7.  
 Marlowe, 12.  
 Martini, 64.  
 —; actividad física como factor de conservación de la salud en el anciano, 64.  
 Macrobiótica, 2, 70, 72.  
 Macroglobulinemia primaria, 187.  
 Master, prueba del escalón de, 60.  
 Masters y Johnson, 54, 55.  
 Mastroianni Marcelo, 34.  
 Maupassant, 12.  
 Medicina geriátrica, 95.  
 Megaeosófago, 161.  
 Memling, 75.  
 —; "Retrato de un anciano", 75.  
 Menandro, 6.  
 Menopausia, 56.  
 Metchnikoff, 69, 92.  
 Metsys Quintín, 74.  
 — —; "Cabeza de viejo", 74.  
 — —; "La cortesana y el viejo galanteador", 74.  
 Mieloma múltiple, 187.  
 Miguel Angel, 74.  
 — —; "Juicio final", 74.  
 — —; "Moisés", 74.  
 Mimermo, 5.  
 Miocardiopatía primaria, 126.  
 Molière, 11.  
 Mönckeberg (esclerosis de), 96.  
 Monet, 28.  
 Montaigne, 7, 9.  
 Montesquieu, 2.

## N

- Nascher, 16.  
 Nefropatías del anciano, 190.  
 — —; pielonefritis crónica, 190.  
 — —; síndrome nefrótico, 190.  
 Neuman, 52.  
 Newman y Nichols, 53, 58.  
 Normas sobre deportes en ancianos, 64.

## O

- Obstrucción intestinal, 205.  
 — — aguda, 168.  
 — —; tratamiento, 109.  
 Ollock M. L., Miller H. S., Wilmore, J., 61.  
 Orloff Lucrecia, 77.  
 Osler W., 13.  
 Ortega y Gasset, 75.  
 Osteoartritis degenerativa o artrosis, 138.  
 — —; tratamiento, 138.  
 Osteoporosis, 95.  
 Ovarios, 202.  
 Ovidio, 7.

## P

- PAMI; servicios que brinda, 218, 219.  
 Pancreatitis, 177.  
 Papilitis necrótica, 190.  
 Paracelso, 83.  
 Parafrenia tardía, 159.  
 Parkinsonismo, 154.  
 — esclerótico, 155.  
 — primario; enfermedad de Parkinson, 156.  
 —; tratamiento, 155.  
 Patología senil, 95, 97.  
 Paulo VI, 36, 43.  
 Pellegrini Carlos E., 77.  
 Pericardiopatías, 126.  
 Pfeiffer, 53.  
 Picasso, 51.  
 Pielonefritis crónica; tratamiento, 190, 191.  
 Píndaro, 5.  
 Pirámide de población, 16.  
 Platón, 6, 27, 47, 74.  
 Plutarco, 69.  
 Plauto, 7, 10.  
 Plummer-Vinson, 179.  
 — —; signo de, 179.  
 Policitemia, 184.  
 — rubra vera, 184.  
 Poliglobulia secundaria, 184.  
 Polimialgia reumática, 145.  
 Polipatología en el anciano, 95.  
 Prolongación de vida, 69.  
 — —; factores de, 71.  
 Psicogerontología, 17.  
 Psicosis por arterioesclerosis cerebral, 107.  
 Pueyrredón Prilidiano, 77.  
 Púrpura no trombopénica, 188.  
 — trombopénica, 188.  
 — — idiopática, 188.  
 — — secundaria, 188.  
 — trombosténica, 188.

## R

- Raeburn, 76.  
 Rafael Sanzio, 74.  
 —; "La Escuela de Atenas", 9, 74.  
 —; "Retrato del Papa Julio II", 74.  
 Reflujo gastroesofágico, 160.  
 Rejuvenecimiento, 69.  
 —; tentativas de, 72.  
 Rembrandt, 75.  
 —; "Autorretratos", 75.  
 —; "Retratos de ancianos", 75.  
 Renoir, 28.  
 Residencias privadas para ancianos, 88.  
 Retención urinaria, 197.  
 Reumatismo poliarticular deformante o artritis reumatoide, 140.  
 Revolución industrial, 12, 43.  
 Ribera Jusepe, 76.  
 — —; "Jacob e Isaac", 76.  
 Rodin, 51.  
 Rojas Ricardo, 77.  
 Roles sociales, 39.  
 — — familiares, 39.

Roles sociales formales, 39.  
 — — informales, 39.  
 — — de trabajo, 39.  
 Romano Guardini, 2.  
 Rubens Pedro Pablo, 75.  
 — — —; retrato de "Jean van Grindertalbe", 75.  
 Rudinger-Lautermann, 31.  
 Rush Benjamín, 11.

## S

Salerno; Escuela Médica de, 80.  
 —; — —; décima sobre el arte de envejecer, 81.  
 San Isidoro, 7.  
 San Pablo, 47.  
 Savvy, 13.  
 Scheler, 47.  
 Schopenhauer, 34, 48.  
 Schuré, 73.  
 Seguridad social, 39, 41.  
 Séneca, 7, 47.  
 Sinectud; periodos, 2.  
 Sexualidad en el geronte masculino, 52.  
 — en la mujer senil, 55.  
 Shakespeare, 1, 9, 11, 12.  
 Síndrome coronario intermedio, 104.  
 — de malabsorción, 164.  
 — nefrótico, 190.  
 — vertebrobasilar; cuadro clínico, 106.  
 Síndromes endocrinos paraneoplásicos, 203.  
 Skinner J. S., 61.  
 Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria, 17.  
 — Internacional de Gerontología y Geriatria, 17.  
 — Latinoamericana de Gerontología y Geriatria, 18.  
 Sociogerontología, 17.  
 Sófocles, 6, 9.  
 Soledad, 37, 84, 86.  
 Solón, 5, 6.  
 Steinach, 92.  
 —; injerto de testículo de mono, 92.  
 Strawinsky, 28.  
 Strehler, 71.  
 Swift, 11.

## T

Taine, 76.  
 Tanatofobia, 67.  
 Taquicardia supraventricular paroxística, 118.  
 — ventricular, 118.  
 Tennyson, 27.  
 Tercera edad, 1.  
 —; Fundación Cultural, 236.  
 Teognis de Megara, 5.  
 Terencio, 7, 10, 22.  
 Testículo; tratamiento de los tumores de, 202.  
 Tiempo libre, 81, 218, 221.  
 — —; planificación del, 81, 82.  
 Tintoretto, 9, 75.  
 —; "Retrato de senador veneciano", 75.  
 Tiroides, 198.  
 —; tumores, 201.  
 Tirototoxicosis, 199.  
 Tito Livio, 10.

Tiziano, 28, 9.  
 —; autorretrato, 75.  
 —; "Retrato del Papa Pablo III", 75.  
 Tolstói, 57.  
 Toms, 13.  
 Trastornos de la menopausia, 202.  
 Trastornos mentales en el anciano, 158.  
 Tratamiento del angor pectoris, 109.  
 — del infarto agudo de miocardio, 111.  
 — de la anemia, 182.  
 — de la arterioesclerosis, 107.  
 — de la bronconeumopatía crónica obstructiva, 133.  
 — de la hipertensión, 114.  
 — de las arritmias cardíacas, 118.  
 — de las bronconeumopatías infecciosas, 135.  
 — de las enfermedades cerebrovasculares, 108.  
 — de las enfermedades de la nutrición, 148.  
 Trillett G. y Ferrario, E., 63.  
 —; cursos de gimnasia para ancianos, 60.  
 Trombocitemia o trombopenia, 189.  
 Trombosis cerebral, 106.  
 —; hemiparesia-hemiplejía, 106.  
 —; afasia, 106.  
 — mesentérica, 205.  
 Tuberculosis pulmonar, 138.  
 — renal, 192.  
 Tumores de hígado, 174.  
 — de riñón, 192.  
 — de tiroides; tratamiento de los, 201.  
 Tunstall, 37.

## U

Úlcera gástrica; tratamiento, 162.  
 Unidad de internación geriátrica, 87.

## V

Valéry Paul, 34.  
 Valvulopatías, 125.  
 Van Eyck, 74.  
 —; "El canónigo Van der Poels presentado a la virgen por San Jorge", 74.  
 —; "Hombre del clavel", 74.  
 Van Swieten, 22.  
 Vázquez Díaz, 76.  
 —; "Retrato de Miguel de Unamuno", 76.  
 Vejez, 225.  
 —; acción de la Organización de las Naciones Unidas por la, 229, 232.  
 —; aislamiento, 37.  
 —; amor, 26.  
 —; causas, 22, 91.  
 —; concepto, 2.  
 — y derecho, 225.  
 —; emociones, 25.  
 —; enfermedades de la, 91.  
 —; historia, 3.  
 —; ingresos medios, 45.  
 —; Ley Nacional de Ancianos (proyecto), 237, 227, 228.  
 —; límites cronológicos, 1.  
 —; memoria, 26.



- Vejez; miedo, 26.  
 —; modificaciones psíquicas, 25.  
 — desde el punto de vista económico, 43.  
 — desde el punto de vista filosófico, 47.  
 — en el orden físico y biológico, 19.  
 — en el orden espiritual, 2.  
 — en el orden social, 37.  
 — y aptitud psicomotriz, 32.  
 — y artes plásticas, 73.  
 — y avaricia, 21.  
 — y colectividad, 25.  
 — y cultura, 40.  
 — y deporte, 59.  
 — y desarrollo intelectual, 31, 32.  
 — y enfermedad, 91.  
 — e imagen de sí mismo, 33.  
 — y jubilación, 39.  
 — y lentitud para aprender, 31.  
 — y misoneísmo, 25.  
 — y pobreza, 43, 44.  
 —; preparación para la, 79.  
 —; su problema en la República Argentina, 235.  
 —; problemas de edad, 1, 17.  
 — y sexualidad, 51.  
 — y suicidio, 46.  
 —; soledad, 36, 37.  
 — y vivienda, 40.  
 Velázquez Diego de, 75.  
 — —; "Retrato de Inocencio VII", 73, 76.  
 — —; "Otros retratos de ancianos", 73, 76.  
 Verdi, 27, 76.  
 Viau Teófilo de, 10.  
 Vilanova Arnaldo de, 9.  
 Villón, 8.  
 Vida, 1.  
 —; edad máxima, 4.  
 —; edades de la, 1.  
 Vivienda para ancianos, 221.  
 —; albergue colectivo, 221.  
 —; individual con servicios compartidos, 222.  
 —; vivienda en familia, 222.  
 Voltaire, 17.  
 Von Kleist, 84.  
 Voronov, 72, 92.  
 —; operación de, 72, 92.
- W
- Welford A. T. 22.  
 Walton, 98.  
 Wechsler, 31, 33.  
 —; cociente de eficiencia, 31.  
 —; — de inteligencia, 31.  
 —; escala de inteligencia adulta de, 33.  
 —; prueba de Wechsler-Bellevue, 33.  
 —; tests de, 61.  
 Wells Heriberto, 51.  
 White A. D., 36.
- Z
- Zola, 12.



