

# LA BIOMEDICALIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

Ds. Susana Wortman (Argentina)<sup>1</sup>

*"En las comunidades arcaicas mientras el padre iba en busca de alimento y las mujeres se dedicaban a la alfarería o al cuidado de los cultivos, los chiquitos sentados en las rodillas de sus abuelos, eran educados en su sabiduría; no en el sentido que le otorga a esta palabra la civilización científicista, sino aquella que nos ayuda a vivir y a morir."*

Ernesto Sábato, "Antes del fin", Seix Barral

## RESUMEN

La autora plantea, a partir del análisis de diversos aspectos y factores que contribuyen a la medicalización del envejecimiento, la implementación de un conjunto de cambios orientados a desestimar el concepto viejo = enfermo, sugiriendo planteamientos para el debate y la acción, en el contexto de la crisis que actualmente sufre el modelo médico y que obliga a un cambio en la formación de psicólogos, así como acciones preventivas y de intercambio psicosocial frente a la tercera edad.

**Palabras Clave:** Biomedicalización, Vejez, Salud, Crisis Intervención.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es analizar los factores que contribuyen a la medicalización del envejecimiento en nuestra sociedad.

Me dedicaré especialmente a los aspectos psicológicos, sociales y culturales del envejecimiento que confluyen con la utilización del modelo médico en la asistencia de la gente mayor.

Asimismo plantearé algunos interrogantes y algunas alternativas que me surgieron al cabo del recorrido por la bibliografía que utilicé

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Hablar de vejez suele remitir a una larga enumeración de todo lo que se pierde o declina con la edad. Pérdida de energía, de funciones sensoriales, sumadas a la pérdida del rol social en la estructura productiva.

Pareciera que el viejo no es más que una sombra descarnada de ese otro ser que fue. La pérdida del cuerpo joven es uno de los duelos que debe afrontar el adulto mayor. Se jaquea la estructura narcisista provocando muchas veces el horror frente a su propia imagen. Se toma conciencia de la finitud. El elemento más angustiante es la reducción de horizonte de futuro, ya no tiene todo el tiempo por delante.

Es fundamental para un envejecimiento saludable poder sobrellevar la discordancia entre lo que se es y lo que se parece. Es decir poder aceptar que uno se siente joven, pero que el cuerpo envejece.

El trabajo de simbolización que la actividad intrapsíquica realiza para elaborar las transformaciones de la vejez, dependerá de su capacidad para modificar sus aspiraciones. Pone en funcionamiento el trabajo de duelo. Otra respuesta posible es la retracción narcisista, el sujeto se aísla: rechazando toda posibilidad de investidura, facilitando la aparición de síntomas somáticos. Según Fishbein "la regresión narcisista a la que lleva la injuria del decaimiento energético toma al cuerpo como objeto redoblando la preocupación por el mismo" (6). Éste es objeto de la atención y de las miradas. Pero estas miradas tienen que ver con la enfermedad, no con el

<sup>1</sup> sgwortman@hotmail.com

erotismo." Se constituye en un cuerpo de necesidades impostergables antes que en la sede del deseo" (6).

El viejo está expuesto a perder su propio deseo, al no ser mirado, ni tocado, ni escuchado, salvo en lo que atañe a su enfermedad.

Cuando este repliegue sobre sí mismo tenga características de reminiscencia, el resultado será conseguir la integridad del sujeto y por consiguiente se favorecerá un adecuado proceso de envejecimiento.

El sujeto debe hacer un pasaje de sujeto portador-productor a sujeto que cede, trasmite. También puede adquirir una nueva posición en la parentalidad: la abuelidad. Aceptar la vejez requiere conservar la alianza con la generación pasada, a la vez que ceder a favor de la nueva.

Según Zarebski "...es un trabajo de enlazar pasado, presente y futuro, de reescribir la propia historia, resignificándola a partir de un presente que, a fuerza de menos trabajos - productivos y reproductivos - y de menor energía física para realizarlos, resulta favorecido en tanto es trabajo psíquico y cuyo producto es la renovación incansante del campo representacional" (21).

## **ASPECTOS SOCIO-CULTURALES DEL ENVEJECIMIENTO**

El fenómeno de envejecimiento de la población en los últimos años se realiza en un contexto en el cual no implica, por un lado, una mejora en la calidad de vida de los viejos, y por otro, no hay una adaptación a esta realidad, en la que los mayores carecen de un rol y de un espacio social adecuado.

El sujeto que envejece se enfrenta con una desvalorización social, producto de un modelo cultural acerca de la vejez que la define como una etapa de decadencia en lo físico y en lo mental. La discriminación que padecen los viejos en función de su

edad se denomina viejismo, concepto desarrollado por Robert Butler (2) en los comienzos de los 70, y por Salvarezza (14) en nuestro medio. Este prejuicio provoca que la vejez sea considerada como algo ajeno a nosotros, impidiendo prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento. Varios factores refuerzan el viejismo, tales como ver al envejecente declinar físicamente; ya no son portadores de lo que esta sociedad consumista levanta como modelos: la belleza, el poderío físicos y el ser productivo. Estas personas marcan y recuerdan el paso del tiempo que es inexorable y eso causa molestia, angustia y temor a la vejez y a la muerte, lo que genera hostilidad y negación. Se proyecta en los viejos la intensa angustia que despierta el propio envejecimiento, y se niega que con el tiempo se puede llegar a ser víctima del propio prejuicio.

Para una sociedad cuya meta principal es la producción, el trabajo es el eje alrededor del cual se organizan los modos de vida de las personas. Como no se ha creado socialmente un rol que sustituya al de los trabajadores, los que dejan de trabajar pasan a ser nadie socialmente, y ese retiro lleva a una pérdida de la identidad social. La jubilación puede implicar una ruptura de los vínculos y relaciones que se han ido entretejiendo a lo largo de la vida laboral para pasar a disponer de un tiempo libre para el cual -en general- no ha sido preparado. A la persona que se jubila se le planea la contradicción entre la imposición social del retiro y la necesidad de relación e integración social.

Los viejos se identifican con estas imágenes culturales, provocando una falta de metas o de proyecto de vida, y tomando una actitud que expresa que no tienen nada importante que ofrecer.

También debemos tener en cuenta la importancia de la "Teoría del desapego" desarrollada por Cummings y Henry (4), según la cual los individuos que envejecen se van apartando progresivamente de toda clase de interacción social, y consideran que este fenómeno es normal, universal, inevitable e intrínseco. Esta teoría sigue sustentando consciente e inconscientemente, en gran medida, la conducta hacia los viejos, por parte de los profesionales, familiares y amigos, que considera normal un progresivo apartamiento de sus actividades como un paso de preparación para la muerte.

De esta teoría surge la idea que los viejos son asexuados y en caso que manifiesten deseo sexual se lo toma como anormal. Este prejuicio está muy arraigado en los profesionales como en la sociedad en general.

Es importante tener en cuenta no solo la actitud de la sociedad, sino también cómo el sujeto se identifica con esa mirada. El concepto de Rolla (13) que llama "identificaciones narcisísticas negativas" lo encontramos cuando se da un mayor grado de sometimiento y aceptación pasiva a la conducta inhibitoria del otro.

A pesar de todo lo descrito anteriormente que nos sugiere un panorama muy desalentador, resulta interesante detenerse

en los resultados de la investigación de la socióloga Oddone, sobre la imagen de la vejez que se trasmite en los libros de lectura de las escuelas primarias (11).

En los libros más recientes vuelven a aparecer personas mayores fuertes y activas, con roles sociales como lo hacían antes de la década del sesenta. La autora observa una correlación de ese fenómeno con el crecimiento y la difusión de lo producido por las disciplinas que componen la gerontología, en el marco de una sociedad cuyo proceso es el envejecimiento de sus poblaciones.

## MODELOS

Es preciso rescatar las definiciones de salud que ha lanzado la Organización Mundial de la Salud en distintos momentos, porque constituyen un parámetro para analizar las prácticas que predominan en cada época.

En 1946 definió la salud como “un estado de completa satisfacción física, mental y social y no solamente (por ) la ausencia de enfermedad”, al incluir las tres áreas de la conducta donde la salud se expresa, nos brinda un punto de partida donde considerar que es lo que debe “funcionar” en relación a lo que “no funciona”.

En 1959 la OMS define: “La salud de los viejos es mejor medirla en términos de función (...) el grado de ajuste más que la falta de patología debe ser usado como la medida del monto de servicios que el viejo requiere de la comunidad”.

En 1974 el Comité de Expertos de la OMS señalaba que “es ahora aceptado por la profesión médica que la morbilidad debe ser medida no solamente en términos de la falta de procesos patológicos sino también en términos del impedimento de las funciones en las personas afectadas por tales condiciones patológicas (...).

El diagnóstico funcional es uno de los más importantes elementos que deben ser introducidos en la geriatría. En este sentido la distinción debe ser hecha entre el impedimento y la discapacidad por una condición patológica”.

A pesar de que este último modelo ha sido aprobado por los grupos científicos, en la práctica se observa el predominio del modelo médico.

Gerontólogos catalanes (Palau, Vizcaíno, Conde Sala) están hablando de un cambio en el discurso gerontológico: “Así de una concepción que ligaba vejez a la inactividad total, se ha pasado en una primera fase, a una concepción de la vejez como una etapa de ocio y distracción, y actualmente nos encontramos en una fase de transición hacia una concepción de la vejez como de “utilidad social” (3) y (12).

Resulta muy interesante el desarrollo del Psic. Conde Sala que plantea tres modelos de abordaje al tema gerontológico:

### 1. Médico – asistencial

### 2. Dinamizador – actividades

### 3. Participación –asesoramiento

Este último se está instrumentando en Barcelona por parte de algunas entidades cívicas y políticas que intentan recuperar la consulta al anciano como parte de costumbres de sociedades más tradicionales. La idea es constituir Consejos Asesores de Ancianos (3).

## BIOMEDICALIZACIÓN

Foucault al hacer una historia de la medicina afirma que en otro momento lo que se le exigía era dar a la sociedad hombres fuertes capaces de trabajar. El acento estaba puesto en asegurar la constancia de la fuerza laboral (7).

En la actualidad la medicina se relaciona con la economía a través del consumo. La salud es un producto que puede ser fabricado por unos laboratorios, médicos, etc. y consumido por los enfermos posibles y reales.

Este autor afirma que la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico (7). O sea que para favorecer una vida más larga es preferible tener un mayor nivel de educación que un mayor consumo médico. Se ha demostrado que el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan una relación directa. Los médicos están tomando conciencia que son intermediarios entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente. Es indudable que la mayor rentabilidad de la salud va a ser absorbida por los laboratorios.

La sociedad actual incita al consumo de sustitutos y el mercado farmacéutico promete recuperar el bienestar perdido, el sueño, la memoria, la energía, detener el envejecimiento, etc. A veces estas sustancias son elogiadas en programas televisivos por profesionales universitarios, estos profesionales las recetan y otros las venden. De esa manera se legitima un fetiche, y se instala la fármaco filia.

El antropólogo Eduardo Menéndez define la medicalización como un fenómeno que comprende las prácticas, ideologías, y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización. (10). Este concepto fue desarrollado por Foucault (7). Menéndez describe dos procesos que se han producido en las últimas décadas:

- El desarrollo de una tecnología médica que convierte en un proceso sencillo y no costoso la atención y solución de la mayoría de los principales padecimientos que se dan en los países de capitalismo dependiente y
- La tendencia a construir una atención médica basada en diagnósticos sintomáticos.

Se conjugan varios factores como la descalificación de la formación médica, la distribución desigual de profesionales, el desarrollo de una concepción sintomática de la enfermedad.

Estes y Binney plantean que el modelo biomédico constituye un paradigma que se basa en la patología orgánica individual, en la etiología fisiológica y en las intervenciones biomédicas en el envejecimiento (5). La biomedicalización del envejecimiento es un proceso con efectos muy poderosos debido a sus dos aspectos interrelacionados; por un lado, la interpretación social del envejecimiento como un problema médico y por el otro, las prácticas y políticas que se desarrollan a partir de pensar el envejecimiento como un problema médico.

La biomedicalización del envejecimiento orienta el contenido del entrenamiento profesional, así como la investigación científica. Como resultado se considera que una vejez feliz y satisfactoria es atribuida a logros que sostienen el control de la biomedicina.

Este modelo hegemónico de la medicina para el manejo del problema del envejecimiento está sostenido por un sistema de creencias que abarca a la familia y amigos del sujeto envejeciente. Hay una convicción muy fuerte en que el consumo de servicios y tecnología médica cada vez más costosos les puede solucionar los problemas de esta etapa de la vida.

Ese modelo no contempla los problemas macroestructurales implicados en la etiología de las enfermedades, como por ejemplo los ambientales, sociales y económicos.

También se observa una más acentuada incapacidad de la población para soportar el sufrimiento, que ejerce presión sobre el médico para resolver el problema con medicamentos. Es frecuente observar que los viejos no tengan conciencia de factores emocionales que intervienen en sus síntomas físicos, lo cual hace alianza con el profesional, que en muchos casos no dispone de tiempo para escuchar lo que les pasa, y termina rápidamente la consulta en la extensión de la receta.

La medicalización tiene como efectos que los individuos pierdan la capacidad de asumir su condición y de hacer frente por sí mismos a ciertos acontecimientos, como en el caso de los duelos normales, donde se opta por medicarlos. Se confunde tristeza con depresión.

## RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Varios autores argentinos han investigado este tema y sostienen que el encuadre médico basado en entidades nosológicas recortadas, con lugares específicos, sean orgánicos o mentales, fragmenta la realidad del paciente.

H. Andrés sostiene que frecuentemente expresiones normales de salud son significadas por los profesionales como síntomas de enfermedad. Cita que muchas veces al viejo que llora se lo rotula de incontinencia y labilidad emocional y por lo tanto de demente (1). Es alarmante observar la rigidez con que se puede implementar el modelo médico, por no dar un lugar a la escucha que no es exclusiva de los psicoterapeutas. Es fundamental que los médicos adhieran a la teoría del apego, ya que pasarían a tener en cuenta la sexualidad del viejo, sus gustos alimentarios, sus hábitos, su actividad física, sus intereses. Antes de recetar un psicofármaco para combatir el insomnio, averigüen como es el día del viejo, en qué utiliza su tiempo, si hace algo que le da placer, si tiene amigos, cómo es su entorno familiar, etc.

Siguiendo la concepción según la cual la enfermedad es "algo", "el mal", que ataca a su víctima, el paciente, y de la cual éste debe ser liberado, el médico y el paciente establecen una relación que se organiza alrededor de la "enfermedad", que uno padece y sobre el que otro actúa, pero esencialmente ajeno a ambos.

Es importante que el médico pueda ser consciente de aceptar la oferta de síntomas que le hace el paciente sin excluir

de forma prejuiciosa ningún canal de expresión -fuese este somático, mental, familiar o social- y organizarlos incluyéndose a sí mismo en el campo dinámico que se configura.

Muchas veces el viejo llega inevitablemente al médico en la búsqueda de apoyo, viéndolo como la única posibilidad de contención cuando no pudo superar su aislamiento, o la familia y las redes comunitarias respondieron con la indiferencia o la marginación. Entablará con "su" médico una relación de dependencia o de objeto de sobreprotección (8). Si el médico acepta esta condición -o la impone- se creará una relación asimétrica, con las decisiones exclusivamente del lado del profesional, catalizando así el proceso de medicalización.

## PARA DEBATIR

Al leer el trabajo del Dr. Maglio "La crisis del modelo médico hegemónico actual", me surge la inquietud de plantear para el debate su afirmación que se fundamenta en Conrad, según la cual "la medicalización no es una función de la medicina, sino más bien un requisito funcional del sistema para concretar claros objetivos de control social a través de estrategias de normatividad, disciplinamiento y estigmatización (9). A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, estos deben ser tratados (medicalizados)".

Se considera a la salud como un derecho humano, el cual debe estar garantizado por el Estado, tanto en el acceso a la salud como en la atención de la enfermedad, coordinando con equidad la distribución de los recursos. "Por todo ello la salud es una decisión política".

## CONCLUSIONES

La definición de salud de la OMS, "...como estado de completo bienestar físico, mental, y social" tiene un contenido ideológico muy fuerte, pero aspirar a ese completo bienestar tiene sus peligros y sus efectos perniciosos, ya que es inalcanzable. Pareciera que la medicina dijera, la salud es el cielo y para alcanzarlo hay que llevar un estilo de vida saludable. Los médicos debieran transmitir que la salud no es un camino de perfección y que la medicina ni puede ni debe ser una fe religiosa; no hace milagros.

La biomedicalización del envejecimiento se presenta como un monstruo invencible. Sin embargo considero, siguiendo a Salvarezza y a los autores catalanes que mencioné más arriba, que existen varios vectores con los que podemos implementar cambios que tiendan a desarmar el concepto viejo= enfermo (15).

Como ya destacué anteriormente se da un atisbo de cambio de imagen de la vejez, en los últimos libros de lectura de escuela primaria, y esto es favorable porque este cambio debe comenzar con la niñez, que serán los viejos del futuro. También

sería importante promover actividades en las que viejos concurren a escuelas primarias a leer cuentos. Esta experiencia ya se está haciendo en algunos lugares, pero son casos aislados. También sería interesante que tuvieran intercambio con adolescentes en escuelas secundarias.

Se hace imprescindible un cambio en la formación de los profesionales médicos y psicólogos. Sería interesante que las instituciones de Geriátras y Gerontólogos propongan planes de formación, que el estudio del envejecimiento no sea "optativo". La formación médica que comienza con el estudio de cadáveres niega la importancia de la prevención, solo considera al médico para "extirpar la enfermedad". En general los estudiantes de medicina y psicología no se piensan actuando para evitar la aparición de la enfermedad y promover la salud.

Es importante tener en cuenta que las acciones preventivas tienen que considerar al adulto mayor como sujeto, como alguien que puede intervenir respecto de él mismo en la mejora de su calidad de vida. Coincidió con el gerontólogo chileno Fernando Lolas, para quien la calidad de vida tiene una connotación fundamentalmente subjetiva. Es decir cómo cada uno quiere o puede percibir la satisfacción de vivir.

Me resulta interesante la propuesta de los catalanes de fomentar la experiencia de intercambios generacionales por medio de la creación de estructuras que nucleen mayores para que asesoren a los jóvenes. Ellos sugieren que en la redefinición del rol social de las personas mayores, éstas tengan un papel activo. Cuando la sociedad reconozca que los mayores tienen algo para dar, se favorecerá los envejecimientos saludables, la autonomía, la creatividad, la capacidad de aprender. En este punto es necesario insistir en los programas de educación para el envejecimiento. Sería importante que los organismos que manejan las políticas dirigidas al sector denominado de Tercera Edad, implementarán planes

de preparación para la jubilación, planes de promoción de salud. Se deberían realizar estas actividades no sólo en centros de jubilados, a los cuales concurren una mínima proporción de mayores, sino también en escuelas estatales, donde se realizan cursos de educación no formal. A veces aparecen algunos programas, pero no son masivos y no tienen mucha difusión.

Es evidente que falta la decisión política de instrumentar una campaña preventiva. Sin embargo insisto que debe haber una presión desde sectores intermedios.

Para concluir, resulta evidente que la falta de sostén familiar, el aislamiento, la falta de un proyecto de vida y la carencia de redes sociales contribuyen a reforzar la medicalización de la vejez.

## REFERENCIAS

1. ANDRÉS, H: "Uso racional de psicofármacos en psicogeriatría", Revista Argentina de Geriatría y Gerontología, No.15, 1995.
2. BUTLER, R. N. Y LEWIS, M. I.: "Aging and mental health: positive psychosocial and biomedical approaches", St. Louis, C.V., Mosby Co., 1982
3. Conde Sala, J. L. (Barcelona) "Las personas mayores: ¿Objetos o sujetos de la intervención?", Tiempo, "El portal de la psicogerontología", (sitio de Internet: [www.psicomundo.com/tiempo](http://www.psicomundo.com/tiempo)) No.2, 1999
4. CUMMINGS, E. Y. HENRY, W.E.: "Growing old: the process of disengagement", Nueva York, Basic Books Inc. Pub., 1961
5. ESTÉS C. Y. BINNEY, E.: "The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemas", The Gerontologist, vol 28, No.5, Washington, 1989.
6. FISHBEIN, J.: "Los procesos somáticos en la vejez" en "El envejecimiento, Psiquis, poder y tiempo" (compilado por Salvarezza, Leopoldo, Eudeba, Bs.As. 2001
7. FOUCAULT, M.: "La historia de los hombres infames", Buenos Aires, Altamira, 1992.
8. LUCHINA I. Y. OTROS: "El médico como agente de cambio y el cambio en las perspectivas médicas", Acta psiquiátrica, y psicológica de América Latina, No.21, 1975
9. MAGLIO, F.: "La crisis del modelo médico hegemónico actual" en Fundamentación y Contenido de la Medicina Antropológica, Buenos Aires, Asociación Médica Argentina, 2000.
10. MENÉNDEZ, E.: "Hacia una práctica médica alternativa hegemonía y autoatención (gestión) en salud" Cuadernos de la casa chata Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social No.86, México, 1983.
11. ODDONE, M. J.: "La vejez en la educación básica argentina", en "La vejez: Una mirada gerontológica actual" (compilado por Salvarezza, Leopoldo) Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.
12. PALAU N. Y VIZCAÍNO, J. (Barcelona): "Envejecer hoy y aquí. Un proceso y a la vez un reto". Revista Gerontológica No.6 1996.
13. ROLLA, E.: "Senescencia, Ensayos psicoanalíticos sobre la Tercera edad" Edit. Galerna, Buenos Aires, 1991.
14. SALVAREZZA, L.: "Psicogeriatría, Teoría y Clínica", Buenos Aires, Paidós, 1996.
15. SALVAREZZA, L. (Compilador): "La vejez: Una mirada gerontológica actual", Buenos Aires, Paidós, 2000.
16. SALVAREZZA, L. (Compilador): "El envejecimiento. Psiquis, poder y tiempo", Buenos Aires, Eudeba, 2001.
17. SALVAREZZA, L.: "Algunas consideraciones sobre la drogadicción en la vejez" en Revista Claves No.8 Año V, Buenos Aires, 1995.
18. SALVAREZZA, L.: "Carta abierta a todos los médicos que trabajan con viejos", Medicina de la tercera edad 7/8, Buenos Aires, 1982.
19. SALVAREZZA, L.: "Vejez y sociedad. Una aproximación psicoanalítica.". Psyche III No.19, 1987.
20. SALVAREZZA, L.; "Vejez, medicina y prejuicios", Vertex IV, Buenos Aires, 1991.
21. ZAREBSKI, G.: "Hacia un buen envejecer", EMECE, Buenos Aires, 1999.