

Muerte social de la población anciana agravada en tiempos de pandemia

Najuah Sael Basheer¹, Gabriela Sulzbach Solanho¹, Ana Carolina Coelho Baracat¹, Alice Mecabo¹, Giovana Nishiyama Galvani¹, Fábio Luigi Crisgiovanni¹, Amanda Kuster Roderjan¹, Úrsula Bueno do Prado Guirro²

1. Universidade Positivo, Curitiba/PR, Brasil. 2. Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil.

Resumen

En un contexto en que la población anciana está cada vez más desatendida, la pandemia del covid-19 puso de manifiesto la falta de inclusión y de atención a que hace frente esta población, configurando un fenómeno de no pertenencia y exclusión que puede describirse con el término “muerte social”. Esta investigación pretende analizar la muerte social de la población anciana mediante una revisión integradora de la literatura en estudios relacionados con la muerte social, los ancianos y la pandemia. De los 1.291 trabajos encontrados en las bases de datos, se seleccionaron 15, en los cuales se observó que el envejecimiento no se considera como un proceso fisiológico, sino como una enfermedad, por lo que se apartan a los ancianos de la sociedad y los cuidan exhaustivamente hasta que mueren aislados. Es necesario destinar una mirada específica a esta población que le garantice una (re)integración y participación activa en la sociedad.

Palabras clave: Envejecimiento. Covid-19. Atención Integral de Salud. Salud mental.

Resumo

Morte social da população idosa salientada em tempos de pandemia

Num contexto em que a população idosa é cada vez mais negligenciada, a pandemia de covid-19 tornou evidente a falta de inclusão e cuidado que essas pessoas enfrentam, configurando um fenômeno de não pertencimento e exclusão que pode ser descrito pelo termo “morte social”. Esta pesquisa objetiva analisar a morte social da população idosa por meio de revisão integrativa da literatura que inclui estudos relacionados a morte social, idosos e pandemia. Dos 1.291 estudos encontrados nas bases de dados, foram selecionados 15 trabalhos, nos quais se observou que o envelhecimento não é entendido como processo fisiológico, mas como doença, de maneira que idosos são retirados da sociedade e tratados exaustivamente até morrerem isolados. Pode-se concluir que um olhar específico para essa população se faz necessário para garantir sua (re)integração e participação ativa na sociedade.

Palavras-chave: Envelhecimento. Covid-19. Assistência integral à saúde. Saúde mental.

Abstract

Social death of the older adult population reinforced in pandemic times

In a context in which the neglect toward the older adult population grows, the COVID-19 pandemic has made evident the lack of inclusion and care that these people face, creating a phenomenon of non-belonging and exclusion that can be described by the term “social death.” This study aims to analyze the social death of the older adult population from an integrative literature review that includes studies related to social death, older adults and the pandemic. Of the 1,291 studies found in the databases, 15 articles were selected, in which it was observed that aging is not understood as a physiological process, but as a disease, so that older adults are removed from society and treated exhaustively until they die in isolation. It can be concluded that a specific gaze toward this population is necessary to ensure their (re)integration and active participation in society.

Keywords: Aging. COVID-19. Comprehensive health assistance. Mental health.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aunque el envejecimiento es un fenómeno biológico natural e inevitable, actualmente se le atribuye un valor negativo, de modo que incluso los signos más sutiles del envejecimiento, como las primeras canas, son vistos con desprecio, y revelar la edad resulta casi siempre embarazoso. Además, se difunde que el envejecimiento poblacional supone pérdidas para los gobiernos, con gastos en jubilaciones y pensiones, lo que pone de manifiesto que, desde la perspectiva de la sociedad, envejecer es sinónimo de gasto y aversión¹.

Son raros los jóvenes que perciben su propio envejecimiento, ya que la sociedad del “ahora” no inculca reflexiones sobre el envejecimiento y demuestra interés simplemente en evitar este proceso¹. En las mujeres, esto parece ser más intenso, especialmente en el aspecto estético, dado que los procedimientos y medicamentos que prometen el “rejuvenecimiento” lideran los *rankings* de ventas en todo el mundo, con la publicidad antienvjecimiento². Por lo tanto, debido a la incapacidad de las personas de verse a sí mismas más viejas, resulta difícil incluir socialmente a la población anciana¹.

Cabe resaltar que la población geriátrica no es la única invisibilizada, ya que cualquier grupo vulnerable enfrenta un problema similar, incluidas las personas en situación de calle y las personas con discapacidad. El término “muerte social” fue acuñado precisamente para referirse al fenómeno del abandono de determinadas poblaciones, que tiene consecuencias sociales y en la asistencia sanitaria desastrosas³.

Las personas mayores presentan disautonomía que les predispone a un mayor riesgo de caídas, dificultad para deglutir e incontinencia urinaria, por lo que requieren atención de los equipos de salud¹. Esta necesidad asistencial, combinada con la exclusión social y la invisibilización, contribuye al aumento de los índices de depresión y suicidio en esta población.

Según datos del Ministerio de Salud señalados por Fumegali⁴, alrededor del 20% de la población mundial mayor de 60 años convive con depresión y trastornos de ansiedad y, en Brasil, la tasa de suicidio en personas mayores de 70 años es superior a la media nacional: 8,9 y 5,5 por 100.000 muertes, respectivamente, entre el 2013 y el 2019.

En lo que respecta a los cuidados de la salud de los ancianos, estudios que analizan la educación médica y el tabú sobre el envejecimiento resaltan que,

además del descuido del proceso salud-enfermedad de ancianos, también existe una aversión por parte de los médicos hacia la terminalidad de la vida^{5,6}. Estas investigaciones demuestran que los factores sociales y psicológicos que abarcan la enfermedad en los ancianos a menudo no se tienen en cuenta durante el tratamiento. Además, se aplican terapias y procedimientos innecesarios a los ancianos en situación de terminalidad de la vida como una medida heroica para mantener al paciente vivo, ya que la muerte está asociada con el fracaso médico.

Ante ello, resulta contradictorio que la asistencia a la salud, cada vez más mejorada para el tratamiento de diversas enfermedades en los últimos años, pase por alto la inevitabilidad del envejecimiento, la vulnerabilidad y la muerte, ya que esta negligencia puede desencadenar más sufrimiento^{5,6}. Con esto se infiere que, irónicamente, si en general los ancianos ya no pertenecen a la sociedad, en el mundo médico, se ven obligados a permanecer en ella^{1,5}.

La marginación de esta población se volvió aún más problemática durante la pandemia de COVID-19, ya que se registraron mayores tasas de mortalidad entre los ancianos, dado que las personas con comorbilidades, como diabetes, hipertensión y enfermedades pulmonares obstructivas tenían mayor riesgo en caso de enfermarse. También se resaltó la importancia del aislamiento social como medida preventiva y se recomendó enfáticamente a los ancianos que no salieran de casa. En consecuencia, pese a su importancia para la protección desde el punto de vista biológico, el aislamiento social intensificó la ansiedad, la inseguridad, el miedo y los cuadros de depresión en los ancianos, ya que, además del miedo a enfermarse, tomó una mayor proporción el sentimiento de abandono, ya presente antes de la pandemia⁵.

El objetivo de esta investigación fue sintetizar información acerca de la muerte social en la población anciana, incluido el período pandémico. El tema es relevante principalmente para los profesionales de la salud, ya que el abandono de la población mayor es paradójico, una vez que, a medida que se marginan las demandas de estas personas, sin tener en cuenta su contexto histórico, social y cognitivo, muchas comorbilidades las afectan, tales como la depresión, enfermedades coronarias e ITS. Estas enfermedades derivan precisamente de la falta de una mirada crítica y humanizada hacia la población anciana^{4,7,8,10}.

Método

Se trata de una revisión integrativa de la literatura, exploratoria y descriptiva, con base en estudios relevantes sobre el tema. Por medio de la estrategia PVO, se describió la población (*population*) — ancianos; variables (*variables*)— negligencia de los ancianos, COVID-19 y cuidados en salud; y desenlaces (*outcomes*), muerte social de la población mayor y otros sufrimientos psicosociales. La investigación se guio por la siguiente pregunta rectora: ¿son los peores resultados clínicos, así como el aumento de diversas enfermedades en la población anciana, consecuencias de la negligencia que la sociedad y los médicos confieren al envejecimiento?

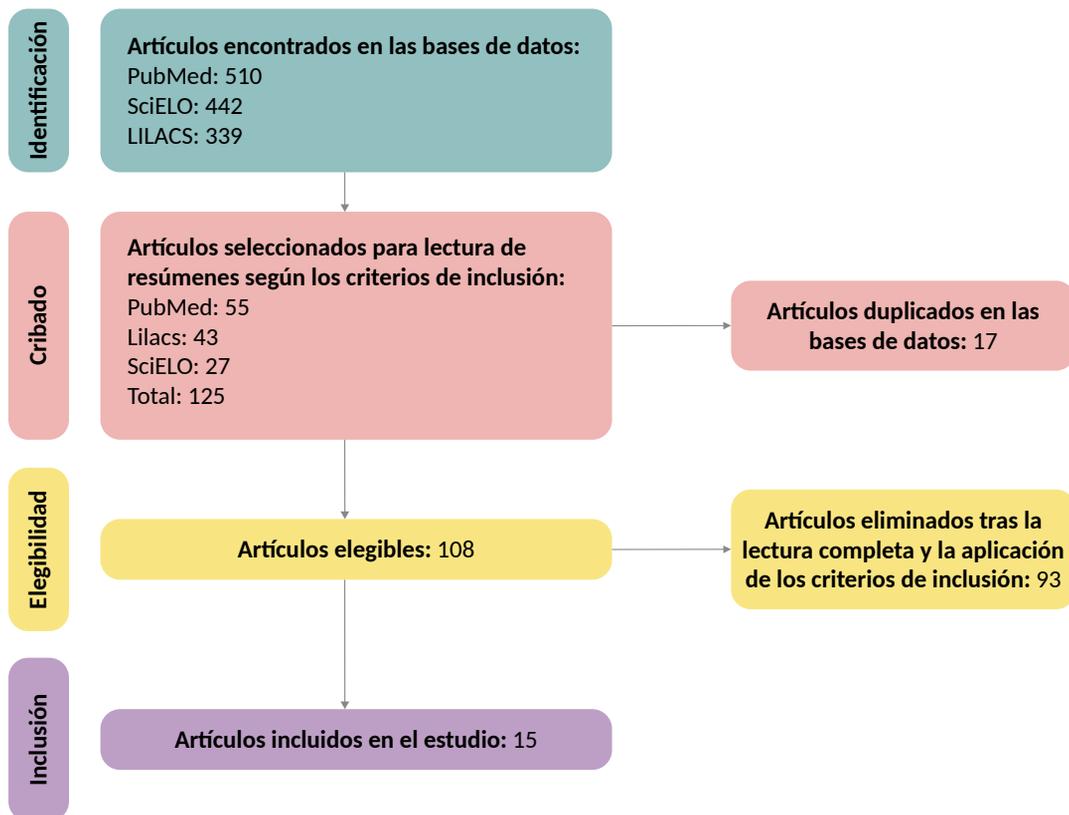
La investigación bibliográfica se llevó a cabo en enero del 2022 en las bases de datos SciELO, LILACS y PubMed y utilizó los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS), en portugués e inglés: “morte social”, “envelhecimento”, “idosos”, “saúde mental”, “COVID-19” y “profissionais da Saúde”. Se usaron los operadores booleanos “or” y “and” para mejorar las búsquedas.

Se incluyeron los artículos que cumplieron con los siguientes criterios: artículos científicos completos o revisiones de literatura de acceso público, nacionales e internacionales; en portugués, inglés o español; publicados entre el 2010 y el 2021. Para confirmar la inclusión, los artículos también deberían abordar al menos uno de los temas siguientes: muerte social en la población anciana; muerte social de la población anciana agravada en tiempos de pandemia; o negligencia de los cuidados en salud de la población anciana. Los criterios de exclusión fueron: artículos que no se ajustaran al tema propuesto y resúmenes sin acceso al texto completo.

La búsqueda con los DeCS encontró 1.291 artículos, de los cuales 510 en PubMed, 442 en SciELO y 339 en LILACS. En la segunda etapa, con base en los primeros criterios de inclusión, se redujo la cantidad a 125 artículos, de los cuales 17 estaban duplicados y 108 fueron elegibles para el estudio. Tras la lectura y análisis, se seleccionaron 15 estudios.

La Figura 1 muestra el proceso de selección de los artículos.

Figura 1. Proceso de selección de artículos



Resultados

De los 15 artículos incluidos en la revisión, siete (46,7%) provienen de Brasil, tres (20%) de Estados Unidos, uno (6,6%) de Corea del Sur, uno (6,6%) de

Italia, uno (6,6%) de Alemania y dos (13,33%) de Canadá (Cuadro 1). La mayoría se publicó en el 2021, totalizando seis artículos (40%), y ocho (53,33%) son estudios observacionales transversales. El Cuadro 1 presenta información sobre los estudios incluidos.

Cuadro 1. Artículos analizados con indicación de autores, año, país, tipo de estudio y principales resultados encontrados

Autores; año	Artículo	País	Tipo de estudio	Resultados
Mazzela y colaboradores; 2010 ⁷	“Social support and long-term mortality in the elderly: role of comorbidity”	Italia	Observacional transversal	La clase socioeconómica baja, la soledad y las comorbilidades asociadas se encuentran entre los mayores determinantes de los reingresos y de la mortalidad entre ancianos. La baja interacción social es un valor predictivo importante de la mortalidad.
Gronewold y colaboradores; 2020 ⁸	“Association of social relationships with incident cardiovascular events and all-cause mortality”	Alemania	Observacional transversal	El sentirse solo o el vivir aislado de la sociedad está asociado con un alto riesgo cardiovascular y de morbimortalidad independientemente de otros factores de riesgo en ancianos.
Hernandez y colaboradores; 2021 ⁹	“Suicide among older adults: interactions among key risk factors”	Estados Unidos	Retrospectivo	La falta de esperanza, seguida de depresión y una visión negativa de la propia salud fueron los principales factores de riesgo de suicidio en la población anciana. Las enfermedades físicas tuvieron poco impacto en el índice de suicidio.
Andrade y colaboradores; 2017 ¹⁰	“Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis”	Brasil	Observacional transversal	Los profesionales de la salud tienden a pensar que los ancianos son “asexuales” o, incluso, que tienen una sola pareja sexual. Esto conlleva a una falta de comunicación sobre el tema con estas personas y es una de las causas de los altos índices de infecciones de transmisión sexual en esta población.
Ribeiro y colaboradores; 2017 ¹¹	“Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review”	Brasil	Revisión de literatura	Las diferentes estrategias para afrontar el envejecimiento y la muerte dependen en gran medida de la manera en que la sociedad ve esta etapa de la vida: negando lo inevitable o adaptando las dificultades de este momento a cada individuo sin juicios de valor. En el estudio, se resalta que Occidente le atribuye un carácter negativo al envejecimiento, lo que hace de este proceso una experiencia negativa y solitaria para quien la vive.
Souza, Giacomini; 2020 ¹²	“Care for frail older adults in the community: an integrative review”	Brasil	Revisión de literatura	Es necesario reconocer, estudiar y cuidar a los ancianos frágiles, sin embargo, es de suma importancia para el pronóstico de estos pacientes que se fomente su autonomía.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Autores; año	Artículo	País	Tipo de estudio	Resultados
Fagundes y colaboradores; 2017 ¹³	“Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas”	Brasil	Descriptivo	La negligencia en el trato dado a la población anciana está institucionalizada. Las instituciones de larga permanencia suelen considerarse una experiencia negativa para el anciano. En estas instituciones, no están presentes las inspecciones sanitarias ni se asegura una acogida eficaz a los ancianos.
Kotwal y colaboradores; 2021 ¹⁴	“The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life”	Estados Unidos	Observacional transversal	Una de las principales razones de las altas tasas de ancianos en aislamiento social es la falla en el diálogo acerca del envejecimiento y de la terminalidad de la vida, así como el déficit de métodos e iniciativas capaces de reconocer los signos de distanciamiento y soledad en ancianos.
Kim, Jung; 2021 ¹⁵	“Social isolation and psychological distress during the covid-19 pandemic: a cross-national analysis”	Corea del Sur	Observacional transversal	El aislamiento social provocado por la COVID-19 estuvo directamente asociado con el sufrimiento psicológico en ancianos.
Goveas, Shear; 2021 ¹⁶	“Grief and the covid-19 pandemic in older adults”	Estados Unidos	Observacional transversal	El aumento de casos de trastorno de duelo prolongado (TDP) es consecuencia de la actual situación de pandemia. Y este estado es responsable de una mayor morbimortalidad en ancianos.
Fraser y colaboradores; 2020 ⁶	“Ageism and covid-19: what does our society’s response say about us?”	Canadá	Reflexivo	La manera en que la sociedad afrontó la muerte de ancianos durante la pandemia pone de relieve cómo se menoscaba a esta población. No hubo análisis críticos del alto número de ancianos víctimas de COVID-19.
Gonzaga y colaboradores; 2018 ¹⁷	“Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia”	Brasil	Observacional transversal	El conocimiento y la comprensión sobre la muerte y el morir se encuentran entre los temas menos abordados durante la formación académica de los profesionales de la salud. Como resultado, se difunde en el medio médico la idea de que la muerte es sinónimo de error médico, lo que resulta en la adopción y aceptación de prácticas de distanásia.
Pereira, Rangel, Giffoni; 2019 ¹⁸	“Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás”	Brasil	Observacional transversal	Las escuelas de medicina son deficientes a la hora de abordar la inevitabilidad de la muerte y las cuestiones bioéticas en el plan de estudios, lo que significa que los académicos no están capacitados para hablar sobre el tema con pacientes ancianos en fase terminal de la vida.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Autores; año	Artículo	País	Tipo de estudio	Resultados
Carter y colaboradores; 2021 ¹⁹	"A rapid scoping review of end-of-life conversations with frail older adults in Canada"	Canadá	Revisión de literatura	Un diálogo claro y conciso sobre el diagnóstico del paciente anciano es crucial para lograr mejores desenlaces clínicos. El incentivo a la autonomía combinado con un diálogo continuo determina una mayor sobrevida de estos pacientes.

En un estudio transversal realizado en 1992 con 2.000 ancianos italianos para evaluar factores que podrían interferir en la sobrevida, Mazzela y colaboradores⁷ constataron que la terminalidad de la vida en los ancianos es multifactorial y varias situaciones pueden limitar la sobrevida de esta población. Condiciones como la clase socioeconómica baja, la soledad y las comorbilidades se encuentran entre los mayores determinantes de los reingresos y de la mortalidad entre ancianos. Concluyeron que la soledad estaría correlacionada con peores desenlaces clínicos y pronósticos desfavorables en esta población.

Gronewold y colaboradores⁸ describieron que el sentirse solo o el vivir aislado de la sociedad está asociado con un alto riesgo cardiovascular y morbimortalidad, independientemente de otros factores de riesgo. Realizada en Alemania, esta investigación siguió a más de 4.000 participantes de ambos sexos con edades comprendidas entre 45 y 75 años, la mayoría sin antecedentes de enfermedad vascular, en tres momentos: 1) entre el 2000 y el 2003, 2) después de cinco años y 3) después de diez años. Evaluaron el nivel de apoyo e integración social, asociado a factores como edad, sexo, mediciones de presión arterial, estilo de vida, presencia de trastornos psiquiátricos, entre otros.

Se constató que las mujeres ancianas son, en promedio, más independientes que los hombres del mismo rango de edad en las actividades cotidianas, pero consumen más antidepresivos y son más sedentarias. Además, los participantes que informaron recibir menos apoyo emocional presentaron una mayor tasa de depresión, menos interacción social y mayor consumo de tabaco⁸.

Durante el período de seguimiento de 13,4 años, ocurrieron 339 eventos cardiovasculares (8,47%; $p < 0,001$), con 122 accidentes cerebrovasculares, 183 eventos coronarios y 34 muertes relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio. Los autores señalan que los participantes con estos

desenlaces recibían menos apoyo financiero y emocional, presentaban menos interacción social y una depresión más grave⁸.

Mediante entrevistas a familiares y recopilación de datos de historias clínicas, Hernández y colaboradores⁹ analizaron las historias de 32 ancianos que habían muerto por suicidio y 45 que murieron por causas naturales ($p < 0,001$). Concluyeron que la falta de esperanza, la depresión y una visión negativa de la propia salud fueron los principales factores de riesgo de suicidio en esta población.

Curiosamente, la suma de enfermedades físicas tuvo un impacto mínimo en la población suicida y los ancianos con comorbilidades que cometieron suicidio tenían una visión más negativa de sus enfermedades en comparación con aquellos con las mismas enfermedades que murieron por causas naturales. Además, el aislamiento social puede ser tanto una consecuencia como un promotor de una salud mental frágil. Esto hace evidente la necesidad de una mayor atención por parte de los profesionales de la salud y de la sociedad a la salud mental de los ancianos, para identificar signos de depresión e ideación suicida y afrontarlos⁹.

Otras enfermedades relacionadas con la muerte social de estas personas son las infecciones de transmisión sexual (ITS). Según Andrade y colaboradores¹⁰, existe una distorsión de concepciones en la sociedad, ya que la gente tiende a considerar a la población mayor como "asexual" o, incluso, a pensar que los ancianos tienen relaciones sexuales con una sola pareja. A esto se suma la banalización y el uso indiscriminado de medicamentos para la disfunción eréctil, lo que puede provocar una sensación de confianza que hace que las personas se olviden de usar condón.

Si bien estos factores son relevantes, la razón más importante del aumento de casos de estas enfermedades en este rango de edad es la falta de diálogo sobre el tema con los profesionales de

la salud. La investigación también constató que la información sobre las ITS es escasa en las unidades básicas de salud y los ancianos consideran el contagio de ITS un tabú, restringido a los jóvenes¹⁰.

Ribeiro y colaboradores¹¹ destacan que el envejecimiento en la sociedad actual es un proceso continuo de disautonomías, fragilidades y, sobre todo, sufrimiento. Las pérdidas son parte del envejecimiento, pero la forma en que se afrontan a lo largo de la vida define si este proceso será más llevadero o más doloroso.

Muchas personas ya no encuentran sentido a seguir viviendo a medida que pasa el tiempo, pues pierden autonomía por limitaciones físicas, seres queridos o roles sociales, aislándose cada vez más y sometándose a la espera de la muerte. Sin embargo, en sociedades que aceptan el envejecimiento, los ancianos tienen consuelo espiritual y reciben un importante apoyo social¹¹.

Las diferentes estrategias para afrontar el envejecimiento y la muerte dependen en gran medida de la manera en que la sociedad ve esta etapa de la vida: negando lo inevitable o adaptando las dificultades de este momento a cada individuo sin juicios de valor. Según los autores, la sociedad occidental no está atenta al envejecimiento y por eso no hay discusiones sobre la muerte y las inevitables debilidades del envejecer. Así, los ancianos asocian su condición con algo vergonzoso y, teniendo en cuenta también un abandono cada vez mayor, desarrollan depresión y diversas comorbilidades¹¹.

Según Souza, Giacomini y Firmo¹², el cuidado necesario a las personas mayores, específicamente al anciano frágil —con la funcionalidad cognitiva y física reducida— es multifactorial y requiere, esencialmente sensibilidad y paciencia. Los investigadores resaltan que, al tratarse de un grupo que experimenta un crecimiento importante en la pirámide demográfica, es necesario que sus necesidades específicas se incorporen al sistema de salud.

Así, es fundamental para la salud biopsíquica y mental del anciano frágil un cuidado en el que sean igualmente respetados con relación a los demás, preservando su autonomía y comprendiendo sus límites. A pesar de la fragilidad de los ancianos, asumir que no logran realizar tareas puede resultar perjudicial. Por lo tanto, observarlos y ofrecerles ayuda solo cuando sea necesario estimula su autonomía y confianza, mejorando su pronóstico¹².

Según Fagundes y colaboradores¹³, la negligencia en el trato dado a la población anciana está,

incluso, institucionalizada. El término “institucionalización del anciano” se refiere a las instituciones de larga permanencia (ILP), que en teoría deberían acoger, pero a menudo ofrecen una experiencia negativa al anciano, abandonado en estos lugares a la espera de la muerte —ya consumada para la sociedad— de forma negligente y velada.

Los ILP se conocen popularmente como “asilos” y tienen su origen en la Edad Media, cuando surgieron los primeros servicios de asistencia a las personas que necesitaban cuidados básicos, pero que no debían estar expuestas a la sociedad. Los autores señalan la necesidad de reformar estas instituciones para garantizar mejores condiciones de vida y de salud a los internos, marginados de la sociedad¹³.

Kotwal y colaboradores¹⁴ llevaron a cabo un análisis epidemiológico de los ancianos en situación de terminalidad de la vida en el estado de California, Estados Unidos. El estudio incluyó a más de 3.000 ancianos, de los cuales el 19% se encontraba socialmente aislado, el 17,8% se sentía solo y el 5% se encontraba en ambas situaciones. El alto índice de aislamiento social puede explicarse por el miedo a la muerte próxima, así como por el carácter vergonzoso que confiere el envejecimiento, lo que dificulta que los ancianos busquen ayuda emocional, financiera y psicológica.

Kim y Jung¹⁵ recopilaron datos por medio de un cuestionario sobre comportamiento y percepción respecto a la pandemia de COVID-19 e identificaron que el aislamiento social tuvo importantes efectos directos en la salud mental de las personas mayores. Los resultados muestran que la cuarentena estuvo directamente asociada al sufrimiento psicológico de los ancianos, corroborando la comprensión de que la falta de integración social conduciría a consecuencias nocivas para la salud mental.

Los autores destacaron que, a pesar de haber sido importantes y de ayudar a proteger la salud pública, las medidas de aislamiento social tuvieron consecuencias negativas no deseadas en la salud mental de los ancianos. Ya sufrían la pérdida de vínculos interpersonales antes de la pandemia, y el mayor aislamiento empeoró su carga psicológica¹⁵.

Goveas y Shear¹⁶ reportan un aumento en los casos de trastorno de duelo prolongado (TDP) como consecuencia de la pandemia. De hecho, las circunstancias, los contextos y las consecuencias de las muertes causadas por COVID-19 son factores de riesgo que aumentan la tasa de TLP.

Asociado a esto, las restricciones a la circulación de personas, especialmente de ancianos, cambiaron la experiencia de muerte, de modo que el riesgo de TLP pareció ser mayor en personas mayores o con antecedentes psiquiátricos.

Fraser y colaboradores⁶ señalan que la pandemia acentuó la exclusión y trajo aún más daño a los ancianos, ya que con la crisis del sistema de salud surgió un discurso inquietante sobre el envejecimiento, que cuestiona el valor de la vida de las personas que tanto han contribuido a la sociedad. Inicialmente se dijo que la pandemia solo era peligrosa para los ancianos, y la situación se trató de manera insignificante, como si este hecho trajera alivio a la población joven.

A menudo, la muerte de ancianos se computaba únicamente como estadística, sin análisis sociales y psicológicos. Los autores también afirman que es necesario comprender que no se trata solo de prevenir la pérdida de vidas o de reducir la presión sobre el sistema de salud, sino también de dejar claro que los ancianos son miembros inestimables de nuestra sociedad. Diversas comorbilidades y desenlaces desfavorables en esta población pueden ser consecuencia precisamente de esta negligencia^{5,6}.

Paradójicamente, los agravantes que afectan la sobrevivencia y la salud de los ancianos se originan en la comunidad que más debería acoger a esta población y estudiarla para entender sus limitaciones, capacidades y finitudes: los médicos. Según Ferreira, Nascimento y Sá¹⁷, el conocimiento y la comprensión sobre la muerte y el morir figuran entre los temas menos abordados durante la formación académica de los profesionales de la salud. En una investigación realizada en un hospital universitario de Campinas/SP, se observó que la cultura de refutar la muerte prevalece incluso entre los más instruidos en el tema.

La investigación saca a la luz el malestar de los médicos al presenciar la terminalidad de los pacientes, y es común el distanciamiento, conducta contraria a lo que se espera de estos profesionales, ya que es su función promover la maduración de la familia y del paciente ante la proximidad de la muerte. Este sentimiento de negación del morir termina reemplazándose por la “naturalización” del sufrimiento, en un intento de protección emocional por parte del médico que puede culminar en la distanacia, es decir, una prolongación artificial del proceso de muerte. Los daños causados por las fallas en la educación para la salud hacen que la terminalidad de la vida sea dolorosa y lenta¹⁷.

Además, según Pereira, Rangel y Giffoni¹⁸, las prácticas médicas inadecuadas ante la terminalidad de la vida tienen su núcleo en la propia educación médica. Los autores evaluaron el conocimiento sobre la terminalidad de la vida de los estudiantes de una carrera de medicina brasileña, y la mayoría no logró definir el concepto de distanacia y consideró que la enseñanza de los cuidados paliativos y la muerte en el nivel de grado era escasa.

La deficiencia de las escuelas de medicina para abordar cuestiones bioéticas relativas a la terminalidad hace que los estudiantes no estén preparados para hablar del tema con los pacientes e, indirectamente, corrobora la comprensión de que la muerte del paciente es un fracaso de la medicina. El desconocimiento de conceptos tan valiosos para la bioética, como la distanacia, puede ser una de las razones de esta práctica, ya que los médicos que no han estudiado el tema tienden a creer que la prolongación forzada de la vida es natural y necesaria¹⁸.

Carter y colaboradores¹⁹ resaltan que se deben mantener conversaciones sobre el final de la vida con los pacientes graves desde el momento del diagnóstico, para prepararlos mejor y ofrecerles discernimiento sobre las opciones durante el desarrollo de la enfermedad. Así, estos pacientes pueden ser dirigidos a cuidados paliativos en lugar de seguir un tratamiento que solo ofrece desgaste físico y emocional.

Resaltan que no ofrecer al anciano la decisión sobre sus tratamientos es un problema, ya que los pronósticos y los desenlaces clínicos son peores cuando el curso de la vida no lo decide el paciente y, por lo tanto, no se fomenta su autonomía. Para corregir tales defectos, es necesario ser transparente con relación al pronóstico, no simplemente identificarlo y discutir la evolución de la enfermedad, para alinear las expectativas del paciente. Cuando se anima al anciano a conocer su condición, el final de la vida se vuelve más cómodo e incluso puede haber mejoras clínicas¹⁹.

Según Soares y colaboradores²⁰, las prácticas médicas fracasan no solo por la falta de diálogo y enseñanzas sobre la terminalidad de la vida, sino también por no ver el envejecimiento como un proceso heterogéneo. Además, está socialmente extendido ver al anciano como frágil, dependiente y con múltiples comorbilidades y niveles graduales de olvido, un prejuicio conocido como edadismo. Al respecto, los investigadores señalan que una de las explicaciones del colapso del sistema de salud en muchos países europeos al inicio de la pandemia

de COVID-19 fue precisamente la generalización de que las personas mayores tendrían desenlaces clínicos más graves que la población más joven.

Es crucial canalizar recursos sanitarios hacia el cuidado dirigido a los ancianos para asegurar su bienestar, dado el abandono que sufren estas personas. También es necesario asegurar que esta inversión se base en datos científicos y no tenga un sesgo discriminatorio, para permitir una asistencia empática. También debe superarse la idea de que las personas mayores traen pérdidas a los gobiernos debido al gasto público que demandan²⁰.

Discusión

La muerte social de la población anciana tiene varias consecuencias negativas para la sociedad, ya que el envejecimiento, que debe ser visto como natural y fisiológico, se interpreta con aversión o se ignora¹. Como resultado, esta población queda marginada e institucionalizada y pasa el final de sus vidas en lugares precarios y aislados^{1,16}. Por lo tanto, el envejecimiento se trata como una enfermedad infectocontagiosa y no como una inevitabilidad de la vida¹⁶.

Un sistema de salud universal debería incluir a todos en los cuidados y abarcar a la población geriátrica en su heterogeneidad, con diferentes espectros de fragilidad y enfermedades específicas⁷. Paradójicamente, cuando existe una mirada dirigida a atender a estas personas, se centra en el cuidado de la enfermedad, y no del anciano enfermo, y no abarca los determinantes sociales y psíquicos del proceso salud-enfermedad.

Pocos cuidados médicos abordan la visión que el paciente tiene del envejecimiento, sus sensaciones, ansiedades, percepciones y, sobre todo, sus deseos. Entonces, ¿cómo podemos cuidar a un paciente anciano si la sociedad no se pone en su lugar, desconoce los determinantes de sus enfermedades y no le garantiza espacio¹⁷?

La negligencia en el tratamiento ofrecido a los ancianos quedó expuesta durante la pandemia de COVID-19, una vez que la enfermedad afectaba con más gravedad a la población anciana, que ya enfrentaba la discriminación por edad, lo que condujo a un círculo vicioso de enfermedad física y mental⁶. Además, la falta de una mirada médica específica y empática hacia esta población es

responsable de los altos niveles de depresión, ITS, enfermedades coronarias, entre otras^{9,12}.

Las medidas de protección, como el distanciamiento social, durante la pandemia de COVID-19 fueron sin duda importantes, pero esto no justifica la forma en que se resaltó el aislamiento social que experimentan los ancianos desde hace ya mucho tiempo. Ese momento también reveló la indiferencia de la sociedad ante la pérdida de población mayor⁶.

La formación de los profesionales de la salud se basa mucho más en la curación que en el alivio del sufrimiento, de modo que la muerte genera un sentimiento de impotencia o se ve como un mal que superar. Por lo tanto, el tema de la finitud de la vida rara vez se aborda durante la formación médica y, en consecuencia, no existe una mirada integral hacia el anciano capaz de comprender sus ciclos y limitaciones⁷. Este cuidado limitado no solo causa un mayor sufrimiento durante la terminalidad de la vida, sino que también puede ser un precursor de muchas enfermedades comunes en este rango de edad, como la depresión y las ITS, ya que el diálogo de los equipos de salud no es efectivo^{6,7}.

La muerte social de la población mayor puede estar “normalizándose” en la sociedad y, en consecuencia, en la medicina. Sin embargo, resulta paradójico jurar cuidar al paciente, en el momento de la graduación, pero no establecer con él un vínculo concreto de diálogo y respeto, ni asegurar que la terminalidad de la vida sea acogida con calidad, y no con abandono⁸.

Precisamente porque no existe ese diálogo, los médicos no aceptan la inevitabilidad de la muerte, y muchos ancianos hospitalizados se ven sometidos a la distanacia. En otras palabras, las bases de la muerte social en la población mayor pueden residir en la cultura actual sumada a la falta de comunicación y estudio sobre el final de la vida entre los profesionales de la salud⁸.

Además, se pierden oportunidades para mejorar la calidad de vida debido a la falsa concepción de que los ancianos no tienen deseos, habilidades o incluso parejas sexuales⁹. Los profesionales de la salud deben comprender que el envejecimiento es un proceso natural, heterogéneo y dinámico, y no un mal que deba combatirse u olvidarse. Es decir, un envejecimiento saludable requiere no solo aceptación, sino también comprensión y respeto de las limitaciones, con un diálogo constante y claro¹⁵.

Consideraciones finales

Esta revisión enumeró valiosos estudios observacionales que abordan la muerte social de los ancianos y la forma en que la sociedad actual, así como el sistema de salud, afronta el tema de manera negligente, precarizando la vida de esta población y afectando la calidad del final de la vida y de la muerte. Esta negligencia, agravada por la pandemia de COVID-19, empeoró la situación de estas personas, que ya enfrentaban aislamiento, depresión, enfermedades coronarias e ITS.

Es necesario ofrecer cuidados específicos a los ancianos, capaces de comprender sus necesidades

y limitaciones, con apoyo para que puedan integrarse en la sociedad. La comunidad médica, y la gente en general, debe abordar el envejecimiento, las cuestiones específicas de este grupo de edad y las cuestiones del final de la vida de forma más abierta con los ancianos.

Enfermedades, como la depresión y las enfermedades coronarias, y desenlaces clínicos, como los casos relacionados con la COVID-19 mencionados en este trabajo, son cada vez más prevalentes en la población geriátrica debido a la falta de cuidado e inclusión por parte de los médicos y de la sociedad.

Referencias

1. Faria L, Santos CAL, Patiño AR. A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acceso 31 mar 2023];33(2):68-217. DOI: 10.1590/0102-311X00068217
2. Aguiar A, Camargo VB, Bousfield ABS. Envelhecimento e prática de rejuvenescimento: estudo de representações sociais. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2018 [acceso 31 mar 2023];38(3):494-506. DOI: 10.1590/1982-37030004492017
3. Aredes J. Um morrer em vida: a morte social na esfera da saúde. *Observatório da Diversidade Cultural* [Internet]. 2014 [acceso 31 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/42Ov09M>
4. Fumegali A. Taxa de suicídio entre idosos cresce e prevenção é o melhor caminho. *Secretaria da Saúde [do Rio Grande do Sul]* [Internet]. 2019 [acceso 31 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3CEBI7C>
5. Grolli RE, Mingoti DEM, Bertollo GA, Luzardo RA, Quevedo J, Réus ZG, Ignácio ZM. Impact of COVID-19 in the mental health in elderly: psychological and biological updates. *Mol Neurobiol* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];58(1):1905-16. DOI: 10.1007/s12035-020-02249-x
6. Fraser S, Lagacé M, Bongué M, Ndeye N, Guyot J, Bechard L *et al.* Ageism and covid-19: what does our society's response say about us? *Oxford Academic* [Internet]. 2020 [acceso 31 mar 2023];49(1):692-95. DOI: 10.1093/ageing/afaa097
7. Mazzela F, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Rossetti M, Abbruzzese R *et al.* Social support and long-term mortality in the elderly: role of comorbidity. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2010 [acceso 31 mar 2023];3(1):323-28. DOI: 10.1016/j.archger.2010.01.011
8. Gronewold J, Kropp R, Lehmann N, Schmidt B, Weyers S, Siegrist J *et al.* Association of social relationships with incident cardiovascular events and all-cause mortality. *Heart* [Internet]. 2020 [acceso 31 mar 2023];106(17):1317-23. DOI: 10.1136/heartjnl-2019-316250
9. Hernandez SC, Overholser JC, Phillips KL, Lavacot J, Stockmeier CA. Suicide among older adults: interactions among key risk factors. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];56(6):408-21. DOI: 10.1177/0091217420982387
10. Andrade J, Ayres AJ, Alencar AR, Duarte CTM, Parada LGMC. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [acceso 31 mar 2023];30(1):8-15. DOI: 10.1590/1982-0194201700003
11. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acceso 31 mar 2023];20(1):869-77. DOI: 10.1590/1981-22562017020.170083
12. Souza GA, Giacomini KC, Firmo JO. Care for frail older adults in the community: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2020 [acceso 31 mar 2023];23(6):e190134. DOI: 10.1590/1981-22562020023.190134

13. Fagundes KV, Ribeiro ME, Ribeiro JH, Siepierski CT, Silva JV, Mendes MA. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017 [acceso 31 mar 2023];19(2):210-4. DOI: 10.15446/rsap.v19n2.41541
14. Kotwal AA, Cenzer IS, Waite LJ, Covinsky KE, Perissinotto CM, Boscardin WJ *et al.* The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];69(11):3081-91. DOI: 10.1111/jgs.17366
15. Kim HH, Jung JH. Social isolation and psychological distress during the covid-19 pandemic: a cross-national analysis. *Gerontologist* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];61(1):103-13. DOI: 10.1093/geront/gnaa168
16. Goveas JS, Shear MK. Grief and the covid-19 pandemic in older adults. *Focus (Am Psychiatr Publ)* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];19(3):374-8. DOI: 10.1176/appi.focus.19303
17. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2018 [acceso 31 mar 2023];42(3):87-96. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134
18. Pereira EA, Rangel AB, Giffoni JC. Identificação do nível de conhecimento em cuidados paliativos na formação médica em uma escola de medicina de Goiás. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 [acceso 31 mar 2023];43(1):65-71. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n4rb20180116
19. Carter C, Leanza F, Mohammed S, Upshur REG, Kontos P. A rapid scoping review of end-of-life conversations with frail older adults in Canada. *Can Fam Physician* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];11(1):298-305. DOI: 10.46747/cfp.6711e298
20. Soares TS, Corradi-Perini PC, Macedo CPL, Ribeiro URVCO. Covid-19 e ageísmo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acceso 31 mar 2023];29(2):242-50. DOI: 10.1590/1983-80422021292461

Najuah Sael Basheer – Estudiante de grado – najuatar@hotmail.com

 0000-0003-1857-8890

Gabriela Sulzbach Solanho – Estudiante de grado – gsolanho@gmail.com

 0000-0002-0049-5168

Ana Carolina Coelho Baracat – Estudiante de grado – anacarolinacoelhob@gmail.com

 0000-0001-9187-515X

Alice Mecabo – Estudiante de grado – mecaboalice@gmail.com

 0000-0002-8103-5795

Giovana Nishiyama Galvani – Estudiante de grado – giovana_galvani@hotmail.com

 0000-0002-5447-2930

Fábio Luigi Crisgiovanni – Estudiante de grado – fabiocrisgiovanni@gmail.com

 0000-0002-2381-1071

Amanda Kuster Roderjan – Estudiante de grado – amanda_roderjan@hotmail.com

 0000-0002-8809-8043

Úrsula Bueno do Prado Guirro – Magíster – ursula@ufpr.br

 0000-0003-4879-3057

Correspondencia

Najuah Sael Basheer Atari – Av. Vicente Machado, 1017, ap. 802 CEP 80420-010. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Najuah Sael Basheer, Gabriela Sulzbach Solanho, Ana Carolina Coelho Baracat, Alice Mecabo, Giovana Nishiyama Galvani, Fábio Luigi Crisgiovanni, Amanda Kuster Roderjan y Úrsula Bueno do Prado Guirro redactaron, investigaron, analizaron y organizaron el trabajo en conjunto.

Recibido: 3.9.2022

Revisado: 3.4.2023

Aprobado: 19.5.2023