

A fi o persoană în vârstă în cursul unei pandemii

Prof.Univ.Dr.Gabriel-Ioan Prada
Societatea Română de Gerontologie și Geriatrie

Preocupările legate de vârstă au o istorie foarte lungă în existența omenirii. Perspectivele au fost variabile în funcție de contextul socio-cultural și economic al fiecărei etape de dezvoltare a comunităților umane. Din experiențele rezultate în urma traiului în aceste colectivități din ce în ce mai extinse s-a constatat că fiecare persoană traversează o serie de etape în cursul evoluției ontogenetice: prima, de creștere și dezvoltare, începând de la naștere și până la perioada de adult; a doua, de maturitate, caracterizată (în marea majoritate a cazurilor) printr-o capacitate maximă de integrare în colectivitate și de îndeplinire a rolurilor pe care i le atribuie acea colectivitate; a treia și ultima etapă, denumită "senectute" sau "bătrânețe", care este însoțită de o reducere progresivă a capacităților funcționale și de o creștere a vulnerabilității față de factorii de risc. Problematika legată de procesul de îmbătrânire a apărut mai pregnant în special din secolul al XX-lea, odată cu o creștere aproape geometrică a speranței de viață la naștere, însoțită și favorizată de o dezvoltare socio-economică fără precedent și de progrese medicale semnificative. Toate acestea, alături de o serie de alte fenomene demografice, au determinat o mărire a proporției persoanelor vârstnice în populația generală.

Deși există o serie de controverse cu privire la vârsta de la care considerăm că o persoană este „vârstnică”, s-a dovedit necesară separarea segmentului de populație cu vârste înaintate de segmentul de populație adultă datorită constatărilor referitoare la o prevalență mai mare a anumitor particularități ale persoanelor în vârstă, inclusiv în ceea ce privește manifestarea diverselor afecțiuni la acest grup populațional, precum și răspunsul la o serie de factori de risc. Trebuie totuși menționat că nu toți vârstnicii sunt identici, ei reprezintă o categorie foarte heterogenă. Bolile, inclusiv cele cronice, precum și dizabilitățile nu sunt o consecință inevitabilă a înaintării în vârstă. S-a efectuat și o clasificare a vârstnicilor în trei categorii pe baza existenței unor diferențe semnificative între persoanele din fiecare categorie: vârstnici „tineri” (*young-old*) – cu vârste între 65 și 74 ani; vârstnici propriu-ziși (*old-old*) între 75 și 84 ani; și longevivi (*very-old*) cu vârste de 85 ani și peste.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, actualmente se acceptă vârsta de 65 ani ca graniță între adulți și vârstnici. Trebuie arătat de la început că această limită este convențională: la 65 ani nu se constată niște transformări subite, majore, persoana respectivă nu este mult diferită față de etapa când avea de exemplu 59 ani și nici măcar față de atunci când va împlini 66 ani. De fapt alegerea acestei vârste nu are o bază științifică reală, a fost vârsta de pensionare în țările dezvoltate economic. Am utilizat timpul trecut cu referire la vârsta de pensionare deoarece recent într-o serie de țări dezvoltate din punct de vedere economic se constată două tendințe: fie de creștere a vârstei de pensionare la 67 ani sau mai mult, fie de adoptare a unei vârste de pensionare flexibile. Pe de altă parte, există cel puțin două argumente cu privire la faptul că limita de vârstă dintre adulți și vârstnici este convențională. Mai întâi, chiar Organizația Mondială a Sănătății acceptă ca limită între adulți și vârstnici 60 ani pentru câteva țări în curs de dezvoltare unde speranța de viață la naștere este scăzută. În al doilea rând, la manifestările științifice internaționale de geriatrie și gerontologie se discută din ce în ce mai mult necesitatea creșterii limitei de vârstă dintre adulți și vârstnici la 70 ani și chiar la 75 ani pentru țările dezvoltate economic, având în vedere mărirea speranței medii de viață la naștere în aceste țări la peste 80 ani.

Noțiunile de vârstă și îmbătrânire sunt strâns legate. Există cel puțin cinci accepțiuni ale termenului de “vârstă”: vârsta cronologică, vârsta psihologică, vârsta socială, vârsta biologică și vârsta demografică. În acest context înțelegem de ce și termenul de “îmbătrânire”

este de fapt foarte complex și într-un fel se justifică existența celor peste trei sute de teorii care încearcă să explice procesul de îmbătrânire. De menționat că aceste teorii nu se exclud reciproc, dar nici una nu reușește să descrie întreg procesul în toată plurivalența sa.

Vârsta cronologică reprezintă timpul scurs din momentul nașterii și până în prezent. Este de obicei trecută în documente de identitate și practic nu se poate vorbi despre o „îmbătrânire cronologică”. Ea reprezintă de fapt o simplă trecere a timpului.

Vârsta psihologică este modul în care fiecare persoană se percepe pe sine: „am 80 ani, dar mă simt ca la 20, pot răsturna munții”; sau dimpotrivă: „am 40 ani, dar mă simt ca la 90, nu pot face aproape nimic”. Așa cum se observă, conține multe prejudecăți legate de vârstă (obligatoriu la 20 de ani fiecare individ trebuie să dețină capacități funcționale maxime, iar la 90 ani aceste capacități trebuie să fie extrem de reduse). De asemenea, depinde de o serie de afecțiuni cronice, inclusiv depresia, care pot altera performanțele fiecăruia.

Vârsta socială constituie modul în care o persoană poate să îndeplinească un rol în colectivitatea în care trăiește în mod obișnuit, dar nu orice rol, ci acela la care se așteaptă ceilalți de la el/ea. Depinde foarte mult de nivelul de dezvoltare socio-economică al colectivității și al societății în general și are un caracter istoric: rolurile sociale se modifică de-a lungul istoriei omenirii. Spre exemplu, actualmente, la noi în țară, dacă avem 10 ani se așteaptă să fim elevi, dacă avem 20 ani se așteaptă să fim studenți, dacă avem 30 ani se așteaptă să fim implicați într-o activitate profesională, iar dacă avem 70 ani sau 80 ani se așteaptă să fim bunic sau bunică. Totuși, chiar și în acest context, există diferențe legate de profesie: dacă „se află” despre o gimnastă că mai participă la competiții internaționale la vârsta de 25 ani, percepția este că ar fi trebuit de mult „să fie la pensie”, ca și cum ar avea 65 ani. De asemenea, dacă „se aude” despre un sportiv (fotbalist, boxer) că își continuă activitatea profesională la 40 ani, percepția este că ar fi trebuit de asemenea să se fi pensionat de mult, ca și cum ar fi avut 70 ani. Pe de altă parte există persoane cu vârste de peste 90 ani care nu îndeplinesc doar rolul de bunic sau bunică. Spre exemplu Domnul Acad. Constantin Bălăceanu-Stolinici a împlinit 97 ani în iulie 2020 și continuă să susțină cursuri universitare, să participe la emisiuni televizate, la congrese și conferințe, să ofere consultații medicale de specialitate. De asemenea, Domnul Neagu Djuvara care a trăit peste 101 ani și a continuat să scrie monografiile, să participe la emisiuni televizate și conferințe chiar după ce a devenit centenar.

Din punct de vedere al **vârstei biologice**, procesul de îmbătrânire este considerat ca o reducere a rezervelor funcționale. De exemplu, când observăm două persoane, una de 20 ani și alta de 80 ani mergând pe un trotuar, nu există diferențe notabile dacă nu au o afecțiune semnificativă. În schimb dacă, spre exemplu, vine autobuzul în stație și ambii aleargă să se urce în autobuz, de cele mai multe ori persoana mai tânără (cronologic) va ajunge prima.

Vârsta demografică semnifică prevalența diverselor grupe de vârste reprezentate pe un grafic numit „piramida vârstelor”. Dacă sunt mai multe persoane cu vârste înaintate comparativ cu grupele de vârste mici (dacă natalitatea este redusă, iar mortalitatea la fel în scădere), atunci se consideră că piramida vârstelor reprezintă o „populație în îmbătrânire”. Dacă natalitatea este crescută, dar și rata mortalității este mare astfel încât puține persoane ajung la vârste înaintate, se consideră că este vorba despre o piramidă a vârstelor reprezentând o populație „tânără”. Desigur că în această din urmă situație există o serie de probleme socio-economice și de sănătate publică stând la baza unei mortalități ridicate. Din acest punct de vedere nu este avantajos totdeauna „să fii tânăr”. Se remarcă astfel relativitatea noțiunilor de „tânăr” și „vârstnic” sau „bătrân”.

Clasificarea persoanelor doar după criteriul cronologic, "vârsta cronologică", este insuficientă și uneori chiar nedreaptă. Așa cum s-a remarcat în situații critice, rata deceselor nu depinde doar de vârsta cronologică a pacienților, ci mai ales de comorbiditățile pe care le prezintă, această vârstă cronologică singură având o influență redusă. Pe de altă parte, odată

cu înaintarea în vârstă crește prevalența persoanelor care cumulează o serie de comorbidități, dar nu este o regulă ca toate persoanele de peste 65 de ani să prezinte cumul de afecțiuni cronice. Este necesar să reiterăm că simpla înaintare în vârstă nu are drept consecință inevitabilă creșterea numărului de boli cronice sau dizabilități. Așa cum s-a arătat anterior, vârstnicii sunt un grup foarte heterogen. Persoane având aceeași vârstă cronologică pot să fie robuste, sau pot să prezinte diverse grade de vulnerabilitate la factori de risc. Această din urmă caracteristică face parte dintr-o entitate morbidă descrisă la vârstnici relativ recent și denumită "sindrom de fragilitate". Este un sindrom complex care definește vârstnicii prezentând o vulnerabilitate crescută la factori de risc precum expunerea la temperaturi extreme, diverși factori infecțioși, traumatisme. Vârstnicii cu sindrom de fragilitate au un risc mărit de a fi spitalizați pentru afecțiuni intercurrente, de a dezvolta o serie de afecțiuni, inclusiv procese infecțioase, de a avea durate mai lungi de spitalizare, de a avea evoluții nefavorabile în cursul internărilor, de a dezvolta complicații și dizabilități și de a suferi deces.

Există posibilitatea, din partea serviciilor de geriatrie, de a diagnostica astfel de pacienți vârstnici, precum și de a cuantifica gradul de fragilitate. În acest mod pot fi identificați vârstnicii care sunt cei mai vulnerabili și astfel să se orienteze măsurile de protecție cu precădere către ei.

În acest context ar fi utilă refacerea unei rețele de asistență medicală de geriatrie de tip ambulator, similară celei create de Doamna Profesor Ana Aslan, care ar avea capacitatea de a evalua vârstnicii din punct de vedere al prezenței sindromului de fragilitate. În acest mod s-ar putea crea un registru național al vârstnicilor care prezintă sindrom de fragilitate și ar exista modalitatea de a stabili gradul acestei vulnerabilități. S-ar oferi posibilitatea de a se direcționa resursele și măsurile de protecție cu precădere către acest grup populațional. Desigur că dacă o astfel de informație nu este disponibilă, măsurile trebuie să fie orientate către acele categorii care au o probabilitate mare de a cumula afecțiuni care îi fac vulnerabili, inclusiv persoanele de peste 65 de ani, dar nu numai. Abordarea aceasta este adecvată în condițiile în care ne confruntăm cu situații noi, neașteptate și când sunt necesare măsuri extreme pentru a evita adevărate dezastre.

O situație de acest tip s-a ivit cu ocazia pandemiei de COVID-19 recent declanșată. Provocările au fost și sunt deosebite, atât pentru sistemul sanitar, cât și pentru întreaga societate. Implicațiile sunt multiple și pe termen lung. Nici un sistem nu a fost pregătit pentru astfel de probleme și din păcate totul trebuie învățat și adaptat din mers. Dacă inițial s-a considerat că **doar** persoanele vârstnice sunt expuse la acțiunea virusului, pe parcurs s-a dovedit că orice persoană poate fi infectată și chiar prezintă riscul de deces în absența unor comorbidități deosebite. Mesajul inițial, din nou din păcate, a rămas în conștiința generală și astfel măsurile de protecție sunt mai puțin respectate de către tineri și adulți. Totuși, rămâne valabil aspectul legat de faptul că persoanele prezentând comorbidități severe, mai ales multiple, sunt cele mai susceptibile a suferi efectele negative ale acestei infecții virale, indiferent de vârsta cronologică. Desigur că prevalența unor astfel de comorbidități este semnificativ mai mare pe măsură ce înaintăm în vârstă.

Problemele care se pun la persoanele senescente sunt specifice și diferite de la o societate la alta. Din păcate considerentele culturale, în sensul comportamentului în colectivitate, pot ridica riscuri aparte. La noi în țară, ca de altfel și în țările din sudul Europei, există obiceiul apropierei fizice (ex. îmbrățișat, sărutat pe obraz) pentru ca o persoană să-și manifeste afecțiunea față de alta. În contextul unei pandemii acest obicei poate fi extrem de dăunător, mai ales pentru persoane care prezintă comorbidități, indiferent de vârsta cronologică. Fără a ne baza pe un studiu sistematic, se poate observa diferența în ceea ce privește desfășurarea pandemiei în țările din sudul Europei față de acelea situate în nord, posibil și datorită diferențelor de comportament bazate pe considerente culturale. Respectarea unor reguli minime de igienă, așa cum s-a subliniat în repetate rânduri de către personalități

ale lumii noastre medicale, este esențială: spălătul corect pe mâini, purtarea măștii de protecție atunci când ne aflăm în spații închise sau aglomerate (inclusiv mijloace de transport în comun, magazine, piețe), evitarea atingerii feței (inclusiv ochii și gura) cu mâna neigienizată. Un alt aspect esențial este și distanțarea fizică (nu "socială" - care poate da naștere unor interpretări eronate). Lipsa acestei distanțări fizice a fost nu o dată cauza transmiterii infecției de la nepoți la bunici, având uneori consecințe fatale pentru cei mai în vârstă, numeroase exemple de acest fel putând fi oferite, **Distanțarea** este **fizică** și nu socială deoarece în condițiile actuale se poate păstra apropierea socială chiar de la distanțe fizice mari: telefon, internet (inclusiv comunicare audio-video). De fapt această noțiune de "distanțare socială" transmite un mesaj subliminar de "izolare socială" ceea ce nu este deloc de dorit, mai ales în cazul vârstnicilor, aspect remarcat de multe personalități ale vieții științifice.

Mesajele care se transmit și restricțiile care se impun trebuie să fie concepute cu atenție pentru a nu crea imaginea unei discriminări pe criterii de vârstă cronologică. Poate că anumite măsuri ar trebui impuse pe criteriul vulnerabilității și nu pe acela al vârstei cronologice. S-a observat și în lunile care au trecut că persoanele vulnerabile au fost cele mai expuse riscului de deces, indiferent de vârsta lor cronologică. Evaluarea fragilității (în sensul gradului de vulnerabilitate) se poate efectua și la vârsta adultă, mai ales în perioada pre-senescentă 50-64 de ani. Pentru a fi pregătiți în vederea unor alte situații de acest tip, conținând provocări deosebite pentru persoanele vulnerabile, ar fi extrem de important să existe o bază de date cu aceste persoane și cei vulnerabili să fie informați asupra gradului lor de vulnerabilitate pentru a se auto-proteja și pentru a putea fi protejați de sistemele medico-sociale. Trebuie să știm că nici un vaccin și nici un tratament medicamentos nu protejează în totalitate (100%) împotriva unei infecții, indiferent de natura ei. În acest context profilaxia, adică evitarea îmbolnăvirii, este de importanță primordială, în special pentru persoanele vulnerabile. Important este ca acele persoane să știe care le este gradul de vulnerabilitate și să fie educate cu privire la modalitățile de a se proteja. Nu trebuie neglijat faptul că situațiile de criză pot îmbrăca și alte aspecte, nu doar acela al unei infecții cu răspândire largă.

Totuși, ca perspectivă, ar fi foarte important ca în toate țările să existe o pregătire a sistemelor de asistență medicală și a sistemelor sociale pentru astfel de situații de criză, inclusiv prin identificarea acelor persoane, implicit vârstnici, dar nu numai, care sunt cele mai vulnerabile la efectele negative ale unor condiții de excepție.