

Las personas mayores: el valor de ser mayor en tiempos de pandemia

Rosa Gómez Trenado

Resumen

El impacto que la pandemia ha provocado sobre las personas mayores ha sido flagrante en la mayoría de los países del mundo. Ante esta situación las respuestas también han variado dependiendo de las diferentes zonas, en donde los entornos comunitarios y los entornos protegidos atienden a los adultos mayores desde diversos estándares y sistemas de protección, los cuales inciden sobre sus derechos de ciudadanía. Reflexionar sobre las percepciones que la pandemia evidencia sobre las personas mayores desde los distintos contextos, nos hace inferir ciertos valores respecto al envejecimiento. Por lo que, las intervenciones profesionales tienen la responsabilidad de verificar la idoneidad de los paradigmas y los marcados valores que priorizamos a la hora de trabajar desde un enfoque utilitarista la senectud, con la finalidad de brindar el mayor bienestar a las personas que atraviesan por esta etapa.

Palabras clave: Personas mayores, pandemia, decisiones, derechos de ciudadanía, ética del cuidado.

Abstract

The impact that the pandemic has had on older people has been flagrant in most countries in the world. Faced with this situation, the responses have also varied depending on the different areas, where community settings and protected settings serve older adults from various standards and protection systems, which affect their citizenship rights.

Reflecting on the perceptions that the pandemic shows about the elderly from different contexts, makes us infer certain values regarding aging. Therefore, professional interventions have the responsibility of verifying the suitability of the paradigms and the marked values that we prioritize when working from a utilitarian approach to senescence, in order to provide the greatest well-being to people who go through this stage.

Keywords: Older people, pandemic, decisions, citizenship rights, ethics of care.

Introducción

Si hacemos una reflexión sobre el curso que la pandemia ha tomado a nivel sanitario sobre las personas mayores, en particular aquéllas institucionalizadas, damos cuenta de que este grupo es uno de los más afectados por el SARS-COV-2. La pandemia se ha extendido por los cinco continentes en tan solo unos meses tras los primeros casos aparecidos en China en diciembre de 2019. Sin embargo, la respuesta ha sido desigual en las diferentes zonas, donde los recursos y los equipamientos necesarios no llegaron a tiempo, afectando así a miles de personas.

Definida por la OMS como una pandemia mundial, afecta a todas las personas, pero no a todas por igual. Existen grandes brechas, tanto en los riesgos en la salud como en el acceso al tratamiento, asociadas a la edad. Las personas mayores son un grupo especialmente frágil ante la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 y presentan un peor pronóstico debido a su comorbilidad, los síndromes geriátricos y la vulnerabilidad social; estos elementos están asociados a las distintas formas en las que las sociedades afrontan el envejecimiento. La pandemia ha sido definida como una emergencia geriátrica en distintos países, como el caso de España, donde las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas la sitúan como el país más envejecido del mundo en el año 2050, con un 40% de población mayor de 60 años.

Las personas mayores son un grupo de alto riesgo ante el contagio por el coronavirus, pero no por su edad cronológica sino por su edad biológica, vinculada a la inmunosenescencia y la inflamación crónica co-

ligada al envejecimiento. La edad biológica nos habla en clave clínica y la edad cronológica en clave social. Si algún significado nos muestra lo sucedido es que dichas claves deben ser consideradas y mantenerse conectadas, para que la atención sanitaria y social sea más humanista.

El director regional de la OMS para Europa, Hans Henri P. Kluge, solicitó a los países europeos que apoyen y protejan a las personas mayores que viven solas en la comunidad, dado que es asunto de todos; y ha recordado a los gobiernos y a las autoridades que todas las comunidades deben recibir apoyo para realizar intervenciones que garanticen que las personas mayores tengan lo que necesitan. Todas deben ser tratadas con respeto y dignidad durante estos tiempos, sin dejar a nadie atrás. Las palabras de Kluge son claras: las personas mayores como pacientes deben recibir tratamiento adecuado para la enfermedad, pero también las personas mayores son agentes y deben estar presentes en las respuestas a la crisis y las decisiones sobre la nueva normalidad. Pero, pese a las advertencias de la OMS, en muchos de los países de alta incidencia, las personas mayores no han sido atendidas ni de forma preferencial, ni desde una ética participativa.

La OMS instó a desarrollar y ensayar soluciones innovadoras para mantener el distanciamiento físico en entornos domésticos y sociales en función del contexto local, incluyendo el aislamiento domiciliario de casos, la cuarentena de contactos en el hogar, y medidas para limitar los desplazamientos fuera de las viviendas y reducir el hacinamiento en los hogares, con limi-

taciones de visitas a personas mayores y pacientes crónicos. Sin embargo, cabe subrayar, de cara a una humanización, que la OMS usa la expresión «distanciamiento físico» haciendo referencia a la mayor o menor lejanía entre las personas, que puede medirse en metros, pero no habla de «distanciamiento social», que alude al grado de aislamiento de una persona o un grupo de la sociedad. Conviene diferenciar ambas expresiones y darnos cuenta que optar por el uso del distanciamiento social puede traer consecuencias aún más negativas.

La intervención en pandemia (1): el marco social del envejecimiento: EL ESPEJO

La prevalencia del virus a nivel sanitario es tan evidente como lo es el impacto que esta enfermedad ha tenido en lo que podríamos llamar *ética y ciudadanía*. Pues conservar las dimensiones humanas que orientan a la persona hacia su bienestar, dentro de su propia experiencia de vida, es un planteamiento casi inabordable. Y es que trabajar lo socio sanitario desde la atención humanizada se vuelve una dificultad por la prevalencia de la situación acontecida –esto no es cuestionable– pero, el albur amplificado para poder plantear actuaciones por se de las personas mayores que afecta a la heteronomía de la decisión, el ejercicio de la libertad y una protección con enfoque de ciudadanía, ha sido una realidad feroz.

Las restricciones a la relación social han aumentado el problema preexistente de soledad y aislamiento de las personas mayores. El sentimiento de desasosiego por la falta de pertenencia ante el caos se suma a las repercusiones en la salud; au-

nado a esto la desconexión social que existía ya antes de la pandemia, puesto que no son considerados elementos importantes y propios de las personas mayores, como la heterogeneidad en la genética, historial de salud y enfermedades, historias de vida y modos de envejecer, pues se trata de sujetos que moldean su vida desde su propia perspectiva.

Otro punto a considerar son las imágenes estereotipadas y negativas que aparecen en los medios de comunicación, las cuales vinculan enfermedad a vejez; la carga social que repudia el deterioro refuerza el edadismo; la actitud de rechazo y el miedo a envejecer existente en nuestras sociedades, que cuando no infantilizan reduciendo a la persona a su función emocional, la expulsa, considerando que los sentimientos que nos despierta envejecer, por no deseados, se han visto acentuados por la pandemia. Seguimos sin concebir el envejecimiento como una oportunidad que tiene que ver con la vida y no con una etapa limitante, visión que nos motiva a tomar decisiones que afectan a la libertad de la decisión, y la libertad en cualquier etapa del desarrollo humano.

La intervención en pandemia (2): Los profesionales y el saber hacer social: EL REFLEJO

¿Cómo podemos hacer una reflexión que nos permita dejar de arrebatar la libertad y la decisión a las personas mayores, justificando la protección? Podemos afirmar que ahora se ha visto exacerbada por la pandemia, y, en otros periodos, por ser mayores y ser percibidos como frágiles y/o vulnera-

bles sin objetivación, por el simple hecho de asociar a la vejez a una etapa con parámetros socialmente definidos, a lo socialmente ordenado, el espejo al que miramos.

No cabe duda que, aquellos que trabajamos con personas mayores, estamos axiológicamente influenciados de manera activa o pasiva, por valores, contextos y procedimientos para su ordenación sectorial. La forma de asumir las responsabilidades de protección desde cualquier nivel de actuación, con un modelo teórico de referencia, influye necesariamente en la toma de decisión profesional. La emergencia sanitaria no crea nuevas formas, desdibuja de manera evidente lo dispuesto y deja ver de manera esperpéntica qué sabemos y qué sopesamos por la actuación rápida para proteger, pero para proteger los valores que la sociedad ha aplicado. El desajuste social que genera la enfermedad es innegable.

Pero veamos dónde plantear el cambio de paradigma para comprender los trazos sociosanitarios que hemos aplicado en pandemia entre los mayores. Se hace preciso rescatar a la persona mayor del espejo de la vulnerabilidad a esta etapa y aportar responsabilidad al posicionamiento que ante este tramo de edad tomamos los profesionales. El hecho de ubicar el valor que le damos a la vejez, influye cómo organizamos nuestras actuaciones profesionales, y, por tanto, en las formas que posicionamos a las personas mayores ante la construida vulnerabilidad a la que se les asocia y que vamos a cuestionar para destruir, construir y reparar en aras de la defensa de una etapa vital con todas las garantías para la protección. Pero de una protección bien definida

y asociada a cada persona. Hay que tener presente, como profesionales, que el sentido de la vida de las personas mayores puede ser adquirido, prestado, impuesto, descubierto o creado, pero cuya finalidad no será válida si no emerge de lo más interno de cada una de esas personas mayores con las que trabajamos.

Hablar de vulnerabilidad y personas mayores exige comenzar afirmando que "todas las personas mayores no son vulnerables por el hecho de ser mayores". No es el hecho de ser vulnerable lo que imprime carácter al sector de las personas mayores. Por tanto, informadas con base en la ley, como sujetos de derechos, y, además, con la experiencia con la que cuentan, tienen derecho a tomar decisiones sobre cómo vivir lo cotidiano y en tiempos de crisis sanitaria, logrando el bienestar como algo tangible que se vivencia. Ese bienestar se teje en lo diario, en lo mínimo, en lo básico, evitando roturas. Se trata de generar un "just time" sociosanitario ajustado a las necesidades biopsicosociales de la persona mayor y definidas conforme a cada individuo. La perspectiva del sentido de la vida en palabras de Viktor Frankl.

La intervención en pandemia (3): La disciplina y el saber social: A TRAVÉS DEL ESPEJO

Comencemos a dirimir el cuestionamiento generalizado: ¿qué entendemos por vulnerabilidad a nivel de intervención social directa? Para que exista vulnerabilidad, debe existir un acto que la genere, un sujeto sobre el que incida la misma, y una escasa capacidad de compensación ante tal si-

tuación. En este caso, los participantes del proceso (*stakeholders*: entorno de influencia, persona mayor y profesionales) han de compensar la situación. La vulnerabilidad, por tanto, se asocia a factores externos e internos que convergen en el individuo. En el caso que nos ocupa existe cierta tendencia a asociar como debilidad interna la edad, a ésta la fragilidad, donde entran en juego la capacidad de hacer con la capacidad de decidir de la persona, quedando supeditada la segunda a la primera; edad, capacidad de hacer y capacidad de decidir no son variables que por sí solas hablen de vulnerabilidad en la intervención social.

Este enfoque social aproxima la definición de vulnerabilidad a "una situación social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro a los grupos afectados en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos socio históricos y culturalmente determinados".

La definición dada comienza a delimitar a nivel conceptual, en la medida que el factor asociado impacta sobre el nivel mayor de actuación, a priori. Medir el impacto de la vulnerabilidad valorando "inhabilitar e invalidar" asocia indiscutiblemente un nivel máximo de protección social indiscriminado y homogeneizado para toda una población.

Posiblemente es necesario deconstruir la fragilidad, que clínicamente hablando quedaría objetivada si existe o no, pero que, desde un enfoque social, la vulnerabilidad se vuelve general, dejando de ser avistada sobre las personas mayores, para hacerla puntual, individual, temporal, garantista y

procesual dentro de la historia de vida, esto es en lo que andábamos o iniciábamos el camino, antes de la pandemia. Para generar cambios de paradigmas en el saber, y en su aplicación práctica, es preciso aprehender y desarrollar competencias que garanticen que nuestras actuaciones sociales y sanitarias, con un enfoque integral e integrado, deben de partir de una práctica consciente y con un posicionamiento axiológico replanteado.

En tiempos de incertidumbre es preciso hablar de axiología, para ubicar el valor de la vejez, el sentido de la protección, y la necesidad de la transdisciplinariedad en las miradas que buscan el mantenimiento de las dimensiones humanas en las profesiones, que tienen como fin aportar calidad de vida a la vida de las personas mayores, atendiendo la fragilidad y/o atendiendo la vulnerabilidad, donde confluyen necesariamente los diagnósticos integrales.

Como parte del proceso, el envejecimiento, y la atención que requiere, debe necesariamente asumir que las personas de edad tienen facultades altamente desarrolladas que les permiten la adaptación satisfactoria a demandas y necesidades. Hablamos de personas de edad para comenzar a igualar de manera generalista las garantías al desarrollo evolutivo de todas las personas, y no con especial insistencia en las personas mayores -hablamos de "los activos" o factores de resiliencia de las personas mayores-. Debemos tener presente que en el proceso de envejecimiento cambiamos de escenario, no tiene por qué cambiar la capacidad lograda, o evolucionada, en nuestro paso a la vida adulta.

Hay pensar en el proceso de envejecimiento como un continuum en la vida desde que nacemos. Esta visión del proceso hace que la toma de decisión y la dignidad, en esta etapa, sea vista con la naturalidad de las etapas anteriores, y la vulnerabilidad como propia de cada una, sin un aumento especial en esta edad.

No sabemos si los valores que categorizamos para tomar decisiones son necesidades, apreciaciones, intereses, deseos, cosas concretas, entes abstractos o todo a la vez. Cabe preguntarse si los valores que aplicamos en nuestras practicas diarias con las personas mayores son objetivos o subjetivos, individuales o colectivos, inmutables o cambiantes, si los captamos de manera razonada o sensitiva, y qué tipo de racionalidad interviene en la elección y en el orden que le otorgamos a la misma.

La intervención en pandemia (4): Saber ser y estar: EL TIEMPO

Para algunos filósofos los valores son captados, no inventados. Scheler decía que son objetivos y que los conocemos a través de una aprensión emocional-intuitiva directa. Hartmann fue más allá y completó diciendo que son una dimensión ontológica independiente. Elegimos un valor porque ya es superior en sí mismo. No es su elección quien lo hace superior. Para hablar de mejorar es preciso hablar de ética del cuidado y ética de ciudadanía. Solo si introducimos las disciplinas que nos aportan diagnosticar desde los valores, lograremos una atención humanizada e interdisciplinar, porque solo desde este enfoque entenderemos que el trabajo es operativo cuando es integral, y

aportaremos bienestar en los procesos, y ética al cuidado.

Así que, si añadimos una mirada desde la ética de ciudadanía es necesario plantearse si podemos ser ciudadanos sin construir y desplegar el propio ser, y, si podemos desarrollar nuestro genuino ser sin desplegar nuestra identidad ciudadana. Si no somos capaces de intervenir desde este enfoque y hacia estos logros con las personas mayores, no lograremos participar en el producto de su bienestar como profesionales. Las circunstancias nos obligan a revisar el orden de los valores. Ya sea porque han cambiado o porque nuestro acceso a ellos se ha modificado, no nos queda más remedio que reestructurarlos, consciente o inconscientemente. Normas y valores son dos caras de una misma moneda: la conciencia moral.

La autonomía, como valor de la persona mayor, se desarrolla en el trascurso de la vida, como exigencia de la propia existencia, con objetivos de evolución y desarrollo; por tanto, la vulnerabilidad tiene que ser definida en un *tú a tú* con la persona mayor, en la medida que es abordada, generada o eliminada desde la propia persona, y/o con los vínculos familiares que compensen, y por sus propias concepciones sociales, conformadas por su entorno. Solo en esa confluencia entre indicadores, y en la medición del impacto, podemos delimitar el nivel de intervención y la intensidad, teniendo presente que, en el caso de las personas mayores, el marco jurídico delimita a un tercer nivel de intervención cuando la toma de decisión se ve afectada.

Lo que debemos hacer en cada momento, en ocasiones, está delimitado por

lo que consideramos *bueno*; los dilemas aparecen cuando una elección basada en un valor nos lleva a negar algo que consideramos igual de importante, o en determinadas etapas ni siquiera lo consideramos importante. Y es que acordamos ciertas normas cuyo propósito es proteger los valores, o bien podríamos pensar que los valores generan dichas normas, el caso es que si no hay un valor que oriente nuestras acciones, estas no serán cuidadas.

Conclusiones

La valoración social de la vulnerabilidad de las personas mayores no debe ser generalista e imprecisa, ya que los indicadores sociales, por sí solos, no tienen valor. Debemos tener presente que la vulnerabilidad es un estado potencial. El posicionamiento axiológico debe ser diverso y consciente, ya que incurre sobre la parte de la intervención social altamente relacional e intangible. Hablamos de una gestión del proceso de intervención interactiva e inclusiva, basado en las competencias relacionales de los profesionales de primera línea de actuación orientada a la autonomía y a la integración de procesos y agentes.

El diagnóstico profesional es la fase donde surge el enlace de valor de una intervención social, que se basa en la evidencia, precisa cuál es el objeto de intervención, y despliega el conocimiento profesional sujeto a un saber reconocido de referencia. ¿Cómo analizamos la vulnerabilidad en tiempos de COVID-19 y el cambio categórico de paradigma? La vulnerabilidad en las personas mayores debe ser medida desde la multidimensionalidad del fenómeno, para

determinar "a qué se es vulnerable", para "evaluar", y "a qué se está siendo vulnerable" para "intervenir".

Abordar la vulnerabilidad con las personas mayores implica desvincular a este sector de un protocolo clasificatorio que incrementa la posibilidad de intervenir "protegiendo", alejando a las personas mayores de los entornos deseados y elegidos, de la pérdida del control sobre sus propias vidas y de la capacidad de decidir cómo quieren vivir. Por tanto, diagnóstico social e intervención social son dos momentos y dos etapas del proceso, fundamentales para abordar la vulnerabilidad.

Podemos concluir que la persona mayor no es vulnerable, ni tan siquiera potencialmente vulnerable como impacto de la edad. La interpretación diagnóstica de las distintas variables en el análisis multidimensional de la vulnerabilidad, deben generar individualizar, donde el protagonista, la persona mayor, sea capaz de decidir desde su historia de vida, y sus preferencias. Si la persona mayor no dirige su toma de decisión, ni gestiona el mundo en el que vive, esta va a quedar relegada a un continuo encuentro con lo necesario que va a incidir sobre su bienestar integral, y su participación en su vida, con la confirmación de la profecía de la vulnerabilidad de la persona mayor y la dependencia continua.

La libertad frente a seguridad, el valor de la vejez como fin último, la desesperanza de vida como medidor de prioridades, transparencia frente a confidencialidad... Las situaciones difíciles desembocan en un reordenamiento axiológico. Para este objetivo se necesita un enfoque interdisciplinar;

los ciudadanos debemos hacer frente a la opinión pública que circula por los medios, ya que condiciona nuestra percepción del riesgo y nuestra forma de reconocer y elegir lo importante. Son momentos idóneos para analizar el sistema técnico científico, junto con el político, y crear nuevos valores, si es que hemos aprendido algo. Sería muy conveniente aclarar qué política científica y tecnológica deseamos para las próximas décadas y en qué sectores es necesario invertir más esfuerzos. Para ello hay que saber qué bienes son prioritarios a largo plazo y qué modelo de sociedad anhelamos, considerando que todos podríamos llegar a ser

mayores. El trabajo social es el promotor del bienestar psicosocial de las personas mayores que enferman y sus familias. Entre los retos que tenemos delante de esta pandemia está, sin duda, el de revisar un modelo de cuidados de las personas mayores que en buena medida se ha visto impugnado por la crisis sanitaria, un modelo que ahora habrá de tomar como centro a la persona y no a la institución. Pero ese cambio de modelo ha de formar parte de una estrategia de políticas públicas con una visión más amplia, pero, sin duda, de un cambio de paradigma relacional y de concepción social ante la oportunidad de envejecer.

semblanza

Rosa Gómez Trenado. Diplomada y Grado en Trabajo Social por la Universidad de Cádiz y La Universidad Internacional de la Rioja
Correo electrónico: <rosatrenado@yahoo.es>.

Referencias

Armitage, L.B. Nellums. (2020) COVID-19 and the consequences of isolating the elderly.

D. Páez, J.A. Pérez. (2020), Representaciones sociales del COVID-19.

OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.

V.Camps, (2021) Tiempo de cuidados: otra forma de estar en el mundo.

W. Gardner, D. States, N. Bagley. (2020) The Coronavirus and the risks to the