

# El envejecimiento

*Aspectos sociales*

---

*Jorge G. Hidalgo González*



***Jorge G. Hidalgo González***

---

# **El envejecimiento**

***Aspectos sociales***

  
EDITORIAL  
UCR  
2014

305.26  
H632e

Hidalgo González, Jorge G.  
El envejecimiento : aspectos sociales / Jorge G.  
Hidalgo González. – 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – San José,  
C. R. : Edit. UCR, 2014.  
360 p. : il.

ISBN 978-9977-67-627-2

1. ENVEJECIMIENTO – ASPECTOS  
SOCIALES. I. Título.

CIP/2653  
CC/SIBDI. UCR

Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica  
Primera edición: 2001  
Segunda reimpresión: 2014

La EUCR es miembro del Sistema de Editoriales Universitarias de Centroamérica (SEDUCA),  
perteneciente al Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

Diseño de portada: *Juan Carlos Fallas Z.*

© Editorial Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica.  
Apdo. 11501-2060 • Tel.: 2511 5310 • Fax: 2511 5257 • administracion.siedin@ucr.ac.cr • www.editorial.ucr.ac.cr

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

# CONTENIDO

<i>Presentación</i> . . . . .	15
<b>Capítulo 1. Introducción</b> . . . . .	25
Envejecimiento y vejez . . . . .	29
Aspectos éticos del estudio y el tratamiento del comportamiento humano .	36
Áreas limítrofes y de debate en la gerontología . . . . .	51
Edad cronológica . . . . .	52
Grupos de edad (cohorte) . . . . .	60
El período histórico . . . . .	64
Conclusión . . . . .	67
<i>Addenda</i> : frases para reflexionar . . . . .	69
Al lector . . . . .	70
<b>Capítulo 2. Aspectos sociales del envejecimiento</b> . . . . .	71
Breves nociones de teoría social: los antecedentes . . . . .	74
Comte . . . . .	75
Spencer . . . . .	77
Simmel . . . . .	78
Durkheim . . . . .	79
Weber . . . . .	80
Marx . . . . .	82
El funcionalismo estructural . . . . .	84
El funcionalismo estructural aplicado al fenómeno del envejecimiento . .	87
La teoría del desapego ( <i>disengagement</i> ) . . . . .	87
La teoría de la modernización . . . . .	89
La teoría de la estratificación etaria . . . . .	90
La teoría del lapso de la vida . . . . .	91

Teoría del intercambio social . . . . .	93
La influencia del conductismo. . . . .	97
La teoría del intercambio social aplicada al proceso del envejecimiento .	102
El interaccionismo simbólico. . . . .	103
El interaccionismo simbólico aplicado al proceso del envejecimiento . . .	105
La teoría de la actividad social . . . . .	105
La teoría de la competencia social y el resquebrajamiento. . . . .	107
La teoría de la subcultura . . . . .	108
La economía política . . . . .	108
La economía política del envejecimiento . . . . .	109
La fenomenología social . . . . .	110
La fenomenología social aplicada al proceso del envejecimiento . . . . .	113
La perspectiva de las redes sociales . . . . .	113
La perspectiva del análisis de redes sociales y el envejecimiento. . . . .	116
Resumen . . . . .	117

### **Capítulo 3. Procesos sociales y aspectos relacionados con el envejecimiento . . . . .**

	119
El pesar y el duelo . . . . .	124
Apego y desapego . . . . .	126
La teoría del apego . . . . .	127
¿Es el pesar y el duelo una patología? . . . . .	128
El pesar . . . . .	128
Aspectos del pesar . . . . .	129
Aspectos sentimentales. . . . .	129
Sensaciones físicas . . . . .	131
Aspectos cognositivos . . . . .	131
Conductuales o del comportamiento. . . . .	132
Pesar y depresión . . . . .	134
El duelo . . . . .	135
El duelo sin resolver . . . . .	137
El pesar y el duelo anticipados . . . . .	139
La institucionalización . . . . .	141
Cuidados a largo plazo . . . . .	143
Cambio de paradigma de “terapia de rehabilitación” a “la vida independiente”. .	144
Cambios en la estructura y la dinámica familiar. . . . .	146
El cambios de los papeles sociales . . . . .	150
Estereotipos sobre la vejez . . . . .	153
El derecho a la vida y a la muerte . . . . .	156
Sociología del poder . . . . .	159

El poder .....	160
La noción del poder social aplicada al fenómeno del envejecimiento.....	164
La crisis de la media vida: una contribución conceptual .....	166
Los indicios .....	166
La búsqueda del fundamento conceptual .....	168
La analogía entre el transcurso del día y la vida .....	170
La búsqueda de una síntesis de la vida .....	175
El miedo a envejecer y al ocaso de la vida.....	179
Búsqueda del significado .....	182
Conclusión .....	184
<b>Capítulo 4. Aspectos psicosociales del envejecimiento .....</b>	<b>187</b>
Salud mental.....	194
Transiciones en las etapas posteriores de la vida .....	197
Los factores que afectan el ajuste.....	198
Las “enfermedades mentales”.....	202
Desórdenes funcionales .....	203
Ansiedad.....	204
Depresión .....	205
Hipocondriacos .....	207
Paranoia .....	208
Esquizofrenia .....	209
Problemas con el dormir .....	210
Problemas de alcoholismo o drogadicción.....	211
Desórdenes orgánicos.....	213
Demencia o síndrome cerebral orgánico.....	214
Delirio .....	216
Evaluación de la vulnerabilidad psicológica.....	216
Tipos de tratamiento .....	217
Psicoterapia .....	217
Psicodinámica o psicoanálisis (Freud).....	218
Análisis de la vida.....	219
Modificación conductual .....	219
Orientación a la realidad.....	219
Conductual y cognitivo .....	220
Centrado en el cliente (Carl Rogers).....	220
Interpersonal (Klerman) .....	220
Entorno (Milleu) .....	221
Expresión creativa .....	221
Terapia de grupo .....	221

Terapia matrimonial y familiar . . . . .	222
Grupos de ayuda recíproca . . . . .	223
Consejeros de grupos de iguales . . . . .	223
Terapia de mascotas . . . . .	223
La psicología analítica o psicología de los complejos . . . . .	224
Etapas de la vida . . . . .	228
Estructura y dinámica de la <i>psique</i> humana . . . . .	240
El complejo del ego y los arquetipos de la <i>psique</i> . . . . .	245
El ego . . . . .	245
La persona . . . . .	247
La sombra . . . . .	248
Ánima y Ánimus . . . . .	251
Ánima . . . . .	252
Etapas del Ánima . . . . .	253
Ánimus . . . . .	254
Etapas del Ánimus . . . . .	256
El Ser . . . . .	258
La unicidad y la integración . . . . .	263
El Cristo como símbolo del Ser . . . . .	265
El proceso de individuación . . . . .	267
Los arquetipos . . . . .	270
Resumen . . . . .	275

## **Capítulo 5. Nivel orgánico:**

<b>Aspectos fisiológicos del envejecimiento . . . . .</b>	<b>279</b>
Teorías biológicas del envejecimiento . . . . .	283
Teorías sobre el daño celular . . . . .	285
Teoría de radicales libres . . . . .	285
Teoría de la acumulación de los desperdicios . . . . .	286
Teoría de la acumulación de las moléculas reticuladas . . . . .	287
Teoría de la acumulación de los errores . . . . .	288
Detención mitótica . . . . .	288
Mala reparación del ADN . . . . .	289
Teoría de los mensajes redundantes . . . . .	289
Teorías del envejecimiento programado . . . . .	290
La teoría del codón restringido . . . . .	290
Teoría inmunológica . . . . .	291
Teoría neuroendocrina . . . . .	292

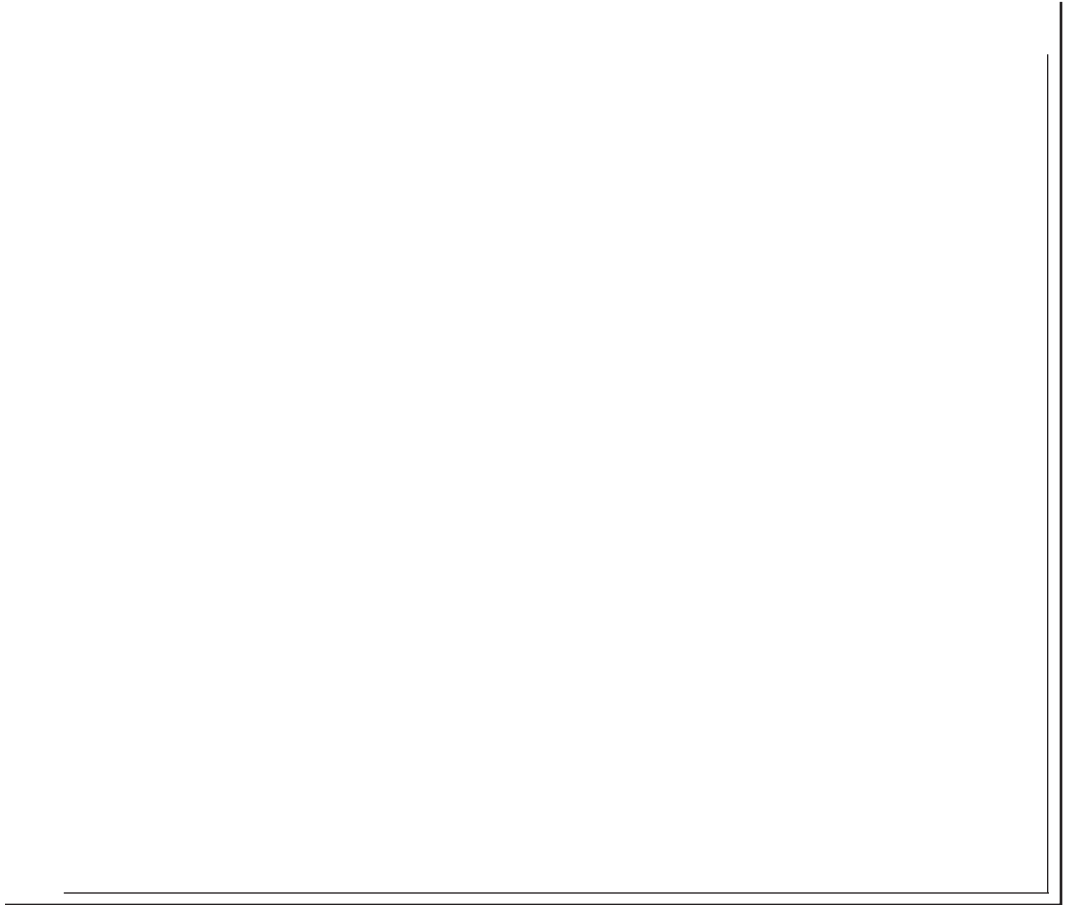
## Contenido

La teoría de la hormona de la muerte . . . . .	292
La teoría de la falla del sistema neuroendocrino . . . . .	293
Resumen . . . . .	293
Efectos del proceso del envejecimiento sobre el cuerpo humano . . . . .	295
Sistema intertegumentario . . . . .	296
El sistema musculoesquelético . . . . .	297
El sistema cardiovascular . . . . .	298
El sistema inmunológico . . . . .	299
El sistema respiratorio . . . . .	300
El sistema digestivo . . . . .	301
El sistema urinario . . . . .	303
El sistema nervioso . . . . .	304
El sistema sensorial . . . . .	306
La vista . . . . .	306
El oído . . . . .	307
El gusto y el olfato . . . . .	307
El balance y el equilibrio . . . . .	308
Receptores somáticos . . . . .	308
El sistema endocrino . . . . .	308
El sistema reproductivo . . . . .	309
Resumen . . . . .	310
<b>Capítulo 6. Reflexión . . . . .</b>	<b>315</b>
El papel social del gerontólogo . . . . .	322
La imagen de sí mismo . . . . .	325
Estructural social y personalidad . . . . .	328
El problema de la consciencia . . . . .	330
Sobre el envejecimiento . . . . .	337
<b>Bibliografía . . . . .</b>	<b>343</b>



**CAPÍTULO I**

**I**NTRODUCCIÓN



La gerontología es una especialidad de la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento. El término gerontología fue propuesto por el ruso M. Elie Metchnikoff, en 1903 (Maddox, 1987: 288). Está compuesto de dos términos griegos, *gerontos* (*hombre viejo*) y *logos* (*palabra, estudio*). Metchnikoff fue un biólogo ruso que emigró a París y colaboró muy de cerca con Pasteur; inclusive se le llegó a considerar como el sucesor de Pasteur en el Instituto.

Metchnikoff estaba muy interesado en el por qué del envejecimiento humano y, él deseaba enfocar el proceso desde el punto de vista de la biología celular. Metchnikoff había observado que los seres humanos estaban viviendo más tiempo (longevidad) y consideró importante el proponer una nueva disciplina que enfocara y explicara el proceso del envejecimiento. La intención de Metchnikoff era poder entender el envejecimiento desde el punto de vista orgánico (biología, fisiología, química orgánica, anatomía, etc.).

También Metchnikoff propuso otra disciplina especializada, el estudio científico de la muerte. ¿Qué es la muerte y por qué morimos? A esa nueva disciplina Metchnikoff le llamó *tanatología*. Este término, al igual que el de gerontología, tiene sus raíces en el idioma griego antiguo. Para los griegos, Moro, Cer y Tánato eran tres nombres casi sinónimos de la Muerte (Ruiz de Elvira, 1988: 37). ΘΑΝΑΤΟΣ (Tánato) fue hijo de la Noche, quien lo engendró por sí sola, sin yacer con nadie, según Hesíodo. Los griegos consideraron a Tánato más una abstracción que una divinidad.

Obviamente, Metchnikoff quería dar un paso firme hacia el estudio científico del envejecimiento con la gerontología y de la muerte con la tanatología. Hoy el interés por la gerontología ha crecido a niveles muy amplios y muy diversos, desde la influencia de la cultura y las políticas estatales, hasta el efecto bioquímico de

los radicales libres sobre los aminoácidos de la estructura molecular genética, o la relación que existe entre la telomerasa y el cáncer.

La tanatología también está siendo aplicada por científicos de varias disciplinas, entre ellas la medicina, la psicología, la fisiología, etc. Las formas en que muere el organismo y los aspectos anímicos relacionados, son objeto de un cuidadoso escrutinio por parte de los científicos.

La tanatología está conectada con otras ramas de intereses afines al conocimiento humano, tales como el pesar y el duelo, o la *decatesis* (o *decatexis*); o sea, el efecto anímico sobre el individuo debido al rompimiento de eslabones o lazos afectivos simbólicos sociales (divorcio, muerte, separación, traslado geográfico, asilo político, jubilación, etc.) que repercuten sobre el pesar y el duelo.

Según Maddox (1987:288), la gerontología puede ser definida como el “estudio del envejecimiento” o “el estudio científico de la vejez”. Sin embargo, Maddox concuerda con el clamor de otros científicos, en que una mejor definición es necesaria, pues lo que pasa hoy por gerontología incluye:

- a) el estudio científico de los procesos relacionados con el envejecimiento;
- b) el estudio científico de los adultos maduros y los envejecidos.
- c) los estudios desde la perspectiva de las humanidades (como historia, filosofía, literatura);
- d) las aplicaciones del conocimiento para el beneficio de los adultos maduros y los envejecidos.

La gerontología, pues, no es una ciencia exacta. No hay una sola respuesta para cada problema. Al contrario, cada problema gerontológico tiene muchas posibilidades de enfoque y alternativas de acción o intervención.

La gerontología, como toda otra disciplina en que se estudia el comportamiento humano, encara muchas ambigüedades y disyuntivas (como objeto socialmente construido, particularmente). Estas zonas grises requieren de interpretación y valoración, credibilidad e ideología, para llenar el vacío que nos deja la incertidumbre del “no saber” con exactitud.

Los avances tecnológicos de la ciencia, lejos de resolver el asunto de la muerte y de la vida (o el envejecimiento), más bien lo han empujado hacia situaciones limítrofes que demandan de decisiones más dramáticas, pues, antes se le dejaba a la naturaleza o a los dioses el desenlace del problema que ahora hemos creado nosotros mismos con la tecnología de nuestra civilización.

La ingeniería genética está a la vanguardia de estas situaciones limítrofes, pues ya somos capaces de producir “clones” (tejido y seres vivos resultantes de la manipulación del material genético), y al aproximarnos cada vez más a descifrar el alfabeto de los aminoácidos genéticos (A, C, T y G-adenina, citosina, timina y guanina), estamos cada vez más cerca de modificar los procesos biológicos que antes se dejaban al efecto del azar de los factores naturales, o lo que Charles Darwin denominó la “selección natural” de las especies.

Nuestra civilización occidental es un monoteísmo a la racionalidad. Bajo la égida de ese concepto fundamental, hemos creído que los “errores” de la naturaleza deben ser “corregidos” por nuestra intervención. Estamos tan convencidos de la “rectitud” de nuestro punto de vista, que no podríamos aceptar al mundo o al universo de ningún otro modo.

Hemos creado la actual preponderancia demográfica de los “viejos” y apenas estamos comenzando a averiguar qué hacer con ellos. Hemos causado el problema, pero sin proponer una solución satisfactoria, pues, mientras millones de seres humanos viven más de 70 años, muchos de ellos en condiciones poco satisfactorias, por otro lado, millones de niños mueren de hambre, también. Desperdiciamos millones de dólares en propaganda política, para convencer al ciudadano de que el régimen político funciona, mientras se les restringen a los “viejos” sus derechos (pensiones de jubilación y el acceso a un tratamiento médico satisfactorio).

A pesar de haber sido propuesta la disciplina gerontológica en 1903, no se avanzó mucho durante varias décadas en el sentido de estudiar el proceso del envejecimiento y de estimular el interés por su estudio. Sin embargo, a principios de la década de los años de 1950, los científicos sociales se interesaron en la problemática, y hoy es un tema dominante de las ciencias en general.

Mucho de ese interés actual por este proceso, radica en los debates y en las interrogantes que han llevado a cabo han y han efectuado los científicos sociales alrededor del mundo, que han puesto sobre la mesa de discusión y sin ambages, los aspectos éticos, tecnológicos, políticos y económicos que inciden sobre el proceso.

## **ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ**

Para mucha gente, la expresión “envejecimiento” evoca imágenes de “viejos” y “ancianos”, efectos “seniles” y decrepitud. Sin embargo, pocas veces hacemos un alto en el camino para reflexionar que el “envejecimiento” es un fenómeno afín a la vida misma. Por ejemplo, un infante de dos años de edad tiene el doble

de la “edad” que uno de un año. Ya es el doble de “viejo” porque ha vivido más “tiempo”. En forma similar, un adolescente de dieciocho años de edad ha vivido el doble de tiempo que un niño de nueve años. Por lo general, para nosotros, un “viejo” es una persona que ha vivido “mucho” tiempo (mucho, suficiente, regular, etc., son apreciaciones subjetivas o hechos sociales objetivos).

Los gerontólogos han propuesto, pues, que debemos distinguir entre “envejecimiento” y “vejez” para poder hacer distinciones entre un proceso vital (el envejecimiento) y el período de la vida humana que antecede a la muerte (la vejez). En algunas ocasiones entendemos por envejecimiento un “deterioro” del organismo debido al pasar del tiempo, de tal modo que el envejecimiento es inevitable, aunque estuviéramos bien nutridos y viviendo un estilo de vida suficientemente satisfactorio, tarde o temprano se manifestarían las señales más notorias del envejecimiento: arrugas en la piel, canas en el pelo, dificultades de la vista, dolores y “achaques” en el cuerpo, cambios en la disposición anímica y el temperamento, y comenzamos a notar un cambio en la forma en que la gente nos trata. Unos comienzan a llamarnos “señor” o “señora”, otros se rehúsan a dirigirse a nosotros sino utilizan el apelativo “don Fulano” o “doña Zutana”, en una forma considerada de otorgarnos un *status* social de respeto.

Otros en cambio nos llaman “rocos”, “vejetes”, “estorbos” y otros muchos nombres con implicaciones negativas. Algunos jóvenes resienten los recursos y programas que la sociedad, en general, y las instituciones en particular, adjudican a los “viejos”, tales como fondos de pensiones, campo en las aulas universitarias para que sigan aprendiendo a un precio módico, un trato respetuoso y deferente, atención hospitalaria, etc.

Muchas veces el trato que los “viejos” reciben está relacionado con la manera o el estilo en que ellos envejecen: unos envejecen con gracia y son personas agradables al trato con otros; mientras que otros, en cambio, son obstinados y amargados y les cuesta relacionarse con los demás. Unos se han liberado de la culpa de la que nos cargamos cuando creemos que el mundo es bueno o malo (sin tonos grises o compromisos); otros, más bien, se doblegan bajo la pesada carga de un fardo de remordimientos y rencores.

Porque el envejecimiento es un proceso tan esencial de la vida misma, como el amor, el perdón, la sabiduría, el conocimiento, la familia, los amigos, el trabajo, la noción de un ser superior, la enfermedad y la salud, precisamente por eso y mucho más, es que tantas disciplinas y enfoques han hecho del proceso su punto de interés. Algunos científicos ven el proceso del envejecimiento como algo que debe ser conquistado y domeñado. Como a otra oportunidad más para el ser humano de demostrar la grandiosidad de su racionalidad y su dominio de la naturaleza incógnita.

Debido a la ambigüedad del término “envejecimiento“, algunos científicos que han estudiado el comportamiento humano y sus cambios acontecidos con el transcurrir del tiempo a lo largo de las experiencias de la vida individual y social, han propuesto el término de “desarrollo adulto” (Rice, 1986).

Algunos gerontólogos, como Edward Cain, han sugerido que la unidad de interés de la disciplina debiera ser el “lapso de la vida” y no solo las postrimerías de esta. Otros, como Leonard Hayflick, consideran que el envejecimiento tiene que ver más con los procesos biológicos que acontecen después de la madurez sexual, que con ningún otro acontecimiento.

Otros gerontólogos han querido hacer notar las grandes diferencias en cuanto a las disminuciones funcionales y otras condiciones (tales como estado de ánimo, disposición y actitud mental, etc. ), que existen entre los “viejos jóvenes” (60 a 75 años) y los “viejos viejos” (75 años en adelante). Razones estas por las que estos gerontólogos cuestionan la validez de tales etiquetas como “senilidad” o “tercera edad”, que no explican las diferencias, en cuanto a incidencia de condiciones crónicas, entre los grupos de edad o grupos etarios. Se asume, así, que los grupos de edad o colectivos, comparten procesos sociales que influyen sobre su comportamiento y, por ende, sobre su sentido de identidad social e individual.

Gran parte de nuestro problema epistemológico (la epistemología es la ciencia del conocimiento, viene del griego antiguo para *episteme*, saber y *logos*, estudio o palabra) es, cómo escapar al “nominalismo”, por un lado; y por otro lado, como liberarnos del “fetichismo del concepto”. Cómo podemos liberarnos de las disputas semánticas que se suscitan con el nominalismo y cómo podemos liberarnos de la “esclavitud” del concepto que ocurre en las conjeturas teóricas y “teorizadoras”. El nominalismo representa una excesiva preocupación por el nombre de las cosas, en lugar de las cosas en sí. El fetichismo es un proceso de atribuirles a los objetos las emociones o los sentimientos humanos.

Esa es, fundamentalmente, la tarea emancipatoria del científico, la de utilizar el conocimiento para asistir a otros individuos a alcanzar estados más altos de consciencia (de percatarse). Pero, del científico que puede reflexionar que la ciencia es algo que también se aplica a su propio quehacer, y no solo al “resto” del mundo. No sea que incurramos de nuevo en el error de creer que la “ideología” la manufacturan los “contrarios” y que “nosotros” somos los poseedores de la verdadera consciencia social y “ellos” la falsa. Es obvio que debemos reflexionar sobre “nuestra” propia consciencia social falsa, aunque sea doloroso apartarnos un poco del “dogma” que nos ha brindado un santuario seguro y amigable por un rato.

La excesiva especialización que utilizan algunos científicos para estudiar al ser humano, los hace incurrir en el error de la “parcelación” de la realidad. Dichos científicos establecen sus “reclamos” de validez parcelarios sin hacer un intento, más o menos adecuado, por lograr una síntesis o una familiaridad con el punto de vista contrario. En la práctica, se traducen esos esfuerzos fragmentados en la defensa de intereses económicos muy particulares: el tener “cautiva” a la población que envejece como una fuente de poder y prestigio para estos profesionales; y dan como resultado epistemológico “tugurios” y “precarios” del conocimiento.

El envejecimiento es el proceso de vivir: nacer, estar vivo y morir. El ser humano es finito. Tiene un comienzo y un fin. Porque es finito, es limitado. Se encuentra limitado por su propio comienzo y su fin. Al ser limitado, es temporal, o sea, su existencia se manifiesta con el tiempo. Por ser temporal el individuo, su existencia y manifestación es relativa al entorno en que acontece o se manifiesta, en relación con los objetos que manipula, fabrica, posee, ambiciona, etc. Estas afirmaciones tan simples e inclusive tautológicas son, con frecuencia, una fuente de gran ansiedad para algunas personas cuyo ego no acepta la temporalidad y relatividad de la condición humana.

La vejez se entiende, por lo general, como la última etapa de la vida de un ser humano, cuando se acentúan los signos y efectos del envejecimiento, y cuando se manifiesta una multiplicidad de condiciones crónicas cuya etiología (del griego, αἰτία, causa) tendría que encontrarse en edades más tempranas del individuo. En forma similar, algunos psicoanalistas tratan de “regresar” al paciente o al analizado a la infancia o, inclusive, al vientre materno en busca de la “etiología” de los desajustes de la conducta manifestados en el presente. Es más, se suscita el caso de psicoterapeutas que trabajan en “regresiones” a vidas previas (o lo que “pasa por” vidas previas, como la memoria genética).

No existe una práctica ortodoxa que enfoque los problemas gerontológicos, porque, precisamente, el envejecimiento es multidimensional. La prevención adecuada de condiciones crónicas que se manifiestan después de los 60 años de edad demanda, con frecuencia, el regresar a edades más tempranas del individuo.

En el caso de algunos psicoanalistas gerontólogos, se practica el procedimiento de regresar al período de la infancia, para poder resolver aspectos o condiciones psicológicas que manifiesta el individuo en su avanzada madurez. Otros psicólogos “regresan” al individuo al vientre materno, bajo el supuesto de que la gestación del feto es importante, como fundamento de la personalidad. En otros casos, a los adultos maduros se les “regresa” a vidas previas, y se asume con ello el supuesto de que los “problemas” de la “vida actual” se resuelven identificando los problemas de las vidas anteriores.

De este modo, pues, mientras unos gerontólogos y médicos geriatras se apegan a una ortodoxia muy específica (hospitalaria, institucional, etc. ), otros gerontólogos y médicos geriatras buscan soluciones más allá del campo de las experiencias limítrofes del conocimiento humano por medio de la investigación.

Cualquier individuo en sus cabales, no negaría que el ser humano es el resultado de la evolución de nuestra civilización. Así como esa parte del intestino grueso que llamamos el “apéndice”, se conjetura que antes era otro estómago que se atrofió, luego que la especie humana comenzó a ingerir alimentos cocidos, también se ha propuesto la hipótesis de que nuestro cerebro ha evolucionado aumentando de tamaño para asimilar la información que hemos generado y que sin esa gestación de información, ese órgano se hubiera ya atrofiado y evolucionado en diferente dirección. En forma semejante, nuestra tendencia a desarrollar problemas cervicales, por nuestra posición erecta bípeda, se ha prestado a la conjetura que nuestro cuerpo no fue “originalmente” diseñado para correr en dos patas. Estas y otras evidencias, apuntan a inferir que el cuerpo humano no es un organismo que ha evolucionado en respuesta, tan solo, a estímulos o condiciones “naturales”, sino también a condiciones que nosotros mismos hemos creado. Al modificar nuestro entorno, nos hemos ido modificando a nosotros mismos, también. Tal y como dijeron Berger & Luckmann (1972: 84), “. . . al construir la sociedad, el ser humano se construye así mismo”.

La vejez prolongada (longevidad) que ahora experimentan millones de seres humanos, es el resultado de nuestra intervención con nuestra tecnología. Mejores técnicas neonatológicas, antibióticos, fármacos, prótesis, cirugías, en fin, la aplicación de los avances en la prevención y el tratamiento de las enfermedades y las condiciones crónicas, han tenido como efecto las modificaciones en la esperanza de vida al nacer que experimenta la humanidad actualmente.

Pero, también, ya no vivimos en cuevas o madrigueras. Somos capaces de llevar a cabo una elaborada arquitectura de nuestro lugar de residencia. Tenemos un mayor control de nuestro entorno al fabricar un lugar donde vivir. Producimos masivamente cereales como el arroz, el maíz y el trigo, que por lo general han estado presentes en el florecimiento de las civilizaciones, al facilitar los nutrientes necesarios para la supervivencia de grandes poblaciones. Hemos modificado nuestros hábitos de consumo de alimentos. Por lo general los consumimos cocidos, enlatados y procesados de alguna manera. Nuestro aparato digestivo se ha adaptado evolutivamente a nuestra inventiva.

Nuestra civilización no es estocástica (del griego *στοχαστικοζ*, conjetura o azar). Si bien es probable, tal y como demostraron S. Freud y C. G. Jung, que



existen muchos elementos inconscientes en lo que “pasa por racionalidad”; sin embargo por medio de la ciencia –nuestra mejor herramienta consciente– hemos introducido modificaciones y alteraciones a nuestro organismo y a nuestro entorno, que son irreversibles. Sin lugar a dudas, nos hemos colocado en una posición de una precaria dependencia de la tecnología que hemos creado y, como lo indicó Hegel, existimos en forma alienada a dicha tecnología, pues son unas reducidas elites de profesionales las que mantienen control sobre la producción y utilización de las tecnologías, en forma especializada generalmente.

Según Merleau-Ponty (1962: 62),

*Para un ser que ha adquirido la consciencia de ser y de su propio cuerpo, que ha alcanzado la dialéctica entre sujeto y objeto, el cuerpo ya no es la causa de la estructura de la consciencia, es el objeto de la consciencia.*

Nuestra gran paradoja se fundamenta en un gran avance tecnológico, por un lado, mientras que, por otro lado, todavía seguimos anclados a instintos muy arcaicos y a formas orgánicas muy fundamentales, que se traducen en estructuras de conducta arquetípicas inconscientes, en algunas ocasiones irracionales y destructoras, como la guerra, el terrorismo, el racismo, el etnocentrismo, la territorialidad, el sexismo y la explotación del dolor y la miseria para el enriquecimiento de un puñado de individuos.

Si viéramos el fenómeno social de la edad desde la perspectiva de la fenomenología social, nos interesaría entonces todo aquello relacionado con lo que socialmente “pasa por. . .” (edad, viejo, senil, anciano, “tercera edad”, maduro, etc. ). Esa construcción social de la realidad entonces se refleja en el cambio de papeles sociales. El bebé pasa a niño, este a adolescente, este a adulto, este a maduro y por último a “viejo”. Ciertamente, no hay un nombre adecuado para la última etapa de la vida de los seres humanos. No hay evidencias científicamente apoyadas sobre los hechos, que la vida de un ser humano se divida en tres edades, por lo tanto, la etiquetilla de la “tercera edad” carece de exactitud y fundamento, fuera de ser un estereotipo social.

Este interesante argumento de los fenomenologistas sociales, apunta en la dirección de hacer notar que la consciencia del ser humano es una consciencia social. No habría noción de “realidad” sin la sociedad, pues, el ser humano no tendría esa noción de realidad por sí mismo.

No habría consciencia de “edad” sin la construcción social de la realidad, porque la cronología humana es un fenómeno social y el concepto de edad es un concepto

social. La gerontología es un fenómeno social y el gerontólogo, también. Por lo tanto, el gerontólogo que pone énfasis excesivo sobre los aspectos orgánicos del envejecimiento, deja de lado la percepción de toda la riqueza e importancia de los significados simbólicos que, en forma tan particular, los seres humanos les atribuimos a nuestro mundo y a las relaciones recíprocas o a las obligaciones mutuas (en sociedad).

En otros idiomas, o sea, en otras consciencias sociales –porque el idioma es social– se utilizaría el término “age” y “aging” (edad y “edadeando” o “añejando”, en inglés) o “âge” en francés, y “Zeit” en alemán. El organismo por sí solo no contiene la gerontología, pues, esta disciplina es el resultado de una reflexión humana sobre la propia condición del organismo (el suyo y el de otros) y del efecto del pasar del tiempo. En español se utilizaría “edad”, “madurar”, “envejecer” para denotar los cambios que el ser humano experimenta con el pasar o transcurrir del tiempo.

La gerontología, como la ley de la gravitación, la teoría de la relatividad, el principio de incertidumbre de Heisenberg, la teoría del envejecimiento programado del sistema inmunológico o la teoría de los radicales libres, son proposición o enunciados humanos referentes a una concepción de la realidad que es social, en esencia (Berger & Luckmann, 1972). Son conocimientos específicos que se suscitan en sociedades dadas y en condiciones históricas concretas. No son conocimientos que acontecen en forma aislada o espontánea, sino como resultado de condiciones sociales específicas.

El gerontólogo que desea limitar el estudio del envejecimiento a las células *in vitro* en un laboratorio experimental, no podría llevar a cabo ese estudio sin el microscopio, sin el lenguaje, sin el financiamiento que le brinda una organización, sin la concepción de célula y de envejecimiento, el edificio, sus asistentes y teorías previas que cuestionar; todos ellos son procesos sociales. Podríamos tratar de imaginarnos que estamos partiendo de “cero”, pero la verdad es que ningún ser humano actual parte de cero, pues ya tiene el acervo acumulado del lenguaje, la cultura, la tecnología y el conocimiento –por mencionar unos pocos aspectos sociales ya existentes–.

El problema fundamental de la gerontología, como el de tantas otras especialidades de la ciencia, es cómo entender un proceso natural, como el envejecimiento o los cambios en la materia orgánica y mineral debido al transcurrir del tiempo, y cómo –en el caso de los seres humanos– la consciencia que nosotros tenemos del proceso modifica o cambia el proceso mismo. Especialmente, cuando dejamos de ver al organismo y vemos al ser humano, en el contexto social en que este define su situación social y su vida cotidiana.

## **ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO**

La sociedad contemporánea se mueve hacia el ejercicio de un mayor albedrío por parte del ciudadano en aspectos que antes concernían al Estado. Si esa “liberalidad” es un descargo de responsabilidad por parte de la clase política dominante o si es una nueva variante del “darwinismo social” del así llamado utilitarismo, es, ciertamente, un acalorado debate cuyos efectos estamos comenzando a observar en la mayor polarización entre pobres y ricos.

En la investigación científica se ha querido poner en efecto el “consentimiento informado” de los sujetos; o sea, el derecho del ciudadano a ser informado de los propósitos de las investigaciones científicas, sobre todo aquellas que lo afectan personalmente o en las que el individuo es un objeto de estudio (muestra, grupo de control, grupo experimental, etc. ). Este movimiento, de una mayor liberalidad en el ejercicio de los derechos y los deberes ciudadanos, conlleva implícito, –reitero– el derecho del individuo a estar informado, para poder fundamentar sus decisiones con base en la información disponible.

Esa mayor liberalidad ahora prevaleciente procura alentar un mayor diálogo entre el profesional y el individuo, bajo el supuesto de que en un mercado libre y competitivo, el profesional ofrece sus servicios a un comprador que tiene a su haber el conocimiento necesario como para poder tomar decisiones satisfactorias para defender sus propios intereses.

Sin embargo, la información científica, especialmente en nuestra nación, la maneja una reducida elite de individuos. Inclusive, se suscita el caso de individuos que, en su afán de poder y dominación, hacen converger sobre sí mismos la información privilegiada de la ciencia, y ellos, en forma discriminatoria y monopolizante, toman la decisión sobre con quién compartir esa información o no, siempre y cuando sean ellos el foco de convergencia de los lazos interactivos conectores.

Los analistas de la realidad social que utilizan las perspectivas de las “redes sociales”, han denominado a ese esfuerzo por hacer converger en un actor social las líneas interactivas, “centralidad”. El actor social (sea este un individuo o una organización) se convierte en el foco que controla los recursos que otros individuos necesitan para su bienestar o adecuado funcionamiento.

Ese proceso social de oferta y demanda, ha sido el tema de interés de múltiples perspectivas teóricas y de investigación en las ciencias sociales. La estratificación etaria propone que todas las sociedades están “jerarquizadas” a lo largo del criterio de edad. Los científicos que se suscriben a la escuela del intercambio,

opinan que el ser humano es un “intercambiador” o “canjeador” de bienes y servicios. Los interaccionistas simbólicos visualizan al individuo inextricablemente relacionado con la sociedad, no hay noción de “ser” aparte del flujo de la interacción social. La política económica marxista propone que la sociedad es el resultado de la lucha de clases, entre los que son dueños de los medios de producción y los que no. Los fenomenologistas sociales están convencidos de que nosotros manufacturamos la realidad social y creemos, inconscientemente, que esta viene “naturalmente” ordenada, sin darnos cuenta a cabalidad de que estamos ordenando la realidad social nosotros mismos.

Ninguna teoría social sobre el envejecimiento se ha podido convertir en paradigma, o sea, una explicación científica gobernante aceptada en forma bastante amplia por la comunidad científica. También, en el campo biológico y fisiológico, no existe concordato entre los científicos acerca de cuáles son las causas del envejecimiento. No se sabe a ciencia cierta si el envejecimiento está programado en el material genético o si es el efecto de radiaciones o reacciones bioquímicas endógenas y exógenas al organismo humano.

Al ser esta presente obra un libro introductorio a la disciplina gerontológica, he tomado la decisión de tratar de aumentar la percepción del lector al analizar –aunque sea en forma periférica– muchos de los asuntos más discutidos hoy en el campo de la especialización. También he querido que esta obra esté disponible para un público amplio, como las personas mayores de 50 años que asisten al curso sobre Sociología del Envejecimiento de la Maestría en Gerontología, en la Universidad de Costa Rica.

A ese efecto, vale la pena reiterar que los niveles de análisis gerontológicos son múltiples; el envejecimiento es un proceso multidimensional, pues, implica todo el quehacer humano que de alguna forma incide sobre la fenomenología de envejecer y de la vejez. El gerontólogo manifiesta su interés en una amplia gama de aspectos sociales, biológicos, físicos y psíquicos. La libertad de información y el derecho a estar informado son uno de los temas de interés para el gerontólogo, también, como lo es el adecuado trato y tratamiento que la sociedad brinde a las personas adultas mayores.

Cuando un paciente es admitido en un hospital tiene, en algunos países, el derecho a un “testamento en vida”, en el cual el paciente especifica si desea que lo mantengan vivo agresivamente, aun en condiciones difíciles de supervivencia; o si quiere donar sus órganos, etc. Los pacientes ocupan un papel activo en las decisiones relacionadas con su vida y su muerte. No es el profesional médico el que en forma paternalista o autoritaria decide exclusivamente esas alternativas.

En otras palabras, en otras naciones se ha desmitificado bastante al médico y se le ha bajado del pedestal en que se le había colocado en décadas anteriores.

En muchos hospitales estadounidenses, inclusive, las decisiones de vida o muerte que atañen a un paciente, las toma un comité ético, que cuenta con un delegado o familiar del paciente, un religioso, un psicólogo, un trabajador social y el médico. El delegado o familiar del paciente lo representa a este, solo si ha perdido la consciencia o el conocimiento. Pero, si el paciente está en sus cabales, se respeta su derecho a discernir sobre su vida o su muerte.

Muchos médicos se han caído del pedestal ellos mismos, especialmente al entrar la medicina en la era corporativa de la medicina y volverse los médicos profesionales por lucro. Cuando la relación entre el paciente y el profesional en salud se modifica y su énfasis cambia de “servicio social” a “una actividad comercial”, entonces, el paciente, transformado en cliente, adquiere el pleno derecho a estar informado como consumidor. Al abrirse ese portillo en los países desarrollados, más y más abogados se fueron especializando en la legislación que regula la actividad médica, y más y más médicos fueron sentenciados por mala praxis en los tribunales de justicia.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, han sido los abogados los que han ejercido un papel supervisor sobre la mala praxis médica, debido a la falta de interés o al conflicto profesional que se suscita entre los médicos mismos. La autora inglesa Rosemary Stevens describe muy claramente este problema en su afamada obra *In Sickness and in Wealth (En la enfermedad y en la riqueza, 1989)*, donde ella narra la tendencia de los médicos de ese país hacia los tratamientos costosos para el paciente, pero que le dejan grandes beneficios económicos al médico.

La medicina corporativa ha transformado al médico independiente en un trabajador al servicio de las grandes compañías especializadas en ofrecer servicios de salud y seguros, en aquellos países en donde existe la medicina lucrativa. Inclusive, en países en donde no se da el caso de la medicina lucrativa, los profesionales en salud caen bajo la esfera de influencia de las grandes transnacionales farmacéuticas, que les hacen todos tipos de obsequios y regalos para influir sobre ellos para que prescriban a sus pacientes ciertos medicamentos.

La privatización y “corporatización” del sector salud implicó de inmediato, en esos países, un altísimo costo financiero y social: tienen acceso al sistema de salud los que pueden pagar. Los otros ciudadanos se ven a merced, entonces, de la caridad pública o privada (donaciones), o el recibir tratamiento en hospitales académicos o escuelas de medicina (Stevens, 1989:230).

Estas políticas de salud son de interés para el gerontólogo porque arremeten contra, precisamente, la mayor vulnerabilidad de los ancianos, o sea, su capacidad de pago. Si bien todavía no se suscitan a plenitud en nuestro medio estas condiciones, sin embargo, en forma menos visible acontecen delimitaciones y barreras de diferentes índoles, para restringir el adecuado acceso de los ancianos a los servicios de salud.

Los expertos (Kane & Kane; Hughes; Katz) concuerdan en que los servicios de salud deben ser evaluados a lo largo de tres dimensiones fundamentales: calidad, accesibilidad y costo. La experiencia, el ejemplo de los Estados Unidos (Davis, Anderson, Rowland & Steinberg, 1990), ha sido de un clamor general por un programa de salud más razonable que la medicina lucrativa. Esto ha obligado a los estadounidenses a volver sus ojos hacia el Canadá, país que cuenta con medicina socializada.

Las quejas contra el sistema socializado de medicina han sido bastante comunes a lo largo y ancho de todos los países que han puesto en práctica esa modalidad de atención a la salud: demasiada burocracia (trámites lentos, papeleo, deshumanización, ineficiencia y apatía de los empleados del sistema por darle al paciente un buen trato), muchos meses de espera para recibir atención y corrupción.

En nuestro medio ha existido el espejismo de que las políticas de salud les atañen principalmente a los médicos. Esa visión o perspectiva se encuentra en franca colisión con los valores democráticos de la nación. El paciente, el consumidor, el ciudadano, el analizado, el sujeto o el individuo, usuario (como quiera llamársele) tiene derechos que deben ser respetados. Un derecho fundamental, en mi criterio, es la libertad de información, especialmente la información referente a la salud y la enfermedad, incluyendo, entre esos criterios, el bienestar material y espiritual (moral, emocional, psíquico, social, etc. ) de los “viejos”.

De la misma manera que un profesional en salud está obligado a denunciar públicamente el abuso contra una persona mayor de 60 años, bien sea de parte de otro profesional o de su propia parentela; de la misma manera debe la ciudadanía desarrollar conciencia social que el abuso contra los ancianos se suscita en muchas formas y maneras, incluyendo el trato personal que reciben en los hospitales, en los consultorios o en general; y que la noción de “abuso” se extiende a la explotación económica de los “viejos”, por parte de profesionales de diferentes carreras, pero que son los profesionales en salud en la práctica privada los menos supervisados por el público o las autoridades y los que más podrían incurrir en esta conducta.

Otros aspectos éticos de la gerontología no son tan evidentes y son más dramáticos, porque son más sutiles. Como apuntó Stevens (*Ibid.*, pp. 18-19),

*Las enfermedades infecciosas se asociaron casi por completo con los pobres; pero las condiciones crónicas eran con frecuencia enfermedades de los ricos, afectando a aquellos que vivían bien y mucho tiempo.*

Según Stevens, en ninguna otra parte de la sociedad estadounidense se nota tanto la diferencia entre las clases sociales, como en los hospitales privados. El tratamiento que recibe el paciente denota con frecuencia la capacidad de pago del individuo; la actitud y disposición del profesional en salud hacia el paciente, también implica esa capacidad de pago.

La sociología de la medicina ha sido una especialidad que ha dirigido su atención analítica hacia la práctica de la medicina, observando al médico como ser humano, como miembro de una profesión, como integrante de un sindicato que defiende sus propios intereses, como ciudadano y como un individuo que goza de un poder, un prestigio y una reputación, que son fundamentalmente, procesos sociales. La sociología de la medicina, al igual que la sociología de la familia, es prácticamente inexistente en nuestro medio. La ausencia de estos enfoques especializados es ciertamente de lamentar en un país que se debate entre la privatización y el patrimonio público o colectivo en el área de la atención a la salud. Nuestro medio se ha visto privado del aporte que podrían hacer los científicos sociales en relación con la estructura y dinámica de la medicina, o los efectos sobre la unidad familiar de las políticas económicas actuales y su impacto sobre la salud familiar, especialmente con los ancianos.

La presencia del interés, por ejemplo, en la sociología de la medicina y de la familia, en países desarrollados, ha fructificado en una serie de estudios que revelan –por mencionar algunos aspectos– los hábitos de automedicación de los profesionales en salud, el estrés, la tasa de divorcio, la incidencia del suicidio, la relación jerárquica con el paciente, y el ordenamiento implícito militar que existe en los hospitales, etc.

Muchos hospitales estadounidenses y europeos surgieron a partir de los conflictos bélicos y, a través de las décadas, conservaron su espíritu militarista, especialmente en el rango y posición jerárquicos entre médicos, enfermeras y pacientes.

Varios estudios sociológicos han dejado en evidencia el cambio y transformación de personalidad que acontece en un individuo, cuando se viste con uniforme y cuando recibe autoridad o don de mando. Algunos individuos toman tan en serio esas expectativas que el papel social termina por adueñarse de su albedrío. Otros, en cambio, entremezclan sus contenidos inconscientes y sus propias frustraciones

personales, con el uniforme y el papel que ejecutan. Estas son condiciones típicas de todas, absolutamente todas, las situaciones sociales, pero más evidente del personal uniformado (como los militares, los burócratas, el personal hospitalario, la policía, etc.).

También han sido del interés de los gerontólogos los efectos adversos del proceso de la “institucionalización”. Este neologismo se utiliza para referirse al internamiento de una persona mayor de 60 años, o adulto mayor, bajo la jurisdicción o la tutela de una institución (hospitales, hogares para ancianos, albergues diurnos, etc.). De ese modo, se ha aplicado el término de “institucionalización” a aquellos procesos sociales por los cuales un individuo es ubicado bajo la jurisdicción de una institución formal (ejército, hospital psiquiátrico, sistema carcelario, guardería, centro diurno, etc.).

En su acepción más general, se entiende sociológicamente por una institución, una forma de organización social formal, cuya *membresía* o jurisdicción está definida por un reglamento o un ordenamiento jurídico.

También, se entiende por “institución social” a una forma de comportamiento que adquiere una forma regular de cambio estable a lo largo del tiempo (tal como la familia, el Estado, la educación formal, etc.).

Desde la perspectiva de la sociología de la familia se han generado numerosos estudios, entre ellos, el efecto del envejecimiento sobre la densidad interactiva entre los “viejos”, los efectos de las políticas de salud y las viudas que sobreviven a una larga y penosa enfermedad de su difunto marido, cargadas de deudas financieras —en su mayoría con el sistema hospitalario— en aquellos países con medicina lucrativa.

La sociología de la medicina ha estudiado el efecto “iatrogénico” (a veces escrito como “yatrogénico”) sobre los pacientes en los hospitales, centros de salud, o consultorios privados. El efecto “iatrogénico” se refiere a la influencia (positiva o negativa) que sobre el paciente tienen los médicos o los profesionales en salud.

Por razones de sesgos ideológicos, nuestros científicos sociales han sistemáticamente ignorado estos aspectos de la realidad social que estamos manufacturando. Consecuentemente, la ausencia de tales estudios ha dejado un vacío —que aunque se puede remediar— que no nos permite “medir” los cambios que ahora se suscitan con las nuevas políticas públicas.

Por ejemplo, la desmitificación de la medicina ha revelado, por lo menos en los Estados Unidos, que “la especialización médica ha buscado alentar la hospitalización” (Stevens, 1989:173). Algunos de los factores observados por Stevens, que permiten explicar esta modalidad de conducta, tiene que ver con el “poder” (social, económico y político), más que con el ejercicio de decisiones científicas.



Según ella, los hospitales en los Estados Unidos se convirtieron en costosos centros tecnológicos en donde los médicos le pasan los costos al cliente paciente.

Para Fein (1989:18),

*Hay una diferencia importante entre “clientes” y pacientes. Como clientes nosotros compramos y negociamos. Como pacientes y pacientes potenciales, estamos fuertemente influidos por nuestros temores a la enfermedad y por los expertos en gabacha. No está muy claro que nosotros nos aferremos a los dólares, cuando los líderes de la comunidad médica nos dicen que esos dólares pueden ayudar a mejorar la calidad de nuestro tratamiento médico. El poder de los médicos y de los jefes de servicio en los hospitales, se deriva, no solamente de la estructura del sector de salud, sino también de nuestra propia conducta, nuestros miedos e ignorancia y la mistificación de los expertos.*

Desde el punto de vista del papel social, el “paciente” deja de ser un individuo sustancialmente afectado por una enfermedad o condición crónica, y se transforma en un recurso económico, o sea, un “cliente”

El criterio financiero cobra gran importancia en la estrategia del tratamiento. Desde esta perspectiva, que nada tiene que ver con la “ciencia” en sí, sino en cómo utiliza el científico su conocimiento para su propia ventaja, las “patologías” quedan transformadas en “mercancías” y los médicos en “mercaderes”.

No hay ninguna razón válida (ni ética) que le impida al médico el convertirse en mercader. Esa transformación del profesional en salud en algo más pedestre es imposible de evitar, pues, los médicos mismos se han encargado de ese cambio, ya que basta verlos o escucharlos a ellos por la televisión o la radio “mercadeando” (en inglés, *peddling*) diversos productos y servicios (incluyendo la institucionalización de las personas mayores).

Pero, la transformación más importante es la que debe acontecer con el “paciente”, este debe de transformarse en consumidor. Como tal tiene derecho a saber cuáles son sus alternativas para poder ejercer su poder económico, buscar opciones, encontrar segundas opiniones, cuestionar la validez de un diagnóstico y desmitificar al médico, para interrogarlo como a cualquier otro profesional que está interesado en promover un producto. El consumidor, en un mercado libre, debe tener opciones de compra que emanan de la competencia y la información pertinente a la calidad del producto o el servicio ofrecido, bajo la égida de una legislación que lo protege.

De ese modo, la medicina lucrativa transforma al paciente en consumidor y cliente. El cliente debe alertarse de sus derechos, pues, obviamente, pagar los honorarios al profesional es su obligación fundamental y es su opción personal el que se le otorgue a cambio un buen servicio a un costo asequible.

De lo contrario, la zona gris del territorio entre “cliente” y “paciente” queda a ser interpretada por el profesional en medicina y los esfuerzos que se hacen dependen de la capacidad de pago del cliente. Stevens reclama (*Ibid.*) que los médicos estadounidenses son *knife-happy* (les encanta utilizar el bisturí), porque de ese modo ellos controlan al cliente, su acceso al hospital, su entrada al quirófano; y reparten las ganancias entre otros colegas (anestesiólogos, enfermeras, otros especialistas), consolidando su posición social y económica, reafirmando su poder político.

Esas críticas, que, insisto, se han llevado a cabo en los Estados Unidos, vale la pena que las tengamos en mente aquí en nuestro propio medio, pues sería lamentable que el tratamiento de los “ancianos” llegue a estar afectado por el criterio económico, principalmente.

Como dijo John F. Kennedy en 1962 (citado en Fein, 1986: 62),

*Una nación orgullosa y llena de recursos no puede ya más pedirles a sus viejos que vivan en constante temor de una enfermedad seria, para la cual no hay suficiente dinero. Les debemos el derecho a la dignidad en la enfermedad como en la salud. Podemos lograr esta agregando un seguro de salud —especialmente un seguro de hospitalización— a nuestro ya exitoso sistema de seguro social.*

Los Estados Unidos cambiaron la cobertura del seguro social para ampliar los beneficios de las personas mayores de 65 años o los jubilados por invalidez (Título XX del Acto del Seguro Social). Para 1986, los hospitales (privados y basados en lucro en su mayoría) y los médicos, eran responsables por el 96 por ciento de los costos del tratamiento de los ancianos en el programa de Medicare (cuidados médicos) y el costo de los hogares para ancianos con atención de enfermería (*nursing homes*), demandó el 68 por ciento del desembolso del programa de Medicaid (custodia asistida de enfermería).

La conexión entre los médicos y los hospitales privados se consolidó en los Estados Unidos, de tal modo que dos de los más prominentes expertos en cuidados a largo plazo (LTC) en esa nación opinaron:

*El índice de precios al consumidor (IPC) para todos los bienes y servicios producidos en los Estados Unidos, más que se*

*triplicó entre 1950 y 1980, reflejando una inflación a lo largo de todo el sistema. Durante el mismo lapso de tiempo, sin embargo, el rubro para cuidados médicos del IPC se multiplicó cinco veces (Hughes, 1986: 39).*

Agregan los esposos Rosalie Kane (trabajadora social) y Robert Kane (médico general):

*Los cuidados a largo plazo manifiestan problemas de calidad, acceso y costo. El servicio debería ser de calidad aceptable, sin importar cómo se le defina; aquellos que necesitan el servicio deberían tener un acceso razonable sin que medien barreras financieras u otras dificultades; y el costo debería estar al alcance de la mayoría de los individuos y para la sociedad (1987: 83).*

Existen aproximadamente 40 millones de personas mayores de 65 años sin ninguna cobertura de seguro en salud en una nación tan rica y próspera como los Estados Unidos. Muchos de estos “viejos” han sido declarados “inelegibles” o “imposibles de asegurar” por las compañías aseguradoras, porque, precisamente, una mayor longevidad implica con frecuencia un incremento de la manifestación de condiciones crónicas (*Health Care Financing Review*, 1990, vol. II, N°. 4). En ese país, las personas mayores de 65 años son los más grandes usuarios del sistema hospitalario y los más grandes consumidores de medicamentos. Las personas muy enfermas dejan de ser interesantes cuando se les agota, o simplemente no tienen, la capacidad de pago en un sistema de medicina lucrativa.

En el momento en que los médicos por lucro se constituyen en los “guardianes” de la entrada o el acceso a los hospitales, adquieren el poder de decidir quiénes reciben el tratamiento, quiénes no y el costo. Este no es un problema de la ciencia o sobre las causas del envejecimiento. Es un asunto social y económico, que, sin embargo, incide sobre las probabilidades de vida y la calidad de vida que viven algunos ancianos.

Con estos aspectos anteriormente indicados y otros más, Maddox quiso denotar que la gerontología es una disciplina de un ámbito de interés muy específico y a la vez muy amplio, pues el proceso del envejecimiento afecta al ser humano de una manera esencial o fundamental, especialmente a partir de la madurez.

La parte de las ciencias médicas que se interesa en las patologías y las condiciones crónicas de salud que afectan al ser humano como resultado del envejecimiento, se

llama *geriatria*. Algunos médicos geriatras tienden a “patologizar” a los adultos mayores, y en su punto de vista especializado, llegan a ver al paciente como al mal que les aqueja, y no al ser humano mismo e inmerso en una red de relaciones sociales en un entorno cultural. Ese punto de vista es conveniente para el profesional en salud, porque se le hace creer al “paciente” que su bienestar depende de una estricta supervisión médica que, obviamente, conlleva al pago de los respectivos honorarios. Si bien es cierto que algunos pacientes efectivamente requieren de esa frecuente y estricta supervisión por parte del especialista en medicina geriátrica, por otro lado, existe una zona gris no muy bien definida, en donde algunos médicos geriatras ejercen su criterio e interpretación, no siempre a favor del interés económico del paciente, sino, al contrario, del suyo propio.

A ese respecto, comentó Fein (*Ibid.*, pp. 18-19):

*La cuestión de los costos hospitalarios no es un asunto de fraude o corrupción. Ni es que simplemente los directores de hospitales y los médicos tengan, lo que se ha llamado, un “complejo de edificio”, un fetichismo hacia las máquinas, derivando placer de encontrarse rodeados de una tecnología cara y dispuestos a gastar el dinero del paciente para satisfacer gustos personales. La problemática es más sutil. Gira alrededor del hecho de que el cuidado del paciente no es una ciencia exacta en la que solo hay una respuesta a cada problema. Los cuidados médicos pueden ser producidos de muchas maneras, con diferentes combinaciones de recursos, con diferentes proporciones de trabajadores y tipos de capital. Algunos equipos pueden que mejoren los cuidados, pero eso es poco frecuente y marginal. Algunos equipos ahorran costos de mano de obra, mientras que otros la encarecen.*

Otro aspecto, desde el punto de vista especializado de algunos profesionales en salud, es el visualizar al paciente desde el ángulo de las patologías o condiciones crónicas. Desde esa perspectiva, el paciente es concebido como “doña hipertensión arterial” o “don hiperplasia prostática”, como si el resto de las implicaciones de qué significa “ser” humano no existieran o se les restara importancia. ¿De qué sirve el tratamiento de un paciente por úlceras gástricas resultantes de un estrés emocional, si los factores sociales concomitantes con la etiología de la patología no son modificados o no se le enseñan al paciente nuevas estrategias de adaptación?

Afortunadamente, otro grupo más selecto de médicos geriatras sí están interesados en una visión más amplia del ser humano y desean en forma auténtica y

genuina proponer soluciones integrales a la problemática del envejecimiento. Como también somos afortunados de contar con profesionales en salud y especialistas en medicina geriátrica que se dedican de alma y corazón a sus pacientes, sin que el aspecto económico importe tanto.

Dado el crecimiento demográfico del sector poblacional de personas mayores de 60 años, y dados otros factores sociales, económicos y políticos, tales como la sobrepoblación, el deterioro del medio ambiente, la corrupción gubernamental, la ineficiencia en la protección de los derechos del consumidor y la inadecuada supervisión del ejercicio privado de la medicina; además del deterioro de la situación económica internacional, se hacen obvias dos disyuntivas en la atención a los ancianos:

- a) aquellos que lucran con la situación de los ancianos y
- b) los que de algún modo desean encontrar soluciones globales para el anciano a un costo razonable.

Es casi imposible hacer gerontología o medicina geriátrica, sin referirse, aunque sea un poco marginalmente, a los problemas éticos y morales de la profesión, especialmente porque esta se ejerce sobre una población que experimenta vulnerabilidades múltiples, como es el caso de muchos “ancianos”.

Parte del gran problema epistemológico que experimenta la gerontología hoy en día, es que todavía no se ha descubierto qué es el proceso del envejecimiento en sí. Según Ferrini & Ferrini (1989: 30)

*A la fecha, no hay una teoría que haya sido aceptada en forma general para describir los mecanismos que inician el envejecimiento.*

Por supuesto que, con esta afirmación, uno se pregunta si el ser humano es una máquina, con mecanismos, y si esa visión “mecanicista” es adecuada para comprender al ser humano dentro de una gama amplia de aspectos, o si esta “reducción” mecanicista le resta valor al individuo en forma semejante a cómo lo hacen algunos médicos al referirse a sus pacientes como “doña marcapasos”, “don angioplastia”, o “el señor diálisis”.

La cuestión no es tan superflua como aparenta. Está íntimamente relacionada con la visión operante del ser humano y condiciona el tipo de relaciones sociales entre el profesional y el adulto mayor.

Si tomamos en consideración los argumentos de la antisiquiatría, en el sentido que a duras penas se puede hablar de “enfermedad” mental, porque no sabemos a ciencia cierta qué es la “mente” o la psique, entonces se nos hace obvio que juzgamos a las personas y las evaluamos a través de lentes de color cuyo tinte es netamente ideológico. Si no se sabe con certeza qué es la mente, ¿cómo se sabe que esta está enferma?

Argumentó Szasz (1970: 47),

*La psiquiatría es una actividad profesional moral y social. El psiquiatra se enfrentan con los problemas de la conducta humana. Se ve encarado con situaciones de conflicto –frecuentemente entre el individuo y el grupo.*

El mismo argumento puede aplicarse íntegramente a la gerontología y a las disciplinas que estudian o ejercen algún grado de control sobre la actividad gerontológica. Si no sabemos a ciencia cierta qué causa el envejecimiento, entonces, se deduce que la mayoría de los gerontólogos operan al nivel de los “efectos” en lugar de las “causas” del envejecimiento. Entonces, aquel que argumente estar más cerca de las “verdaderas” causas, pretenderá ser el “verdadero” gerontólogo. Luego, si partimos del supuesto de que las “causas” del envejecimiento están secretamente guardadas en la caja fuerte de la célula, ¿es el biólogo celular el guardián de la entrada a la gerontología? ¿Es ese el gran sacerdote que guarda celosamente los secretos de la doctrina gerontológica?

La gerontología, como disciplina que enfoca el comportamiento humano, no puede escapar a las luchas de poder y legitimidad entre los profesionales. Pero hay que dejarse de rodeos, al “pan, pan, y el vino, vino”: estas son luchas económicas y políticas, por supremacía y hegemonía, motivados por el deseo de dominación y de triunfo personal (codicia, ambición, escalamiento social, aspiraciones de prestigio, el deseo de destacar, popularidad, etc.).

Muchos geriatras son médicos y nada más; su actividad se confina, principalmente a los hospitales, a su consultorio, y a las visitas a domicilio, que solo unos pocos pacientes pueden pagar. No cabe duda que otros médicos geriatras actúan en forma diferente, abogan por el paciente, son altruistas y abnegados en su manera de atender a los ancianos y se abocan al trabajo en la comunidad, lugar en donde residen la mayoría de los “viejos”.

Los gerontólogos tienen y deben tener una visión interdisciplinaria, porque su enfoque es el ser humano y no solo el tejido necrosado o las condiciones crónicas

orgánicas del individuo. El gerontólogo se interesa, fundamentalmente, por el individuo que vive en la comunidad (casi el 90 por ciento de los mayores adultos). También se interesa por los ancianos que se encuentran institucionalizados (confinados en una institución, menos que el 7 por ciento).

El gerontólogo tiene una obligación moral de velar por los adultos mayores hospitalizados, también. Es la tarea del gerontólogo el tener una visión global del individuo que envejece. Su enfoque es “holístico” (un anglicismo que denota el ser “entero”, “íntegro” o “completo”); como abogan, por ejemplo, en su obra Dennis Chernin & Gregory Manteuffel –ambos médicos– *Health: A Holistic Approach* (1984); o, Anna F. Lemkow, *The Wholeness Principle; Dynamics of Unity Within Science, Religion & Society* (1990.). El gerontólogo debe hablar el lenguaje interdisciplinario y tener una actitud interdisciplinaria.

En nuestro medio se ha tratado de subsanar la brecha entre la medicina geriátrica y la gerontología, por medio del programa de especialización en geriatría y gerontología, que aspira a producir profesionales médicos geriatras gerontólogos. Esa noble meta por ahora solo está abierta, como especialidad profesional, al personal médico. Cualquier otro profesional (enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), que desee aprender sobre gerontología, se ve obligado a buscar otras fuentes, como por ejemplo –para mencionar una– la Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica.

Pero, indiferente a cuál es la institución de enseñanza o su modalidad, el dilema epistemológico de la gerontología yace en el problema de causa y efecto, ¿cómo influyen los procesos sociales (cultura, bienes materiales, gobierno, etc.) sobre el envejecimiento? ¿Cómo influyen otros procesos al nivel macro y micro, internos y externos, sobre el envejecimiento (genética, mutaciones por radiación ambiental contaminante, nutrición, efectos iatrogénicos –causados por los médicos mismos, microorganismos resistentes, etc.)?

En las ciencias de la salud, existen también otras áreas problemáticas para las cuales no hay respuestas adecuadas aún, como es el caso sobre qué es prevención en medicina geriátrica y dónde y cómo se ha puesto en práctica. Si existe medicina “preventiva” geriátrica, ¿debe esta quedar confinada al ámbito hospitalario o debería ejercer su acción en la comunidad? ¿Deberíamos, entonces, de hablar de medicina geriátrica social! (quizás en otra oportunidad).

Obviamente, no hay respuestas fáciles a estas preguntas, porque la preocupación científica hacia el proceso del envejecimiento es algo muy novedoso en nuestro entorno. Sin embargo, si los profesionales en gerontología de nuestro medio no encarar desde ya los asuntos éticos y prácticos más delicados del ejercicio de

la profesión, podría acontecer que lo que pase por “gerontología” en ciertos medios (intelectuales y políticos) de nuestro entorno, sea una versión “distorsionada” por conveniencias personales y no necesariamente por las motivaciones del bien común de las personas mayores de 60 años.

También es obvio que nadie en particular tiene el monopolio (ni debe tenerlo) sobre qué es conveniente para la población que envejece. Esa percepción debe ser interdisciplinaria, en donde varios profesionales competentes trabajen en un modelo de consenso y en donde la “competencia” profesional se determine por los méritos, más que por la capacidad de manipulación de la opinión pública.

Especialmente, las políticas públicas y las actividades privadas que afectan a la población que envejece deben de incluir el punto de vista de los interesados mismos: las personas mayores de 60 años. De lo contrario, estaríamos haciendo más de lo mismo, o sea, un paternalismo que reduce a la persona mayor de 60 años a un “infantilismo”, que luego redundo en una modalidad de discurso que se refleja en expresiones tales como “¿Cómo amaneció hoy *mi* paciente?”, o “¿se *me* tomó las medicinas, *abuelito* ?” (en posesivo y para referirse a los adultos mayores).

Huelga recalcar que es imposible en un libro como este el abarcar o adecuadamente enfocar todos los temas relacionados con el envejecimiento. Tendría yo que abocarme a preparar una enciclopedia gerontológica y aun así, correría el riesgo de dejar muchos aspectos por fuera. De este modo, esta obra toca y discute brevemente algunos de los problemas más vigentes de los factores sociales relacionados con el envejecimiento, desde mi punto de vista. Obviamente, y así me lo han hecho ver mis propios colegas, los aspectos orgánicos no pueden ser relegados a un plano inferior, porque no solo el país gasta millones de dólares en la atención médica de los ancianos, también los ancianos gastan millones de dólares en recibir atención médica en el ámbito de la medicina privada.

La ventaja de este enfoque de la gerontología, el que se presenta en este libro, es que no priva el que otros profesionales escriban otros libros, titulados “Fundamentos de gerontología: Aspectos. . . (psicológicos, psiquiátricos, médicos, de la enfermería, del trabajo social, de la biología celular, etc.).

Los científicos somos humanos, como cualquier otro individuo. Algunos científicos son altruistas y buscan metas colectivas más elevadas. Otros, en cambio, buscan su satisfacción y beneficio individual, principalmente. Reitero, porque quizás se suscite el caso de personas que así no lo deseen entender, que esta obra llama a la reflexión sobre el tipo de ambiente que estamos construyendo para los “viejos” y las actitudes nuestras, con las que les damos cara a las problemáticas de la vejez, a la luz de la teorías sociales propuestas hasta la fecha y los debates incluidos en esas proposiciones.



Muchos de estos debates, sobre todos los aspectos éticos del ejercicio de la profesión, no son asuntos nuevos. La humanidad los ha encarado generación tras generación. Siempre hemos empujado las fronteras del conocimiento hasta el límite máximo cada vez, y solo unos pocos, han mostrado su preocupación por las consecuencias morales de nuestros actos. El talar los árboles, la minería de los recursos de la tierra, contaminar el aire, tirar la basura al mar, el matar poblaciones aborígenes o naciones enteras, eliminar especies biológicas, en fin, jugar el papel de dioses que determinan el destino de humanos y animales, ha sido un drama milenario de la humanidad.

Siempre tuvimos una fe ciega en la idolatría del “desarrollismo”. Ahora, hemos llegado a la dudosa convicción de que la libre competencia y la práctica lucrativa de la profesión, es la solución al problema del aumento demográfico de los envejecidos.

Las sugerencias y conjeturas sobre cuántos médicos utilizan los hospitales públicos para el ejercicio privado de la profesión, no han prosperado por falta de pruebas y de investigaciones sistemáticas.

La otra cara de la moneda la representa la presión que tienen los médicos geriatras en los hospitales para atender a los pacientes. Una profesional en salud me explicó recientemente (setiembre de 1995), que en el hospital donde ella trabaja se le requiere atender a 5 pacientes por hora y un promedio de 25 por día. Con frecuencia, los medicamentos más recomendables para la terapia del anciano no existen o se agotan y pasan varios meses antes de volver a estar disponible el medicamento.

El uso racional de los recursos financieros que aportan los ciudadanos al Seguro Social en Costa Rica ha sido un punto de debate argumentado en varios foros. Sin embargo, pocos estudios han salido a la luz pública sobre la práctica de la medicina en este país. En Costa Rica no se llevan a cabo estos estudios, por lo menos no con la apertura y el espíritu crítico que tienen en los Estados Unidos.

También, debe extenderse el análisis ético hacia el ejercicio de la profesión gerontológica por parte de las ciencias sociales, pues la connotación “ideologizada” que tienen algunas especialidades en las ciencias sociales, también han opacado la claridad del objeto de estudio de la “ciencia del envejecimiento”. La falta de información adecuada, la preparación gerontológica insuficiente y la falta de controles, ha permitido que muchos “aficionados” a la gerontología se hagan “pasar por” gerontólogos.

Se suscita en la gerontología un exceso de subjetivismo interpretativo que ha causado, prácticamente, un caos lingüístico. ¿Cómo se define edad? ¿Qué es la “tercera edad”? ¿Qué es envejecer? ¿Qué es la “edad de oro” y otros eufemismos? ¿Es

el envejecimiento una realidad objetiva o una metáfora heurística para la vida? ¿Es más adecuado “envejecimiento humano” que “desarrollo humano” o viceversa? ¿Qué grado de consciencia tiene el humano envejecido del envejecimiento mismo? ¿Estamos confundiendo “existencia personal” con “envejecimiento”? (Véase por ejemplo de Gary M. Kenyon, “Basic Assumptions in Theories of Human Aging”, en J. E. Birren & V. L. Bengtson, Eds. *Emergents Theories of Aging*. 1988).

No pretendo en este libro resolver todas estas interrogantes, pero me conformo con dejar planteada la duda, pues, solo un espíritu crítico y libre podría apelar a una forma más humanista del ejercicio de la profesión gerontológica. Especialmente porque nuestra tecnología empuja constantemente nuestro conocimiento hacia límites inconcebibles y nos coloca en una precaria posición en relación con nuestros más preciados valores.

## ÁREAS LIMÍTROFES Y DE DEBATE EN LA GERONTOLOGÍA

La gerontología actual se encuentra enfrascada en tres áreas álgidas de debate:

- a) ¿qué es el envejecimiento y su relación con la edad del individuo?;
- b) ¿qué influencia tienen los grupos de edad (generaciones humanas) sobre el proceso del envejecimiento o cómo reflejan sobre sí mismos esos grupos, el proceso de la vejez?; y
- c) ¿cómo varían los procesos del envejecimiento en relación con circunstancias históricas específicas? Al debate sobre estos temas en la gerontología se le conoce como la cuestión de “la edad, grupos de edad y período”.

Por un lado, expertos como Birren y Bengtson (1988:ix) le cobran a la gerontología el ser una disciplina “...rica en datos pero pobre en teoría”. Por otro lado, esos mismos autores explican que una de las razones para escribir su obra fue la de tratar de evitar las “islas de conocimiento” –lo que en nuestro medio hemos conocido como los “feudos”– que rivalizan por prominencia y dominación, siendo, generalmente, los viejos los que pagan el precio por esas luchas feudales entre los profesionales.

Las tres áreas problemas narradas a continuación, son de hecho los asuntos gerontológicos más debatidos contemporáneamente.

## Edad cronológica

Se entiende por edad cronológica la edad “calendario” que tiene un individuo en un momento dado a partir de su fecha de nacimiento. Ese tiempo transcurrido o tiempo de vida, se mide en términos de días, semanas, meses y años. Nuestro calendario tiene 365,25 días, o 52 semanas, o 12 meses y se comenzó a “medir” el tiempo con el nacimiento de Jesús (o lo que “pasa por”). Cada cuatro años, el año bisiesto tiene 366 días. Con ese día adicional se pretende corregir la diferencia de velocidad que existe entre la rotación de la Tierra sobre su propio eje (revolución) y la velocidad de traslación de la Tierra en su órbita alrededor del Sol.

Existen tantos calendarios como culturas: el hebreo (que mide el tiempo a partir de la creación bíblica, hace aproximadamente 3. 800 años antes de Cristo), el chino, musulmán y gregoriano, por mencionar unos pocos. El año romano antiguo tenía solo 10 meses: enero (por Janus, dios de los comienzos y los finales), febrero (purificación), marzo (Marte), abril (Lat. *aperire*, abrir), mayo (Maia, diosa del crecimiento de las plantas), Junio (Juventus, juventud), setiembre (sétimo), octubre (octavo), noviembre (novenio) y diciembre (décimo). Julio y Agosto, fueron agregados posteriormente por Julio César y César Augusto.

Por un lado, se asume que el tiempo es una variable continua. En cambio, el tiempo calendario o tiempo cronológico es una variable continua conceptual —no es real en cuanto a su fenomenología, solo es real sociológicamente. El problema es, ciertamente, un asunto muy profundo y difícil de dilucidar, pues, se refiere a ¿qué es el tiempo y cómo medirlo?

La noción del tiempo es la que nos ofrece la posibilidad de hablar del pasado, el presente y el futuro. Sin embargo, cuando hablamos de la era cristiana (d. C.), en la reconstrucción histórica de los hechos se ha detectado un error de aproximadamente 7 años. Dicho en otras palabras, las evidencias parecieran indicar que Jesús nació 7 años antes de lo que se ha creído (Velikovsky, 1977). Similares confusiones se han presentado en la reconstrucción de la cronología egipcia, pues en una época se pensó que la estrella Sotis y la estrella de Isis eran la misma. Nuevos indicios revelan que Sotis es la estrella Sirio, mientras que la estrella de Isis es el planeta Venus. Esos descubrimientos han permitido revisar la interpretación moderna de los calendarios egipcios y adaptarla más adecuadamente a nuestra cronología cristiana.

Basta con revisar la definición del *Diccionario de la Lengua Española* (1984:1306-7) del término “tiempo” para percatarnos de la complejidad fenoménica de su extensión, pues el término se utiliza para referirse a duración, época, estación del

año, edad, coyuntura para llevar a cabo algo, lugar, estado atmosférico, conjugaciones verbales, sidéreo –el que se mide por el movimiento estelar–, solar –el que se mide por el movimiento del Sol–, Luna –por el movimiento de la Luna–, horario –el que se mide por las horas–, etc.

La misma expresión “cronológico” en nuestra lengua, data de tiempos muy antiguos, pues para los griegos, Cronos (*Kronos* o Saturnus para los romanos) fue el dios del “tiempo”. Según Hesíodo (*Teogonía*), en el primer lugar de la creación se originó el Caos, sin mencionar para nada qué cosa era el Caos. La etimología del Caos es “un vacío, abertura o abismo”.

Se puede inferir de Hesíodo y Ovidio –así por lo menos lo interpreta Ruiz de Elvira (1988)– que Caos fue el primer dios griego. Cierta exégesis se ha llevado a cabo en el sentido de dilucidar la noción de *Chronos* (Χρονος, el tiempo) del dios, el Titán Kronos o Cronos, Saturno; pues, los griegos antiguos le atribuyeron a *Chronos* la creación de Caos. En otro sentido, se ha querido interpretar a Caos como la separación o hiato entre el cielo y la tierra, o sea, Urano y Gea (Gaia), los dioses primordiales.

Con el cielo (Urano), Gea engendra a los doce Titanes (seis hembras y seis varones), tres Cíclopes y tres Hecatonquires. El más joven de los varones Titanes fue también el más temible de la camada: Cronos o Saturno. También la madre Gea por sí sola engendró las montañas y al Ponto (el mar primigenio), con quienes se unió para procrear. Cronos se une a su hermana, la Titánide Rea, y engendran a los dioses olímpicos (Hestia, Deméter, Hera, Hades, Poseidón y Zeus).

A su debido momento, Zeus, el más joven de los olímpicos, destrona a Cronos y se convierte en el dios reinante. Dos ideas muy importantes surgen de este enfoque antiguo griego:

- a) el caos es un fenómeno que se suscita con el tiempo (lo que los físicos de hoy llaman “entropía”) y
- b) el caos es creativo.

En cualquier caso, de la *Teogonía* se deduce que Caos creó a Gea y que esta engendró a Urano (el cielo, pero diferente al Éter, el cielo como región más elevada).

De este modo, cuando en nuestro idioma hablamos de “cronología”, nos referimos generalmente a Chronos (el principio) y no a Cronos (el dios). Es, pues, Chronos, un principio indefinible que dio origen al Caos y por medio de este, al resto de los dioses y divinidades. Sin embargo, es un asunto muy debatido, si Chronos fue una divinidad por sí mismo, o solamente un principio o fundamento (Ruiz de Elvira, 1988).

Por otro lado, los griegos antiguos designaron al lapso de tiempo de la vida como existencia con  $\alpha\omega\nu$  (aion), para diferenciarlo de  $\chi\rho\nu\nu\omicron\varsigma$  (Chronos). Un “aion” era el “tiempo de la vida”, “duración de la vida”, “destino” o “vida”.

Según J. Benveniste (citado en Ferrater Mora, 1975: 786), el significado más originario de “aion” es “fuerza de vida” o “fuente de vitalidad”. El término griego *aion* dio origen al vocablo latino “eón”, que significa “el tiempo” o “la eternidad”.

En cualquier instancia, de Chronos hemos derivado nuestra noción del “tiempo” como un transcurrir, duración o un devenir. Pero, al no saber a ciencia cierta qué es el tiempo en sí, tendemos a interpretar al tiempo por sus efectos, o sea, el movimiento periódico de la materia, tal como la rotación de la Tierra o la sucesión de las estaciones del año o los cambios climáticos.

La manera más común de medir al “tiempo” es por medio del ritmo astronómico de la rotación de la Tierra sobre su propio eje o revolución, la cual resulta en el movimiento aparente del Sol sobre el firmamento: el día y la noche. Todavía nosotros en la lengua española, seguimos utilizando la terminología romana para designar a los días de la semana: lunes (Luna o Selene), martes (Marte o Ares), miércoles (Mercurio o Hermes), jueves (Jove o Júpiter, Zeus), viernes (Venus o Afrodita) sábado (Saturno o Cronos) y domingo (Solis, el dios Sol).

La otra manera en que “medimos” al tiempo es por el acontecer de las estaciones del año (primavera, verano, otoño e invierno) o por los equinoccios (21 de marzo y el 23 de setiembre) y solsticios (22 de junio y 22 de diciembre); de tal modo que al regresar la Tierra a su mismo punto en la órbita alrededor del Sol, le llamamos “un año”.

Algunas culturas se han regido por el año solar (Egipto, Grecia, Roma, etc.). Otras culturas han medido el tiempo por el año lunar (China, el islam). Los mayas, por ejemplo, observaron cuidadosamente los movimientos del planeta Venus, el Sol y la Luna para establecer su cronología (Seler, 1927).

También, los científicos sociales hablan del “tiempo cultural” o el “tiempo social”, para diferenciarlo de los acontecimientos astronómicos, con especial énfasis en los festivales o rituales que con cierta periodicidad se llevan a cabo en muchas culturas. Las características de la liturgia, tanto religiosa como la vernacular, han llamado la atención de los científicos sociales, especialmente aquellas que están basadas en observaciones astronómicas.

Los babilonios celebraron el gran festival de Ishtar basados en la aparición heliacal (al amanecer) del planeta Venus (llamado en la Europa antigua, Lucífero, y cuando aparecía por las tardes, Héspero). Ocho años terrestres equivalen aproximadamente a cinco años sinódicos del planeta Venus. El decreto de Canopus del

antiguo Egipto estuvo fundamentado en el ciclo sinódico de Venus y, por ende, el gran festival del año nuevo de la diosa Isis.

También los antiguos egipcios celebraron el año nuevo para el 22 de junio de nuestra cronología, equivalente al mes de Toth en la egipcia (solsticio de verano). Ese era el tiempo en que la estrella Sotis (Sirio) aparecía al levante y coincidía con las crecidas del río Nilo, con el comienzo de la época fértil en el gran delta, o sea, las canículas (Sotis o Sirio es la más brillante de las estrellas de la constelación del Canis Mayor).

Cuando el papa Gregorio XIII (año 1582) ordenó que se le quitaran al calendario juliano 11 días, para poder ajustar la cronología cristiana a la rotación de la tierra alrededor del Sol, la gente protestó, creyendo que el Papa estaba ordenando “acortar” sus vidas por 11 años. Es tal la influencia que el calendario tiene, como instrumento ordenador, que muy pocas veces nos damos cuenta de que nuestras vidas están regidas por el horario laboral (de 8 a 5, de lunes a viernes, año tras año); un hecho que luego se hace obvio, en ocasiones, cuando la persona se jubila.

Hoy día, se toma por una realidad que el meridiano que pasa imaginariamente sobre la ciudad de Greenwich, Inglaterra, es el meridiano 0 (cero). Este es un asunto de concordato internacional, y no con base en ningún fundamento científico. En 1884 (Strahler, 1966), se llevó a cabo un congreso internacional en Washington, D. C., para unificar criterios en relación con la hora estándar mundial. En ese congreso se decidió tomar al meridiano de Greenwich como el meridiano cero. Es más una indicación de la dominación política de los europeos, que de una percepción científica.

Así, pues, muchos países se rigen por el tiempo del meridiano de Greenwich (GMT, en inglés Greenwich Meridian Time), como si ese fuera la pauta del “tiempo”. Nuestra civilización moderna ha fundamentado el tiempo calendario sobre ese criterio, y bajo la misma tónica se ha establecido el meridiano internacional que determina el cambio de fecha (ubicado a 180 grados oeste del meridiano de Greenwich). De este modo, cuando son las cero horas sobre Greenwich, Inglaterra, son las 24 horas (12 medianoche) en Nueva Zelanda.

Para poder mantener un horario uniforme en la navegación marítima y aérea, el Gobierno de los Estados Unidos, por medio del National Bureau of Standards (la Oficina Nacional de Estándares) mantiene una red de estaciones de radio que en el idioma inglés transmiten para el mundo la hora de Greenwich cada dos minutos. Estas estaciones de radio pueden ser localizadas en 2,5; 5; 10 y 15 megahercios. Ese horario nada tiene que ver con la “hora atómica”, como en forma

muy espectacular que se la querido denominar en nuestro medio, pues, ese nombre se presta más a confusión que a una adecuada información de los hechos. Estas transmisiones de radio brindan el horario basado en la rotación de la Tierra en relación con el Sol. Es sencillamente la “hora estándar del meridiano de Greenwich”.

También los científicos han utilizado el horario sideral para indicar el paso de una estrella remota (tal como Antares o Sirio) por un meridiano determinado. Se ha logrado establecer que un día sideral dura 23 horas, 56 minutos y 4,09 segundos del tiempo medio solar. Por lo tanto, el año sideral tiene 365 días, 6 horas, 9 minutos y 9,54 segundos. Por razones prácticas, en lugar de utilizar este horario más exacto, en cambio utilizamos el de 24 horas solar.

Si pudiéramos viajar a 1. 300 km (la velocidad varía según la latitud) por hora de este a oeste en contra del sentido de rotación de la Tierra, podríamos salir de Nueva York al mediodía y llegar a San Francisco de California a la misma hora (el mismo día), cuatro horas después. También podríamos viajar por avión de las Islas Tonga, en el Pacífico Sur, y llegar a Samoa un día antes, al cruzar la línea internacional para el cambio de fecha. De ese modo nos ganamos un poco de “tiempo” cronológico, pero, no del tiempo transcurrido.

La manera en que los científicos definen los términos difiere, con frecuencia, de la modalidad de usanza de otros grupos culturales, de este modo, por ejemplo, un sínodo en astronomía se refiere a la conjunción de dos planetas en el mismo grado de la eclíptica o en el mismo círculo de posición.

Lo que los griegos llamaron “aion”, o sea, el lapso de tiempo de una vida humana, nosotros lo medimos por la edad. En nuestra cultura utilizamos la edad (a partir de la fecha de nacimiento) para designar el tiempo cronológico o calendario transcurrido.

Pero, resulta que el organismo humano, al igual que otras formas de vida, miden el tiempo en forma diferente a como lo miden los acuerdos internacionales. Para el organismo humano, el momento del cambio en el funcionamiento de la glándula hipófisis –que regula el crecimiento, los óvulos en la mujer y la esperma en los testículos; o los cambios en el estradiol de la mujer, marca pautas biológicas (fisiológicas, anatómicas, endocrinas, etc.) que conllevan cambios en la personalidad humana, los cuales están asociados con ritos y mitos culturales.

Hasta la fecha tenemos mucha información en referencia a cómo el organismo marca las pautas glandulares y se ha avanzado bastante en entender cómo el telómero (los extremos de los genes) se van haciendo cada vez más cortos después de cada mitosis (división) celular, para funcionar como un “reloj” biológico.

Sin embargo, todavía no tenemos claro cuál es la conexión entre el ritmo orgánico que mantiene el compás del tiempo biológico y los ritos o festivales culturales.

Por ejemplo, el rito de pasaje de la niñez a la adolescencia marca el cambio de *status* social que se adjudica a un individuo: pasa de dependiente de su familia hacia la búsqueda de su propia autonomía y la formación de su unidad familiar propia. Estos aspectos sociales y culturales, van acompañados de cambios orgánicos. En la cultura hebrea se efectúa el Barmitzwa, en la católica la Confirmación, entre los Bemba de África se efectúa la circuncisión de los adolescentes (macho y hembra) y así por el estilo.

Según Audrey Richards (en La Fontaine, 1985: 45),

*. . . los rituales de iniciación entre los Bemba apuntan a transformar a las muchachas en mujeres maduras, pero tenían el efecto de hacer público y legitimar un cambio natural que ya había tenido lugar.*

Es justo lo que el belga A. van Gennep denominó “los ritos de pasaje” en 1909.

De ese modo, acontece una “edad” para la entrada al sistema educativo, para la mayoría de edad, para casarse, para jubilarse y para “haber vivido demasiado”. Tales hitos como la primera menstruación o la primera eyaculación, el desarrollo de senos o barba, la manifestación del vello púbico, el cambio de tono de voz, la salida de canas, las arrugas en la piel, el climaterio y otros tantos cambios biológicos, van también acompañados de sistemas de valores, normas, creencias, ritos y supuestos ideológicos a los que se les atribuyen significado social y cultural. Si existe influencia recíproca entre los cambios del organismo y las prácticas culturales, es un fenómeno que están tratando de investigar y documentar los gerontólogos.

Algunos científicos se adhieren al modelo lógico racional lineal de causa y efecto. Ellos tratan de determinar si la cultura es el resultado de los cambios biológicos. Otros científicos, enfocan el mismo problema, pero desde el punto de vista de la reciprocidad de influencias, o inclusive, la dialecticidad del proceso. Sin duda, los aspectos biológicos han contribuido a las pautas culturales y estas, a su vez, influyen sobre el organismo, porque la materia orgánica es susceptible de ser influida por las modalidades del comportamiento.

Por ejemplo, un individuo sometido a una situación social que le causa estrés puede que tenga, básicamente, dos tipos de respuesta:

- a) se vuelve adicto a las hormonas secretadas por el tejido cortical de las glándulas suprarrenales y se siente cómodo en dichas situaciones, o
- b) las hormonas puede que tengan un efecto devastador sobre su organismo y lo desgasten, teniendo como consecuencia un envejecimiento acelerado o el desarrollo de condiciones crónicas (hipertensión, ulceración, etc.). En



pocas palabras, la relación íntima que se suscita entre el organismo del individuo y su entorno (físico y social) no se puede negar, pues es un proceso que ha quedado ampliamente documentado por los estudios de la evolución y la adaptación de las especies.

Por otro lado, el conocimiento acumulado para descifrar la conexión entre los cambios orgánicos y las pautas culturales es, sencillamente, insuficiente, pues, todavía no queda claro qué función cumple el que el ser humano tenga un lapso de vida más prolongado (longevidad).

En nuestra época contemporánea, se suscita, por lo general, la tendencia a comprender el tiempo como un aspecto independiente de las cosas. Lo curioso de este fenómeno es que, a pesar de esa comprensión, continuamos midiendo el tiempo por la “duración” de las cosas, debido a lo imposible de entender el tiempo en sí. Así, Newton propuso que las cosas cambian, pero el tiempo no, algo a lo que el público en general le atribuye muy poca importancia.

Sin embargo, la visión mecanicista de Newton ha sido severamente criticada por la física moderna, pues no resuelve la cuestión de la temporalidad de la materia. Así, Capra (1985:85), comenta:

*La naturaleza dual de la materia y de la luz es muy misteriosa. Parece imposible que algo pueda ser, al mismo tiempo, una partícula (entidad limitada a un volumen extremadamente reducido) y una onda que se difunde a través de una vasta región del espacio.*

Los físicos contemporáneos han descubierto que hay “partículas” que se comportan como “ondas” y viceversa. Las características de “partícula” o de “onda” dependen del entorno, o sea, de la situación experimental. ¿Cómo se aplica esto al fenómeno humano? Eso, precisamente, es en lo que están trabajando miles de gerontólogos al mismo tiempo en diferentes partes del mundo (diferentes culturas, grupos de edad, raza, etnicidad, género, ingreso económico, *status* social, poder, prestigio, región geográfica, época histórica, hábitos dietéticos, grado de estrés, influencia de la telomerasa, pautas marcadas por el codón restringido, radiación ambiental natural y artificial, etc.).

Para decirlo en pocas palabras, no se puede entender un fenómeno intrínseco (como el efecto del transcurrir del tiempo en la química celular) sin tomar en consideración el entorno en que el fenómeno acontece. En el caso de los humanos, el concepto de “entorno” tiene dos dimensiones fundamentales:

- a) la material (espacio, geografía, ubicación física);
- b) la social y cultural (normas, valores, símbolos, significados, etc.).

La edad, como criterio para medir el paso del tiempo y su efecto sobre el organismo humano, es un criterio sumamente insatisfactorio e inadecuado. En primer lugar, porque la “edad” es un criterio artificial, una construcción social de la realidad. Segundo, porque no tenemos suficiente información para saber por qué envejece el ser humano, *ceteris paribus*, controlando el efecto del entorno. Tercero, porque hay suficientes evidencias científicas experimentales ya acumuladas para demostrar que existen diferencias significativas en el grado de envejecimiento, entre personas de la misma edad. Lo que nos conduce a concluir que el tener la misma edad cronológica no significa el tener el mismo grado de envejecimiento. Inclusive, se puede afirmar, en muchos casos, que tener la misma edad cronológica no es indicativo del “grado de madurez” de un individuo. Así, se suscita el caso de algunos adolescentes de 18 años de edad, que adquieren la edad necesaria para votar, para adquirir obligaciones contractuales legales, pero, que quizás no tienen la madurez para ello.

Por eso es que los gerontólogos también han cuestionado el concepto de “maduración” y “madurez”. Según el *Diccionario de la Lengua Española (Ibid., p. 854)*, “maduración” es la acción y el efecto de madurar o madurarse. Por “madurar” se quiere indicar, en el caso de los seres humanos, “Crecer en edad, juicio y prudencia”. Por “madurez” se define la “edad de la persona que ha alcanzado ya su plenitud vital y todavía no ha llegado a la vejez”.

Harry R. Moody, en su artículo “Toward a Critical Gerontology: The Contribution of the Humanities to Theories of Aging” (“Hacia una gerontología crítica: La contribución de las humanidades a la teorías del envejecimiento”, en J. E. Birren y V. L. Bengtson, *Emergent Theories of Aging*, 1988: 21), dice:

*La gerontología social y las teorías del envejecimiento no son asuntos de simplemente el distinguir los niveles múltiples de la causalidad, o de elucidar los alcances del discurso. Consiste en asuntos ulteriores que involucran nuestro entendimiento de lo que significa el volverse viejo, en un mundo en donde el razonamiento tecnológico busca dejar atrás o transformar las condiciones limítrofes de la existencia humana misma: nacer, la vejez, la muerte, el transcurso completo de la vida humana.*

Esta es una  
muestra del libro  
en la que se despliega  
un número limitado de páginas.

Adquiera el libro completo en la  
**Librería UCR Virtual.**

LIBRERÍA  
UCR  
  
VIRTUAL

*El envejecimiento: aspectos sociales* es una obra que surge como resultado de varios años de experiencia profesional en la pedagogía de la gerontología, tanto en el Departamento de Sociología, como en la Maestría Interdisciplinaria en Gerontología de la Universidad de Costa Rica.

El autor, también, fue docente en la especialidad en Geriátrica y Gerontología, del hospital "Raúl Blanco Cervantes". Hizo sus armas en el campo del envejecimiento en la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), de cuya institución partió hacia Kansas University, para obtener el doctorado académico (Ph.D.).

Esta es una obra ambiciosa, como lo ha sido el proyecto de la especialidad científica que estudia el envejecimiento: la gerontología. Como toda obra que aspira a ser iniciática y germinal, este libro abre múltiples umbrales que provocan y estimulan la reflexión acerca de lo que significa envejecer y qué es el envejecimiento, desde el punto de vista de la construcción social de la realidad.

Muchos seres humanos no tienen plenitud de consciencia de que aquello que pasa por una realidad autónoma e independiente, es, en esencia, un aspecto alienado de sí mismos. Desde la misma tónica, muchos seres humanos envejecen alienados y cosificados, sin percatarse de que muchos de los procesos que les acontecen no son ajenos a su propio albedrío, sino, al contrario, forman parte integral de su experiencia social.

Las ciencias sociales tienen una meta moral vinculante: por medio del conocimiento científico, emancipar a la humanidad de sus cadenas. Cada eslabón de la cadena que se rompe, es un eslabón más de la cadena de pensadores que procuran contribuir con su grano de arena al desarrollo de la humanidad. Esa es una de las tantas paradojas. Este libro es un primer paso hacia una síntesis que debemos construir todos y cada uno, en relación con el proceso del envejecimiento.