

DEBATE

## Intervenciones en gerontología: apuntes críticos para un nuevo milenio

---

## Interventions in gerontology: critical notes for a new millenium

**José Javier YANGUAS LEZAUN**  
**Francisco Javier LETURIA ARRAZOLA**

Instituto de Estudios Gerontológicos  
Matia Fundazioa  
jyanguas@matiaf.net

---

### RESUMEN

*Se parte de un análisis de los tipos de pensamiento que subyacen en este momento, en las maneras de hacer e intervenir en el mundo de la gerontología (un modo de pensar reduccionista, unidimensional, disyuntivo) y las consecuencias de los mismos: falta de visión integral y global de las personas, parcelación del objeto de intervención, etc.*

### PALABRAS CLAVE

*Gerontología, Intervencions, Psicosocial, Vejez.*

### ABSTRACT

*We have started from an analysis of the different types of thought that exist at this moment, in the ways of working in the field of gerontology (a reductionist, unidimensional and disyuntive way of thinking) and the outcomes of those; a lack of an overall point of view of the people, a division of the subject of our interventions...*

*Special emphasis is made in the need of a more complex and multidimensional thought, in order to face the challenges produced by the attention to the older persons in the next century.*

### KEY WORDS

*Gerontology, Interventions, Psychosocial, Ageing.*

## **1. El olvido de los olvidados**

El interés por la vida y por el envejecimiento, o mejor dicho, por evitar el envejecimiento y prologar la juventud ha sido una constante en la historia de la humanidad. Desgraciadamente esto no ha supuesto que la vejez y el envejecimiento hayan sido objeto de la más mínima atención por las diferentes ciencias y disciplinas, al menos, hasta hace muy escasos años. Tras unos comienzos una tanto pusilánimes, seguimos avanzando lentamente con pasos vacilantes (obsérvese el peligro de caídas existente en este tipo de situaciones) y un poco desorientados en este lento "viaje gerontológico". Viaje, que esperamos no sea al estilo de Ulises en su particular "Viaje a Itaca" (donde salía y llegaba al mismo mítico lugar); sino que nuestro viaje, sea un viaje vertical (sin vuelta), al estilo del que hacía Mayol, el personaje de Enrique Vila-Matas (1999).

En términos generales la sociedad se ha situado respecto de la vejez y del envejecimiento en un plano de profunda duplicidad: hipotéticamente nos importan o nos deberían importar todas estas cuestiones; en la práctica siguen permaneciendo olvidadas, al menos, que no nos afecten directa y personalmente. ¡Qué los últimos años de la vida de una persona hayan sido omitidos y arrinconados durante tanto tiempo por la mayoría de las ciencias y disciplinas entre las que se incluye la psicología, no habla sino de cierto fracaso de nuestra civilización!. Este fracaso nos angustiaría si consideráramos a los viejos como hombres, con una vida humana detrás de ellos, y no como cadáveres ambulantes (Beauvoir, 1983). No obstante si hiciésemos un análisis de "clase" se observaríamos, como casi siempre, diferencias: entre las personas mayores con alto poder adquisitivo y salud; y los pobres y dependientes.

De Espronceda a Kundera; de la ambrosía a beber del Santo Grial (la mítica copa de la última cena que buscaba Indiana Jones); del vampirismo al "elixir de la vida"; de las bondades del aliento de las bellas ninfas de la época romana que se creía conservaba jóvenes a los que los absorbían, al Gerovital H<sub>3</sub> de la Dra. Aslam; antioxidantes versus radicales libres; de los baños de sangre de la condesa rumana Isabel Barthory pasando por los beneficios del Te Kombucha a los tratamientos termales anti-envejecimiento de la "jet society" o las cremas anti-aging con liposomas y ribosomas; de Tithonio a Matusalén; de la bondad de las células de fetos animales y humanos para conservar la juventud, a "vender el alma al diablo". Estos mitos (y negocios) dan buena cuenta de la importancia que damos a la vida, de alguna manera al envejecimiento y sobre todo, a la inalcanzable e inaccesible eterna juventud.

Esta importancia "relativa" por la vida y el envejecimiento que hemos tratado de recalcar, aunque sea brevemente, no ha tenido un correlato con el estudio de la vejez y en la consideración de la misma. La crítica apasionada sobre la actitud de la sociedad a lo largo de la historia para con las personas mayores que Simone de Beauvoir realiza en su libro "La vejez" (1982) refleja brillantemente, a nuestro juicio, la tremenda dualidad que la sociedad ha tenido muchas veces con las personas mayores y el envejecimiento a lo largo de la historia y en la actualidad. Queremos vivir más, queremos vivir mejor pero, no nos queremos reconocer en ese viejo, en esa vieja, dando como resultado el "olvido" de los tradicionalmente "olvidados"; destruyéndose todos los puentes entre nuestro Hoy, nuestro Ayer y nuestro Anteayer (Zweig, 2001).

Cierto es que las ciencias y disciplinas implicadas en el estudio de la vejez

y del envejecimiento han tenido unos comienzos “trabajosos” valga la expresión, al haber nacido en el seno de una sociedad que caracterizó genialmente Enrique Santos Discépolo, en su tango Cambalache. Una sociedad: que valora el vivir más, pero que minusvalora algunas características o rasgos del colectivo de las personas mayores (que no de todas las personas mayores); que cree como Terencio que vejez es casi un sinónimo de enfermedad; que supone que en la vejez la enfermedad no se puede prevenir; que admite en contra de la evidencia empírica, que no existe apenas margen de modificabilidad. Una sociedad: que recela de la variabilidad intraindividual e interindividual entre el colectivo de las personas mayores; que ha huido de este colectivo hasta que le ha interesado por motivos innombrables, cómo señalaba una crítica libertaria de los geriátricos: “los últimos de los explotados continúan siendo una fuente de ingresos para sus explotadores”(Alvarez-Uría, 2000). Pero no es menos cierto que ha llegado el momento de subsanar este error y devolver a la vejez y al envejecimiento, el digno estatus que merece. Por lo mismo no seguiremos aceptando con indiferencia la desventura de la postrera edad, nos sentiremos incluidos: lo estamos(Beauvoir, 1982). La devolución de la dignidad al colectivo de las personas mayores pasa, entre otras cuestiones, porque los que trabajamos con y para las personas mayores nos preocupamos obsesivamente por su calidad de vida y no por otras cuestiones.

El presente trabajo, partiendo de nuestra práctica, trata de las intervenciones psicosociales en gerontología mirando al pasado y al presente, pero sobre todo al futuro. Y dentro de las intervenciones psicosociales, vamos a intentar profundizar en la manera en que pensamos, en la manera en que nos preguntamos sobre las cosas y, obviamente actuamos, los que estamos de

alguna manera relacionados con este mundo.

Y queremos hacerlo desde un espíritu crítico. Subirnos a los árboles al estilo de Cosimo Piovasco di Rondo, el Barón Rampante del genial Italo Calvino, que vivía encaramado a los árboles, no para sustraerse al deber intelectual de entender el propio tiempo y participar en él, sino para entenderlo y participar mejor.

## 2. Planteamiento:

La tesis que presentamos es clara: la actual manera que tenemos de hacer, está basada en un tipo de pensamiento unidimensional, reduccionista, disgregador, insolidario, disyuntivo y clasista, que va a llevar al menos al mundo de la gerontología, si no a un adocenado callejón sin salida, sí a un boulevard bucólico y aburrido (justificado por intereses económicos algunas veces).

La “propuesta” es buscar modos de hacer, que se basen en modos de pensar que sean capaces de tratar, de dialogar, de negociar con la realidad. Que afronte las solidaridades y los respaldos, las discrepancias y diferencias entre los múltiples elementos-problemas-situaciones. En definitiva, un tipo de pensamiento de vocación ecológica, de tendencia protectora. Maneras de pensar que sean capaces de observar la bruma, la incertidumbre y la contradicción, en el que se permita distinguir sin desarticular, asociar sin identificar o reducir.

Y para poder reflexionar, necesitamos tener capacidad, ansia y deseo de buscar. Desde “siempre” se dice una y otra vez que no hay nada nuevo que explicar, excepto la manera de explicarlo. Que no hay nada que inventar que todo está inventado. Que para que vas a hacer algo, si no merece la pena, puesto que los que vengan detrás te lo van a liquidar.

Que lo “bueno” es enemigo de lo “mejor”. Que es mejor no hacer nada nuevo, no vaya a ser que “nos cueste más la salsa que los caracoles”.

Este tipo de comentarios reflejan actitudes paralizantes. Aceptan las maneras de pensar y hacer ya existentes sin cuestionarlas y justifican el “status quo”. Como decía Amin Maalouf(1999): “esta vez lo que está en entredicho no es ya la uniformización mediante la mediocridad, sino la uniformización mediante la hegemonía”. No solo aumentan los síndromes y enfermedades invalidantes entre las personas mayores, sino que aumenta también la cronificación de nuestras intervenciones y propuestas, que pueden requerir, si no se pone remedio, de institucionalización. Somos tan ilusos que pensamos que vamos a dar respuesta a muchos problemas de las personas mayores, a través de estrategias que se han utilizado anteriormente, por cierto, con escaso éxito.

De todo lo anterior se deriva una cuestión extraordinariamente importante: en la manera en que alguien plantea y describe un problema, ya está contenida una idea de cómo podría o debería solucionarse.

### **3. La emergencia de nuevas enfermedades y modelos teóricos en gerontología:**

#### *3.1. Nuevas enfermedades y síndromes:*

La investigación en estos últimos años ha ido recogiendo paulatinamente en diversas publicaciones, evidencia empírica suficiente de la existencia de diversos trastornos que afectan al mundo gerontológico y que son principalmente: la enfermedad de la Lengua (Language’s disease), la afasia del gerontólogo (Aphasia of the Gerontologist) o afasia de Birren-Lawton-Moos, el síndrome de Bellow y la enfermedad de la homogenei-

dad progresiva (Disease of the Progressive Homogeneity) .

#### *3.1.1. La Enfermedad de la Lengua:*

Se trata de una enfermedad grave a pesar de la oralidad de su denominación, que afecta en cuanto a su difusa localización neuroanatómica al lóbulo frontal y al lóbulo temporal izquierdo; y a nivel bioquímico a dos neurotransmisores cerebrales: la metonimiasa y la sinecdoquenasasa. Esta enfermedad es también conocida como la “Enfermedad de Lázaro Carreter” o “Enfermedad del Dardo en la Palabra”, debido a sus dos meta-síntomas principales: tomar el efecto por la causa y designar una cosa con el nombre de otra, que no es más que una parte de ella. Otros síntomas secundarios verificados en una gran mayoría de los casos son: el estreñimiento o la diarrea, y los sofocos. En general los síntomas secundarios aparecen cuando los sujetos que la padecen son conscientes de las consecuencias de sus meta- síntomas.

En los sujetos que padecen un déficit de la sinecdoquenasasa, que es el que ha sido más estudiado por diversos grupos de investigación, se han observado la existencia de dos nuevas entidades no recogidas en el DSM-IV ni el CIE-10: el denominado trastorno disciplinar-gremial y el trastorno disyuntivo-reduccionista.

El trastorno disciplinar-gremial se caracteriza por: aumento de actividad motriz, monotemizarse más de lo habitual, fuga de ideas de otras disciplinas, pensamiento acelerado, aumento de la autoestima disciplinar (en algunos casos puede llegar a una entidad psiquiátrica de gravedad extrema denominada delirio disciplinar), disminución de la necesidad de sueño y del reparador descanso interdisciplinar, disminución del apetito, celos, afecto inapropiado e implicación

excesiva en actividades de riesgo disciplinares (hacer gerontopsychologing, geriatrizing o congresing todo el tiempo, debido probablemente al aumento de adrenalina y noradrenalina). Otras características de esta entidad psiquiátrica es que se sigue viendo la vejez desde compartimentos estancos y por un esfuerzo improbable en mantener el "status quo" aquellas disciplinas que lo tienen, y por un esfuerzo titánico aquellas que no lo tienen y quieren encontrarlo. Se ha encontrado abundante evidencia en publicaciones recientes en las que: la geriatría es un "todo" en un afán de completitud inabarcable; donde en manuales de terapia ocupacional se incluyen tratamientos psicológicos, de enfermería o de fisioterapia; donde psicólogos se conjuran contra los proscritos (los no -psicólogos) para que "lo socio-comportamental" quede en sus ungidas manos, la valoración de cualquier faceta humana sería parte de la valoración geriátrica, etc.

El trastorno disyuntivo-reduccionista (se espera sea incluido en el DSM-V que está al llegar) se caracteriza por investigar y formar a los futuros gerontólogos en un paradigma que aísla a la persona en campos de conocimiento sin integrarla. Así se logra una visión unidimensional que decolora y desenfoca la realidad, imposibilitando engarzar conocimientos y dando como resultado "una foto donde están desgastados los detalles precisos que caracterizan los rostros fotografiados" (Marai, 2000). Las manifestaciones clínicas más habituales son: el paciente revive involuntariamente experiencias parceladoras y parcelantes, evitación y embotamiento con capacidad de respuesta disminuida, hipervigilancia y fobia al pensamiento solidario.

Respecto a los sujetos que sufren un déficit en la producción de metonimias, decir como ya se ha comentado, que toman el efecto como si fuera la causa,

el instrumento por el agente, etc. Los síntomas principales son: miedos irracionales y persistentes con evitación secundaria del pensamiento creativo. En general este trastorno eleva los medios a la categoría de fines, dando como consecuencia el poder dar importancia a cosas que no la tienen y viceversa. Por ejemplo: se confunde calidad con sistemas de aseguramiento de la calidad, de tal modo y manera, que "tener la ISO o la medalla ISO" es igual que dar calidad; se valora por valorar y no por conocer para intervenir; lo importante es el procedimiento y no los objetivos; en las investigaciones nos fijamos en la parte de método sin valorar ni los objetivos ni las conclusiones, etc. También se han observado ejemplos de la poca producción de metonimias en la jerga gerontológica: "hazle un minimental", por valora, se supone que multidimensionalmente, a esa persona.

La búsqueda de un tratamiento efectivo para "la enfermedad de la lengua" pasa por: un estudio más concienzudo y profundo del funcionamiento cerebral, el uso de nuevas técnicas de neuroimagen para localización exacta, diagnóstico precoz y tratamiento; así como por la aplicación de programas no farmacológicos, como el denominado PPTI-Programa de Provocación de Traumatismos Interdisciplinares, que es un ejemplo de claridad interventiva efectiva y buen hacer.

### 3.1.2. La afasia del gerontólogo:

Es un trastorno grave que se caracteriza por: un comienzo insidioso, desorientación, un output verbal hiperfluido aunque sin contenido y dificultades en la comprensión e incorporación de nuevos contenidos.

Es la imposibilidad de incorporar nuevos contenidos lo que caracteriza esencialmente esta anomalía. Conocida también con el nombre de afasia de

Birren-Lawton-Moos, la misma se manifiesta por la imposibilidad de incorporar contenidos de ninguno de estos tres anteriores autores y sobre todo del Handbook of the Psychology and Aging (en cualquiera de sus múltiples ediciones) a su trabajo diario. Otras manifestaciones comunes son: trabajar según las "actuales" teorías de la actividad de Neugarten, Havinghurst y Tobin de finales de los 60; taquicardias ante la posibilidad de que el modelo de optimización selectiva con compensación explique adecuadamente el envejecimiento; e incapacidad de integrar las aproximaciones bio-psico-sociales en un conjunto integrador.

No existen datos epidemiológicos contrastados y en general la prevalencia de la afasia del gerontólogo parece ser muy constante e independiente del sexo y la edad. Si se han estudiado algunas variables que protegerían supuestamente a la población de este trastorno y que son: el nivel cultural, la formación, la mirada crítica hacia lo que hacen otros y la capacidad de autocrítica.

### *3.1.3. El síndrome de Bellow (Bellow's Syndrome):*

Es un trastorno menos agresivo que el anterior, pero de tratamiento y pronóstico, igualmente grave. Esta constelación de signos y síntomas todavía mal definidos, toman el nombre del Premio Nobel de Literatura de 1976, Saul Bellow. En una de sus novelas un personaje le decía al otro: ¿Sabes la diferencia entre la ignorancia y el desinterés?. Y el otro le contestaba: "Ni lo sé, ni me importa".

El síndrome de Bellow se ha tipificado como un nuevo trastorno de ansiedad. Se caracteriza fundamentalmente por una fobia ante la formación y: tensión muscular, manifestaciones neurovegetativas, sensación subjetiva de peligro, inquietud,

nerviosismo y en ocasiones dificultades en la concentración-atención, así como alteraciones en el sueño que se manifiestan ante cualquier actividad formativa medianamente seria y que pueda ser una mejora en la atención que se oferta a las personas mayores.

Se han identificado cuatro variantes principales: la primera tiene que ver con la actitud de los profesionales, la segunda variante con la actitud de las organizaciones, la tercera variante es una combinación en proporciones desiguales de las causas que generan las dos primeras variantes y la cuarta variante denominada la del "profesor-reproductor de modelos caducos" (reproductive professor of old models).

Algunos investigadores han relacionado la curación de esta enfermedad con "la toma de conciencia de la situación" y un cambio en los "estilos" en la que se encuentran tanto profesionales como organizaciones.

Los únicos resultados "científicos" que permiten cierto optimismo se han recogido de la investigación básica de la primera variante del síndrome de Bellow, especialmente en lo que se refiere a la incorporación de profesionales jóvenes, algunos de los cuales parecen haber desarrollado una mutación en el cromosoma 21 y más concretamente en el gen que codifica la proteína precursora del -gerontoloide, que les permite incluso formarse y desarrollar trabajos serios y competentes. El estudio de las personas que tienen estas mutaciones abre vías para los ensayos de una vacuna que proteja contra la primera variante del síndrome de Bellow.

Respecto a la segunda, tercera y cuarta variante no se atisba tratamiento a corto plazo y las nuevas incorporaciones en el sector parece ser que no han dado, hasta el momento, los resultados apetecidos.

### 3.1.4. La enfermedad de la homogeneidad progresiva (*Disease of the Progressive Homogeneity*):

Es un déficit cognoscitivo grave y complejo. Los pacientes se caracterizan por: incapacidad de observar la plasticidad intraindividual y la variabilidad interindividual (relacionados con lesiones en: córtex prefrontal dorsolateral que está relacionado con razonamiento y el pensamiento abstracto; córtex estriado que está relacionado con el juicio visuoperceptivo; y sector perisilviano que está relacionado con la comprensión compleja). Esta enfermedad, que en USA recibe popularmente el nombre de "Disease of white coffee for all", se caracteriza porque los sujetos que la padecen homogenizan al colectivo de personas mayores de una manera brutal. Suelen actuar como si todas las personas mayores fueran iguales, necesitaran los mismos recursos y no existiera ninguna diferencia.

Hay autores que han relacionado la enfermedad de la homogeneidad progresiva con alteraciones de la atención y especialmente con lesiones en: el circuito córtex parietal posterior, córtex dorsolateral premotor y córtex cingulado; y en las estructuras del cerebro basal anterior (núcleos de Meynert). Tiene un comienzo insidioso y la enfermedad va avanzando paulatinamente hasta que la posibilidad de observar diferencias se anula por completo, siendo necesario descartar la presencia de algún problema oftalmológico.

Los pacientes que sufren esta enfermedad son incapaces de trabajar pensando en la heterogeneidad, en la diversidad y en la diferencia de los sujetos que constituyen el colectivo de las personas mayores. Como consecuencia de ello no se tienen en cuenta los deseos, necesidades, historia o gustos de los mismos. Así los recursos donde trabajan los pacientes que sufren la Enfermedad de la Homogeneidad Progresiva son todos iguales, dan

de comer lo mismo, tienen siempre la misma cadena de televisión puesta a la vez que lanzan mensajes por megafonía, las intervenciones y tratamientos son los mismos para todos, se consumen mucho psicofármacos (que aumenta el interés económico por el colectivo), etc.

En lo referido al tratamiento de esta enfermedad se utilizan dos tipos de fármacos todavía en fase muy experimental: los inhibidores de la recaptación selectiva de la heterogémina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la diferencinasa.

### 3.2. Nuevos paradigmas de entender el envejecimiento y el trabajo gerontológico: la banalización indiscriminada sin compensación o modelos BIC®:

En 1990 Paul y Margret Baltes en su libro *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* presentaron el modelo de Optimización Selectiva con Compensación. Después de bastantes años de trabajo hay profesionales que han utilizado este modelo con cierto éxito y en cambio, otra corriente gerontológica ha diseñado y trabajado sobre un modelo que empieza a calar en el acervo gerontológico: el modelo BIC® o el modelo de Banalización Indiscriminada sin Compensación®.

El modelo BIC® asume que la gerontología está inmersa en un proceso continuo de adaptación, mediante tres procesos que actúan entre sí: la banalización, la indiscriminación y la no compensación.

Por banalización se entiende, el proceso de trivialización que se da en diferentes áreas del funcionamiento gerontológico y que le permiten "desarrollarse" a lo largo de la vida. Implica restricción ya que se limitan la adecuada realización de ciertas tareas, roles y acciones; pero tam-

bién significa adaptación a los tiempos actuales.

La indiscriminización refleja la idea de que existe regulación para funcionar a niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución adaptándose a los “tiempos que corren”. Este proceso actúa a través de un complejo mecanismo que suspende selectivamente la diferenciación gerontológica haciendo que todo parezca similar.

La no compensación hace referencia a la inhibición del proceso que se activa cuando existe un aumento de las demandas del contexto y no es posible alcanzar el estándar de ejecución requerido. La no compensación abre un amplio abanico de posibilidades al poder tratar lo diferente como si fuera igual.

El éxito de este enfoque no reside tanto en las novedosas ideas que aporta, que las hay, sino sobre todo porque refleja un nuevo modelo mucho más sencillo y estereotipado para desarrollar en el campo de la gerontología. El modelo BIC<sup>©</sup> ha conseguido importantes logros en los últimos tiempos y aunque la lista es extensa queremos destacar brevemente los siguientes: hacer del juego del bingo una terapia de rehabilitación cognitiva, sustituir psicólogos por auxiliares a la hora de hacer “terapias”, reducir la dependencia de un concepto multidimensional a un concepto unidimensional, diagnosticar con pruebas de screening, utilizar los sistemas de aseguramiento de la calidad no como un medio para ofertar calidad sino como un fin, utilizar el voluntariado como profesionales, revalorar el uso de los psicofármacos, eliminar a las personas mayores autónomas del colectivo a atender por los servicios sociales utilizando el pretexto de la dependencia, la justificación de decisiones debidas a criterios exclusivamente empresariales con “excusas técnicas”, etc.

Hay que recalcar que el modelo BIC<sup>©</sup>

ha recabado un amplio consenso como un nuevo marco de estudio de la gerontología. Cada vez son más las personas que trabajan con este tipo de modelos ayudados por diversos elementos “ambientales y de contexto” sin ningún cuestionamiento del mismo; a la par que sincronizados perfectamente con la actual política social moderna, solidaria y audaz que se lleva a cabo en el campo sociosanitario.

#### **4. Elementos que pueden posibilitar un viaje vertical:**

Después de las líneas anteriores, ustedes ya se habrán hecho una ligera idea de que cuestiones creemos importantes abordar en este nuevo milenio. No obstante queremos ahondar especialmente en cuatro cuestiones:

El primer elemento necesario para un viaje vertical, es querer viajar, tener ansia, deseo, hambre, glotonería, avidez, gula, necesidad, antojo,...., lo que sea , pero “de viajar”, de moverse del sitio, de ser un nómada gerontológico.

Segundo elemento: aunque parezca mentira uno puede viajar y no maravillarse. Hay personas a las que les parece un lugar igual que otro, una novela similar a otra, una cantata de Bach igual a un cuarteto de Beethoven o Brahms,...., una persona mayor igual a otra. Hay que recuperar la capacidad de distinguir, de maravillarse. Como cuando los gitanos llegaban a Macondo llevando con ellos piezas sorprendentes de la ciencia y el pueblo se les echaba encima y se maravillaban con unos imanes que chupaban con fuerza cacharros y cacerolas.

Suponiendo que al menos las dos primeras condiciones se cumplen (se podrían incluir bastantes más) sugerimos otros elementos que impulsen este viaje vertical:

- Cambios en los modos de pensar: Desde una pensamiento unidime-



sional, insolidario, disyuntivo, que cercena e ignora la realidad; a un pensamiento solidario, multidimensional, transversal, complejo. Hay que dejar de mirar la gerontología como si de compartimentos estancos se tratara, hay que olvidar los impermeables tabicamientos disciplinares existentes, porque los fragmentos separados ignoran el rostro global del que forman parte: el rostro de las personas mayores y sus familias. Se puede distinguir sin desarticular, asociar sin reducir. Hoy más que nunca es necesario mitigar el abismo existente entre nuestros encasillados, troceados, fraccionados y segmentados saberes y una realidad compleja que nos interroga (Morin, 2000). Hay que tomar conciencia de las consecuencias de los modelos de pensar que mutilan el conocimiento y desfiguran la realidad (Morin, 1999).

Se está produciendo muy paulatinamente una “ruptura epistemológica” entre el corpus de conocimiento liderado por la geriatría y el nuevo, más amplio, que se está generando actualmente. Aún existiendo desencuentro real, la aparición de nuevos saberes permite entrever la necesidad de nuevas relaciones, nuevos planteamientos de cada opción, eliminando y evitando los métodos excluyentes.

Cada vez es más patente la necesidad de acuerdos amplios respecto a principios básicos, marco general, modelos, relaciones entre áreas y disciplinas, en el modelo de análisis de necesidades, en la relación entre necesidades-demandas-modelos de intervención-estándares-costos-financiación, más allá de la medicina o psicología basada en la evidencia. Existe la necesidad de integrar prácticas, de pasar de un sistema lineal a un sistema distributivo y en

paralelo de intervención (como los procesos mentales y cognitivos).

- Cambios en los valores: El momento actual de la atención e intervención en vejez requiere un rearme moral. El “hombre”, la persona, ese viejo, esa vieja, todos ellos han estado ausentes, desaparecidos, retirados (como mucho han sido pacientes y no sujetos activos). A partir del siglo XVII la ciencia y la técnica (también la economía) están fundadas en su aislamiento de la ética, o mejor dicho, solo respondían a una ética: la de conocer por conocer. En aquella época la ciencia planteaba así su autonomía respecto a la teología y la política, la ciencia debía de tener únicamente juicios de hechos y no juicios de valor. En este momento, hoy más que nunca, es necesario regular y controlar éticamente la gerontología. Un control ético estricto que abarque desde la investigación a la intervención, desde los sistemas de calidad a los sistemas de gestión, desde los procedimientos a los beneficios. Existe una responsabilidad colectiva de todos los que estamos inmersos en este mundo, como señalábamos al principio de este trabajo sobre una crítica libertaria de los geriátricos: que los últimos de los explotados no sigan siendo una fuente de ingresos (en todos los sentidos) para sus explotadores.

Valores a desarrollar serían en nuestra opinión: la solidaridad, el compromiso social, el conocimiento, la creación, innovación e interdisciplinabilidad.

- Otras consideraciones:
  - a. Existe un riesgo significativo de que se pase de la des-institucionalización de los “asilos” a la institucionalización de la comunidad. Es necesario denunciar que los modelos de entender la intervención en ámbitos institucionales no son vál-

dos para su aplicación a los grupos o a la comunidad, donde además se deposita (“por arte de magia”) el futuro de los servicios de atención a las personas mayores. Necesitamos urgentemente revisar estos modelos y generar intervenciones específicas para las nuevas necesidades, no traspasando obligatoriamente la responsabilidad del cuidado del estado al individuo o a la familia.

- b. Cuando se realiza la asimilación de la vejez a la enfermedad, cuando se habla de la “epidemia del envejecimiento”, generando con el conjunto de las personas mayores un colectivo potencialmente objeto de intervención como primer paso a la medicalización de la vejez (y por lo tanto negativizando y marginando al colectivo), se está fomentando un nuevo sistema de control social. Frente a este modelo se debe partir del principio ético “*primun: non nocere*”, analizar y generar intervenciones para aquellos que necesitan y en los que se debe cabida a la participación de los sujetos (ciudadanos con derechos) en programas consensuados con los mismos.
- c. Hay que revisar los modelos culpabilizadores: de la culpabilización de la madre del esquizofrénico, a la de la madre de la anoréxica, y en el caso que nos ocupa, la actual culpabilización de los familiares y en concreto de la “hija cuidadora” de la personas mayor dependiente.
- d. Se debe de superar el modelo de “jerarquía de niveles” que estructura la atención, la intervención y el tratamiento en base a un supuesto asumido: que lo más importante es la atención sanitaria y los cuidados personales (porque esto es la “base de la base”) y “si y solo si” “la base de la base” está garantizada sería importante el trabajo social y consecutivamente la terapia ocupacional, la atención psicológica, etc.. Frente a este modelo, el planteamiento de un sistema de intervención en paralelo y distributivo (típico de enfoques cognitivistas), garantizaría una efectividad muy superior, a la par que una intervención más compleja y creativa.
- e. La persona mayor “pasiva” ha aprendido a comportarse tal y como la hemos condicionado a través de los estímulos oportunos y potentes sistemas de refuerzo desde las instituciones y la política social, durante muchos años. En la actualidad se le pide que cambie sus respuestas y amplíe su repertorio comportamental, cuando todavía no hemos modificado estos estímulos y refuerzos. Es necesario hacer un plan de refuerzos a medio plazo si se pretende lograr un nuevo modelo de persona mayor con un repertorio comportamental más amplio. Lo mismo ocurre con los profesionales, en ocasiones disponen de un repertorio de respuestas muy limitado y condicionado por un sistema institucional y organizacional bastante pobre.
- f. “El estudio de la enfermedad exige del médico el estudio de la identidad, de los mundos interiores que los pacientes crean bajo el acicate de la enfermedad....., pero las realidades de los pacientes, las maneras en que ellos y los cerebros construyen sus propios mundos no pueden comprenderse totalmente a partir de la observación del comportamiento desde el exterior”. (Sacks, 1997).
- g. Como decía Lord Kelvin: “lo que no

se define no se puede medir, lo que no se mide no se puede mejorar, y lo que no se mejora se degrada siempre" (Ibarzabal, 1998)

Este éxodo que proponemos, no es un viaje de recreo, es una necesidad. Inde-

pendientemente de a donde nos lleve nuestro viaje vertical, no nos hace ningún daño ser críticos con nosotros mismos y además como dice el proverbio alemán: "¿Qué sentido tiene correr cuando tal vez estemos en la carretera equivocada?".

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez-Uría, F. (2000), *Los viejos y el futuro de la inseguridad social*. Archipiélago, 44, 17-24.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (eds) (1990), *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge University Press: Nueva York.
- Beauvoir, S. (1982), *La vejez*. Edhasa. Barcelona.
- Ibarzabal, E. (1998), *La pasión de mejorar*. Díaz de Santos. Madrid.
- Maalouf, A. (1999), *Identidades asesianas*. Alianza. Madrid.
- Marai, S. (2000), *El último encuentro*. Salamandra. Madrid.
- Morin, E. (1999), *Ciencia con conciencia*. Critica. Madrid.
- Morin, E. (2000), *La mente bien ordenada*. Seix Barral. Barcelona.
- Sacks, O. (1997), *Un antropólogo en Marte*. Anagrama. Barcelona.
- Vila-Matas, E. (1999), *El viaje vertical*. Anagrama. Barcelona.
- Zweig, S. (1999), *El mundo de ayer*. El Alcantarillado. Madrid.