Colección Manuales y Guías
Serie Personas Mayores

MYG

NUEVAS MIRADAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

IMSERSO

Colección Manuales y Guías
Serie Personas Mayores
MYG

NUEVAS MIRADAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

Colección Manuales y Guías
Serie Personas Mayores
N.º 31005

COORDINADORES GENERALES:
Antonio Martínez Maroto
Luis Gil Romero
Pedro Serrano Marzo
José Manuel Ramos Miguel

COORDINADOR DE TEMAS GERIÁTRICOS:
Francisco Sánchez del Corral Usaola
COORDINADORES DE TEMAS GEREONTOLÓGICOS:
Mónica Ramos Toro
Gonzalo Berzosa Zeballos

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
http://www.060.es

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:
Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2009
© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:
Ministerio de Sanidad y Política Social
Secretaría General de Política Social y Consumo
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración s/n, c/v Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80
E-mail: publicaciones@imserso.es
http://www.imserso.es

NIPO: 841-09-010-5
ISBN: 978-84-8446-120-3
D.L.: M-50561-2009
Imprime: ARTEGRAF, S.A.

Índice

Presentación 7

1ª Parte: Biomedicina y Atención Geriátrica

1. El mito de la longevidad ilimitada, por *Antonio Ruiz Torres* 11
2. Envejecimiento saludable y terapias antienvejecimiento, por *José Manuel Ribera Casado* 27
3. El mito de las dietas y fármacos milagrosos, por *Reinald Pamplona* 55
4. ¿Hasta dónde el deporte es saludable?, por *Mónica De la Fuente del Rey* 91
5. Sexualidad y envejecimiento, por *Carlos Verdejo Bravo* 119
6. El mito de que la edad contraindica la cirugía, por *Mª Antonia Vaquero Pérez* y *Jesús Torres Jiménez* 137
7. ¿Toda pérdida de memoria es alzhéimer?, por *Aurora Viloria Jiménez, Pedro Gil Gregorio* y *Raquel Yubero Pancorbo* 157
8. Las personas ancianas en urgencias, por *Cristina Bermejo Boixareu* y *Jaime Rodríguez Salazar* 189
9. Mitos en torno al final de la vida, por *Humberto Kessel Sardiñas* y *Nicasio Marín Gámez* 207

2ª Parte: Reflexiones desde las Ciencias Humanas y Sociales

10. Pensando la vejez y la felicidad, por *Javier Sádaba* 235
11. Hacia una nueva cultura del envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente, por *Gonzalo Berzosa Zaballos* 253
12. Personas mayores y ciudad: vivencias y significados del espacio, por *Teresa del Valle Murga* 271
13. Intergeneracionalidad y envejecimiento activo de las personas mayores. Aportación de los programas intergeneracionales, por *Mariano Sánchez Martínez* . . . 295
14. Impacto de la globalización en las personas mayores, por *Mónica Ramos Toro* 313
15. Tiempos espirituales en las personas mayores, por *Margarita Pintos de Cea-Navarro* 347

16. Consideraciones sobre la belleza y la estética, por *Fernando Perlado Ortiz de Pinedo* 367

3ª Parte: Cuestiones prácticas en el proceso de envejecimiento

17. La hipoteca inversa ¿puede ser una solución?, por *Blanca Clavijo Juaneda* . . . 395
18. La informática. Un recurso necesario para el bienestar de las personas mayores, por *Luis Álvarez Rodríguez* 417
19. Seguridad vial: las personas mayores como conductores y peatones, por *Jesús Minaya Saiz* 431
20. Mayores del siglo XXI. Acompañando su evolución desde la radio, por *Loles Díaz Aledo* 449

Presentación

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales, preocupado siempre por la actualización de los temas que le son propios y tratando de expandir el conocimiento gerontológico, abordó recientemente la tarea de revisar conceptualmente determinadas materias relacionadas con la geriatría y la gerontología.

Para ello el IMSERSO formalizó contractualmente el abordaje de esta tarea con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y con FISED, la Fundación para la Intervención Socioeducativa. Con la primera se llevó a cabo el trabajo de los temas más directamente relacionados con la Geriatría y con la segunda aquellos que tienen un contenido más genérico y son por tanto de ámbito gerontológico.

Hay que ser conscientes de que en el camino hacia el envejecimiento se están produciendo cambios muy importantes a todos los niveles, funcionales, psicológicos y también y sobre todo sociales. Algunos de dichos cambios son tratados con gran altura profesional y científica en este documento, por personalidades del máximo reconocimiento y renombre en Geriatría y Gerontología.

Aunque en un principio se planteó la posibilidad de formalizar estos trabajos en dos publicaciones diferentes, posteriormente ha parecido adecuado y oportuno que vean la luz en una única publicación, lógicamente más extensa, pero creemos que más integradora y de más fácil consulta.

Con los temas que ahora se presentan, se pretende, con un espíritu armonizador, sistematizar y dar a conocer una serie de aspectos relevantes y, hasta cierto punto novedosos, elaborados, como ya se ha dicho, por indiscutibles conocedores y expertos en los campos de la Gerontología y la Geriatría.

Por tanto, ve la luz este trabajo realizado durante más de un año y que tiene como objetivo fundamental divulgar aspectos tales como las consecuencias del envejecimiento, la salud, la asistencia socio-sanitaria, la asistencia geriátrica, los cambios significativos de las personas mayores, tanto biológicos como psíquicos o las necesidades dietéticas. Asimismo trata de desmoronar determinados mitos que se vienen arrastrando a través del tiempo o incluso de reciente creación y rápida expansión.

Muy especialmente desde mediados del siglo pasado, el sector científico ha trabajado para establecer los principios inspiradores en que se asienta la Geriatría y la Gerontología, delimitando

así sus componentes básicos y tratando de demostrar a la sociedad a la que atienden, cuál puede ser la importancia y trascendencia de estos campos de atención a las personas mayores.

En definitiva pues, nos proponemos que las personas que se aproximen a este Manual, reflexionen con un espíritu crítico acerca de los mitos y realidades del mundo de las personas mayores. Asimismo, con este Manual se pretende poner de relieve una serie de conocimientos fácilmente comprensibles y asimilables, no solo para el público en general, sino como no podría ser de otro modo para los profesionales dedicados al cuidado de las personas mayores, con el fin de que puedan realizar una mejor asistencia tanto preventiva como terapéutica.

La vocación que inspira a los autores es la de incentivar a los lectores que se sientan interesados en el ámbito geriátrico, sociosanitario o estrictamente social, para ir avanzando en el desarrollo conceptual de los diferentes aspectos del envejecimiento. Indudablemente aún queda mucho por hacer en las nuevos modos de abordar el envejecimiento de las personas y en la planificación e intervención en general.

Muy probablemente haya pocos profesionales, personas mayores y lectores en general a los que les interese la totalidad de los capítulos de este Manual, pero asimismo serán muy pocos también a los que no les concierna plenamente alguno de sus capítulos. Estamos pues, ante un libro al que habrá que recurrir de tiempo en tiempo y que tenemos que tener muy al alcance de nuestra mano.

Valga todo ello para una mejor preparación de los profesionales que nos dedicamos al mundo de las personas mayores, para un adecuado y conveniente enriquecimiento científico de profesionales e investigadores, para la expansión del conocimiento gerontológico entre las propias personas mayores y sus asociaciones o federaciones y en definitiva para implementar, entre todos, la eficacia del Estado de Bienestar.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

1ª Parte

Biomedicina y Atención Geriátrica

1

El mito de la longevidad ilimitada

Por Antonio Ruiz Torres
Instituto Teófilo Hernando
(Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de Madrid)

RESUMEN

En este trabajo se presentan datos y argumentos que justifican el rechazo a aceptar la longevidad, no solo ilimitada, sino también excesiva, es decir, por encima de los límites reconocidos como posibles. Todos los resultados que aporta el autor –experimentales, demográficos y teóricos– apuntan hacia la existencia de una barrera infranqueable que marca la duración máxima de la vida humana. Aunque el citado límite no es exactamente conocido, parece ser que se encuentra alrededor de los 120 años, todo lo más 125 años. Es más, existen datos que apuntan hacía la circunstancia de que ésta dimensión se ha mantenido inalterada desde tiempos ancestrales, aunque antaño ninguno o un número escasísimo de individuos solamente superara la edad de ochenta años.

Es precisamente la evolución de la esperanza de vida, en especial, desde finales del siglo XX, lo que ha contribuido a pensar en la posibilidad que la duración máxima de la vida humana se extendiera más allá de los límites señalados. En este trabajo se discute esta posibilidad en base a conceptos que definen el envejecimiento. Se concluye que sólo la velocidad de crecimiento en el correspondiente periodo del individuo y la tasa de regresión orgánica modulada por el proceso regulador del desgaste, condicionan la mayor o menor duración de la vida humana. Sin descartar el papel coadyuvante de la medicina, la higiene y los avances sociales que parecen acompañar el incremento paulatino de la esperanza de vida, se postula el determinante génico, obtenido mediante una selección natural, por ejemplo, de vitagenes, por influencia de las grandes pandemias del pasado, como el factor primordial del citado comportamiento demográfico.

Basándose el autor en los conceptos básicos del envejecimiento que corroboran su normalidad, son rechazadas todas aquellas medidas médicas, especialmente las hormonales, que hipotéticamente debían retrasar o inhibir el envejecimiento, sí como alargar la vida, como carentes de fundamento experimental y de resultados positivos. Se hace hincapié en las desventajas y peligros para el receptor de tales tratamientos. Finalmente se hace un análisis crítico de la longevidad como elemento contraproducente para la especie. Partiendo de su influencia negativa sobre la fertilidad en poblaciones con tendencia a la longevidad, se postula su importancia como factor de riesgo para la especie.

Antecedentes

La inmortalidad es un deseo humano recogido en casi todas las religiones, pero atribuida al alma, ya que ninguna de ellas duda de que la duración de la vida del cuerpo sea limitada. No obstante, a finales del siglo XX, el aumento espectacular de la expectativa de vida y el avance científico dieron pie a pensar en la posibilidad de alargar el periodo vital. Algunos llegaron a predicciones extremas. Todas estas consideraciones han sido relacionadas con el periodo adulto, nunca con el de crecimiento y diferenciación.

La prolongación de la vida más allá del promedio da lugar al término de longevidad que no implica a la duración del crecimiento, sino al tiempo de vida del adulto. Paradójicamente, el periodo de crecimiento no se alarga en relación con el grado de longevidad alcanzado. Al contrario, desde finales del siglo XIX, se ha podido observar que el crecimiento se ha extendido en cada vez menos años de vida, mientras que la esperanza de vida ha ido en aumento. Efectivamente, si en el pasado el crecimiento y la diferenciación finalizaban alrededor de los 25 años, paulatinamente se fue reduciendo este periodo hasta llegar a los 18 en la actualidad. Esta observación es sorprendente, ya que, como veremos más adelante, la longevidad está inversamente relacionada con la tasa de crecimiento. En resumen, longevidad es el aumento de vida más allá de lo habitual, pero a favor del periodo adulto. La cuestión es si la longevidad humana, por tanto, la vida del adulto, puede prolongarse sobrepasando la edad reconocida como de máxima duración, es decir, por encima de los 123 años (véase Tabla 1) y si, en tal caso, este proceso tiene o no un tiempo predeterminado.

TABLA 1

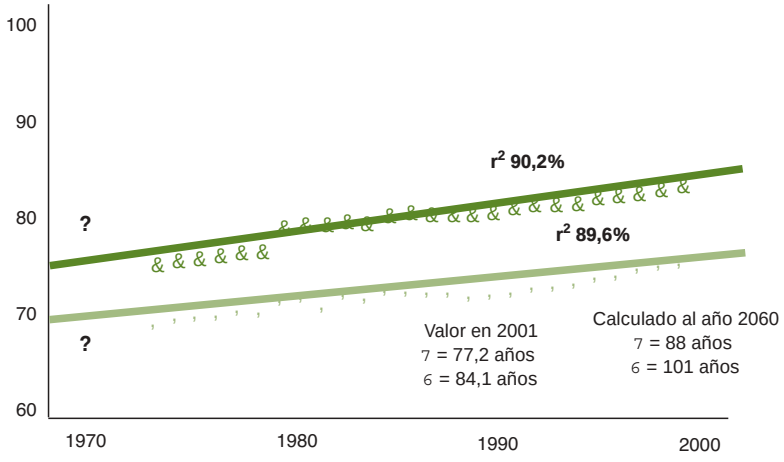
Límite máximo de vida registrado en humanos

Varones	**114 años**	**Yukichi Chugano**
	114 años y 2 meses	**Joan Ruidavets**
	115 años y 8 meses	**Christian Mortensen**
Hembras	**119 años y 3 meses**	**Sarah Clark Knauss**
	122 años y 6 meses	**Jeanne Calment**

Recientemente han surgido publicaciones, menos científicas que sensacionalistas, en las que se aboga por la posibilidad de rejuvenecer o parar el envejecimiento y así vivir por un tiempo muy largo. Hasta se ha llegado a postular una duración de unos mil años, lo que significaría una longevidad prácticamente ilimitada. Los autores de estos artículos se basan, entre otros aspectos, en el comportamiento ascendente de la esperanza de vida. No obstante, aún suponiendo que tal ascenso se mantenga y cuya pendiente permita una extrapolación a fechas muy ulteriores, será menester que pasen muchas décadas y hasta siglos para que la duración de la vida alcanzara cifras ni siquiera cercanas a las de los citados artículos. En este trabajo trataremos de explicar la sinrazón de tales previsiones (véase al respecto la Figura 1).

FIGURA 1

Esperanza de vida en la población de la provincia de Madrid



Datos del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Envejecimiento como reductor del potencial de vida

La duración de la vida está vinculada a la tasa de envejecimiento. Ya que el envejecimiento afecta al periodo adulto, este proceso no puede ser otro que un proceso regresivo, opuesto al que observamos en el crecimiento y la diferenciación. En efecto, la regresión, sea cual sea su forma, es incompatible con un proceso ascendente hacia la optimación funcional, como lo representa el crecimiento. Una vez alcanzada la citada optimización, comienza el periodo adulto y asimismo el envejecimiento.

Debido a que la tasa de envejecimiento es inversamente proporcional a la duración de la vida del individuo en cuestión, por tanto, aquellos que pretenden alargarla deben concentrar su atención en disminuir este parámetro. En cambio, aquellos otros que buscan la longevidad ilimitada tendrían que detener el progreso del envejecimiento, lo que es una especulación irracional. Veremos por qué.

Qué es envejecimiento y cómo envejecemos

Todo tipo de materia, activa o inerte, sometida a una determinada función, sufre un desgaste. Como en todos los seres vivos, el organismo humano está en perpetua actividad funcional. Una vez alcanzado su punto óptimo, el organismo sufre un paulatino desgaste que proporcionalmente le hace retroceder en su capacidad o rendimiento funcional. A este proceso debemos llamarle envejecimiento, siendo el desgaste orgánico la causa y esencia del envejecimiento, cualquiera que sea el mecanismo íntimo que conduzca al citado desgaste.

Los mecanismos fundamentales del desgaste son dos. En primer lugar, hay que mencionar el efecto del oxígeno formando radicales libres que con el tiempo llegan a alterar la bondad

de las estructuras de órganos y tejidos, reduciendo su funcionalidad. En segundo lugar, son también determinantes del desgaste la carga y sobrecarga física y psíquica. Hay que recordar que fue Selye, quien primeramente utilizó la palabra sobrecarga como concepto y que, a su traslado a Canadá, lo tradujo del alemán *Belastung* al inglés *stress*.

Ambos factores, radicales libres y sobrecarga funcional, interactúan entre sí, por lo que no es posible la evaluación de su impacto por separado. En cambio, sí que es posible considerar la preponderancia del uno sobre el otro. Valga el ejemplo de las articulaciones, que degeneran en artrosis temprana o tardía predominantemente por la sobrecarga física a la que hayan sido sometidas a lo largo del tiempo.

No obstante, es por todos muy conocido que, por ejemplo, en individuos de una misma edad con idéntica sobrecarga física y psicológica, así como igual estres oxidativo, no obstante, el grado de envejecimiento alcanzado puede ser muy distinto entre ellos. Es decir, la edad biológica de estos individuos podría variar notablemente, aunque tuviesen la misma edad cronológica. ¿Cómo se explican estas diferencias ya que las condiciones que condujeron al desgaste son las mismas? La respuesta la ofrece la regulación del proceso de envejecimiento que, con mayor o menor eficacia, es el mecanismo endógeno modulador del mismo. Su finalidad es la reparación del daño por desgaste, así como la inhibición de los procesos que lo producen, por tanto, en última instancia, determinará el grado de desgaste, cuyo resultado será el deterioro funcional.

Desgaste y regulación, dos mecanismos opuestos que determinan la velocidad de envejecimiento

La regulación es un fenómeno protector del organismo que distingue el envejecimiento de la sustancia viva del de la materia inerte. Como arriba hemos mencionado, se puede entender como regulación la reacción del organismo para reparar el daño o, en su caso, para reducir la intensidad del efecto que irremediablemente conduce al desgaste y sus consecuencias. Por ejemplo, la muerte celular, cada vez mayor a medida que aumenta la edad del organismo adulto, deja zonas del hígado carentes de tal entramado. No obstante, gracias a la colagenización inmediata de esos espacios libres se garantiza el debido sostén del parénquima. Tal proceso de colagenización, que radica en la función cicatrizal e impide el derrumbe del órgano en cuestión, es un componente de la regulación. Su intervención aminora la gravedad del proceso, por tanto, la tasa de envejecimiento.

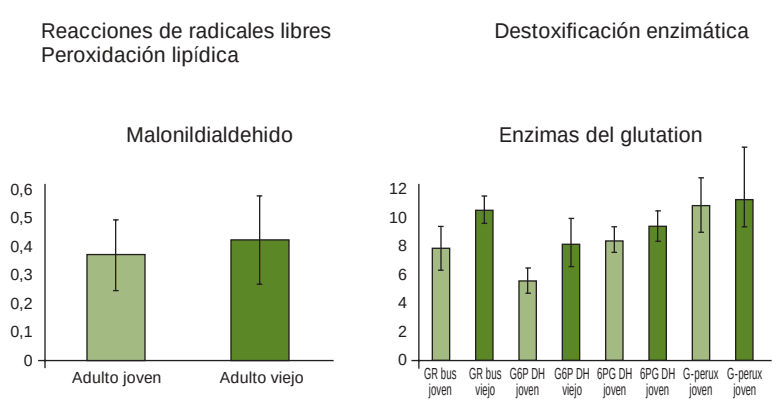
Del ejemplo arriba citado también puede deducirse que los procesos reguladores no son específicos del envejecimiento, sino que se observan también en edades tempranas, antes de la edad adulta. Por ejemplo, la fiebre es un proceso regulador encaminado a combatir la entrada de gérmenes en el organismo, ya que es así cuando las propiedades bactericidas de la sangre pueden actuar. Es más, es muy conocido que la fiebre optimiza el efecto del antibiótico, en especial, de la penicilina. Precisamente el hecho de que en la senilidad no aparezca la fiebre, en la medida que era de esperar en caso de una infección, es un dato que apunta hacia la regresión de las funciones reguladoras por envejecimiento. Es decir, también

el mecanismo regulador sufre una paulatina disminución de su eficacia a medida que aumenta la edad del individuo.

La síntesis de enzimas antioxidantes glutation dependientes aumenta en la medida que lo hacen las reacciones por radicales libres. Se trata por tanto de un mecanismo regulador encaminado a neutralizar el efecto nocivo de tales reacciones. Nosotros hemos podido observar que en los eritrocitos (una importante fuente desintoxicadora) las citadas enzimas ascienden con la edad del adulto (véase Figura 2) pero ostensiblemente este aumento no es capaz de frenar el efecto nocivo de la reacciones por radicales libres, como lo demuestra el ascenso paulatino con la edad del malondialdehido, un marcador de la peroxidación lipídica. De esta manera podemos hacer dos puntualizaciones. En primer lugar, resaltar en este ejemplo un mecanismo regulador del envejecimiento de suma importancia, capaz de modular la tasa de envejecimiento. En segundo lugar, quizás lo más relevante, la parcialidad del efecto antioxidante, ya que si fuera completo se detendría el envejecimiento. No sucede así porque, como ya hemos mencionado, también los mecanismos reguladores están normalmente sometidos a sufrir la regresión por desgaste, por lo que decrece su actividad.

FIGURA 2

Desgaste mediado por el oxígeno y respuesta contrarreguladora



Según Rodríguez et al., Horm metab Res 23:46 (1991); Rodríguez Martínez & Ruiz-Torres en Drug Metab, Liver Injury Woodhouse & O. Mahony eds.) 1991.

Mecanismos que desaceleran el curso del envejecimiento

Partiendo de que el envejecimiento es un proceso normal, se debe entender que su progreso va unido a una tasa determinada que igualmente debe ser considerada como normal. Como más normal que normal no existe, sólo se podrá reducir la mencionada tasa cuando no lo sea, es decir, cuando se encuentre acelerada. Por tanto, se trataría de un envejecimiento acelerado que podrá normalizarse si excluimos los condicionantes del mismo. De gran importancia al respecto son aquellas noxas como el tabaco, el alcohol y los contaminantes del ambiente, pero también todo tipo de sobrecargas ya sea física, psíquica u oxidativa.

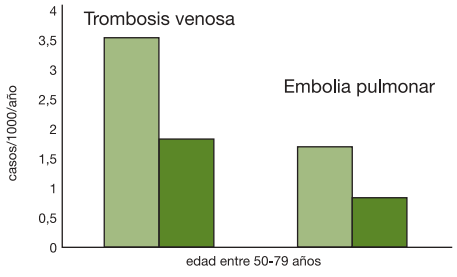
El problema surge cuando, a pesar del razonamiento expresado, se pretende aminorar un progreso de por sí normal o detenerlo. Aquí aparecen ciertas medidas médicas derivadas de premisas, a mi entender, incorrectas.

El dilema de la intervención médica contra el envejecimiento

Todas las medidas en contra del envejecimiento están comprendidas en el programa médico de actuación que es conocido como *antiaging o antienvejecimiento*. La mayoría de ellas son aplicaciones hormonales, es decir, de aquellas hormonas que normalmente descienden a medida que aumenta la edad del adulto, llegando a marcadas reducciones en la fase de mayor senilidad. La hormona del crecimiento, la testosterona y los estrógenos, son las sustancias mayormente empleadas para el citado cometido.

El hecho de que la aplicación de una de estas hormonas vaya acompañada de efectos colaterales considerables (por ejemplo, véase Figura 3 para el caso de los estrógenos), en ninguna relación con las ventajas que pueda ofrecer su aplicación, hace reflexionar sobre los aspectos que primordialmente contradicen su indicación. Efectivamente, un tratamiento médico preenjuicia la enfermedad, que no es el caso en el envejecimiento, ya que es un proceso normal. A ningún médico se le ocurriría tratar a un adulto joven sano. Lo mismo debe suceder con el de mayor edad, envejecido, pero también sano.

FIGURA 3

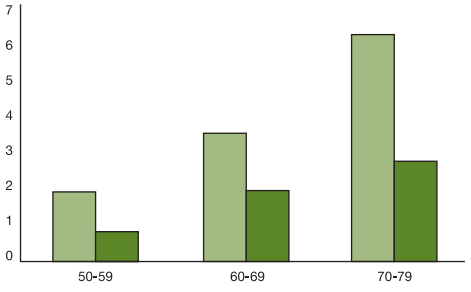


Incidencia de trombosis venosa y embolia pulmonar en posmenopáusicas con tratamiento hormonal (claro) o placebo (oscuro)

16.608 mujeres, doble ciego, 0,625 mg/d conjugado estrog. equino + 2,5 mg/d medroroxiprogresterona

Según Cushman, M. et al, Jama 2004;292, 1573-80.

Incidencia de la trombosis venosa en dependencia de la edad



Los defensores de este tipo de tratamientos alegan que lo que se pretende aquí es sustituir un posible déficit. Es decir, se aboga por un *tratamiento sustitutivo*, lo que no es lo mismo que reemplazar lo que falta. Además, sin lugar a dudas se trata de un tratamiento, por tanto,

de una intervención médica en un proceso normal. Por otro lado, las dosis aplicadas, que se postulan como sustitutivas, no son sometidas a un respectivo control, ni farmacocinético, ni farmacodinámico. No obstante, hay que reconocer que tal control no es realizable en la medida deseada para demostrar la mera sustitución hormonal y así excluir el exceso farmacológico. Por tanto, es la regla la utilización de dosis farmacológicas, sin que se demuestre que, sin la mínima expresión de la sobre estimulación, los niveles sanguíneos solamente hayan sido *normalizados*. Por consiguiente, no sorprende que estos tratamientos puedan dar lugar a consecuencias nefastas en la salud de la persona en cuestión.

Además, si el efecto inmediato de la aplicación hormonal resulta cuestionable, todavía es peor cuando se trata de alcanzar una mayor duración de la vida, retrasando el progreso del envejecimiento. No sólo empíricamente, sino apoyándose en la observación y en estudios experimentales, se sabe que la duración de la vida no se alarga cuando se aplican estas hormonas, aunque sea de forma continuada a largo plazo. Esto último tampoco se realiza de acuerdo al conocimiento actual de la dinámica del proceso de envejecimiento. Es decir, cualquier tratamiento que pretenda combatir el envejecimiento tiene que tomar en consideración su extensión en el tiempo, por tanto, ser aplicado desde su comienzo. Como hemos visto arriba, el envejecimiento comienza tras finalizar el crecimiento y la diferenciación, una vez alcanzada la máxima vitalidad o vida óptima. Como sugieren los propios esquemas terapéuticos *antiaging,* en ellos se confunde la senilidad con el proceso de envejecimiento. No se sabe por qué razón, pero también está muy extendido el prejuicio de que el envejecimiento comienza a los 65 años, a la edad del retiro laboral (¡!). Dejo al lector que libremente considere si ante tal confusión de principios es posible esperar alguna ventaja de los citados tratamientos.

Finalmente, acabo este breve apartado con la puntualización siguiente: en estados carenciales de hormona de crecimiento como en el enanismo hipofisario, o de IGF-1 como en el síndrome de Laron, o de testosterona como en la castración, la duración de la vida es en estos casos superior a la habitual. Bien conocida es la longevidad de los delincuentes sexuales que voluntariamente se habían sometido a la castración.

Irreversibilidad del envejecimiento

Se trata del impedimento fundamental para aquellos que pretenden rejuvenecer al más o menos envejecido. No me refiero aquí a la apariencia del aspecto físico de, por ejemplo, la cara, ya que es un proceder quirúrgico limitado a estirar la piel que por la edad está arrugada. El éxito de tal cirugía es artificial, ya que no ha influido sobre la edad biológica del afectado en lo más mínimo. Por otro lado, con mayor razón que, por ejemplo, una persona de 60 años no puede volver a tener 50, su edad biológica, que es la resultante del camino recorrido por el envejecimiento en cuestión, tampoco puede retroceder, ni mucho, ni poco. Así que para que una persona alcance cifras de longevidad, no puede ser por rejuvenecimiento. Sólo quedaría como posibilidad bajar el ritmo con el que envejece, es decir, la tasa de envejecimiento, pero para que se produjese una longevidad ilimitada se precisaría detener el proceso de envejecimiento. Entonces, la citada tasa bajaría hasta llegar a cero. ¿Es esto posible?

En primer lugar valga la pena recordar que para el cometido mencionado habría dos posibilidades: descartar el desgaste orgánico o equiparar la magnitud de la regulación a la del desgaste. Si la primera parece una quimera inalcanzable, ya que un organismo no podría vivir fuera de las leyes de la gravedad y del impacto del oxígeno, por necesidad de consumirlo, la segunda tendría iguales condicionantes, ya que se trata de actividades también sometidas a un desgaste, por lo que sería imposible mantener la regulación en un determinado valor para toda la vida. Además, suponiendo que pudiera ser posible anular el desgaste o mantener la regulación en su equivalencia de forma permanente, queda un componente por considerar: la entropía.

Entropía: factor determinante del punto final de la vida

La segunda ley de la termodinámica (Clausius) tiene su aplicación en todos los seres. Ningún elemento del universo viola esta ley. La entropía apunta hacia el hecho de que todo tipo de procesos energéticos duran un tiempo delimitado, nunca son perpetuos. En un sistema cerrado estos procesos pueden cesar cuando la energía se ha expandido completamente o desciende por debajo del nivel necesario para que éstos continúen. En base a la citada ley todos los organismos tienden irremediablemente del orden al desorden; su culminación es la muerte del organismo. Esta ley explica por qué la materia, inerte o viva, llega al cese de su función.

En la aplicación del modelo matemático de la vitalidad (Beier), cuya ecuación es $v(t)= \exp[\exp(-kt)\ln w(0)-ßt]$ (siendo k la constante de crecimiento, w(0) la relación entre el peso o talla al nacer con el máximo valor alcanzado), la entropía puede ser incluida como un componente más del factor de envejecimiento, representado en la ecuación con la sigla . Su valor expresa la tasa de envejecimiento. En tal caso sería, $ß = (\mu -) + $, cuando μ es la tasa de desgaste, la regulación del mismo y la entropía.

Aunque la formula indicada no tiene por qué ser el único procedimiento para valorar el efecto de la entropía, siendo aquí posible considerarlo como dimensión independiente a incluir en la ecuación de la vitalidad, no obstante, no parece lógico considerar el efecto entrópico sin hacerlo con el desgaste. Ahora bien, la entropía afecta a todas las fases de la vida humana, desde el nacimiento. Por tanto, en este aspecto la entropía se distingue de la regresión propia del envejecimiento que afectaría la vida del adulto. El problema que existe cuando deseamos valorar la entropía es su cuantificación en el organismo humano, es decir, no dudamos de su existencia y el aumento progresivo de la misma con el tiempo, pero no sabemos bien su dimensión.

Duración de la vida humana, longevidad y esperanza de vida en la actualidad y en el pasado

No hay duda alguna de que el número de personas mayores de ochenta años ha aumentado progresivamente a lo largo del siglo pasado, siguiendo en éste el mismo comportamien-

to. Estas cifras coinciden con las mediciones de la esperanza de vida. Tratándose que éste último parámetro depende de la mortalidad infantil, es significativo resaltar que su cifra no ha variado durante el periodo a tener en cuenta, manteniéndose en valores muy bajos. De aquí que se compagine el comportamiento ascendente de la esperanza de vida con el de las expectativas de vida, pero ¿habría tal tendencia en la máxima duración de la vida? Si ese límite se encuentra posiblemente alrededor de los 123 años, en virtud de lo registrado en la edad de fallecimiento de la centenaria francesa (véase Tabla 1), ¿podría esperarse un progresivo aumento?

Posibilidades teóricas que prolongan la duración máxima de la vida humana

Este apartado ya no tratará de los intentos médicos de alargar la vida, ya descartados arriba por su ineficacia y efectos colaterales, sino de las posibilidades deducidas de la valoración teórica del proceso de envejecimiento, por un lado, y de la observación realizada en poblaciones con manifiesta tendencia a la longevidad, por el otro.

Desde hace años se conoce que en el laboratorio se puede alargar el periodo máximo de la vida de roedores como ratas y ratones mediante restricción calórica. Posiblemente éste efecto se debe a la simultánea restricción proteica, en especial de un aminoácido, que acompaña a la citada reducción de calorías en la dieta. No se conocen observaciones equiparables en humanos, aunque sí que está establecido que la tasa de recambio metabólico (disminuida en el modelo animal) depende de la ingesta proteica, en especial, del *pool* intracelular de aminoácidos libres (véase también más abajo).

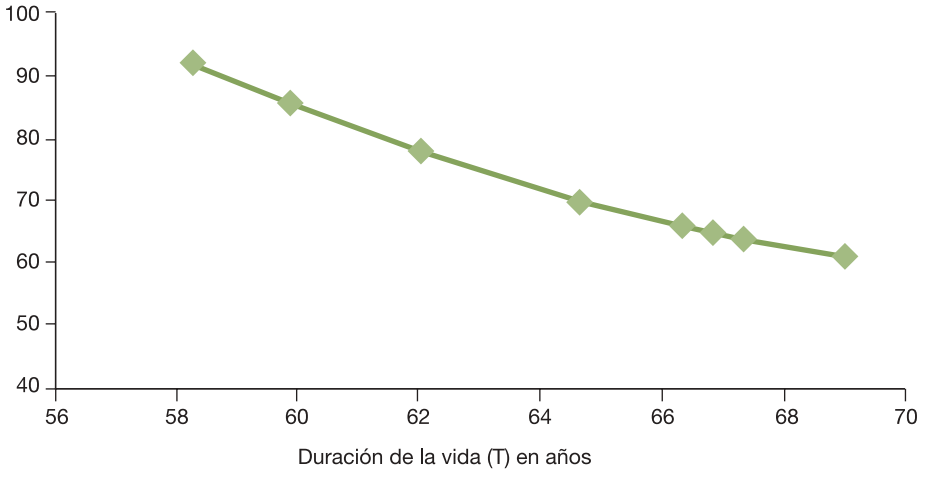
Según el modelo matemático de la vitalidad, el procedimiento más cercano a una descripción cuantitativa del envejecimiento individual, es en la fase de crecimiento cuando se determina la duración de la respectiva vida. La velocidad de crecimiento es inversamente proporcional al potencial de vida, como representa la Figura 4. Así un crecimiento muy avanzado a la edad de 12 años llevaría al individuo en cuestión a una vida de unos 58 años de duración, que se alargaría a los 70 años cuando a esta edad se había completado en bastante menor medida. Debido a que en estos cálculos se trata de individuos cuyo crecimiento finalizó con la misma talla, no es este valor, sino la velocidad de crecimiento el determinante de la duración de la vida. Hay observaciones en humanos que subrayan la validez del razonamiento teórico del citado modelo de la vitalidad.

Efectivamente, en la Figura 5 se representa la tasa de supervivencia a los 70 años de dos grupos de varones: los que mayor talla habían alcanzado al término del periodo de crecimiento y los más bajos. Este último grupo presentó la mayor tasa de supervivencia, al contrario de los altos. Considerando un mayor tiempo disponible para el crecimiento, ya que éste, cuando se midieron las tallas (entre 1858-1861), finalizaba a los 21 años, es lógico pensar que, comparativamente con la actualidad, la velocidad de crecimiento hubiera sido reducida, pero mayormente en los más bajos. A ésta reflexión hay que añadir el dato de que los varones bajos procedían de las provincias españolas más pobres, lo que refuerza la interpre-

tación que el crecimiento era lento en estas personas. Es bien conocido que el efecto de la hormona del crecimiento/IGF-1 depende del grado de ingesta proteica, que entonces, en las citadas provincias con alto grado de pobreza, era altamente deficiente.

FIGURA 4

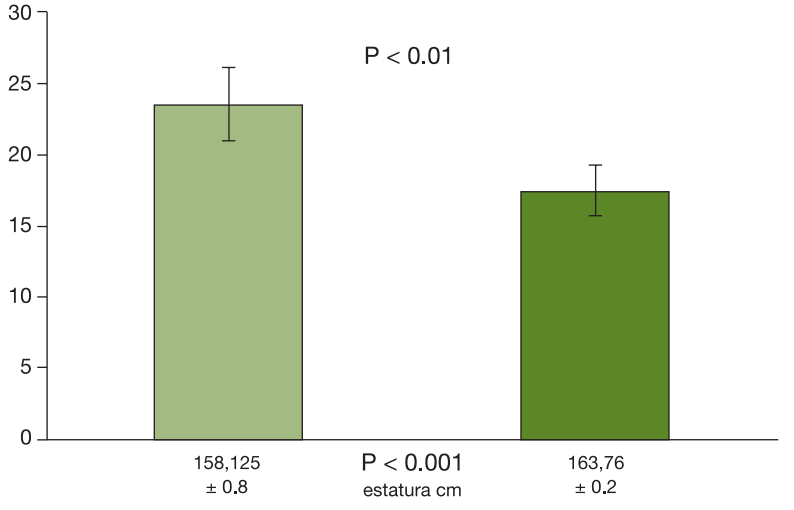
Relación inversa entre la velocidad de crecimiento y la duración de la vida



Cálculos según el modelo matemático de la vitalidad en individuos que han llegado a alcanzar la misma talla. $T = (1/ß_2)$ $[1 + (ß_1/k)(-\ln w(0))]$ $w(0)$ 0,28; $ß_1$ und $ß_2$ ambos 0,019, talla máxima alcanzada 178 cms; k 0,227;0,177;0,136;0,106;0,093; 0,090;0,087;0,078. Más detalle en el texto.

FIGURA 5

Supervivencia a los 70 años de varones según su estatura a la edad del servicio militar (*)

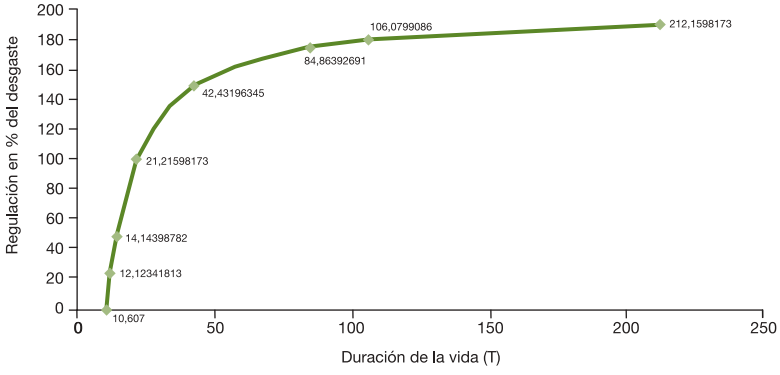


(*) Entre 1858-1861; registro de supervivencia en 1910.
Valores de 4 y 5 provincias españolas con mayor y menor supervivencia entre las 50 en total estudiadas.
Índice de pobreza en la zona inversamente proporcionada a la estatura a los 18-20 años.
[Según Holzerberger et al "Decelerated growth and longevity in men", Arch. Gerontol Geriatr 13:89-1001 (1991)]

Finalmente, como ya se ha mencionado arriba, la eficacia reguladora del desgaste es la condición decisiva para que el individuo alcance la longevidad. Como muestran los cálculos del modelo matemático de la vitalidad representados en la Figura 6, la duración de la vida humana está en relación con la dimensión del efecto regulador. Por tanto, se podría superar la edad de los cien años si la regulación llegara a valores muy elevados.

FIGURA 6

Duración de la vida en función del grado de regulación del desgaste



T=(1/ß$_2$) [1+(ß1/k)(-Inw(0))]; k0,95; ß1 (regresión por entropía) 0,05; ß2 (tasa de envejecimiento) = (µ-)+ ; µ (desgaste) 0,05; (regulación, en % del desgaste) (entropía) 0,05; w(0) (relación talla al nacer con talla máxima) 0,315.

El límite de la máxima duración de la vida humana como barrera insalvable. Razones a favor y en contra

Como se aprecia en la Tabla 1, la duración máxima de la vida humana no ha superado a lo largo de la historia los 123 años, según el registro de personas denominadas *superlongevas*. Los casos de personas que hubieran cumplido más años carecen de un registro en el que fehacientemente conste la fecha de nacimiento y de fallecimiento. Por tanto, los datos existentes desde tiempos muy remotos hasta la actualidad hacen bastante probable que efectivamente haya una barrera insalvable que delimite cuánto una persona podría vivir como máximo. En este sentido se expresan los resultados presentados en la Tabla 2.

No obstante, estudios demográficos a lo largo del siglo pasado demuestran que la esperanza de vida asciende progresivamente con cada década que trascurre. En la Figura 1, que muestra el comportamiento respectivo de los habitantes de la comunidad de Madrid, se puede observar un ascenso considerable de la longevidad con la predicción que seguirá aumentando, hasta llegar a edades muy avanzadas. Dado que este proceso se ha cristalizado en un pasado relativamente reciente, no es descartable que, en el futuro, este ascenso de longevos se acompañe de personas de superlongevidad ascendente, traspasando el límite mencionado.

Hay que resaltar que el aumento progresivo de la esperanza de vida es un fenómeno mundial, aunque menor en las zonas subdesarrolladas, en comparación con Europa, por ejem-

plo. Es interesante la observación, en especial en los países desarrollados, en los que no sólo la mortalidad infantil, sino la debida a infecciones a edades adultas se ha reducido notablemente. No basta la explicación de que estos resultados son consecuencia de una mejor atención médica y eficacia antibiótica, entre otras razones, como aquellas de índole social, para comprender estos cambios desde su origen. En efecto, fuera de éste contexto se encuentra el hecho de que el descenso de la mortalidad infantil (y en el adulto por infecciones) muestra un comienzo anterior a la introducción de todas las mejoras posiblemente relacionadas. Por tanto, sería razonable pensar en una causa primordial que no sería otra sino la de la selección natural.

TABLA 2

El límite de la vida humana
según métodos de actividad celular in vitro en relación con la edad del donante
(células musculares lisas en pared vascular) y el modelo matemático de la vitalidad

Método	***Años***
Cese de proliferación (cultivo)	
Tasa proliferativa	115
Incorporación ADN	107
“Doublings”	108,5
Cese de la migración (Boyden)	117,7
Senescencia celular total (ß - galactosidasa posit. al 100%)	98
Modelo matemático de la vitalidad (crecimiento normal, edad de máxima vitalidad 27 años)	120
Promedio	111

No parece descabellado pensar que un factor importante como inductor de la citada selección sería el efecto de las epidemias, de cólera, peste y gripe, entre otras, que diezmaron la población mundial, sobreviviendo a ellas los individuos más fuertes, nuestros antepasados. En tal caso, los avances médico-sociales serían de importancia coadyuvante, contribuyendo al ascenso de la esperanza de vida.

Si la selección natural es la principal causa de la resistencia a morir, en última instancia, a vivir más, la actual tendencia a la longevidad, no solamente podría ser cada vez mayor, sino también superaría los límites de máxima duración. La consecuencia sería la de una población muy envejecida, ya que además tendría un efecto negativo sobre el índice de fertilidad de las mujeres jóvenes, como llaman la atención desde diversas publicaciones.

¿Aumento de la duración de la vida individual en detrimento de la vida de la especie?

Según nuestros cálculos, basados en el modelo matemático de la vitalidad, nuestra especie tiene un periodo vital de unos 12 millones de años. Hemos aplicado como parámetro de crecimiento el aumento de la capacidad craneal a lo largo de la evolución. Debido a que este periodo se contabiliza desde el primer homínido, es decir, el australopiteco, la especie humana dispondría de unos 6 millones de años más de existencia.

Nuestros cálculos resaltan el impacto negativo de la longevidad en la conservación de la especie, ya que hemos considerado el incremento de la duración de la vida desde tiempos ancestrales como valor equiparable a la tasa de regresión de la especie. No obstante, hemos contrastado estos resultados con aquellos otros utilizando diversos procedimientos, siendo los valores obtenidos muy cercanos unos de ellos dentro de un estrecho margen. Si efectivamente la regresión de la especie va paralela con el aumento de la longevidad, se subraya así que su mantenimiento peligraría en la medida que reduciéndose el recambio disminuye su evolución. Lo que indirectamente corrobora que en poblaciones longevas disminuye la fertilidad, como opinan muchos biólogos.

Conclusiones

Ningún dato existente en la actualidad demuestra que la vida humana pueda superar el límite de 123 años. No obstante, no se descarta que, si la tendencia actual a la longevidad persiste, a partir de finales de este siglo puedan aparecer *superlongevos* que lo hayan traspasado. En cualquier caso, esta circunstancia estaría muy lejos de las predicciones hechas por algún autor, más todavía de una duración de la vida tan exagerada, como ilimitada.

Por el contrario, resultados experimentales y teóricos señalan la máxima duración de la vida como una dimensión genéticamente determinada. Su programa implicaría a todos los seres en sucesivas generaciones. Desde este punto de vista hay que aceptar que las expectativas a que cada vez más longevos se acerquen a este límite pueden ser mayores con el paso del tiempo. Así, la teórica confluencia de la esperanza de vida al nacer y el potencial de vida de 120 años se podría dar en el año 2081, pero sólo en las hembras.

La tendencia a la longevidad emana de la calidad biológica del organismo alcanzada al comienzo del periodo adulto. El sinergismo de factores endógenos predisponentes con exógenos coadyuvantes daría lugar a organismos biológicamente mejor dotados, por tanto, de mayor tendencia a la longevidad. El mecanismo endógeno es esencial, fundamentándose en la selección del mejor perfil génico para la adaptación que incluye los así llamados gerontogenes o vitagenes.

El proceso de crecimiento y sus condicionantes afectan a la duración de la vida. Existe una relación entre la paulatina optimización de este proceso, que es inversamente proporcional a su aceleración, y la duración de la vida.

Finalmente, se concluye que la longevidad –como sucede en todos los seres– influye de forma negativa en la evolución y así en el mantenimiento de la especie. Debido a que el progresivo aumento de la longevidad se acompaña de un paralelo descenso de la descendencia, hay que considerar a la longevidad como factor de riesgo para la especie.

Bibliografía seleccionada

BARJA, G. (2004): Aging in vertebrates and the effect of caloric restriction: a mitochondrial free radical production-DNA damage mechanism? *Biol. Reviews*. 79:235-51.

BARJA, G. (2005): Relación entre el estres oxidativo y la velocidad de envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología.* 40:243-249.

HART, R.W. y TURTURRO, A. (1987): Evolution of life span in placental mammals. En: *Modern biological theories of aging*. Ed. By HR Warner et al. Raven Press, New York, pp. 89-101.

KLYCE, B.: The second law of thermodynamics. What´s new. http://panspermia. com/secon-law.htm; 1.11.07.

RUIZ-TORRES, A. y BEIER, W. (2005): On maximum human life span: Interdisciplinary approach about its limits. *Ad. Gerontol.* 16:14-20.

SAMES, K.; SETHE, S. y STOLZING, A. (eds.) (2005): Extending the lifespan. Biotechnical, gerontological, and social problems. *LIT Verlag Münster*, pp. 35-63 & 107-123.

2

Envejecimiento saludable y terapias antienvejecimiento

Por José Manuel Ribera Casado
Jefe Servicio Geriatría
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

1. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Algunos conceptos

"Envejecer no es tan malo si se piensa en la alternativa". Esta frase, atribuida a Maurice Chevalier, expresa, de forma quizás un tanto cínica, algunos de los implícitos que suelen asociarse al envejecimiento. En primer lugar pone de manifiesto el hecho inexorable de que la única forma de mantenernos vivos pasa por ir asumiendo los cambios que conlleva el proceso de envejecer. Junto a ello, insinúa la idea negativa que acompaña con frecuencia las reflexiones y experiencias acerca de lo que representa la vejez. Por último la frase puede ser interpretada como una llamada de atención para afrontar la vida y las cargas que supone llegar a viejo, si no con un optimismo exacerbado, sí al menos con una cierta dosis de positiva resignación.

Sobre el envejecimiento cabe hacer muchas consideraciones. Disponemos también de algunas evidencias poco discutibles. Fundamentalmente de tres. La primera, en íntima relación con la frase que iniciaba este capítulo, es que se trata de algo a lo que todos aspiramos. Por muy negativa que pueda ser la visión que cada persona pueda tener sobre la vejez la evidencia demuestra que todos queremos alcanzarla. Nadie aspira a morirse joven. Incluso aquellos que más la rechazan y que anuncian no querer llegar a viejos, a medida que van cumpliendo años nunca encuentran el momento adecuado para dar el salto. Parece claro que son una minoría nada significativa quienes de verdad no desean alcanzar la vejez. Quizás algunos suicidas y, en casi todos los casos, con motivaciones de carácter excepcional, más o menos coyunturales, derivadas de malas experiencias previas.

La segunda evidencia es de carácter demográfico y supone una novedad en relación con toda la historia anterior de la humanidad. Hasta el siglo XX sobrepasar una determinada edad era un fenómeno muy raro, al alcance de pocas personas. Se vivía como algo singular, y no constituía en ningún caso un fenómeno significativo en el contexto general de la sociedad. La transición demográfica de los últimos cien años nos ha conducido a una sociedad cada vez más envejecida, donde una parte muy importante del conjunto de la población llega a edades que eran impensables apenas unas décadas antes. A este respecto merece la pena recordar algunos datos.

La esperanza de vida media al nacer en España en el año 1900 estaba situada en torno a los 35 años, algo más alta en el caso de las mujeres, y era muy parecida a la que podía existir en la Roma del siglo I. Cien años después en nuestro país la esperanza de vida al nacer supera en las mujeres los 82 años y los 76 en los varones. Si a ello unimos que se ha reducido drásticamente el número de nacimientos entenderemos que la tasa de personas por encima de los 65 años –la edad mayoritaria de jubilación– se haya disparado de una manera espectacular. No hace ni siquiera cincuenta años, en 1960, nuestro índice de envejecimiento (población de más de 65 años con respecto a la población total del país) rondaba el 8%, mientras que en el censo del 2001 estaba ya en el 17%. En ese censo, por primera vez en la historia el número de los mayores de 65 era superior al de menores de 15. ¡Había más viejos que niños!

A que esto sea así han contribuido factores muy diversos que no es aquí el momento de comentar en detalle, aunque a lo largo del capítulo iré haciendo alusión a algunos de los más importantes. Unos cuantos de estos factores tienen que ver directamente con el mundo sanitario. A la cabeza de ellos las medidas de salud pública, entre las que se incluye algo tan elemental como la potabilización del agua. Importa recordar que España no ha generalizado esta medida hasta bien entrado el siglo XX. También los avances epidemiológicos y, de forma específica, el conocimiento progresivo de los diferentes factores de riesgo contra toda clase de enfermedades y la posibilidad de enfrentarse a ellos. Este tema, la entrada en escena de los llamados "factores de riesgo", es, igualmente, otro fenómeno reciente. Sólo a partir de la publicación de los primeros datos del estudio Framingham, ya en los años cincuenta del pasado siglo, se empieza a hablar de ello. En mucha menor medida han influido otros avances más directamente vinculados a la salud individual como pueden ser los conseguidos en el campo de la farmacología, de la anestesia o de las técnicas quirúrgicas. Es importante dejar aquí constancia de que, a la hora de entender el envejecimiento poblacional, junto a los progresos en el mundo más directamente asociados a la salud han jugado también un papel esencial otros muchos factores, directamente derivados de lo que podríamos llamar avances sociales y desarrollo económico.

La tercera evidencia en relación con el envejecimiento es la constatación de que según cumplimos años se van produciendo cambios en nuestro organismo. Se trata de unas modificaciones muy importantes que, planteados de manera simplificada, vienen a traducirse habitualmente en pérdidas. Envejecer equivale a ir dejándose en el camino, por vías muy diversas, buena parte del enorme margen de reserva funcional con que llegamos al mundo. Son pérdidas que tienen en común el hecho de ir haciéndonos cada vez más vulnerables ante cualquier forma de agresión, facilitando así la claudicación orgánica, la aparición de enfermedad y, en último término, la muerte.

Antes de seguir adelante merece la pena recordar algunos conceptos de carácter demográfico, muy utilizados no sólo en geriatría, sino, con muchísima frecuencia, en la literatura periodística-divulgativa e incluso en el lenguaje normal. Me refiero a lo que venimos llamando esperanza o expectativa de vida. Se trata de una expresión "polisémica" que requiere ser matizada en cada caso. En primer lugar cabe hablar de lo que la literatura de habla inglesa denomina "life span", que podríamos traducir como "extensión de vida", "esperanza o expectativa de vida máxima". Nos referimos con ello al máximo periodo de tiempo que en la mejor situación posible puede alcanzar la vida de un individuo o de un animal determinado. Es un tope diferente para cada especie animal, pero común para todos los diferentes individuos de la misma, y apenas ha experimentado unas mínimas modificaciones a lo largo de los tiempos. Siempre, en todos los periodos de la historia y en todas las especies animales, han existido individuos excepcionales que, en una proporción muy minoritaria, han logrado alcanzar ese límite. Para poderlo aplicar a la especie humana, para poder conocer la esperanza de vida máxima a que puede aspirar un hombre, se hace necesario disponer sin margen de error de sus fechas de nacimiento y de muerte, algo que sólo ha sido realidad a partir de la instauración generalizada del "registro civil", lo que tuvo lugar en los países europeos en el primer tercio del siglo XIX a raíz de la Revolución Napoleónica y algo más tarde en el resto del mundo.

La ausencia de datos de referencia fiables con respecto a sus fechas de nacimiento anula muchas de las supuestas longevidades extremas que se han venido describiendo en remotos lugares del planeta, casi siempre situados en vallas de gran altitud correspondientes a cordilleras como los Andes, el Cáucaso o el Himalaya. Con el registro civil como referencia se puede afirmar que la esperanza de vida máxima para el hombre se sitúa en torno a los 120 años y que es poco previsible que este tope se modifique significativamente a breve plazo. Conseguir esto último es el objetivo más importante por el que luchan los biogerontólogos. La persona más longeva de la que existe constancia, Jeanne Calment, falleció en Francia, en 1997 a la edad de 122 años.

Un segundo concepto es el de «esperanza o expectativa de vida media». Alude al periodo de tiempo que, con criterios estadísticos, puede previsiblemente vivir un individuo a partir de un momento determinado, bien sea éste el de su nacimiento o el de una edad cualquiera. Requiere también una ubicación física. Para establecer esta cifra se toma como base el conjunto de la población de referencia y se establece el valor medio previsible. Este concepto es cambiante y de hecho ha sufrido modificaciones muy importantes a lo largo de la historia y también en función del referente geográfico. Ya he hecho alusión al inicio del capítulo a las modificaciones operadas en la población española con relación a este parámetro a lo largo del siglo XX.

Los otros dos conceptos importantes relacionados con la esperanza de vida son los de «esperanza de vida independiente» y su contrapunto, el de «esperanza de vida dependiente». Aquí la frontera viene determinada por el hecho de que el sujeto en cuestión sea o no capaz de valerse por sí mismo para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria o requiera para ello de la ayuda de terceras personas. En este contexto lo que conocemos como “dependencia” se ha convertido en un referente fundamental para nuestra sociedad hasta el punto de haber dado lugar en nuestro país y también en otros a una Ley específica, que algunos han calificado como la base para establecer el cuarto pilar del estado de bienestar en una sociedad desarrollada como la nuestra. En relación con el concepto de dependencia merece la pena destacar que el logro de una buena “capacidad funcional” –la antítesis de lo que es la dependencia– constituye el objetivo fundamental de la especialidad de geriatría y representa su reto más específico como especialidad médica.

Hablar de “envejecimiento satisfactorio”, tal y como se me solicita en el título del capítulo, obliga a comentar las vías a través de las cuales tiene lugar el proceso de envejecer. La vejez no es un estado que se alcance de manera brusca. Ni se es viejo a partir de un momento determinado, ni existe ninguna edad que pueda servir como frontera de entrada perfectamente definible. Establecer un tope, una edad, sólo tiene sentido en dos situaciones. Para la administración cuando nos jubila, o para los demógrafos y epidemiólogos cuando, por cualquier motivo, necesitan llevar a cabo estudios poblacionales. En la práctica, y de forma esquemática se admite que el envejecimiento se produce de una manera dinámica y que en cada individuo viene modulado por tres vías complementarias, conceptualmente muy diferenciadas entre sí, pero que se entrelazan y se superponen a lo largo de los años hasta dar lugar en cada caso a la resultante actual de toda persona sea cualquiera su edad. Estas tres vías serían:

En primer lugar la propia fisiología. Aludo con ello a las modificaciones derivadas del uso continuo de nuestro organismo a lo largo de la vida. Son cambios vinculados al simple paso del tiempo. Tienen como característica fundamental el hecho de ser universales en el doble sentido de afectar a todos los individuos y de hacerlo a cada uno de los componentes orgánicos del mismo, aunque la cadencia de las modificaciones que determinan puede variar de unas personas a otras, así como entre los componentes del propio organismo. Estaríamos hablando de unos cambios que se engloban en gerontología bajo el epígrafe de "envejecimiento fisiológico".

Las pérdidas derivadas del envejecimiento fisiológico, aun siendo universales, afectan especialmente al esqueleto y a los sistemas renal, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular, así como a los diferentes sistemas reguladores, involucrados en el control de la homeostasis y en los sistemas reguladores de cualquier tipo. Las más significativas de estas modificaciones son las pérdidas óseas y musculares, las que afectan a la piel, las pérdidas en el contenido de agua intra y extracelular, el aumento relativo de la proporción de grasas con respecto a los otros principios inmediatos y también la redistribución de las mismas. En las Tablas 1 y 2 se muestran las principales alteraciones morfológicas y funcionales asociadas al envejecimiento.

TABLA 1

Principales cambios morfológicos de los distintos aparatos en relación con el envejecimiento

1. APARATO CARDIOVASCULAR

   – reducción en el número de células marcapaso
   – mayor grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo
   – aumento de las áreas de fibrosis
   – menor número de miocitos, con aumento de tamaño de los existentes y modificación en sus componentes
   – calcificaciones valvulares y subvalvulares
   – degeneración mixoide de las válvulas aurículo-ventriculares
   – engrosamiento de la pared arterial

2. APARATO RESPIRATORIO

   – calcificación de los cartílagos traqueales
   – disminución del número y actividad de los cilios
   – aumento en número y tamaño de las glándulas mucosas de los bronquios
   – aumento del volumen residual y del «espacio muerto»
   – pérdida del «resorte elástico» y de la elasticidad pulmonar
   – reorganización de la arquitectura alveolar con aplanamiento de los alvéolos y pérdida de superficie interna del pulmón
   – pérdidas en el aparato de sostén (vértebras, discos, cartílagos costales y musculatura auxiliar)

3. APARATO DIGESTIVO

   – fibrosis de las glándulas salivares y menor producción de saliva
   – pérdidas frecuentes de piezas dentarias

– tendencia a la atrofia y a la desdiferenciación funcional de toda la mucosa gastrointestinal
– zonas de gastritis atrófica
– reducción del número de glándulas mucosas
– tendencia a la aparición de divertículos

4. SISTEMA NERVIOSO

– pérdida de peso del cerebro (10% entre los 20 y 90 años)
– aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales
– fibrosis, calcificación y osificación de las meninges
– "encogimiento neuronal"
– fenómenos de neuroplasticidad (neoconexiones dendríticas)
– cambios en la membrana citoplásmica de las neuronas
– aumento progresivo de «hallazgos-problema»: cuerpos de Lewy, ovillos neurofibrilares, placas seniles, degeneración granulovacuolar, distrofia neuroaxonal

5. SISTEMA NEFROUROLÓGICO

– reducción en el volumen y peso del riñón
– despoblación nefronal progresiva, más acusada en la cortical
– reducción progresiva de la superficie de filtración de la membrana basal del glomérulo
– aumento de tejido mesangial
– aparición de microdivertículos en la porción distal del túbulo
– pérdidas en el tono muscular de la vejiga
– trabeculación de la mucosa vesical y pérdida de su elasticidad
– aumento progresivo del tamaño de la próstata, con pérdida del tejido noble e hiperplasia glandular

6. SISTEMA ENDOCRINO

– aumento de células cromófobas de la hipófisis
– tendencia a la aparición de microadenomas en hipófisis, tiroides y suprarrenales
– pérdida progresiva de tejido glandular y su sustitución por fibrosis (tiroides, suprarrenales, gónadas)
– pérdida de islotes de Langerhans del páncreas, sustituidos por otros en número menor pero de mayor tamaño
– pérdida de receptores

7. SISTEMA HEMATOLÓGICO

– reducción a un tercio de la superficie medular activa entre los 20 y los 70 años
– mayor segmentación nuclear y granulación citoplasmática de los leucocitos neutrófilos

8. SISTEMA OSTEOARTICULAR

– pérdida de masa ósea, con tendencia a la osteoporosis
– cartílago articular: menor elasticidad, con superficie más fina y friable. Aparición de pequeñas fisuras
– pérdida de viscosidad del líquido sinovial
– aumento de la rigidez de los tendones

9. PIEL

– tendencia a la atrofia con pérdida de elasticidad
– aparición de manchas
– sequedad progresiva

TABLA 2

Principales cambios fisiológicos-funcionales de los distintos aparatos en relación con el envejecimiento

1. APARATO CARDIOVASCULAR

- incapacidad progresiva para alcanzar frecuencias muy elevadas con el ejercicio
- peor respuesta betaadrenérgica
- aumento de la poscarga
- aumento de la duración de la sístole por un enlentecimiento en su fase de relajación muscular, con acortamiento paralelo en la duración de la diástole
- peor llenado diastólico, sobre todo en situaciones de estrés
- utilización del mecanismo de Frank-Starling para mantener el volumen minuto con el ejercicio
- probable pérdida de la contractilidad durante el ejercicio
- pérdidas en la función endotelial con menor producción de ON

2. APARATO RESPIRATORIO

- disminución de la capacidad vital (CV) y del volumen de reserva espiratorio
- disminución del volumen espiratorio máximo por segundo (VEMS) y de la relación VEMS/CV
- descenso progresivo de la PO2 arterial (0,42 mm Hg/año), más acusado en supino
- disminución progresiva de la capacidad de difusión

3. APARATO DIGESTIVO

- pérdida progresiva en la función motora del estómago e intestino
- disminución de la secreción gástrica
- limitaciones frecuentes y variables en la capacidad absortiva de diversas sustancias

4. SISTEMA NERVIOSO

- pérdidas en los sistemas de neurotransmisión (dopaminérgico, neuroadrenérgico, serotoninérgico, acetilcolínico y aminérgico)
- pérdidas en la sensibilidad vibratoria, discriminativa y táctil
- pérdidas en la capacidad de coordinación y de control muscular
- pérdidas en la memoria reciente, en la capacidad de aprendizaje y en la «inteligencia fluida»
- reducción en la cuantía e intensidad del sueño y aumento en los despertares nocturnos
- pérdidas en la adaptabilidad al medio

5. SISTEMA NEFROUROLÓGICO

- reducción del flujo renal (10% por década)
- aumento de la fracción de filtración
- disminución de la cuantía del filtrado y del aclaramiento de creatinina
- disminución en la capacidad para concentrar y diluir orina
- aumento en el umbral de reabsorción de glucosa
- disminución en la capacidad para reabsorber sodio
- pérdidas en la capacidad funcional de la vejiga
- pérdida de la actividad secretora del epitelio prostático

6. APARATO GENITAL

- pérdidas en la capacidad reproductora

– limitación progresiva en el varón de la capacidad de erección y de eyaculación con aumento del periodo refractario tras la actividad sexual
– mantenimiento de la libido en ambos sexos, con modificaciones en su forma de expresión

7. SISTEMA ENDOCRINO

– cambios en el comportamiento y respuesta a la ADH (hiponatremia, situación común en el anciano)
– aumento en la producción de FSH y LH por reducción en la producción y secreción de hormonas sexuales
– modificaciones en el comportamiento de GH y prolactina
– menor producción y eliminación de T3 y T4
– menor producción y eliminación de cortisol
– menor producción de aldosterona y de renina
– aumento de la resistencia periférica a la insulina
– aumento de los niveles de péptido atrial natriurético

8. SISTEMA HEMATOLÓGICO

– discreto descenso en la actividad hematopoyética
– menor capacidad bactericida de los neutrófilos
– moderados cambios cualitativos en la función linfocitaria
– pérdidas en la hemostasia primaria por aumento de la fragilidad capilar

9. SISTEMA OSTEOARTICULAR

– pérdida de matriz ósea
– disminución en las propiedades elásticas del cartílago articular
– disminución de la capacidad del cartílago para soportar sobrepeso
– limitación de la capacidad funcional de los tendones

10. PIEL

– menor protección ante las agresiones (sol o microorganismos)
– mayor facilidad para las heridas ante pequeños traumas

En un segundo nivel podríamos situar los cambios derivados de las secuelas de enfermedades, accidentes o mutilaciones quirúrgicas que cada sujeto ha ido acumulando a lo largo de su vida. Son procesos que, si no han originado la muerte, siempre dejan secuelas funcionales, grandes o pequeñas, que van a obligar a aceptar determinadas limitaciones y adaptaciones orgánicas para suplir la función deteriorada por cada evento patológico. En este caso hablamos de cambios atribuibles a un "envejecimiento patológico".

Por último existe un tercer grupo de factores generadores de cambios que se correlacionan directamente con el tipo de vida que ha llevado el individuo. Tiene que ver con las consecuencias de la exposición a lo largo de muchos años a agentes como la contaminación, el humo, el consumo de unas dietas más o menos adecuadas o inadecuadas, el consumo mantenido de agentes tóxicos como el tabaco o el alcohol, el grado de estrés, la falta de actividad física o la exposición a determinados factores de riesgo. Son cambios que reciben el nombre de "ambientales".

Los cambios que he calificado como fisiológicos constituyen lo que en sentido estricto se denomina "envejecimiento primario", mientras los derivados de la patología o de los factores ambientales suelen ser calificados como formas de "envejecimiento secundario" y ofrecen en la práctica, como veremos, un margen de intervención mucho más amplio. El envejecimiento primario está muy vinculado a factores genéticos y este tipo de factores contribuyen hasta en un 25% a las variaciones interindividuales en lo que se refiere a esperanza máxima de vida. Los factores genéticos juegan un papel importante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, de muchos tumores, de determinados procesos endocrino-metabólicos o en algunos procesos neurológicos.

De acuerdo con el peso relativo que, en cada caso, ha acompañado al envejecimiento del individuo podemos establecer diversas denominaciones que, en todo caso, adolecen de ser excesivamente esquemáticas. Así podemos hablar de envejecimiento eugérico o satisfactorio cuando a lo largo del proceso han dominado los que he definido como "cambios fisiológicos", con escasa incidencia de aquellos derivados de la patología o de factores ambientales adversos. Serían sujetos que han presentado pocas enfermedades y que, básicamente, han llevado lo que en el lenguaje vulgar se conoce como una vida sana, con un bajo nivel de agresividad por parte de los factores ambientales.

En contraposición existe el "envejecimiento patogérico" o acelerado cuando un exceso de enfermedades o accidentes, y/o un grado excesivo de sometimiento a factores ambientales nocivos han condicionado cambios excesivos y más precoces en el tiempo del momento en el que previsiblemente podrían haber surgido. Son los sujetos que en el lenguaje popular "representan más edad de la que realmente tienen".

La literatura geriátrica americana utiliza otros dos términos que, en cierta manera, vienen a expresar otras tantas formas de envejecer. Así habla de "usual aging" como representación de lo que se supone la normalidad estadística en este terreno, y de "successful aging" cuando quiere referirse a aquel grupo de individuos que ha logrado llegar a edades avanzadas en un envidiable estado de salud o, dicho de otra forma, que ha sido capaz de lograr un "envejecimiento satisfactorio".

Merece la pena comentar otros dos conceptos muy relacionados con todo lo que se ha expuesto y por los que luchamos quienes, desde cualquier perspectiva, médica o no, estamos trabajando en el mundo del envejecimiento. Uno de ellos, de carácter poblacional, sería el que alude a la llamada "rectangularización de la curva". Con él se quiere expresar el deseo de que, mientras no seamos capaces de extender nuestra esperanza de vida máxima, consigamos, al menos, aumentar la esperanza de vida media hasta aproximarla a los límites de vida máxima de forma que las curvas de mortalidad en uno y otro caso se mantengan horizontales prácticamente hasta edades muy próximas a la frontera que tenemos como tope.

El segundo de estos conceptos es el que se conoce como "compresión de la morbilidad" y tiene un carácter mucho más personal e individualizado. Su fundamento estriba en que dado que todos vamos a morir y que este hecho va a venir siempre condicionado por alguna enfermedad o incidente de carácter negativo que va a actuar como desencadenante, intentemos que todos aquellos procesos que limiten nuestra vitalidad y en el fondo sean los

determinantes de nuestra muerte se acumulen (se compriman) en un periodo corto y último de nuestra vida. Un periodo de horas, días o semanas, de forma que hasta ese momento hayamos sido capaces de disfrutar de unas condiciones óptimas de salud.

En un contexto más amplio cabe recordar que en el año 2001 la Organización Mundial de la Salud acuñó la expresión "envejecimiento activo", planteándolo como un reto para los próximos años. Sustituiría este eslogan –más que de eslogan habría que hablar de programa propiamente dicho– a aquel que la propia OMS, en la década de los noventa, definía como envejecimiento saludable. La OMS define el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Este concepto fue ratificado y dio lugar a un documento específico en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002.

Cómo alcanzar un envejecimiento satisfactorio

La siguiente cuestión será plantear el cómo podemos comprimir nuestra morbilidad y, en relación con ello, cómo podemos lograr ese envejecimiento satisfactorio, ese "successful aging", al que todos aspiramos. Evidentemente, la respuesta es compleja, exige muchas matizaciones, y, aunque sólo fuera por su extensión, un análisis detallado escapa a las posibilidades de este capítulo. Sin embargo, merecen la pena algunas reflexiones sobre los puntos básicos que nos pueden orientar en este sentido, así como servirnos de guía acerca de cuáles pueden ser los niveles de actuación más adecuados.

El punto de partida para lograr este objetivo tiene que ver con la prevención. Referida a la geriatría la prevención suele entenderse como la posibilidad de identificar a los pacientes con un mayor riesgo de presentar determinadas enfermedades o problemas clínicos, y aplicar las medidas oportunas para minimizar este riesgo. Ello incluye entre otras cosas la identificación de todo tipo de factores de riesgo y la actuación sobre los mismos, la oportunidad o no de establecer medidas de despistaje periódico para procesos de alta prevalencia (Tabla 3), la recomendación de ciertas indicaciones tendentes a la modificación de los estilos de vida o el recurso preventivo a determinados fármacos o vacunas. Aunque pueda resultar obvio conviene recordar que en este apartado tienen cabida tanto la prevención primaria, sobre la que habrá que poner el máximo énfasis, como las formas de prevención secundarias y terciarias.

Conviene dejar claro desde este momento dos principios básicos. El primero de ellos es que las medidas preventivas deben ser tomadas muy precozmente. Cuanto antes mejor, a ser posible en la infancia. El segundo principio estriba en que ninguna edad es una mala edad para iniciar medidas preventivas, por lo que nunca va a ser tarde para empezar. Los objetivos generales de la prevención en geriatría son: a) reducir la mortalidad prematura originada por enfermedades agudas y crónicas, b) mantener la independencia funcional de la persona tanto como nos sea posible, c) aumentar la esperanza de vida activa (independiente), y d) mejorar la calidad de vida.

TABLA 3

Principales revisiones periódicas recomendables en geriatría

Tipo de medida	Recomendación	Nivel de efectividad	Grado de evidencia
Tensión Arterial	Cada visita, al menos una vez al año	I	A
Mama	Examen físico anual >40 años	I	A
Mamografía	Cada 1-2 a. de los 50 a 69 a. y	I	A
	entre 1-3 a. de los 70 a los 85 a.		
Colesterol	Cada 5 a. Dudoso en muy mayores	I-III	C
Sigmoidoscopia	Cada 3-5 a. >50 a.	II	B
Tacto rectal	Anual >40 a.	II	C
Vista y oído	Examen anual >65 a.	III	B
Boca	Examen anual >65 a.	III	C
Testículos, piel, Corazón y pulmón	Examen anual	III	C
Glucemia basal	Periódicamente en grupos de riesgo	III	C
Función tiroidea	Ocasionalmente en >65 a.	III	C
Glaucoma	Despistaje periódico en >65 a. Por especialista	III	C
Densitometría	En población en riesgo	III	C
Próstata	PSA/examen físico anual >50 a.	III	C-D

Modificado de Bloon.

He comentado las vías a través de las cuáles vienen condicionados los cambios asociados al proceso de envejecer. La cuestión estriba en si existe la posibilidad de actuar sobre alguna de ellas de manera que se potencien los aspectos positivos y se limiten los deletéreos.

En relación con el envejecimiento primario, aquello que he definido como envejecimiento fisiológico, nuestras posibilidades de intervención a día de hoy son mínimas. Nacemos con una carga genética determinada sobre la que en estos momentos no tenemos margen de actuación. Tampoco en la especie humana se han logrado grandes avances a través de los diferentes intentos de bloquear cualquiera de los mecanismos que consideramos involucrados en el proceso de envejecer. Se trata de un campo que está siendo permanente objeto de estudio por parte de los investigadores básicos con la doble aspiración de conseguir alargar la esperanza de vida máxima y de minimizar o suprimir algunas de las consecuencias deletéreas de este proceso, logrando así un envejecimiento más satisfactorio. Sus esfuerzos en el momento actual se centran, sobre todo en modelos animales muy elementales como la "drosophila" y en algunos casos en otros algo más complejos como el ratón. Volveré con el tema en la segunda parte del capítulo.

Disponemos de más posibilidades de alcanzar una vejez saludable cuando nuestros esfuerzos se orientan hacia actuaciones relacionadas con el envejecimiento secundario. El primer objetivo a este respecto será minimizar las consecuencias del llamado "envejecimiento patológico". Aquí, una vez más, la palabra prevención es clave. Prevención primaria y pre-

vención secundaria referidas a muchas de las enfermedades o accidentes que podemos presentar a lo largo de la vida y cuyas secuelas pueden limitar de manera más o menos severa la calidad futura de la misma. Las medidas preventivas que tratan de evitar la aparición de enfermedades o las consecuencias negativas a corto y largo plazo de las mismas pueden ser de muy diferentes tipos. Muchas son de tipo farmacológico pero también las hay de carácter social y algunas relacionadas con los factores ambientales. A estas últimas me referiré más adelantes. Simplemente, a título de ejemplo de algunas de las medidas que tienen más directamente que ver con decisiones de carácter social y que afectan al conjunto de la población citaré las disposiciones orientadas a prevenir eventos como los accidentes de tráfico, los incendios o la contaminación ambiental.

Entre las medidas farmacológicas de carácter individual que pueden ser tomadas los ejemplos son infinitos. Quizás el más simple en el campo de la prevención primaria es el relacionado con las vacunas. Seguir de manera correcta el calendario de vacunaciones infantiles ha demostrado ser, a todo lo largo del siglo XX, una medida fundamental para evitar procesos con secuelas de gran impacto negativo en la calidad de vida futura del individuo. Pensemos, a título de ejemplo, lo que ha supuesto en este campo la llegada de las vacunas antipolio o antiviruela. Pero también para las edades avanzadas existe un calendario de vacunaciones bien establecido cuyo seguimiento va a redundar en un envejecimiento más satisfactorio del sujeto. La vacuna anual antigripal y en menor medida la antineumocócicas pueden ser buenos ejemplos al respecto.

En el campo de la prevención secundaria es enorme la lista de posibilidades que ofrece la farmacología actual. Por ceñirme sólo a la patología cardiovascular cabe recordar el papel que juegan determinadas familias farmacológicas como las estatinas, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o los bloqueantes de los receptores betaadrenérgicos a la hora de limitar el avance de la enfermedad y de reducir el número y la severidad de las complicaciones en sujetos con alteraciones lipídicas, con enfermedad coronaria o en aquellos que han sido víctimas de un episodio de insuficiencia cardiaca. Consideraciones similares pueden hacerse en relación con el empleo de la terapia anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular o entre los que son portadores de determinadas enfermedades arteriales o venosas.

También es hacer prevención y luchar por un envejecimiento satisfactorio conseguir un control adecuado de procesos crónicos generados a partir de las complicaciones severas a que pueden dar lugar enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 o la hipertensión arterial. Se trata de trastornos patológicos antes inmanejables y cuyo control se encuentra hoy a nuestro alcance, de manera que su evolución a largo plazo va a depender en cada caso de una aplicación diligente del protocolo terapéutico indicado.

Los ejemplos referidos a procedimientos encuadrables centro el capítulo de prevención secundaria pueden repetirse hasta la saciedad, van mucho más allá del aparato cardiovascular, e incluyen también eso que conocemos como campañas de detección precoz de determinadas enfermedades sobre las que es posible intervenir de forma eficaz en sus fases iniciales, mientras que plantean riesgos altos de mortalidad o de cronificación con un pronóstico “no-satisfactorio” en lo que elude a la calidad de vida cuando el diagnóstico se

alcanza en fases avanzadas. La necesidad de establecer un cribado cuidadoso es aplicable a muchas formas de patología tumoral, pero también a otras como las ya mencionadas hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, a la osteoporosis, a enfermedades endocrinas como los trastornos funcionales del tiroides, y a un largo etc.

Sin embargo, donde nuestras posibilidades de actuación son mayores, en orden a preparar un envejecimiento satisfactorio dentro del capítulo del envejecimiento secundario, es en el entorno de todo lo relativo a lo que he denominado "factores ambientales". A la cabeza de ello hay que situar la educación desde la infancia en lo que se conoce como "estilos de vida saludable". Tres son los elementos que priman dentro de este concepto: la actividad física, una alimentación adecuada y la evitación de lo que denominamos hábitos tóxicos como el tabaco y el alcoholismo.

Las ventajas de una actividad física mantenida a todo lo largo de la vida, pero muy singularmente, practicada en las edades avanzadas, están claramente contrastadas en la literatura médica. La persona físicamente activa vive más tiempo y en mejores condiciones. Uno de los primeros estudios que puso de manifiesto esta mayor esperanza de vida derivada de la actividad física fue publicado al inicio de los años cincuenta y comparaba dos colectivos, el de los conductores y los cobradores de los autobuses de dos pisos londinenses, cuyo único elemento diferenciador era precisamente la movilidad mantenida de estos últimos cuando se contrastaba con las diez horas de asiento tras el volante que representaba la jornada laboral de los conductores.

Pero las ventajas de la actividad física alcanzan también otros terrenos (Tabla 4). Mantienen en mejores condiciones hueso y músculo, limitando sus pérdidas fisiológicas, mejoran la función cardiaca y la respiratoria, ayudan a controlar procesos muy comunes como la propia diabetes, la hipertensión arterial, las alteraciones del colesterol o el tabaquismo, mejoran igualmente la función mental colaborando en la lucha contra la depresión y los trastornos de ansiedad, limitan las pérdidas articulares, y, en general, contribuyen de manera decisiva a conseguir un envejecimiento satisfactorio y a que el individuo pueda conservar su autonomía hasta edades muy avanzadas.

TABLA 4

Principales ventajas de la actividad física en edades avanzadas

- ayuda a mantener una buena masa muscular
- mejora la capacidad aeróbica
- reduce el riesgo de la enfermedad cardiovascular
- estabiliza la densidad mineral ósea, previniendo la osteoporosis
- modifica favorablemente la homeostasia hidrocarbonada
- ayuda al control de procesos crónicos muy comunes en le vejez (cardiopatía, isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, depresión, osteoporosis, etc.)
- ayuda en la lucha contra otros factores de riesgo cardiovascular como en tabaquismo o la hipercolesterolemia
- reduce las tasas de ansiedad
- ayuda a mantener mejor actividad mental
- favorece la rehabilitación articular, respiratoria, traumatológica, vascular, post-quirúrgica, etc.
- mejora la calidad de vida

La edad nunca va a ser una contraindicación para la actividad física e incluso para el deporte si se practica de la forma más adecuada para cada persona. Ello incluye desde el simple paseo o el baile hasta la práctica no competitiva de deportes como la natación, la marcha, el ciclismo, la gimnasia o el golf. Salvo que existan contraindicaciones evidentes ligadas a patologías específicas bien conocidas, la recomendación debe ser positiva, siempre y cuando se tomen en consideración algunos aspectos. Entre ellos evaluar cuál es el tipo concreto de deporte que se desea practicar y la experiencia previa en relación con el mismo. Valorar también el grado de intensidad del ejercicio previsto, las circunstancias ambientales del marco en que se va a llevar a efecto (época del año, espacio físico, hora del día, duración, equipamiento, etc.), las fases de calentamiento y de recuperación, así como cualquier otra circunstancia individual (enfermedades crónicas concomitantes, fármacos en uso, etc.) que puedan determinar un riesgo.

Consideraciones parecidas pueden hacerse con respecto a la nutrición. Una alimentación adecuada es otro de los "hábitos saludables" que se constituye en uno de los principios básicos de prevención en geriatría. La evidencia de la importancia de una alimentación adecuada, algo que suele ir unido a otras prácticas saludables dentro del estilo de vida del individuo, ha sido ampliamente demostrada por muchos estudios. Las recomendaciones toman aquí también como referencia el sentido común y deben partir de un buen conocimiento de los problemas nutricionales más frecuentes en el anciano, así como de sus requerimientos energéticos y de las necesidades y carencias en cuanto a vitaminas y minerales.

Se recomienda una alimentación variada, acorde con los hábitos previos del sujeto. Que contenga suficiente aporte energético y que sea rica en alimentos frescos, en productos lácteos, en vitaminas y en minerales (Tabla 5). Los niveles séricos de calcio, de vitamina D y de ácido fólico suelen estar bajos en una proporción elevada de ancianos. En determinadas situaciones puede estar indicada la administración de suplementos nutricionales o de dietas enriquecidas con vitaminas o minerales. Las ventajas de una administración sistemática con carácter preventivo de estos productos o de megadosis de algunas vitaminas o minerales resultan muy cuestionables.

Es fundamental que el anciano ingiera una cantidad suficiente de líquido, nunca inferior a los dos litros diarios. Con la edad se reduce tanto la cuantía de líquido intra como extracelular, así como la sensación de sed. Ello hace que en situaciones de aumento de pérdidas como pueden ser las temperaturas elevadas, la presencia de vómitos y de diarreas, la fiebre o las quemaduras, el riesgo de deshidratación aumente y con él las posibilidades de claudicación funcional renal o del sistema nervioso central.

Otra recomendación es la de fomentar el consumo de fibra, tanto a través de alimentos ricos en ella, como si fuera necesario, mediante preparados específicos. Con ello vamos a hacer prevención primaria –y secundaria– de procesos como el estreñimiento y la diverticulosis de alta prevalencia entre los ancianos y vamos a poder controlar mejor enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2.

El consumo de alcohol no tiene por qué ser prohibido de manera taxativa, salvo en situaciones muy concretas, pero sí debe ser limitado a un máximo de 1-2 vasos de vino diario o

TABLA 5

Principales recomendaciones en materia de alimentación para las personas de edad avanzada

Ingesta calórica total (Kcal/día)*:

	hombres	mujeres
60-69 a.	2.400	2.200
70-79 a.	2.200	1.900
>80 a.	2.000	1.700

Si <1500 Kcal/d riesgo alto de déficit de diversos micronutrientes

Ingesta proteica:

- 1.1 gr/Kg peso/día
- aumentar en situaciones agudas médicas o quirúrgicas
- reducir si existe insuficiencia renal

Ingesta de hidratos de carbono:

- 50-60% del VCT**
- mínimo 150 gr/d.

Ingesta grasa:

- 30-40% del VCT**
- Grasas monoinsaturadas: 10-15%
- Grasas saturadas: hasta 10%
- Grasas polisaturadas: 7-8%
- Colesterol: <100 mg/d.

Líquidos (esencialmente agua): mínimo de

- 1.5-2 l./d

Fibra:

- 10-13 grs por cada 1.000 Kcal consumidas
- proporción fibra soluble:insoluble de 1:3

Calcio:

- 1.200-1.500 mg/d (sobre todo las mujeres)

Alcohol:

- no más de 1 vaso de vino/d. o su equivalente

* La ingesta calórica total va a venir muy condicionada por las características individuales del paciente (peso, talla, sexo), por la presencia o no de enfermedades asociadas y, sobre todo, por su grado de actividad física.

** VCT: Volumen Calórico Total.

sus equivalentes en otras bebidas alcohólicas. En cambio el tabaco sigue siendo factor de riesgo para múltiples procesos cardiovasculares, respiratorios y tumorales a cualquier edad, por lo que la recomendación será siempre suprimirlo.

El punto siguiente tienen que ver con la posibilidad de conocer y actuar sobre los llamados factores de riesgo (FR), tanto sobre aquellos de carácter general como los que son específicos para determinas patologías. Aunque el concepto de factor de riesgo estuvo inicialmente vinculado al aparato cardiovascular, en estos momentos es aplicable a cualquier tipo

de proceso y, al menos en el caso concreto de la persona mayor, va más allá de lo puramente médico para entrar en la esfera de los problemas sociales. Los efectos positivos de la lucha contra los FR entre la población de más edad han sido estudiados más tardíamente que en la población más joven, pero también han demostrado ampliamente su eficacia en este grupo etario. Hay que destacar que aquellos FR que afectan a mayores y menos mayores no son siempre los mismos, ni cuando lo son actúan siempre con la misma intensidad en los distintos grupos de población.

Hablar de FR con referencia a la población de más edad es abrirnos a un enorme abanico de procesos médicos y de situaciones y problemas sociales, muchas veces íntimamente relacionados entre sí. Es importante conocerlos bien para poder afrontarlos con garantías desde la óptica de la prevención. Hoy por hoy disponemos, afortunadamente, de información suficiente como para poder ser eficaces en la mayor parte de los casos.

La base principal de todas las posibles medidas de intervención en este campo –como en otros– se fundamenta en una buena educación sanitaria del anciano, de su entrono y de la sociedad en general. En este sentido resulta fundamental el papel tanto de los profesionales de la salud, como de los educadores a cualquier nivel y el de los responsables de los medios de comunicación.

El cuidado de los órganos de los sentidos y de la boca es otro punto clave para el logro de un envejecimiento satisfactorio. Sus alteraciones son muy comunes, incrementan la morbimortalidad de quien las sufre, dan lugar a importantes limitaciones funcionales e inciden muy negativamente sobre la calidad de vida del individuo. Las pérdidas en los órganos de los sentidos, en vista y oído principalmente, se suelen incluir dentro de los grandes síndromes geriátricos.

La prevención específica referida a la patología sensorial pasa por tomar conciencia de que sus pérdidas, aun siendo inherentes en buena medida a los cambios condicionados por la edad, no deben constituirse nunca en una especie de fatalismo al que haya que resignarse por obligación. Son pérdidas que en muchos casos pueden prevenirse mediante revisiones periódicas precoces que detecten y corrijan en origen y de acuerdo con su etiología las eventuales pérdidas que puedan irse produciendo. Pero, en todo caso, siempre existe la posibilidad de prevención secundaria y terciaria sin que la edad vaya a constituir en ningún caso una contraindicación para ello. En este campo, como en otros muchos, deberemos eliminar frases del tipo de “a su edad que querrá”, “son cosas de la edad” o “bastante bien está para la edad que tiene”. Se trata de frases fundamentadas en un fatalismo injustificable y que, en sí mismas, traslucen discriminación e invitan a una actitud de resignación que no tiene razón de ser.

El deterioro de la piel y de la boca del anciano se ha visto sometido, como el de la vista y el oído, a un desinterés histórico. Un desinterés, insisto, cargado de llamadas a la resignación. Si tomamos como ejemplo de referencia el caso de los dientes cabe recordar que la proporción de ancianos total o parcialmente edéntulos en nuestro país es enorme. Constituye mucho más la norma que la excepción. Carecer de dientes, además de influir muy negativamente en la calidad de vida del anciano, se convierte en factor de riesgo autónomo para

otros muchos procesos relacionados con capítulos médicos de tanta entidad como los relacionados con la nutrición o con la patología local de carácter infeccioso o tumoral. Por ello también en este campo resulta imprescindible aplicar medidas preventivas en forma de recomendaciones higiénicas y de revisiones periódicas que limiten la pérdida de piezas o posibiliten una reposición adecuada de las mismas.

El anciano es un gran consumidor de fármacos que, además, con enorme frecuencia se autoprescribe. Ello hace que el riesgo de presentar reacciones adversas a los mismos (iatrogenia) sea muy alto. Debe revisarse periódicamente tanto el grado de cumplimiento terapéutico como la eficacia en la respuesta a aquellos fármacos que se ha considerado necesario mantener, para suprimir en cada momento los que no se precisen. Se sabe que, mucho más que por la edad, la aparición de reacciones adversas viene condicionada por el número de fármacos consumidos.

Otra recomendación es la relativa a las medidas de despistaje ante determinados procesos que, bien por su severidad, bien por su carácter invalidante o por su alta prevalencia en este segmento de población constituyen un problema de primer orden. Si la cuestión se plantea desde la perspectiva del cáncer conviene recordar que hablamos de la segunda causa de mortalidad entre la población mayor, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares, con la peculiaridad de que así como la lucha contra estas últimas está demostrando su eficacia en los diez últimos años, no existe evidencia de una disminución de la patología tumoral en este periodo de tiempo.

Desde un punto de vista teórico la forma ideal de actuación para prevenir una patología oncológica sería la establecida mediante la prevención primaria a través de la interacción sobre los agentes cancerígenos. Algo posible pero poco operativo a corto plazo en la medida en la que nuestros conocimientos son aún escasos y, además, implicaría una actuación en edades mucho más precoces. En todo caso sabemos que algunas medidas como evitar el tabaco, modificar determinadas dietas o evitar exposiciones excesivas al sol son muy eficaces en este campo.

Los únicos tumores orgánicos malignos para los que existe un nivel de evidencia alto en cuanto a la efectividad de las revisiones periódicas (cribado) en este grupo etario son el de mama (autoexploración y mamografías periódicas), el de próstata (tacto rectal y PSA) y el de intestino grueso (recto-sigmoidoscopia periódica de sujetos en riesgo, especialmente en aquellos con antecedentes familiares o personales). También para los tumores de piel. Otros cánceres como el de cérvix requieren intensificar los esfuerzos a edades más precoces, mientras que en casos como el de pulmón, el estómago u otros no existe aún evidencia suficiente.

Dentro de la prevención cabe incluir también aquellas medidas dirigidas a mejorar el entorno social. Problemas como la soledad –viven solos entre el 20 y el 25% de los españoles mayores de 65 años–, la mala situación económica o la falta de apoyos familiares inciden directamente de la calidad de vida de la persona mayor y dificultan un envejecimiento satisfactorio. La lista de posibles actuaciones en este campo es amplia, compromete las competencias de las administraciones y su análisis rebasa las posibilidades del capítulo. Engloba

desde disposiciones orientadas a mejorar el ambiente y luchar contra la contaminación hasta otras más específicas y relacionadas con problemas muy concretos.

En ese contexto merece la pena insistir en la no-aceptación de ninguna forma de discriminación basada en la edad. Se trata de un mal hábito muy introducido en la sociedad en general y también en la práctica clínica diaria. Un mal hábito del que con frecuencia participa la familia, pero también los médicos y la propia estructura sanitaria. La edad en sí misma nunca debe figurar en ningún listado de contraindicaciones, por más que el individuo anciano necesariamente vaya a ser sujeto frecuente de esas contraindicaciones simplemente aplicándole los criterios generales establecidos para el común de las personas. En la misma línea habrá que insistir para que se respete el principio bioético de la autonomía.

Como vemos, muchas de las medidas necesarias para un envejecimiento satisfactorio van a ser de carácter social y educacional. Tienen que ver con un cambio de mentalidad que afecta a los estilos de vida y cuyo inicio debe establecerse en edades muy precoces. Si en todos los tiempos y sea cual sea la edad del individuo el hombre siempre ha considerado a la salud como su don más preciado, habrá que priorizar este tema y arbitrar los recursos necesarios para que ese logro que hoy ya ha dejado de ser utópico para convertirse en una posibilidad real, se consolide como la forma habitual de envejecer.

En un terreno no debe faltar una llamada de atención a algo cada vez más frecuente en nuestra sociedad pero de lo que apenas se habla. Me refiero al apartado de los abusos, negligencias y malos tratos a los ancianos. Desde los años ochenta la literatura médica, y también en menor medida la jurídica, nos vienen ofreciendo un testimonio creciente de hasta qué punto estamos ante un problema real que puede afectar, según los criterios utilizados para valorarlo y el medio en el que se ha llevado a cabo el estudio, a proporciones que oscilan entre el 5 y el 20% de la población mayor. Se trata de una forma de violencia doméstica como la ejercida sobre la mujer o sobre el niño. Sin embargo, en la práctica resulta bastante ignorada hasta el punto de dar la impresión de parecer ajena a las preocupaciones del conjunto de nuestra sociedad.

Hoy conocemos los principales factores de riesgo para convertirse en víctima de estas lacras. También disponemos de estudios que nos dibujan el perfil preferente tanto del agresor como de las víctimas, sabemos el por qué de los silencios, y gozamos de otra mucha información del máximo interés. Conocemos también, y éste es mi segundo comentario, las posibilidades de prevención en este campo. Todas pasan por no ser indiferente ante el problema, por saber que existe, por estar sensibilizados ante él, y por intervenir de oficio si llega el caso, aunque sea con la mayor discreción posible, ante la menor sospecha al respecto.

2. TERAPIAS ANTIENVEJECIMIENTO

Una vez expuesto todo lo anterior, probablemente, esta segunda parte puede resultar superflua y, sencillamente, cabría omitirla y dar por cerrado el capítulo. Sin embargo, ya que los editores han incorporado al título el epígrafe “terapias antienvejecimiento” y la expresión

refleja una especie de “eslogan” al alza, cada vez más utilizado por profesionales y profanos, me permitiré hacer algunos comentarios. No en vano las ventas de los productos dirigidos a este fin alcanzaron en el año 2006 en los Estados Unidos una cantidad equivalente a los 37.000 millones de euros y cantidades equivalentes pueden encontrarse en los diferentes países europeos. Como afirmaba hace poco The New York Times comentando este tema, nuestra sociedad “busca el nuevo elixir de la vida a través de fármacos de riesgo” (The New York Times, 26 abril 2007).

El primero de estos comentarios tiene que ver con el mero título propuesto. A día de hoy está de moda la expresión inglesa “antiaging” y su versión española, el antienvejecimiento. La podemos encontrar en cualquier parte. Hay sociedades científicas con este nombre, pero también existen clubs, dietas, campañas, clínicas, y un etc. muy largo. Las motivaciones y objetivos que subyacen en cada caso son muy variados y van desde lo que podríamos considerar estrictamente riguroso y serio, hasta lo puramente comercial aplicando a esta palabra su sentido más peyorativo.

En fechas tan lejanas como 1881 Augusto Weisman ya estableció que “la muerte de la célula es inevitable por su incapacidad para replicarse de manera indefinida”. Por eso, tomando la expresión en sentido literal, cabe decir que la única forma de no envejecer –el único posible antienvejecimiento- es la muerte. Todo lo que no sea morir, es envejecer. Es “aging”. Podemos interpretar que quienes han acuñado y promovido este término lo que nos intentan transmitir es la idea de alcanzar el mejor envejecimiento posible, la de enlentecer la velocidad del proceso de envejecer, o, en su caso, intentar hacer reversibles algunos de los cambios más negativos que dicho proceso lleva consigo. Todo ello constituye una aspiración legítima pero que requiere a mi juicio algunas matizaciones.

La más importante es la de no perder el norte y asumir que la edad en sí misma en ningún caso puede considerarse una enfermedad. Para conseguir esos objetivos, en la práctica, las herramientas de que disponemos proceden esencialmente del campo de la prevención y se ajustan en su totalidad, con muy escasas excepciones, a los criterios y recomendaciones expuestos en la primera parte del capítulo. Fuera de ello, a día de hoy, apenas queda margen de actuación. Sin embargo, mayoritariamente los propagandistas del “antiaging” no es eso lo que nos venden, sino unas armas de actuación mucho más sofisticadas y complejas, que, además de ser ineficaces en la mayor parte de los casos, no están exentas de riesgos, y se prestan al abuso por parte de grupos poco escrupulosos que tienden a jugar con la credulidad, la ignorancia, los deseos y, sobre todo, la economía del ciudadano.

A la hora de intentar retrasar el proceso de envejecer y minimizar sus consecuencias deberemos volver la mirada a lo ya expuesto acerca de las vías a través de las cuales se produce este fenómeno y ver de nuevo en qué medida son susceptibles de intervención. Si somos capaces de interferir en esos procesos dispondremos de sistemas antienvejecimiento. Comentar este punto es lo que voy a intentar en las líneas siguientes, con la matización previa de que estamos ante un mundo cambiante, donde los avances científicos se producen con rapidez y que, por ello, es posible que algunas de las consideraciones que aquí voy a exponer tengan que ser total o parcialmente modificadas en un futuro tal vez no muy lejano.

Si hacemos un catálogo de las medidas que se nos proponen bajo el epígrafe de "terapias antienvejecimiento" podemos empezar por recordar que la única que ha demostrado ser capaz de alargar la vida en el animal de experimentación es el hambre. La restricción calórico-proteica mantenida. A que ello sea así contribuyen, probablemente, diferentes mecanismos de actuación complementarios que, en esencia, tienen que ver con el menor desgaste orgánico que se produce en esta situación, especialmente en lo que se refiere al funcionalismo renal.

El resto de las medidas que se han propugnado no pasan del terreno de las intenciones, los deseos y la especulación. Las podemos encuadrar en diferentes apartados. Mi propósito inmediato es resumirlas y hacer una crítica breve, desapasionada y ajustada a la realidad de hoy de las principales propuestas "antiaging" que se manejan en la literatura.

1.- Buena parte de los esfuerzos en este terreno han ido dirigidos a interferir en los mecanismos responsables del proceso de envejecer. A actuar sobre lo que se conoce como "envejecimiento primario". Para ello se hace necesario disponer de información acerca de cuál o cuáles son estos mecanismos. Hoy sabemos que no existe una teoría explicativa única sino que se trata de un proceso que se inicia con el nacimiento y que es de naturaleza multifactorial, probablemente con un peso desigual por parte de los diferentes sistemas implicados. De todas formas existen varias teorías al respecto y sobre todas ellas se ha trabajado y se trabaja en orden a conseguir intervenciones que aumenten la expectativa de vida y limiten los efectos negativos de las mismas.

De manera muy resumida las teorías del envejecimiento pueden ser clasificadas en dos grandes grupos. El de las teorías estocásticas y el de las no estocásticas. En el primer caso, los procesos que determinan el envejecimiento ocurrirían de modo aleatorio y se irían acumulando en el transcurso del tiempo como consecuencia de la suma de «agresiones» procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida. En el caso de las teorías no estocásticas, el proceso de envejecer se establecería de acuerdo con unas normas predeterminadas.

Entre las primeras está en alza la teoría de los radicales libres o peroxidación. Fue enunciada en 1956 y sugiere que los radicales libres (átomos desapareados) que se forman durante el proceso oxidativo del metabolismo normal de la célula reaccionan con los componentes de la misma (contra su DNA), dañándola, originando la muerte de estructuras vitales y, finalmente, por acumulación, dando lugar el envejecimiento y a la muerte del organismo. Esta teoría tiene la ventaja de basarse en una realidad objetiva, científicamente contrastada. Los radicales libres son muy reactivos. Ello los convierte, a su vez, en fuente de nuevos radicales, y da lugar a una cadena que conduce al consumo de muchas moléculas estables. Además, a medida que envejecemos disminuye nuestra capacidad de protección y reparación en relación con este punto. Todas las células del organismo son susceptibles de ser alcanzadas por el proceso.

La lucha aquí se ha planteado sobre la base de administrar sustancias antioxidantes que dificulten la formación de estos radicales y minimicen sus efectos deletéreos. Controlar la formación de radicales libres, además de prolongar la vida y enlentecer el envejecimiento,

tendría otros efectos favorables sobre la patología tumoral y cardiovascular, así como sobre un elevado número de patologías crónicas. Estudios con diversos agentes antioxidantes (superóxido dismutasa, a-tocoferol, vitaminas C ó E, etc.) en modelos animales muy elementales, han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de vida máxima conocida de la especie correspondiente. Este tipo de respuesta no se ha conseguido a día de hoy en la especie humana.

Otra teoría es la de los "radicales cruzados". Tiene su fundamento en los cambios moleculares que se producen con la edad, extra e intracelularmente, y que afectan a la información contenida en el DNA y en el RNA. Con la edad se produce una mayor frecuencia de «enlaces covalentes» o mediante bandas de hidrógeno entre macromoléculas, que si bien inicialmente pueden ser reversibles, a la larga determinan fenómenos de agregación e inmovilización, que convierten a estas moléculas en inertes o malfuncionantes. Según esta teoría, la alteración originada en el DNA daría lugar a una mutación en la célula y, posteriormente, a su muerte. Tampoco parece posible en la actualidad interferir por esta vía el proceso de envejecimiento humano.

El "acortamiento del telómero" es otro de los mecanismos que se ha propuesto como teoría del envejecimiento. Se basa en la pérdida progresiva de secuencias teloméricas en las partes distales del cromosoma que van teniendo lugar a lo largo del tiempo. Es un fenómeno que se ha observado también en sujetos con la enfermedad conocida como progeria, que se caracteriza por ser una forma patológica de envejecimiento acelerado. En este caso el objetivo de prolongar la vida se buscaría a través de mecanismos que nos permitieran conseguir alargar la longitud del telómero o, en todo caso, evitar su acortamiento. Los intentos llevados a cabo hasta ahora para impedir este acortamiento telomérico han sido totalmente infructuosos. Además, no existe ninguna evidencia de que alargando el telómero pudiéramos vivir más. Como argumento negativo adicional cabe añadir que hoy es imposible penetrar en la célula y modificar sus cromosomas sin dañarlos.

La teoría llamada del "error catastrófico" es otro buen ejemplo de teoría estocástica. Plantea que, con el paso del tiempo, se producen una serie de errores en la síntesis proteica que acaban por trastornar la función celular, determinando cambios en ella que facilitarían su envejecimiento y, finalmente, la muerte de la célula. Tiene el inconveniente de que, tanto en modelos animales como en humanos, al menos en muchas ocasiones, no se encuentra este tipo de errores en el anciano.

En el curso del envejecimiento se produce un declinar importante del sistema inmunológico análogo a la que puede encontrarse en el resto de los órganos y sistemas del organismo. Estas pérdidas en la función inmunológica determinan una limitación en las posibilidades defensivas del organismo ante cualquier tipo de agresión y reducen su capacidad para discernir entre lo que le es propio y lo que le es ajeno; debido a ello facilitan la aparición de un mayor número de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune, infeccioso y tumoral. Ello ha dado lugar a la llamada "teoría inmunológica" del envejecimiento. También en este campo las posibilidades de actuación son escasas. Lo mismo que ocurre en el caso de la llamada "teoría neuroendocrina", con cuya fundamentación guarda muchas analogías. Según

ella, el principal responsable del envejecimiento sería el deterioro en los mecanismos superiores de regulación neuroendocrina.

La teoría de la "acumulación de los productos de desecho" se basa en la observación de que la mayor parte de las células en animales de edad avanzada contienen un número elevado de material intracelular anómalo que reciben el nombre de cuerpos de inclusión. Son productos de degradación metabólica que, en virtud de esta teoría, actuarían como agentes patógenos para la propia célula, alterarían su metabolismo y acelerarían su destrucción. Las más comunes de estas sustancias serían la lipofuscina y la que se conoce como degeneración basófila. No parece que ningún cuerpo de inclusión desempeñe función activa alguna en el proceso de envejecer. La presencia de lipofuscina sería el resultado de reacciones oxidativas, incrementada en los casos de déficit de vitamina E, y su presencia no pasa de ser un mero marcador indirecto de envejecimiento.

Las teorías no-estocásticas tienen su base en el componente genético del individuo. Entre ellas cabe incluir las de la "programación genética", la "mutación somática", la del "error genético" y algunas otras. Todas parten del supuesto de que la longevidad de una determinada especie y la de sus individuos se halla, en gran parte, predeterminada por mecanismos genéticos. A su favor estaría una cierta correlación en cuanto a la edad que se observa entre los mismos individuos de una familia o la longevidad equivalente que se ha descrito en muchos pares de gemelos univitelinos. Según alguna de estas teorías, el individuo nacería con una secuencia de envejecimiento escrita (programada) en su genoma que le adjudicaría una máxima extensión de vida, y serían las circunstancias ambientales y patológicas acumuladas durante la vida de cada uno las que limitarían en mayor o menor medida esa programación.

Nuestras posibilidades de intervención en este terreno a día de hoy en orden a prolongar la expectativa de vida máxima o conseguir un envejecimiento saludable son nulas. Sin embargo, es posible que en un futuro, a partir del conocimiento ya disponible del genoma humano, pueda llegarse a actuar en algunos casos, especialmente en aquellos relacionados con enfermedades para las que el sujeto pueda estar genéticamente predispuesto. Los trabajos en marcha en estos momentos en torno al tema de las llamadas "células madre" abren una puerta a la esperanza.

2.- Un segundo apartado dentro de estas formas de terapia sería el relacionado con las medidas orientadas a suplir las pérdidas asociadas al envejecimiento. Son pérdidas que se pueden producir a todos los niveles, pero que de manera muy especial afecta a componentes esenciales para el metabolismo humano como vitaminas, minerales, principios inmediatos, hormonas, etc. En este sentido como punto de partida cabría hacer una diferenciación básica entre las que podríamos llamar pérdidas evitables, que estarían en gran medida vinculadas a determinadas enfermedades o a una limitación en el aporte de la sustancia deficitaria, mientras que, por otro lado estarían las pérdidas relacionadas directamente con el envejecimiento primario.

Al primer grupo corresponden muchas de las deficiencias más habituales encontradas entre la población anciana. Son déficits en absoluto inocentes que determinan con frecuencia formas

de envejecimiento insatisfactorio y que inciden negativamente en la calidad de vida del individuo, a veces contribuyendo de manera directa en la aparición de trastornos crónicos y de complicaciones a corto y largo plazo perfectamente evitables. La ventaja es que siempre va a existir la posibilidad de actuar. De corregir desde fuera la deficiencia. Incluso, en muchos casos, se trata de situaciones perfectamente prevenibles a través protocolos y de programas específicos para la población en riesgo que están claramente establecidos en los libros de medicina.

La posibilidad de encontrar este tipo de limitaciones es muy alta. Se trata de situaciones de alta prevalencia entre la población de edad avanzada, relacionadas, sobre todo, con el contenido en mineral y vitaminas. Estaríamos hablando, por ejemplo, de sujetos con unos niveles inadecuados de calcio y de vitamina D, algo muy frecuente en la población anciana femenina, que va a favorecer la aparición de osteoporosis. O en el caso, también frecuente, de deficiencias de ácido fólico o de otras vitaminas del complejo B, de hierro, o, incluso, de las situaciones de malnutrición calórico-proteica, un problema que puede llegar a alcanzar hasta a un 20% de la población anciana en un país como el nuestro. Suplir estas deficiencias cuando existen, intentar prevenir su aparición y detectarlas de forma precoz forma parte del sentido común, debe entenderse como una obligación médica y aunque su existencia va a interferir directamente en el logro de un envejecimiento satisfactorio, su corrección difícilmente puede encuadrarse entre las llamadas "terapias antienvejecimiento".

Pero al lado de ello existen otras formas de terapia sustitutiva mucho más controvertidas. Un buen ejemplo es el de la llamada terapia hormonal sustitutoria en el caso de la mujer postmenopáusica. La teoría es clara. Si los estrógenos ejercen en las mujeres un efecto protector en cuestiones tan importantes como el metabolismo óseo o el aparato cardiovascular, además de mejorar su estética e intervenir favorablemente en la esfera sexual, por qué vamos a dejar que la naturaleza interrumpa estos efectos positivos. Con ese fundamento y, siendo perfectamente posible administrar preparados farmacológicos que suplan su deprivación menopáusica se introdujo hace unos años el principio de la hormonoterapia sustitutiva, que, además, de acuerdo con sus defensores, debería ser mantenida de por vida.

Los problemas surgieron cuando empezaron a observarse reacciones adversas no deseadas, principalmente de tipo tumoral. La idea de añadir progestágenas a la terapia estrogénica no ha demostrado ser suficientemente efectiva y, a día de hoy, aunque se mantiene la polémica, el entusiasmo inicial ha decaído enormemente y la doctrina más extendida es que esta forma de terapia sustitutiva debe reservarse para casos muy especiales, siempre negociados abierta y extensamente con la protagonista.

Mucho más cuestionables todavía son otras formas de remplazamiento hormonal que, con mayores o menores limitaciones según los países también están en el mercado, como pueden ser la administración de hormona de crecimiento o de hormonas masculinas como la testosterona o la epidihidroandrosterona.

La hormona de crecimiento es una hormona anabolizante que se produce en la hipófisis anterior y que ejerce una serie de acciones positivas en varios campos relacionados con la síntesis biológica. Se libera profusamente durante los primeros años de vida y su producción se va reduciendo considerablemente en el curso del envejecimiento. Su administración

al anciano en forma de GH recombinante a corto plazo ha demostrado mejorar el balance nitrogenado, aumentar las concentraciones de osteocalcina, aumentar la masa magra y reducir la cuantía de grasa corporal. Ello se traduce en efectos positivos sobre el hueso, el músculo, probablemente sobre el sistema nervioso central y en una mejor distribución del tejido graso, todo lo cual ha determinado que se plantee su utilización en edades avanzadas, en orden a convertirla en uno de los prototipos de terapia antienvejecimiento.

Sin embargo, también aquí las inconvenientes han superado a las ventajas. Además del precio, excesivamente alto, existen problemas médicos derivados de su uso. Entre ellos un aumento en la incidencia de diabetes mellitus, así como en la de patología tumoral, o la aparición de problemas de tipo articular (síndrome del túnel carpiano y otros) o cardiaco (insuficiencia cardiaca). Nosotros hemos tenido que interrumpir por esta última razón un ensayo clínico multicéntrico internacional, muy ambicioso, orientado a demostrar las ventajas de administrar hormona de crecimiento en el proceso de recuperación tras una fractura de cadera. Todo lo anterior hace que, salvo casos muy excepcionales, se desaconseje su utilización y en ningún caso pueda protocolizarse su empleo de manera generalizada.

Con las hormonas sexuales masculinas, a las que también han recurrido algunos de los defensores del "antienvejecimiento", pasa algo parecido. La dihidroepiandrosterona promete algo así como poner a cero el "reloj biológico", devolviendo la sensación de juventud y mejorando la capacidad física, mental y sexual del anciano. Mejora la respuesta muscular y tiene una acción positiva sobre el metabolismo óseo, sobre la redistribución grasa y sobre el metabolismo lipídico. El inconveniente principal es que, como en el caso anterior, se asocia a un aumento considerable de la patología tumoral, sobre todo prostática y mamaria, y, en muchos casos, genera daño hepático, hirsutismo, acné y aumenta el riesgo cardiovascular. Consideraciones similares pueden hacerse acerca del empleo regular de testosterona que ha demostrado ser un factor de riesgo altísimo para la aparición de cáncer de próstata.

3.- Hay también diferentes procedimientos basados en la reconstrucción o reparación quirúrgica. Por lo general se trata de medidas que entran de lleno en el campo de la cirugía estética y reparadora. Alcanzan a todo el componente externo del organismo. Su objetivo es más de forma que de fondo. Mejorar la imagen que la edad a deteriorado y ofrecer al individuo una mayor o menor sensación subjetiva de rejuvenecimiento. Cubre un abanico de posibilidades muy amplio. Se pueden hacer implantes de pelo, modificar el aspecto exterior de la cabeza y de la cara, del addomen, de las mamas y de los miembros. Se pueden introducir prótesis en diferentes localizaciones; extraer o modificar la ubicación de la grasa; conseguir la desaparición de cicatrices, pliegues o arrugas cutáneas, e incluso, limitar la capacidad de absorción del tubo digestivo a través de la llamada cirugía bariátrica para combatir la obesidad.

Todo ello, insisto, va a estar orientado casi siempre y con pocas excepciones a mejorar la imagen, pero en ningún caso va a representar influencia alguna sobre el proceso de envejecimiento propiamente dicho, a no ser una influencia negativa derivada de las eventuales complicaciones quirúrgicas que, inevitablemente van a surgir en determinados casos. En todo caso se trata de decisiones individuales para las que existe toda la libertad del mundo. La llamada de precaución en este apartado va dirigida hacia los riesgos inherentes al pro-

cedimiento en cuanto tal, y hacia la selección de quién y dónde los aplique. Aquellos individuos que se planteen ser sometidos a alguno de los procedimientos que se acaban de apuntar tienen que extremar las precauciones a la hora de seleccionar adónde acuden y valorar cuidadosamente ventajas y riesgos, ya que quizás sea este uno de los terrenos donde la posibilidad de ser víctima de personas o instituciones más o menos desaprensivas se muestra con mayor intensidad.

4.- Otras formas de actuación: en este último epígrafe cabe incluir toda una extensa gama de procedimientos y formas de actuación que, básicamente, desde perspectivas muy distintas, andan buscando el mismo fin. Comentaré alguna de las más repetidas.

Una de ellas viene representada por lo que se conoce como técnicas de crionización. Su objetivo sería intentar conservar los órganos hasta que en un futuro los avances científicos consigan encontrar terapias eficaces para poder combatir aquello que va a ser o ha sido causa de deterioro o muerte y para lo que no hay remedios en el momento actual. La crionización premortem, aparte de problemas técnicos, los plantea también, obviamente, éticos y legales. La postmorten, sencillamente, se puede encuadrar de manera directa en el apartado de la ciencia-ficción. En todo caso, a día de hoy, ni siquiera en el campo experimental, existe evidencia de que estudios en tejidos aislados en este campo, que en algunos casos han podido ser más o menos exitosos referidos a un grupo de células, puedan ser extrapolados al conjunto del organismo.

Con la nanotecnología la promesa se centra en la posibilidad de combatir la enfermedad (tumoral, proceso vascular o de cualquier otro tipo) a nivel molecular, bien sea mediante determinadas formas de procedimientos quirúrgicos, o bien a través de implantes farmacológicos o de otro tipo. Lo cierto es que estamos también hablando de algo que, a día de hoy, resulta absolutamente utópico.

En este apartado podríamos incluir también la utilización de melatonina. Se trata de una sustancia producida en la glándula pineal y a la que se atribuye un papel inmunomodulador. Su entrada en este campo iría vinculada a su eventual actividad antioxidativa, pero también se le suponen efectos en la esfera sexual y en la relacionada con el sueño. Las aspiraciones con estas sustancia son, en todo caso, más modestas y se dirigen sobre todo a aspectos muy concretos relacionados con la calidad de vida. Se pretende que mejore el insomnio y los problemas relacionados con el estrés. También se habló de una cuestionable y nunca demostrada acción anticancerosa. La realidad es bastante pobre y se circunscribe en la práctica a haber logrado mejoras en el llamado “jet lag” y, probablemente, a aminorar los efectos desagradables de la quimioterapia anticancerosa.

Todo lo anterior nos conduce a una conclusión inequívoca. La mejor manera de conseguir un envejecimiento saludable y también de incidir favorablemente en eso que se viene llamando antienvejecimiento pasa por la prevención. Una prevención iniciada en las épocas más precoces de la vida, mantenida de manera ininterrumpida durante toda ella y que sigue conservando su valor en las edades avanzadas. Una prevención cuyo eje central debe basarse en lo que llamamos hábitos de vida, y que a nivel colectivo exige, fundamentalmente, esfuerzos por conseguir una buena educación sanitaria de la sociedad en su conjunto. Un

objetivo que abarca un horizonte muy amplio en el que se incluyen junto a las medidas estrictamente sanitarias otras de carácter ambiental, económico y social.

Si nos ceñimos al campo de la investigación los esfuerzos deben ser multidireccionales. Por una parte deberán dirigirse a conocer mejor los mecanismos íntimos responsables del proceso de envejecer, desde aquellas cuestiones vinculadas al gen o al papel de los radicales libres, hasta el control de la cadencia de la síntesis proteica, un fenómeno que tanto en lo que respecta a la propia síntesis como en el proceso complementario de su degradación ve enlentecida su velocidad en el curso del envejecimiento.

Por otro lado deberemos esforzarnos en encontrar marcadores de envejecimiento más precisos que aquellos de los que disponemos en la actualidad. También en descubrir los secretos de la biología comparada y el papel que en este terreno puedan jugar cuestiones como la restricción calórica mantenida o la propia manipulación genética. Y en este contexto, por qué no, indagar más en el conocimiento de aquellas enfermedades crónicas más frecuentes y deletéreas como pueden ser las vasculares, los tumores, las que comprometen al sistema nervioso central incluyendo las diferentes formas de demencia o las que limitan nuestra capacidad articular o sensorial.

Bibliografía

Balducci, L. y Beghé, C. (2002): Prevention of cancer in the older person. *Clin. Geriatr. Med.* 18:505-528.

Bloon, H. G. (2001): Preventive medicine. When to screen for diseases in older patients. *Geriatrics* 56(4):41-48.

De Backer, G.; Ambrosione, E. y Borch-Johnsen, K., et al (2003): European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur. Heart. J.* 24:1601-1610.

Defensor del Pueblo (2000): *La atención sociosanitaria en España: pespectiva gerontológica y otros aspectos anexos.* Defensor del Pueblo. Madrid.

Fiatarone, M. A. (2002): Exercise to prevent and treat functional disability. *Clin. Geriatr. Med.* 18:431-462.

Fries, J. F. (2002): Succesful aging-an emerging paradigm of gerontology. *Clin. Geriatr. Med.* 18:171-182.

Geokas, M. C. (1985): *Clinics in geriatric medicine I: The aging process.* Filadelfia, WB Saunders, (especialmente los capítulos siguientes: Hayflick L. The cell biology of aging, págs. 15-28, y Kenney R. A. Physiology of aging, págs. 37-60).

Goldberg, T. H. y Chavin, S. I. (1997): Preventive medicine and screening in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 45:344-354.

Guarante, L. y Kenyon, C. (2000): Genetic pathways that regulate aging in model organismo. *Nature* 408:255-262.

Guillén Llera, F. y Ruipérez Cantera, I. (2002): *Manual Salgado Alba de geriatría*, 3.ª ed. Barcelona, Salvat, 2002.

Haveman-Nies, A.; De-Groot, L. y Van Staveren, W. A. (2003): Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA Study. *Age Ageing* 32:427-434.

Hazzard, W. R. (1999): Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximun quality and quantity. En Hazzard, W. R.; Blass, J. P.; Ettinger, Jr. W. H.; Haltes, J. B. y Ouslander, J. G. (eds) *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4ª ed). McGraw Hill. New York. pgs: 239-244.

Herzog, A. R.; Ofstedal, M. B. y Wheeler, L. M. (2002): Social engagement and its relationship to health. *Clin. Geriatr. Med.* 18:593-609.

Meyyazhagan, S. y Palmer, R. M. (2002): Nutritional requirements with aging. Prevention of disease. *Clin. Geriatr. Med.* 18:557-576.

Mehr, D. R. y Tatum, P. E. (2002): Primary prevention of diseases in old age. *Clin. Geriatr. Med.* 18:407-430.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1996): *Criterios de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores.* Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2002): Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 37(supl 2):74-105.

Ribera Casado, J. M. y Cruz Jentoft, A. J. (2002): *Geriatría en atención primaria*, 3.ª ed. Madrid, Aula Médica.

Ribera Casado, J. M. (2003): ¿Se puede envejecer con éxito? En Ribera Casado, J. M. y Gil Gregorio, P. (eds) *Prevención en geriatría ¿Es posible?* Edimsa. Madrid. pgs: 11-22.

Ribera Casado, J. M. (2004): Geriatría: conceptos y generalidades. En Farreras & Rozman (eds) *Medicina Interna*. Decimoquinta edición. Elsevier España SA (ISBN: 84-8174-810-2). Madrid. pgs: 1301-1309.

Ribera Casado, J. M. (2005): *Avances en geriatría*. Las Palmas de Gran Canaria. Gafos.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2000): *Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en Españ*a. Idepsa. Madrid.

3

El mito de las dietas y fármacos milagrosos

Por Reinald Pamplona
Departamento de Medicina Experimental
Universidad de Lleida - IRBLleida,
Lleida (España)

RESUMEN

Mors certa, hora incerta, decían los antiguos. La lucha contra las enfermedades, el miedo a la muerte, y la búsqueda de la inmortalidad han preocupado a la humanidad durante milenios. Hoy en día continúa siendo así. El concepto del envejecimiento y la noción de la muerte han ido cambiando durante el curso de la historia, influyendo en todo, desde la religión y la filosofía hasta la ciencia y la medicina. Cada sociedad y cada momento histórico ha vivido este fenómeno de manera diferente, pero nunca se ha mostrado indiferente. ¿Cuál es el límite de la vida humana? ¿Por qué un humano puede llegar a vivir 122 años y un ratón, en el mejor de los casos, tan sólo 3,5 años? ¿Puede la ciencia ofrecer estrategias para alargar nuestra expectativa de vida y concedernos una existencia saludable? ¿Existe alguna combinación milagrosa que imposibilite el envejecimiento y sus enfermedades? ¿Cuáles son los componentes estructurales y los mecanismos fisiológicos determinantes del proceso de envejecimiento y la longevidad? ¿Cuál es el papel que juegan estos mecanismos en la aparición de las enfermedades asociadas a la edad como, por ejemplo, la diabetes, la aterosclerosis, y las enfermedades neurodegenerativas? ¿Podemos alargar la longevidad de la especie humana? Comprender cómo y por qué se produce el proceso biológico de envejecimiento es esencial para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra salud, calidad de vida, y longevidad.

Prefiero reposar un instante en los brazos de mi mujer
antes que vivir eternamente sin ella

Ulises (La Odisea, Andrei Konchalovsky, 1996)

'Blade Runner' o sobre el envejecimiento

A principios del siglo XXI, la Tyrell Corporation desarrolló un nuevo tipo de robot llamado Nexus, un ser virtualmente idéntico al hombre y conocido como Replicante. Los Replicantes de la serie Nexus-6 eran superiores en fuerza y agilidad, y al menos igual en inteligencia, a los ingenieros genéticos que los crearon. Fueron diseñados como copias de seres humanos en todos los sentidos, excepto en sus emociones. Pero los diseñadores creen que, al cabo de unos años, pueden desarrollar sus propias respuestas emocionales: odio, amor, miedo, cólera, envidia... Por eso les dotaron con un dispositivo de seguridad: Cuatro años de vida. Los replicantes eran utilizados como trabajadores esclavos en la arriesgada exploración y colonización de otros planetas del espacio exterior. Después de la sangrienta rebelión de un equipo de combate de Nexus-6 en una colonia sideral, los replicantes fueron declarados proscritos en la Tierra bajo pena de muerte. Brigadas de policías especiales, con el nombre de Unidades de Blade Runners, tenían órdenes de tirar a matar al ver a cualquier Replicante invasor.

Hace sólo dos semanas, hubo una fuga de las colonias del mundo exterior. Seis replicantes, liderados por Roy –un replicante de combate-, asesinaron a veintitrés personas y asaltaron

una lanzadera. Una patrulla aérea la divisó lejos de la costa. Ningún tripulante. Ni rastro de ellos. Su objetivo: contactar con su creador, el Dr. Tyrell.

Tyrell: Me sorprende que no hayas venido antes.

Roy: No es cosa fácil conocer a tu creador.

Tyrell: ¿Y qué puedo hacer yo por ti?

Roy: ¿Puede el creador reparar lo que ha hecho?

Tyrell: ¿Te gustaría ser modificado?

Roy: Pensaba en algo más radical.

Tyrell: ¿Qué..., qué es lo que te preocupa?

Roy: La muerte.

Tyrell: ¿La muerte? Me temo que eso está fuera de mi jurisdicción, tú...

Roy: Yo quiero vivir más.

Tyrell: La vida es así. Hacer una alteración en el desarrollo de un sistema orgánico de vida es fatal. Un programa codificado no puede ser revisado una vez establecido.

Roy: ¿Por qué no?

Tyrell: Porque al segundo día de incubación, cualquier célula que ha sido sometida a mutaciones de reversión alcanza unas pautas de retroceso, como las ratas que abandonan el barco, que va a hundirse, y luego el barco se hunde.

Roy: ¿Qué hay de la recombinación EMS?

Tyrell: Ya lo hemos intentado. El etil metano sulfonato es un agente alquilante y un poderoso mutágeno. Creaba un virus, tan letal que el individuo moría antes de que acabara la operación.

Roy: Entonces una proteína represora que bloquee las células operantes...

Tyrell: No impediría la duplicación. Pero eso llevaría a un error en la réplica que hace que la recién formada DNA lleve consigo una mutación. Y así llegamos de nuevo al virus. Pero esto sólo es teoría. Tú fuiste formado lo más perfectamente posible.

Roy: Pero no para durar.

Tyrell: La luz que brilla con el doble de intensidad dura la mitad de tiempo. Y tú has brillado con muchísima intensidad, Roy. Mírate. Eres el hijo pródigo. Eres todo un premio.

Roy: He hecho cosas malas.

Tyrell: Y también cosas extraordinarias. Goza de tu tiempo.

Ya en los momentos finales de la película, coincidiendo con los últimos instantes de vida de Roy:

Roy: Yo he visto cosas que vosotros no creeríais: atacar naves en llamas más allá de Orión. He visto Rayos-C brillar en la oscuridad cerca de la Puerta de Tannhäuser. Todos esos momentos se perderán en el tiempo como lágrimas en la lluvia. Es hora de morir.

Y Roy muere (Blade Runner, Ridley Scott, 1982).

Mitos y leyendas sobre la longevidad

Numerosas son las referencias cinematográficas que nos muestran una de las realidades de la vida humana, a saber, la vejez, la muerte, y la búsqueda de la inmortalidad. Con lugares perdidos en un valle del Himalaya donde las personas viven más de doscientos años, el principio vital que concede inmortalidad presente en la sangre de jóvenes vírgenes, fuentes de la eterna juventud, drogas geriátricas que alargan la esperanza de vida en cientos de años, y otorgan gran vitalidad y elevada cognición al usuario, o la manipulación genética nos muestran Frank Capra (*Horizontes perdidos*, 1937), Hervé Gallet (*Vidocq*, 2001), Steven Spielberg (*Indiana Jones y la última cruzada*, 1989), Ron Howard y Daniel Petrie (*Cocoon*, 1985; *Cocoon:el retorno*, 1988), David Lynch (*Dune*, 1984), y Ridley Scott (*Blade Runner*, 1982) algunos de los mitos y leyendas sobre la longevidad.

Los temas que históricamente caracterizan los mitos y las leyendas de la longevidad los podríamos aglutinar en dos: la creencia de que hay lugares en el mundo donde las personas disfrutan de vidas excepcionalmente largas; y las leyendas de la fuente de la eterna juventud, símbolo de la inmortalidad: aguas, alimentos, hierbas, extractos, minerales y otras sustancias mágicas que tienen el poder de rejuvenecer a los viejos, curar todas las enfermedades que afligen al género humano, resucitar a los muertos, y conceder la inmortalidad. Creencias y leyendas que, aunque actualizadas y analizadas científicamente, todavía impregnan numerosas observaciones de la ciencia actual.

Los ejemplos más antiguos sobre lugares en el mundo donde las personas disfrutan de vidas excepcionalmente largas hablan de vidas de ciento cincuenta años entre los seres humanos que vivían en el monte Tmolus, en Asia Menor; de otras de cuatrocientos entre los moradores del monte Athos, en Grecia, y de cientos de años en Uttarakurus, en la India. En la Edad Media, incontables barcos navegaron a través del Atlántico en busca de islas míticas como la isla de San Brendan, Avalón, Atlantis y Antilla, donde se pensaba que podía estar el paraíso. En la época de Colón estaba muy difundida la creencia de que el paraíso se localizaba en lo alto de tres montañas que dominaban cuatro ríos: el Tigris, el Éufrates, el Nilo y el Ganges. Y ya en épocas más modernas, se han descrito grupos humanos de extrema longevidad en poblaciones que viven en el Cáucaso, en Georgia.

Los mitos y leyendas más conocidos sobre la longevidad son, sin embargo, aquellos basados en alimentos, en aguas y otras sustancias que se supone poseen poderes especiales para combatir las enfermedades, la vejez y la muerte. Juan Ponce de León (1460-1521) es el más conocido de los que buscaron la fuente de la eterna juventud. Este explorador español, que viajó con Cristóbal Colón, estableció una colonia en 1508 en las Antillas (actualmente Puerto Rico). Los aborígenes les contaron a los descubridores españoles que en una isla llamada Bímini –un país de riqueza y prosperidad situado en algún lugar del norte– había una fuente que hacía rejuvenecer a todo el que se bañara en ella o bebiera sus mágicas aguas. En 1513, mientras buscaba la isla mítica de Bímini, Ponce de León descubrió accidentalmente lo que es ahora Florida y Bahamas. Otras leyendas, más antiguas estas, las podemos encontrar en las leyendas de la India, el Antiguo Testamento –donde se describe un río de la inmortalidad que proporciona vida eterna–, y la leyenda de Alejandro Magno viajando a la

India en busca del agua de la inmortalidad. Esos mitos y leyendas se han transmitido a través de las épocas y persisten actualmente en nuestro pensamiento. Podría hablarse de que nos encontramos ante un mito atávico recurrente en toda la cultura humana.

Se trata de los mismos tipos de sustancias e ideas mágicas que han formado parte de las leyendas que han sido tan corrientes a lo largo de la historia. Los milagrosos poderes curativos y las propiedades antienvejecimiento de una gran variedad de dietas, aguas, vitaminas, minerales, hormonas, y sustancias químicas diversas, todas "científicamete probadas", están al alcance de todos hoy por hoy. Diarios, semanarios sensacionalistas y libros de divulgación ofrecen elixires y pócimas que contienen las sustancias secretas que conservan o restauran la juventud. Los productos anti-envejecimiento han invadido las estanterías de los supermercados y los centros comerciales. Y todo ello sin mencionar Internet. Ponga el lector "antienvejecimiento" (o su versión inglesa "antiaging") como palabra clave de algún buscador y descubra todo un universo. El siglo XXI se avecina como el siglo de la cultura antiaging.

Breve configuración histórica de un problema actual

El concepto del envejecimiento y la noción de la muerte han ido cambiando durante el curso de la historia, influyendo en todo, desde la religión y la filosofía hasta la ciencia y la medicina. Cada sociedad y cada momento histórico ha vivido este fenómeno de manera diferente, pero nunca se ha mostrado indiferente. Lo que permanece inalterable es el anhelo de explicar la vejez y la muerte, y el afán de encontrar el modo de escapar de los dos.

La historia antigua de la religión, la filosofía y la ciencia estaba impregnada de una aceptación del envejecimiento y la muerte como un final inevitable de la vida terrenal. Ellos reaccionaban ante su vulnerabilidad desarrollando conceptos como la vida después de la muerte para suavizar su dura realidad. En esos mundos utópicos no existen las enfermedades, ni la muerte. Los placeres y el vigor de la juventud no solamente se conservan indefinidamente, sino que aumentan sobremanera gracias a la sabiduría acumulada con la edad. Cuando nuestros remotos antepasados escribieron sobre esos mundos utópicos lo querían todo: juventud eterna e inmortalidad. Esos mundos idealizados, creados para mitigar la realidad de la vida en un mundo lleno de dolor y sufrimiento, actualmente continúan desempeñando un destacado papel en los mitos, las leyendas y el folclore de la vejez y la muerte. La leyenda griega de Prometeo y Pandora, del siglo VIII o IX a.C., ofrece uno de los primeros relatos míticos del origen de la muerte; asimismo, la leyenda babilónica de Gilgamesh –que era medio hombre, medio dios– es otra lección sobre el carácter ineluctable de la vejez y de la muerte; y la historia de Adán y Eva contiene una explicación bíblica del origen de la muerte. La muerte debería aceptarse de buen grado porque era natural y necesaria para el funcionamiento correcto del universo.

La primera vez que apareció una visión biológica de la vejez y la muerte fue en la antigua Grecia. Para el pensamiento antiguo la vejez se producía por una pérdida de calor innato, concepto que surge ya en los filósofos presocráticos, en los textos hipocráticos, en *De juven-*

tute et senectute de Aristóteles, y que será recogido por Galeno y el galenismo. Los médicos hipocráticos creían que la naturaleza humana estaba constituida por elementos primarios (tierra, fuego, agua, aire) combinados y por elementos secundarios o humores. El predominio de esos elementos, o de las cualidades contrapuestas a ellos asignadas (frío, sequedad, calor y humedad), explicaría las variaciones apreciables entre los diversos individuos, que dependerían a su vez de su sexo, raza, constitución o edad. De acuerdo con la edad varía la composición elemental de los individuos, perdiendo progresivamente calor y humedad, de manera que consideran que la juventud es caliente y húmeda mientras que la vejez es seca y fría. Para Galeno, siguiendo a Aristóteles, la pérdida de calor innato se producía por un lento desecamiento consecuencia de la extinción del 'húmedo radical'. La escolástica medieval, conservando esta interpretación, comparará la vida con una lámpara de aceite, imagen que se repetirá a lo largo de la historia, su llama (calor innato) se iría extinguiendo a medida que fuera disminuyendo el aceite (húmedo radical).

El estudio de la vejez durante el periodo moderno se incardina dentro de las teorías vigentes sobre la vida y los seres vivos, fueran estas interpretaciones mecanicistas, iatroquímicas o vitalistas. Los iatroquímicos seguirán defendiendo la teoría humoral derivándola en la explicación de la vejez hacia la acumulación de determinadas sustancias debido al fracaso de los procesos de carácter químico que tienen lugar en el organismo, siguiendo la opinión de Paracelso (1493-1541), para quien la vejez se produciría como resultado de un proceso de autointoxicación. Para los iatomecánicos, el organismo, que equiparan a una máquina siguiendo los planteamientos de Descartes y las doctrinas atomistas de la antigua Grecia, envejecería a causa de los procesos de desgaste y sobrecarga a que se sometía el cuerpo principalmente integrado por fibras y poros.

Durante el siglo XVIII va a predominar una concepción vitalista del proceso, que mantendrá que a lo largo de la vida se iba produciendo la pérdida de la "fuerza vital", consecuencia natural del trabajo y del consumo de dicha fuerza. De acuerdo con ello, se desarrolla la idea que considera que cada ser vivo está dotado de una cantidad de "fuerza vital", que varía de unos individuos a otros y que debe usarse economizando a lo largo de su vida, conciliable con la idea de que la gente de edad paga los errores de su juventud tarde o temprano. De aucerdo con ello el autocontrol, el cálculo del efecto de las acciones, y la responsabilidad personal son propugnadas por los autores del periodo, que aconsejarán la moderación convencidos de que cuanto más intensamente se vive más se pierde en duración.

A partir del siglo XIX la curva de la vida se considera integrada por una fase ascendente (incrementum), que termina en pico y que no puede ser mantenida, y una fase descendente (decrementum). Los términos latinos comienzan a ser sustituidos por los de evolución e involución. Los aspectos de la vejez relacionados con la degeneración y la pérdida se siguen interpretando como consecuencia natural del trabajo y consumo de la fuerza vital. Pronto se incorporará al discurso sobre el envejecimiento el concepto de "organismo", la consideración del hombre como un organismo único, en el que existe una unión psicofísica, y su relación con el entorno, señalándose la influencia de los factores externos sobre él, y existiendo una polémica abierta en torno a la importancia de los factores endógenos o los exógenos en el proceso de envejecimiento.

Durante el periodo contemporáneo la hipótesis vitalista se fue sustituyendo por versiones más acordes con el desarrollo de la ciencia del momento. Así, para algunos autores el envejecimiento se trata de un proceso de desgaste consecuencia del trabajo constante de la máquina humana, ese desgaste sería en realidad una propiedad de la materia viva al constituirse en organismo complejo. Este desgaste se debería: a una disminución del metabolismo que ocasionaría un gradual descenso de la energia vital [Max Rubner (1854-1932)]; o bien a un consumo de cierto fermento vital [Otto Bütschli (1848-1920)]; o bien al consumo de cierta sustancia química por el metabolismo [J. Loeb (1859-1924)]. Pearl, apoyándose en los experimentos de Alexis Carrel (1873-1944), mantendrá que lo que acorta la vida de las células es su reunión con las demás células del organismo por acción de los productos metabólicos de desecho y la alteración del medio nutritivo intersticial.

También en el periodo contemporáneo se recupera la idea de la autointoxicación que había adelantado Paracelso, considerándose la vejez como una intoxicación crónica del organismo a partir de la flora intestinal [Metchnikoff (1845-1916), o bien de los productos del metabolismo celular (Alexis Carrel). Para otros autores [Ch. S. Minot (1852-1914), [R. Rössle (1876-1965)], el proceso de envejecimiento se explicaría por la pérdida de la capacidad de reparación del organismo, coincidiendo con las ideas de Santorio (1561-1635) y Francis Bacon (1561-1626); o bien por la pérdida de la capacidad de duplicación celular [A. Weissmann (1834-1915), T. Hayflick (1961)].

Intentando esclarecer científicamente el proceso de envejecimiento, algunos autores lo consideraron en primer lugar como resultado de alteraciones anatómicas. Para algunos de ellos la arteriosclerosis sería el factor causante del envejecimiento, tal como ya adelanto Leonardo da Vinci (1452-1515). “Se tiene la edad de sus arterias” dirá Cazalis. Para Mühlmann, el envejecimiento se produce por la atrofia de las células nerviosas debido a la acumulación de lipofuscina (un producto lipídico de desecho que se acumula). Para otros como Brown-Séquard (1817-1894), Vorogoff (1866-1951), o Bogomolets (1881-1946), la explicación del proceso de envejecimiento radicará en la involución de las glándulas sexuales. Por ello no extraña que intentaran rejuvenecer inyectándose extractos de testículos de cobaya y perro, o de mono, o “sueros rejuvenecedores” a base de hormonas. Los avances que desde entonces se produjeron en la endocrinología lograron esclarecer los hechos. Finalmente, con las explicaciones metabólicas de Max Rubner (1854-1932), Marinesco (1863-1939) y Ruzicka (1870-1934) se inicia la formulación a nivel celular y molecular. Ya en el siglo XX, las diferentes hipótesis sobre el proceso de envejecimiento (que se contaban a cientos) se irán sometiendo a un intenso escrutinio y análisis científico, dando pie a la emergencia de una que llegará a alcanzar la categoría de teoría con la mayor capacidad explicativa y predictiva de dicho proceso.

La lucha contra la vejez

Ulises, retenido durante años en la isla de Ogigia, mantiene este diálogo con Calipso en el momento de su marcha:

Calipso: Puedes quedarte si lo deseas. Tu mujer ha envejecido durante estos años Ulises, no puede igualar mi belleza.

Ulises: No hay mortal que iguale tu belleza. Quiero a Penélope. Los años han pasado por ella como por mí. Cuando llegue a Itaca, envejeceremos juntos.

Calipso: Conmigo nunca envejecerías. Nunca morirías. Puedo hacerte inmortal.

Ulises: Prefiero reposar un instante en los brazos de mi mujer antes que vivir eternamente sin ella.

Y Ulises parte hacia Ítaca (La Odisea, Andrei Konchalovsky, 1996).

A pesar de la maravillosa muestra de dignidad humana mostrada por Ulises ante Calipso y su propuesta de inmortalidad, la lucha contra las enfermedades, el miedo a la muerte, y la búsqueda de la misma han preocupado a la humanidad durante milenios. Hoy en día continúa siendo así. ¿Podemos mantener un cuerpo joven, hacer desaparecer las enfermedades asociadas a la edad, y frenar o revertir el proceso de envejecimiento? ¿Puede la ciencia ofrecer estrategias para alargar nuestra expectativa de vida y concedernos una existencia saludable? ¿Existe alguna combinación milagrosa que imposibilite el envejecimiento y sus enfermedades?

Las noticias en los medios de comunicación audiovisual perpetúan el desconcierto sobre el envejecimiento y las enfermedades transmitiendo mensajes contradictorios, cuando no falsos. Apenas pasa una semana sin que aparezca algún nuevo libro o noticia que informan sobre el último descubrimiento "científicamente probado" de prolongar la vida, frenar o hacer retroceder la vejez, o prevenir el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o las enfermedades neurodegenerativas. Las campañas de mercadotecnia intentan convencernos de que ha sido descubierto el secreto para combatir las enfermedades, conservar la salud, mantenerse joven e incrementar la longevidad, reflejo de una industria multimillonaria que explota la obsesión humana relacionada con la vejez, la salud y la enfermedad. Por todo ello, comprender cómo y por qué se produce el proceso biológico de envejecimiento es esencial para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra salud, calidad de vida, y longevidad.

A lo largo de la historia los esfuerzos por lograr retrasar la vejez y prolongar la juventud se han sucedido, recurriendo a mil y un procedimientos entre los que se encuentran: frecuentar la compañía de los jóvenes, acostarse entre dos mujeres jóvenes, la búsqueda de las fuentes de la eterna juventud, la alquimia, la magia, y un largo etcétera; junto a ello, la utilización de sustancias y preparados ha sido también una constante. La mayoría de las recomendaciones, sin embargo, insistían fundamentalmente en la implantación de pautas preventivas con la pretensión de retrasar la aparición de los signos del envejecimiento y que el desarrollo de esta etapa de la vida resultase lo más saludable posible, ya que una vez instaurada, poco podía hacerse por combatirla.

Los taoístas fueron de los primeros en desarrollar un esfuerzo sistemático destinado a prolongar la vida. El taoísmo, surgido en la antigua China durante el siglo III a.C., y basándose en un estricto régimen de vida, con un especial énfasis en las costumbres dietéticas, defenderá la idea fundamental de que la prolongación de la vida no es solamente posible, sino

sumamente deseable. Los taoístas desarrollaron costumbres dietéticas en donde se negaban ciertos alimentos y se potenciaba el consumo de otros considerados mágicos como canela, regaliz, cinabrio, ginseng, así como hierbas, raíces, minerales y productos de origen animal y vegetal como huevos, tortugas, melocotones y algunas partes de los árboles. Muchos de los mitos modernos sobre remedios para prevenir o revertir el proceso de envejecimiento tienen su origen en aquellas antiguas creencias taoístas. Algunos de ellos siguen siendo objeto de publicidad y vendiéndose hoy en día.

En la Grecia antigua, el médico debía intentar ayudar a sus pacientes a lograr una vida larga y saludable, ejerciendo su *paideia*, es decir llevando a cabo una especie de educación mediante el establecimiento de la norma de vida más adecuada para cada uno de ellos. Así, el *Corpus Hippocraticum* recomienda a los viejos un régimen alimentario moderado y ejercicios físicos, y para contrarrestar la pérdida de humedad y calor que creían se producía a lo largo del tiempo, baños calientes y beber vino. La regulación de la norma de vida es para Galeno también la forma de prevenir la vejez y hacer la vida del viejo más saludable. Durante la Edad Media se mantendrán estas mismas doctrinas tanto en la medicina árabe como en la cristiana, siendo de destacar los abundantes *regimina* existentes cuyo fín sería el enseñar a preservar la salud y retardar los signos propios de la vejez. Entre ellos, podríamos destacar el *Regimen sanitatis ad regem Aragonum* y el *De conservanda juventute et retardanda senectute* de Arnau de Vilanova.

Las formas de prevenir la vejez a comienzos del periodo moderno se encuentran expuestas en la obra de Gabriela Zerbi en el siglo XV y de Cornaro en el XVI. Para Zerbi, había que evitar la discrasia humoral regulando la norma de vida; por ello recomienda a los sujetos añosos que se alejen de las ciudades, que vivan en lugares de clima moderado, que se vistan con ropas que mantengan el calor, hagan ejercicio moderado, y tomen baños tibios. Igualmente señalará la necesidad de cuidar la dieta, eligiendo alimentos fácilmente digeribles. A lo largo del siglo XVI fueron también abundantes los escritos dirigidos a retrasar la vejez. Destaca la obra Compendio *Della vita sobria* de Cornaro, escrita a los 95 años, donde se insiste en la norma de vida recomendando moderación para una larga y saludable vida. La *macrobiótica o el arte de prolongar la vida*, de Hufeland (1805) será la obra más importante de la no escasa bibliografía que se genera sobre este tema a lo largo del siglo XVIII, y en donde se siguen manteniendo las viejas doctrinas clásicas. La tradición grecorromana se mantiene, pues, hasta finales del periodo moderno con escasas variaciones, predominando la interpretación vitalista sobre la vida y la muerte, y dentro de esta visión se incardina la relativa a las edades del hombre.

A la norma de vida se unieron los recursos de la alquimia durante el final de la Edad Media y el Renacimiento, especialmente recomendados por Paracelso; en el siglo XVII Wren, en Oxford, inyectó líquidos en las venas de animales vivos, y Coger practicó con éxito la transfusión sanguínea entre animales, procedimiento que se intentó aplicar, sin éxito, para lograr el rejuvenecimiento recurriendo a sangre joven o de animales e igualmente se pusieron las esperanzas en el magnetismo animal como procedimiento para prolongar la vida.

A lo largo del siglo XIX se fue desarrollando una actitud de confianza en los progresos de la ciencia positivista que se refleja también en la consideración del tema de la vejez. En este

sentido destaca la obra de Turk *De la vieillesse étudiée comme maladie, et des moyens de la combattre* (1854). En el plano estrictamente biológico, a lo largo del siglo XIX y el XX se desprecia el concepto global de envejecimiento para estudiar sistemáticamente, como si fuesen independientes unos de otros, los factores que se oponen a la longevidad, para aplicarles terapéuticas opuestas.

La visión actual de la ciencia sobre el proceso de envejecimiento

Cuando Jeanne Calment murió el año 1997 tenía 122 años. Era, documentalmente, la persona más longeva que había vivido nunca. ¿Cuál es el límite de la vida humana? ¿Por qué un humano puede llegar a vivir 122 años y un ratón, en el mejor de los casos, tan sólo 3,5 años? ¿Cuáles son los componentes estructurales y los mecanismos fisiológicos determinantes del proceso de envejecimiento y la longevidad? ¿Cuál es el papel que juegan estos mecanismos en la aparición de las enfermedades asociadas a la edad como, por ejemplo, la diabetes, la aterosclerosis, y las enfermedades neurodegenerativas? ¿Podemos alargar la longevidad de la especie humana? Esta última pregunta fue una de las cuestiones planteadas por la prestigiosa revista Science en su reciente 125 aniversario, y representa lo que consideran como una de las fronteras de la ciencia para los próximos 25 años. Una respuesta a esta cuestión, si existe, seguramente procederá de las diferentes líneas de investigación que actualmente se estan desarrollando en todo el mundo.

Actualmente, una de cada 10.000 personas de los paises industrializados disfruta de la condición de centenaria. Las proyecciones demográficas dibujan un escenario para el 2025 en el estado español con más de 8 millones de personas de más de 65 años y una expectativa de vida en el momento del nacimiento de 82 años. Este éxito de nuestra sociedad, debido muy especialmente a los avances de la medicina en muy diversos ámbitos es, a su vez, un reto sociosanitario ya que con la edad, aumenta la frecuencia de enfermedades metabólicas y degenerativas. Si bien el proceso de envejecimiento ha intrigado a los científicos y ciudadanos durante siglos, si no milenios, no ha sido hasta muy recientemente que se ha convertido en una cuestión científica de primera magnitud, con el ideal de conseguir vivir, si no más, sí con una mejor calidad de vida.

El proceso de envejecimiento causa multitud de cambios perjudiciales en el organismo a todos los niveles de la organización biológica (molecular, celular, orgánico y sistémico), disminuye las capacidades funcionales máximas y la homeostasis, y aumenta la probabilidad de padecer enfermedades degenerativas y finalmente la muerte. Todos estos cambios tienen probablemente su origen en un pequeño número de causas que operan continuamente a lo largo de toda la vida.

Una teoría con capacidad explicativa y predictiva del proceso de envejecimiento debería ajustarse a las características básicas de dicho proceso: el envejecimiento es un proceso progresivo, endógeno, y deletéreo para el individuo. El carácter progresivo del envejecimiento significa que la/s causa/s del envejecimiento deben estar presentes durante toda la vida, tanto en individuos jóvenes como en individuos de edad avanzada. El envejecimiento es un

proceso endógeno. Por consiguiente, los factores exógenos (por ejemplo, las radiaciones UV y los oxidantes de la dieta) no son la causa del proceso intrínseco de envejecimiento, lo que no excluye que puedan interaccionar con las causas endógenas potenciando o reduciendo sus efectos. El carácter endógeno del envejecimiento significa que la velocidad de envejecimiento de las diferentes especies animales, y por tanto, su longevidad máxima (en inglés "maximum life span potential", MLSP), está genotípicamente determinada, no influenciada por el ambiente. Ésto explica por qué diferentes especies animales envejecen a velocidades muy diferentes en ambientes similares. Por contra, la longevidad media o esperanza/expectativa de vida, que se calcula a partir de la cantidad de tiempo que vive cada individuo, está modulada por el ambiente y en un menor grado por el genotipo. Esta es la razón de por qué muchos factores ambientales tales como el tabaquismo, la cantidad de grasa saturada de la dieta, las dietas desequilibradas, la vida sedentaria y posiblemente los antioxidantes, son tan importantes para la determinación de la expectativa de vida. Y a la inversa, independientemente de lo que coma por ejemplo un elefante, nunca envejecerá como una rata sana, y ninguna dieta hará que un ratón pueda sobrevivir 85 años. En relación con esto último, la variación interindividual en la expectativa de vida dentro de una especie dada, humanos incluidos, no debería confundirse con las variaciones interespecie en longevidad máxima.

La idea de que las especies reactivas derivadas del oxígeno (del inglés "Reactive Oxygen Species", ROS), y especialmente las de origen mitocondrial, están causalmente relacionadas con el proceso básico de envejecimiento recibe cada vez más apoyo en base a las evidencias obtenidas desde diferentes paradigmas experimentales, a saber: i) las diferencias en longevidad máxima, que es característica de la especie; ii) los cambios asociados a la edad que tienen lugar en un individuo; y iii) las intervenciones experimentales que modulan la velocidad o tasa de envejecimiento, así como las diferentes longevidades de cepas y mutantes específicos dentro de una misma especie. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la teoría del envejecimiento basada en los radicales del oxígeno de origen mitocondrial aparentemente integra los presupuestos considerados: los radicales del oxígeno se producen endógenamente a nivel mitocondrial en condiciones fisiológicas normales, se producen contínuamente a lo largo de la vida, y sus efectos deletéreos sobre las macromoléculas pueden infringir lesiones durante el envejecimiento especialmente en células y tejidos postmitóticos (como, por ejemplo, las células nerviosas y musculares), precisamente allí donde dichos cambios son más relevantes.

Sobre oxígeno, radicales libres y mitocondrias

La aparición del oxígeno en cantidades significativas en la atmósfera terrestre (alrededor de un 1%) tuvo lugar hace unos 2.700 millones de años, y las evidencias geológicas sugieren que se debió a la actividad fotosintética de las cianobacterias. A medida que escindían agua para cubrir sus requerimientos esenciales de átomos de hidrógeno, estos microorganismos liberaban toneladas de oxígeno a la atmósfera. La aparición de los primeros organismos eucariotas con mitocondrias se remonta a entre 2.300 y 2.000 millones de años, cuando tuvo lugar un aumento de los niveles de oxígeno a alrededor del 5-18%. Este lento pero pro-

gresivo aumento de los niveles de oxígeno atmosférico se acompañó de la formación de la capa de ozono en la estratosfera. El oxígeno y la capa de ozono actuaron como filtros críticos contra la intensa radiación solar ultravioleta que incidía sobre la superificie terrestre. Cuando la atmósfera terrestre cambió al estado rico en oxígeno que conocemos hoy en día, las formas de vida anaeróbica existentes en aquel momento se adaptaron, murieron o se retiraron a lugares con una presencia mínima o nula de oxígeno. La vida aeróbica exigió innovaciones metabólicas que, a su vez, permitieron la emergencia de organismos multicelulares complejos y, consecuentemente, la evolución hacia la enorme diversidad de formas de vida tal y como la conocemos hoy en día.

En condiciones fisiológico-metabólicas normales, las mitocondrias son las principales responsables del consumo de oxígeno celular y son la fuente principal de generación de radicales libres derivados del oxígeno (ROS). Un radical libre es un átomo o molécula con existencia independiente y efímera que contiene uno o más electrones desapareados, lo que le confiere una gran inestabilidad, reactividad y capacidad potencial para modificar (dañar) químicamente cualquier macromolécula biológica. Durante el proceso de reducción química del oxígeno a agua en la cadena respiratoria mitocondrial para acabar generando energía en forma de la molécula de ATP, se forman, fisiológicamente, tres especies reactivas principales: radical superóxido, radical hidroxilo, así como el no-radical peróxido de hidrógeno. Estas especies reactivas se pueden escapar (fugar) de la cadena respiratoria dado que la eficiencia de la misma no es del 100%. Se ha estimado que la fuga de radicales libres (%FRL, % fuga de radicales libres, producción de ROS como % del total del flujo electrónico en la cadena respiratoria mitocondrial) representa entre un 0,1-2% del oxígeno consumido, dependiendo del tejido y la especie.

Toxicidad del oxígeno y radicales libres

En 1878 se publicó el trabajo de Paul Bert *"La pression barométrique: recherches de physiologie experimentale"*, donde se describían los efectos tóxicos del aire y el oxígeno sometidos a elevadas presiones, así como del oxígeno sólo sometido a elevadas concentraciones. Éste fue el primer experimento que demostró la toxicidad del oxígeno en animales. Durante los dos primeros tercios del siglo XX se fueron acumulando datos relativos a la letalidad y patología asociadas con dicho elemento. Así, se constató que la toxicidad del oxígeno era particularmente aguda en animales homeotermos, mientras que en poiquilotermos dicha toxicidad aumentaba en función de la temperatura ambiental, sugiriéndose la existencia de una relación entre la toxicidad del oxígeno y la tasa metabólica. Tres sistemas orgánicos se muestran especialmente sensibles en animales sometidos a elevadas tensiones de oxígeno. La mayoría de mamíferos expuestos a un 100% de oxígeno normobárico sufre lesiones pulmonares incluyendo edema, hemorragias y muerte en pocos días ("Efecto Lorraine-Smith"). A niveles inferiores (entre 60–100% O_2), la retina de neonatos prematuros puede lesionarse (fibroplasia retrolental) originando una ceguera permanente. En condiciones hiperbáricas de tensiones de O_2 (200–300 kPa o superiores), aparece una toxicidad aguda que afecta al sistema nervioso ('Efecto Paul Bert'), con convulsiones y muerte en horas o minutos. Durante

muchas décadas, sin embargo, una explicación científica de las causas de dichas reacciones nocivas brilló por su ausencia.

El origen de la teoría del envejecimiento basada en el estrés oxidativo nos remonta a finales del siglo XIX, cuando Fenton (1894) descubrió que el Fe(II) catalizaba la oxidación del ácido tartárico por el peróxido de hidrógeno (H_2O_2). Con posterioridad, Haber y Willstätter (1931) y Haber y Weiss (1932) propusieron que los radicales hidroxilo, el peróxido de hidrógeno, y los aniones superóxido sufrían una reacción en cadena que resultaba en la conversión neta de peróxido de hidrógeno en agua. Éste es el origen de la conocida reacción de Haber-Weiss. Actualmente se considera una reacción básica, ya que constituye el núcleo de la cascada de reacciones que generan la mayoría de las especies reactivas derivadas del oxígeno (ROS) en la célula. En esta época, a pesar de conocerse la toxicidad del oxígeno, su conexión con los radicales libres todavía se desconocía. Alrededor de la década de los 50, estudios in vitro sugerían que los ROS se producían en el interior de la célula. Utilizando la resonancia de espin electrónico, Commoner y colaboradores (1954) publicaron la primera evidencia directa de producción celular de radicales libres. También demostraron que los niveles de producción de radicales libres eran superiores en aquellos tejidos metabólicamente más activos. La hipótesis de la toxicidad del oxígeno mediada por los radicales libres fue propuesta inicialmente por Rebeca Gerschman y colaboradores (1954) después de considerar los resultados de sus propios experimentos con oxígeno hiperbárico, así como las observaciones previas de Ozorio de Almeida (1934) concernientes a las similaridades existentes en los cambios histológicos inducidos por elevadas tensiones de oxígeno y por radiaciones ionizantes. Prácticamente de forma simultánea con la propuesta de Gerschman relativa a la hiperoxia, Harman (1956) postulaba que incluso a tensiones normales, la utilización del oxígeno causaba sutiles lesiones tisulares debidas a los radicales libres. Harman integró evidencias derivadas de los estudios con resonancia de espin electrónico, los estudios post-Hirosima sobre lesión por radiación, los hallazgos de Fenton, y las teorías contemporáneas que proponían los mecanismos de oxidación de compuestos orgánicos y dismutación del peróxido de hidrógeno por sales de hierro. Harman propuso que el hierro y otros metales de los sistemas fisiológicos podrían originar la formación celular de ROS a través de la ruta química de Haber-Weiss como subproducto de las reacciones redox normales. Los ROS lesionarían las estructuras próximas que incluirían al ADN, que a su vez daría lugar a mutaciones. Su propuesta constituye, hoy en día, la base de la teoría del envejecimiento que disfruta del apoyo de un gran cuerpo científico de evidencias. El descubrimiento de la superóxido dismutasa en los organismos vivos, una enzima que descompone un radical libre derivado del oxígeno, fue un apoyo definitivo que condujo a la consideración seria del papel de los radicales libres en Biología. Si una enzima, y por lo tanto un gen, han sido seleccionados y conservados durante la evolución en un organismo, es que los radicales libres deben existir en los sistemas biológicos.

La vida aeróbica exige antioxidantes

Un antioxidante es una molécula que inhibe o retrasa la lesión oxidativa derivada de los radicales libres a una molécula diana. Lesión oxidativa es un término amplio utilizado para

describir el ataque y modificación química subsiguiente perpetrado sobre las moléculas biológicas. La protección celular contra la lesión oxidativa incluye tanto la eliminación de los ROS como la reparación, si es posible, de la lesión. Así pues, los antioxidantes constituyen una línea de defensa que contribuye a mantener la homeostasis del estrés oxidativo celular, pero la intercepción y eliminación de los ROS por los antioxidantes tampoco es eficiente al 100%, ya que si así fuera, no sería posible detectar ningún tipo de lesión molecular.

La primera línea de defensa viene determinada por la propia susceptibilidad de las moléculas biológicas a la lesión oxidativa. Esta susceptibilidad, entendida como facilidad para sufrir la lesión oxidativa, está inherentemente asociada, en primer lugar, a la propia composición química de las proteínas, ácidos nucleicos, lípidos –en particular los ácidos grasos insaturados– y carbohidratos. En el contexto del estrés oxidativo, resulta especialmente relevante destacar las siguientes observaciones: a) la metionina y, por extensión, los aminoácidos sulfurados, son los aminoácidos más fácilmente oxidables; b) de las cuatro nucleobases, la guanina es la que posee el potencial de oxidación más bajo, y es por ello más fácilmente oxidable; c) los ácidos grasos insaturados son extremadamente sensibles a la oxidación, aumentando dicha sensibilidad de forma exponencial en función del número de dobles enlaces por molécula de ácido graso; por último, y d) la reactividad de los carbohidratos, refiriéndonos a los monosacáridos de interés biológico, está directamente relacionada con el grado en el que existen en forma de estructura abierta (carbonilo) más que en la forma de estructura en anillo (hemiacetal o hemicetal). De entre todo ellos, la glucosa es el monosacárido más estable y menos reactivo; y por el contrario, los carbohidratos que participan como intermediarios de las rutas metabólicas intracelulares, los más inestables y reactivos.

Las evidencias disponibles constatan que en vertebrados (mamíferos y aves): a) el aminoácido metionina y, en términos más amplios, los aminoácidos sulfurados son los que en promedio están presentes en un menor porcentaje en las proteínas intracelulares; b) la guanina es el nucleótido menos abundante en el ADN mitocondrial; c) los ácidos grasos altamente poliinsaturados, con más de dos dobles enlaces por molécula, son los ácidos grasos menos abundantes en las membranas biológicas; y d) la glucosa, el combustible metabólico universal, es el carbohidrato más abundante, mientras que los intermediarios metabólicos, lo estan en mucha menor cantidad. Por todo ello podemos inferir, en términos de evolución biomolecular, que la vida aeróbica se ha desarrollado reduciendo la abundancia relativa de aquellos componentes estructurales altamente susceptibles a la lesión oxidativa, pero sin renunciar a ellos, lo que ha conferido a las macromoléculas una mayor estabilidad estructural.

Una amplia batería de defensas antioxidantes, tanto de tipo enzimáticas como no-enzimáticas, han emergido y se han conservado durante la evolución animal, constituyendo una segunda línea de defensa que contribuye a mantener la homeostasis del estrés oxidativo celular. Superóxido dismutasa (SOD), glutatión peroxidasa (Gpx) y catalasa (CAT) son enzimas con actividad antioxidante diseñadas para interaccionar e inactivar directamente los ROS. SOD convierte el radical superóxido a oxígeno y peróxido de hidrógeno. Existen diferentes tipos de SOD en diferentes compartimentos celulares: MnSOD en la matriz mitocondrial, Cu/Zn SOD en el citosol y en el espacio entre la membrana interna y externa de la mitocondria, y una forma diferente Cu/Zn en el compartimento extracelular. Aunque la SOD

elimina el radical superóxido, no es un antioxidante "completo" ya que su actividad genera peróxido de hidrogeno (H_2O_2). Dos enzimas diferentes, pero cinéticamente complementarias, participan en la eliminación del peróxido de hidrógeno, CAT y Gpx. La CAT es una de las enzimas conocidas más activas y elimina H_2O_2 descomponiéndolo directamente en oxígeno y agua. Sin embargo, muestra una baja afinidad por H_2O_2, por lo que su eficacia se manifiesta a elevadas concentraciones de H_2O_2. Por el contrario, las Gpxs (tanto las formas selenio, como no-selenio dependientes) son mucho más funcionales a bajas concentraciones de peróxido de hidrogeno, ya que muestran una elevada afinidad pero una baja tasa catalítica. Las Gpx(s) comparten las mismas localizaciones subcelulares que la SOD, lo que sugiere que las Gpx son las principales enzimas que tratan con el H_2O_2 producido por CuZnSOD en el citosol y MnSOD en la mitocondria.

Además de las enzimas antioxidantes, diferentes tipos de moléculas no-enzimáticas endógenas cooperan en el mantenimiento de la homeostasis del estrés oxidativo celular. Una vez han reaccionado con los ROS, estas moléculas resultan oxidadas, y vuelven a ser reducidas por otras moléculas restableciendo de nuevo su capacidad antioxidante. Dado que se trata de moléculas de bajo peso molecular, ello les permite eliminar los ROS en aquellos lugares a los que las grandes enzimas no tienen acceso. Glutatión (GSH) y ascorbato son los dos principales antioxidantes no-enzimáticos del medio acuoso. La actividad antioxidante del GSH reside en el grupo tiol reducido de su resto de cisteína. El glutatión puede reaccionar directamente con los ROS o puede actuar como co-sustrato de las enzimas Gpx. Otro compuesto con actividad redox relacionada con grupos tioles es la proteína tiorredoxina, que regula factores de transcripción tales como el factor nuclear kappaB y AP-1, siendo inducidos por diversos estímulos oxidativos y traslocados al núcleo, y que actúan como citoprotectores contra el estrés oxidativo en cooperación con peroxidasas dependientes de peroxirredoxina/tiorredoxina. Además del glutatión, el ascorbato es el siguiente antioxidante no-enzimático reducido intracelular más abundante. En la mayoría de vertebrados se sintetiza endógenamente (no es el caso para el hombre y otros primates), y se mantiene en concentraciones elevadas a nivel tisular. Una vez ha reaccionado con los ROS, la forma oxidada del ascorbato puede volver de nuevo a su forma reducida por la actividad de reductasas dependientes de glutation y de derivados de la vitamina B3 o ácido nicotínico.

A pesar de esta plétora de sistemas de defensa, la lesión molecular mediada por radicales tiene lugar *in vivo*. En este contexto, los sistemas biológicos han desarrollado una nueva línea de defensa capaz de hacer frente a las modificaciones químicas derivadas de la interacción entre radicales libres y macromoléculas. Entre estos sistemas, podemos destacar los siguientes: enzimas que reparan aminoácidos oxidados tales como la metionina sulfóxido reductasa, los sistemas enzimáticos que degradan proteínas modificadas oxidativamente como es el proteasoma, las enzimas que reparan el ADN oxidado, y los sistemas detoxificadores contra compuestos derivados de la lesión oxidativa de carbohidratos y ácidos grasos poliinsaturados, entre otros.

Superóxido dismutasa, catalasa, glutatión peroxidasa, glutatión reductasa, glutatión, vitamina C y los sistemas de reparación residen, sin embargo, en el compartimento acuoso de la célula. Y, ¿qué sucede con el componente lipídico de la célula? Los tocoferoles y los caro-

tenoides son los antioxidantes que actúan en los ambientes lipofílicos. El principal antioxidante de membrana es el d-alfa-tocoferol, también denominado vitamina E. Las membranas, sin embargo, no contienen grandes cantidades de tocoferoles: se ha estimado que habitualmente en una membrana en condiciones normales existe una relación de una molécula de tocoferol por cada mil moléculas de ácidos grasos poliinsaturados. La vitamina E actúa sobre los grupos peroxilo generados en los lípidos de membrana reduciéndolos a hidroperóxidos, inhibiendo de esta forma la propagación de la peroxidación lipídica en una reacción en cadena. Por lo tanto, la vitamina E es un antioxidante que corta la secuencia de reacción de la peroxidación lipídica, convirtiéndose a sí misma en un radical durante el proceso. La vitamina E también puede reducir otras modificaciones lipídicas mediadas por radicales. La vitamina E oxidada se puede reciclar a su forma reducida gracias a la actividad del ascorbato o de la ubiquinona (coenzima Q). Los carotenoides interceptan al oxígeno singlete, e interaccionan con otros ROS a presiones parciales de oxígeno fisiológicas. Uno de los carotenoides más importantes es la coenzima Q, que es una hidroquinona sintetizada y presente en todas las membranas celulares. Su actividad antioxidante se exhibe a través de su capacidad para interceptar radicales lipídicos y regenerar la vitamina E. La regeneración de la coenzima Q es llevada a cabo, de nuevo, por enzimas con actividad reductasa que utilizan como cofactores a derivados de la vitamina B3. Dado que la actividad de los antioxidantes interceptadores lipofílicos no es eficiente al 100%, en las membranas siempre existe una determinada cantidad de lipídicos oxidados. La degradación de los lípidos oxidados no funcionales es una parte esencial de las defensas celulares antioxidantes.

Estrés oxidativo, envejecimiento y longevidad

El estrés oxidativo podría estar relacionado con el envejecimiento, en principio, a través de variaciones en la generación de radicales libres, la eliminación mediada por los antioxidantes, o ambos. Los antioxidantes, sin embargo, a pesar de que están implicados en la protección contra diversas patologías asociadas con la edad, no parece que participen en el control de la velocidad del envejecimiento, como se infiere de los resultados obtenidos a partir de cuatro paradigmas experimentales diferentes. En primer lugar, y en contra de las hipótesis iniciales, se sabe que los niveles endógenos de antioxidantes en los tejidos no disminuyen durante el envejecimiento. En segundo lugar, aunque en una primera aproximación pudiera parecer que la reducida tasa de envejecimiento mostrada por las especies más longevas podría deberse a la presencia constitutiva de un sistema de defensa antioxidante más desarrollado y competente, los resultados obtenidos por diferentes laboratorios independientes que trabajan desde una aproximación de fisiología comparada documentan de forma clara que es la situación contraria la que tiene lugar. Así, los niveles en tejido de enzimas antioxidantes y antioxidantes endógenos de bajo peso molecular correlacionan negativamente con la longevidad máxima de los mamíferos y otros vertebrados. En otras palabras, cuanto más longeva es una especie animal, menor es la concentración o actividad de sus sistemas antioxidantes. En tercer lugar, numerosos estudios llevados a cabo en mamíferos –y otras especies animales– han demostrado que potenciando experimentalmente la dotación antioxidante a través de una suplementación en la dieta, una inducción farmaco-

lógica, o mediante técnicas transgénicas, algunas veces y de forma moderada aumentan la longevidad media pero no modifican la longevidad máxima. En esta misma línea, un estudio reciente efectuado en ratones demostraba un aumento del 17-21% en la longevidad media y de menos del 10% en la longevidad máxima después de un incremento de 50 veces en la concentración mitocondrial de catalasa. Por último, y en cuarto lugar, la evidencia procede de estudios en los que se ha suprimido la expresión génica de alguna enzima antioxidante específica. Dichos animales pueden mostrar diferentes patologías pero sus tasas de envejecimiento no parecen verse afectadas.

Así pues, el hallazgo más frecuente en los animales tratados con antioxidantes o a los que se les ha inducido la producción antioxidante es un aumento de la longevidad media o expectativa de vida, no un incremento de la longevidad máxima. Este aumento de la expectativa de vida sugiere que los antioxidantes pueden proteger de forma no específica contra aquellas patologías que causan una muerte precoz –aumentan la supervivencia– especialmente cuando los experimentos se han llevado a cabo en condiciones subóptimas. Parte de este efecto esta relacionado con la capacidad de los antioxidantes de reaccionar y, por lo tanto, proteger contra los aumentos del estrés oxidativo bien sea este de origen exógeno, bien sea inducido por una determinada condición patológica. Estos efectos protectores pueden ser muy importantes evitando la muerte precoz en aquellos grupos o poblaciones que viven en condiciones "antioxidantes" subóptimas, condiciones antioxidantes que en la mayoría de casos no están, hoy por hoy, bien definidas.

Aunque los antioxidantes no parecen afectar a la velocidad del envejecimiento, su correlación negativa con la longevidad máxima nos sugiere que la tasa celular de producción endógena de radicales libres *in vivo* debe ser inferior en las especies longevas que en las de longevidad corta. Si los animales longevos tuvieran tasas elevadas de producción de ROS junto con bajos niveles de antioxidantes endógenos, sus células no serían capaces de mantener en equilibrio su estrés oxidativo, perderían su homeostasis y morirían jovenes en vez de ser longevos. Así, por ejemplo, los humanos tienen una actividad glutation peroxidasa tisular 10 veces menor que un roedor, y ésta es la enzima principal responsable de la descomposición de los bajos niveles de H_2O_2 (del orden de micromolar) que están presentes continuamente en células aeróbicas de los tejidos debido a su gran afinidad por el sustrato (H_2O_2) . Esta actividad, aunque complementaria, contrasta con la de la enzima catalasa que descompone H_2O_2 (generado a su vez por la enzima superóxido dismutasa a partir del ion superóxido) a velocidades mayores pero muestra una baja afinidad por el peróxido, por lo que se estima que su actividad es preferencialmente útil cuando, por la circunstancia que sea, se producen picos de concentración/producción de H_2O_2.

Disminuir la producción de ROS de origen mitocondrial (mtROS) en lugar de incrementar los sistemas antioxidantes o de reparación tiene sentido cuando se considera desde el punto de vista de la evolución de la longevidad máxima entre especies. Sería muy ineficiente generar grandes cantidades de ROS y, después, tener que interceptarlos antes de que lesionen macromoléculas como por ejemplo el ADN, o incluso peor, tratar de reparar el ADN después de haberlo lesionado seriamente. Esto es aún más cierto si tenemos en consideración: a) el elevado coste energético celular que supondría el continuo mantenimiento de niveles ele-

vados de moléculas y enzimas antioxidantes y reparadoras en especies longevas, y b) la capacidad de todos los tipos de animales (longevos y no longevos) de inducir transitoriamente estas moléculas protectoras cuando son necesarios a concentraciones elevadas. En cambio, reduciendo la tasa de generación de ROS se disminuye la lesión molecular endógena de una forma mucho más eficiente y a un coste mucho menor. Los antioxidantes serán siempre importantes para mantener la homeostasis del estrés oxidativo y supervivencia celular, pero no podrán modificar la tasa de envejecimiento porque no podrán reducir de forma significativa las modificaciones químicas irreversibles resultantes de la lesión molecular.

En consonancia con el papel central que la generación de ROS juega en el proceso de envejecimiento, la mayoría de las investigaciones realizadas demuestran que la tasa de producción mitocondrial de ROS en hígado, corazón, cerebro y otros órganos es más baja en animales longevos que en los que no lo son. Esto sucede en todos los tipos de vertebrados homeotermos longevos independientemente de sus tasas de consumo de oxígeno por unidad de masa corporal, que es bajo en animales de gran tamaño corporal y elevado en animales de pequeño tamaño. De este modo, esta característica explicaría porqué los antioxidantes tisulares endógenos correlacionan negativamente con la longevidad máxima entre especies: los animales longevos poseen niveles constitutivamente bajos de antioxidantes porque producen menos ROS por unidad de tiempo. Los estudios llevados a cabo en aves (animales homeotermos extraordinariamente longevos) son especialmente ilustrativos porque estos animales viven mucho más que los mamíferos de igual o similar tamaño corporal, a pesar de que sus tasas metabólicas son similares a o incluso más elevadas que las de los mamíferos de igual tamaño. A pesar de sus elevadas tasas de consumo de oxígeno, observaciones en las diferentes familias de aves estudiadas hasta el momento demuestran que las aves tienen bajas tasas de generación mitocondrial de ROS comparadas con las de mamíferos de similar tamaño corporal y tasa metabólica. En la mayoría de los casos, esto es posible porque el %FRL es más bajo en las especies longevas que en las de vida más corta. Estudios recientes llevados a cabo en invertebrados, hongos y células en cultivo también apoyan que la producción de ROS tiene un papel en el control del proceso de envejecimiento.

El metabolismo normal está asociado con un inevitable grado de estrés oxidativo dando como resultado una lesión molecular que no puede ser totalmente reparada o eliminada por los sistemas celulares de defensa. Consecuentemente, las estructuras defectuosas funcionalmente y lesionadas irreversiblemente se acumulan dentro de las células, especialmente las células postmitóticas, conduciendo a la pérdida progresiva de su adaptabilidad. La lesión oxidativa afecta a cualquier componente celular, sean lípidos, carbohidratos, proteínas o ácidos nucleicos. Los resultados de numerosas investigaciones sugieren que los niveles basales de marcadores de lesión oxidativa en macromoléculas aumentan con la edad en órganos cómo hígado, músculo esquelético, corazón o cerebro, entre otros. Estos cambios, a pesar de haberse detectado en numerosos órganos y especies, muestran variaciones importantes que probablemente son debidas a las correspondientes diferencias en las tasas de generación de agentes oxidantes, defensas antioxidantes, capacidad de degradación/reparación o susceptibilidad a la lesión oxidativa que se han observado entre los distintos órganos y especies.

Lesión oxidativa y longevidad

Los radicales libres dañan todo tipo de macromoléculas celulares incluyendo lípidos, carbohidratos, proteínas y ADN. La lesión del ADN podría ser importante para el proceso de envejecimiento porque puede conducir a la pérdida o alteración irreversible de información genética de forma especialmente relevante en las células postmitóticas. El ADN mitocondrial está situado muy cerca o incluso en contacto con el lugar de producción mitocondrial de ROS. Puesto que los vertebrados longevos tienen bajas tasas de generación de mtROS, esto afectaría al nivel de lesión oxidativa y mutaciones somáticas en su ADN mitocondrial. De acuerdo con esta noción, se ha demostrado que los niveles de 8-oxodG (8-oxodeoxiguanosina, un marcador específico resultante de la lesión oxidativa del material genético) en el ADN mitocondrial de cerebro y corazón correlacionan negativamente con la longevidad máxima en mamíferos y aves. Esto concuerda con la más baja excreción urinaria de 8-oxodG detectada en animales longevos. Además, los niveles de 8-oxodG, tanto en cerebro como en corazón, son alrededor de 10 veces más altos en el ADN de la mitocondria que en el ADN del núcleo en todas las especies de mamíferos y aves estudiadas, una diferencia similar a la observada para las mutaciones espontáneas comparando ambos tipos de ADN. Tanto el ataque por ROS como la reparación del daño oxidativo al ADN parecen ser más intensos en el ADN mitocondrial de animales de vida corta que en los longevos, y son también más altos en el ADN mitocondrial que en el ADN nuclear en todas las especies independientemente de su longevidad. Un grado similar de acumulación de mutaciones en el ADN mitocondrial ocurre después de 70-100 años en humanos, después de 35-50 años en chimpancés y después de sólo 2-3 años en el ratón.

Los ácidos grasos insaturados de las membranas celulares son las macromoléculas más susceptibles a la lesión oxidativa en las células, sensibilidad que aumenta en función del número de dobles enlaces. Así, se ha constatado que las membranas celulares y mitocondriales de órganos tales como hígado, corazón, músculo esquelético, y riñón de mamíferos y aves longevos contienen ácidos grasos con un índice global de insaturación más bajo que los no longevos, lo que constitutivamente protege sus membranas celulares, proteínas y ADN contra la lesión derivada de peroxidación lipídica. Los animales longevos adquieren un bajo índice de dobles enlaces básicamente reduciendo el contenido de los ácidos grasos altamente insaturados como 22:6n-3, y a veces 20:4n-6, y sustituyéndolos por 18:3n-3 y 18:2n-6. Este ajuste reduce el grado de insaturación sin modificar la cantidad total de ácidos grasos poliinsaturados, permitiendo un fuerte descenso en la sensibilidad a la peroxidación lipídica probablemente sin mayores cambios en la fluidez de membrana, fenómeno que se ha denominado adaptación homeoviscosa a la longevidad.

Asímismo, la peroxidación lipídica genera productos aldehídicos, como el malondialdehido (MDA) y el hidroxinonenal (HNE), entre muchos otros, que dañan y modifican irreversiblemente a proteínas y ADN. Así, por ejemplo, se ha descubierto recientemente que los niveles de un producto específico –malondialdehído-lisina– en proteínas de corazón de diferentes especies de mamíferos correlaciona negativamente con la longevidad máxima. Cuanto mayor es la longevidad de una especie, menor es el contenido en dobles enlaces, y también es menor su sensibilidad a la peroxidación lipídica y sus niveles de modificación proteica

derivada de lipoxidación. Las especies de aves también muestran, comparadas con mamíferos de similar tamaño corporal y tasa metabólica y menor longevidad, una insaturación mas baja de sus ácidos grasos y una menor sensibilidad a la peroxidación lipídica, así como niveles más bajos de carbonilos proteicos específicos y modificaciones proteicas derivadas de reacciones de glico- y lipoxidación.

La relación entre insaturación de ácidos grasos y lesión oxidativa también se ha observado en estudios *in vivo* de intervención nutricional diseñados para superar la capacidad homeostática de mantenimiento de la composición de las membranas celulares de los tejidos y forzar cambios en su composición en los términos que dicta la dieta (se trataría de una dieta "estresante"). Así, recientemente se ha observado que alimentando ratas con aceites con un bajo número de dobles enlaces se reduce el grado de insaturación de los ácidos grasos de las membranas celulares en cerebro e hígado, y disminuyen la modificación proteica derivada de lipoxidación y los niveles de 8-oxodG en el ADN mitocondrial. Esto adquiere pleno sentido porque reduciendo la insaturación de los ácidos grasos se disminuye la sensibilidad de las membranas a la peroxidación lipídica.

Los productos finales resultantes derivados de la peroxidación lipídica también pueden reaccionar, a nivel de ADN, para formar diversos productos. Así, se ha demostrado que estos compuestos: a) están presentes en el genoma de humanos sanos y otras especies animales estudiadas, b) son lesiones premutagénicas eficientes que inducen mutaciones frecuentemente detectadas en oncogenes o genes supresores tumorales de tumores humanos, c) muestran niveles elevados en animales envejecidos; d) aumentan cerca de 20 veces con una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados, y e) son mutagénicos, carcinogénicos, y muestran poderosos efectos sobre las vías de transducción de señales. Por todo ello, la peroxidación lipídica puede ser perfectamente catalogada como una fuente endógena significativa de lesión de proteínas y ADN y de mutación del ADN.

La restricción calórica y el estrés oxidativo

Los resultados de numerosos estudios relacionados con la teoría del envejecimiento basada en el estrés oxidativo permiten explicar la gran variación de longevidad máxima entre diferentes especies animales. Sin embargo, la correlación con la longevidad máxima (en la dirección apropiada) es condición necesaria pero no suficiente para validar una teoría del envejecimiento, porque correlación no necesariamente significa que tenga que existir una relación causa-efecto. Así, se precisan estudios experimentales en los que la tasa de envejecimiento pueda ser modificada con el objeto de clarificar si la producción mitocondrial de ROS y el estrés oxidativo también cambian en la dirección esperada. La restricción calórica (RC) es la manipulación experimental mejor conocida que disminuye la tasa de envejecimiento y aumenta la longevidad máxima en especies tanto de invertebrados como vertebrados, y tiene efectos beneficiosos para la salud en ratones, ratas, así como en primates y humanos. Los estudios en humanos, aunque muy limitados, son, lógicamente, muy valiosos habiéndose conseguido efectos saludables en términos de, por ejemplo, mejoría de la función diastólica y reducción de los factores de riesgo de aterosclerosis (véase la siguiente sec-

ción). Los beneficios inducidos por la RC en roedores incluyen mejorías en el estrés oxidativo mitocondrial y un incremento de la longevidad máxima. Existen actualmente evidencias muy consistentes de que, en mamíferos, la RC disminuye la producción mitocondrial de ROS y la lesión oxidativa al ADN y otras macromoléculas intracelulares. El efecto de la RC sobre la producción de ROS fue inicialmente investigado en ratones. Más recientemente, ha sido intensamente estudiado con más detalle en diversos órganos de rata. Estas investigaciones, habitualmente aplicando un 40% de RC, demuestran consistentemente que la RC a largo plazo disminuye significativamente la tasa de generación de ROS y la fuga de radicales libres de la mitocondria (indicando que la eficacia de la cadena respiratoria mitocondrial para evitar la producción de ROS aumenta en los animales sometidos a RC) en tejidos de rata incluyendo músculo esquelético, riñón, hígado, corazón y cerebro, mientras que después de una RC a corto plazo (entre semanas y hasta 4 meses) estas disminuciones sólo son detectadas en algunos estudios y órganos, destacando especialmente el hígado. Estos cambios son sorprendentemente similares a los descritos anteriormente comparando animales con diferentes longevidades, sugiriendo que puede existir un mecanismo altamente conservado de extensión de la longevidad que es el mismo tanto entre especies como dentro de una misma especie. Es interesante destacar que el descenso en la generación de ROS observado en ratas restringidas está acompañado de descensos significativos en los niveles de 8-oxodG en el ADN mitocondrial sólo, o en ADN de la mitocondria y el núcleo, dependiendo del tejido estudiado, así como por disminuciones en el grado de lesión oxidativa a proteínas y lípidos. Estos hallazgos nos inducen a sugerir que la disminución de la tasa de producción de ROS es un mecanismo común utilizado tanto por animales longevos como por animales sometidos a RC con el objeto de disminuir el estado basal de lesión oxidativa a lípidos, proteínas, y especialmente al ADN de la mitocondria, y por tanto en las mutaciones del ADN mitocondrial y la tasa de envejecimiento.

Restricción calórica en humanos

Desde el estudio inicial de McCay y colaboradores (1935) demostrando que la restricción calórica (RC) aumenta la longevidad máxima en ratas, se han realizado cientos de estudios mostrando que la RC enlentece el envejecimiento en levaduras, moscas, gusanos, peces, ratones y ratas. Los estudios en ratones y ratas han demostrado que la RC (definido como restricción calórica sin malnutrición) enlentece el proceso biológico básico de envejecimiento, y reduce marcadamente la incidencia de enfermedades malignas. La RC es la única intervención que de forma consistente ha demostrado enlentecer el proceso de envejecimiento, evidenciado por un aumento de la longevidad máxima, i.e., la observación de que las ratas y ratones RC más viejos sobreviven entre un 20-50% más que los controles alimentados *ad libitum*. Además, al reducir la incidencia de enfermedades malignas, un mayor número de individuos viven más, lo que se traduce en un aumento de la expectativa de vida.

La gran inversión de fondos de investigación, medios y tiempo en estudios sobre los efectos de la RC en levaduras, gusanos, moscas y roedores durante los últimos 50 años ha sido, sin lugar a dudas, mayormente motivado por la posibilidad de que la información obtenida

en estas especies fuera relevante para los humanos. Sin embargo, aunque los hallazgos en estas especies animales nos muestren mecanismos biológicos relevantes en el proceso de envejecimiento, la única forma de determinar si la RC es eficaz en humanos es llevando a cabo los estudios con personas. Tales estudios son realmente difíciles de llevar a cabo en humanos manteniendo su ritmo de vida normal y existe, además, poca información disponible sobre los efectos de la RC, sobre todo la RC a largo plazo, en humanos. Esta situación está empezando a cambiar y, a pesar de que los estudios están en una fase muy incipiente, una modesta cantidad de información ya ha sido acumulada.

Los centenarios de Okinawa. Una severa restricción calórica a largo plazo ha sido la realidad del día a día de muchas poblaciones humanas a lo largo de la Historia, y es todavía prevalente entre los pobres en los países del tercer mundo. Sin embargo, estos experimentos naturales generalmente no han proporcionado información respecto a los efectos de la RC sobre la salud y la longevidad, porque las dietas bajas en calorías condicionadas por la pobreza son frecuentemente deficientes en nutrientes esenciales y por la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas agudas y crónicas en dichas poblaciones. Una excepción a este patrón es la generación de más edad de Okinawa quienes, a causa de la pobreza, viven en un estado permanente de restricción calórica. Sin embargo, las medidas de salud pública y la calidad de la dieta en Okinawa fueron suficientemente buenas como para prevenir la elevada prevalencia de deficiencias nutricionales y enfermedades infecciosas presentes entre los pobres de numerosos países del tercer mundo. Los habitantes de más edad de Okinawa siguen a pie juntillas el principio de Confucio de "evitar comer hasta saciarse". Además, la base de su dieta son frutas, verduras, hierbas, té, algas y pescado. Poca carne y nada de leche ni de azúcar. Todo ello acompañado de un estilo de vida relajado y activo. Es interesante mencionar, en relación a los posibles efectos de la RC sobre la longevidad humana, que existen más centenarios por 100.000/habitantes en Okinawa que en otras partes del mundo incluyendo los Estados Unidos y la Europa occidental. Por ello, los habitantes de Okinawa han sido citados como evidencia de que la RC puede reducir-enlentecer el envejecimiento en humanos.

Estudios en monos Rhesus. Parece poco probable que alguna vez se pueda establecer con certeza si la RC aumenta la longevidad máxima en humanos. Básicamente por la dificultad de llevar a cabo el propio experimento. Sin embargo, se están llevando a cabo dos estudios de RC en monos Rhesus, uno en la University of Wisconsin en Madison, y el otro en el Nacional Institute on Aging, Gerontology Research Center, ambos en los Estados Unidos, que deberían determinar en los próximos 15-20 años si la RC aumenta la longevidad máxima en primates no humanos. Estos estudios de momento ya han demostrado que la RC protege contra el desarrollo de resistencia a la insulina y diabetes, mejora los factores de riesgo de aterosclerosis, disminuye los niveles de hormona tiroidea, reduce la lesión oxidativa, disminuye los niveles de IGF-1 y IL-6, y retrasa el deterioro funcional del sistema inmunitario.

Estudios en humanos. Puesto que no es factible llevar a cabo estudios sobre los efectos de la RC en la longevidad humana, hay que utilizar lo que podríamos denominar determinaciones "sucedáneas". Una aproximación es determinar si los humanos sufren las mismas adaptaciones biológicas a la RC que tienen lugar en roedores y otras especies animales, y que

pueden estar implicadas en el enlentecimiento del proceso de envejecimiento. Otra es determinar los efectos de la RC sobre factores de riesgo para las patologías asociadas a la edad. Una tercera aproximación es medir variables fisiológicas que se deterioran progresivamente con el envejecimiento, esto es, biomarcadores de envejecimiento.

CALERIE Fase 1. CALERIE (*Comprehensive Assessment of Long-Term Effects of Reducing Calorie Intake*) es un programa de investigación en el que están implicados tres centros de investigación (Tufts University, Pennington Biomedical Research Center, y Washington University) y un centro coordinador (Duke University) que fue iniciado por el Instituto Nacional del Envejecimiento (National Institute on Aging (NIA) de los Estados Unidos), con el objeto de obtener información sobre los efectos de una RC sostenida en humanos. La Fase 1 de CALERIE consiste en tres estudios piloto para determinar si es factible una investigación sobre los efectos a largo plazo de la RC en humanos y para obtener datos preliminares sobre las respuestas adaptativas a la RC.

En el estudio de Tufts se trata de aplicar una RC del 25%, durante 12 meses, a sujetos sanos de entre 24-42 años de edad, y con sobrepeso (Indice de Masa Corporal –IMC– de 25-29.9 kg/m^2). En el estudio desarrollado en Pennington, se trata de aplicar una RC del 25%, durante 6 meses, a sujetos adultos sanos con sobrepeso y con edades comprendidadas entre 25-50 años. Por último, el studio Fase 1 de la Washington University evaluará una RC del 20%, durante 12 meses, en sujetos sanos y con sobrepeso con edades comprendidas entre 50-60 años.

En el studio CALERIE Fase 1 de Pennington, los 6 meses de RC han dado como resultado una reducción del 10% del peso corporal, un descenso significativo del gasto energético a 24h y los niveles de hormona tiroidea T_3, así como de la masa grasa corporal, masa grasa libre, tejido adiposo visceral, tejido adiposo subcutáneo, tamaño de los adipocitos, grasa intrahepática, y niveles de insulina en ayuno, así como una mejoría de la sensibilidad a la insulina. En el estudio CALERIE Fase 1 desarrollado en la Washington University, los 12 meses de RC han dado lugar a un descenso corporal del 10.7% con una reducción del IMC desde 27.2 ± 0.6 a 24.4 ± 0.6 kg/m^2. La masa grasa corporal total, la masa grasa libre, la masa grasa visceral, la masa grasa abdominal subcutánea, niveles de leptina, insulina basal, y las areas de glucosa e insulina bajo las curvas de tolerancia oral a la glucosa, disminuyeron todas ellas de forma significativa, mientras que el índice de sensibilidad a la insulina aumentó en respuesta a la RC. Hallazgos adicionales obtenidos a partir de estos estudios se irán publicando con toda seguridad en el futuro inmediato y habrá que seguirlos con detenimiento.

La RC severa a largo plazo conduce a una reducción drástica del contenido de grasa corporal. Los participantes en la Fase 1 de CALERIE tenían incialmente sobrepeso, y al final del periodo de estudio se movían en el rango de peso normal y ligero sobrepeso. Por ello, la información proporcionada por estos estudios puede ser más relevante para los efectos de la pérdida de peso que los de la RC severa crónica. Sin embargo, la Fase 1 demostró que la RC es factible en humanos y ha permitido implementar la Fase 2 de CALERIE. En esta Fase 2, los sujetos participantes son sanos, con un rango de edad comprendido entre 25-45 años, y con un IMC entre 22–28 kg/m^2. Se está llevando a cabo un esfuerzo importante para reclutar individuos con IMC por debajo de 25 kg/m^2 con la esperanza de que un número signifi-

cativo de individuos alcancen IMC en el rango del alcanzado por aquellos sujetos que practican una RC severa crónica (esto es, 18–20 kg/m^2). La intervención consiste en una reducción de la ingesta calórica del 25% durante 2 años. Los mismos tres centros de investigación y centro coordinador de la Fase 1 están implicados en esta Fase 2 que se completará en el 2011.

Datos obtenidos en los miembros de la Caloric Restriction Society (Sociedad de Restricción Calórica). Los miembros de la Sociedad de Restricción Calórica (SRC) restringen su ingesta dietaria porque piensan, basándose en los estudios experimentales llevados a cabo en animales de laboratorio, que la RC los protegerá contra los procesos patológicos y enlentecerá el proceso de envejecimiento. Así, se ha llevado a cabo un primer estudio con 18 miembros de dicha sociedad para evaluar los factores de riesgo de aterosclerosis. Los participantes tenían una media de edad de 50 ± 10 años, con un promedio de RC de 6 años, y se comparó con un grupo control de 18 individuos sanos, de edad comparable, y que ingerían una típica dieta americana.

El grupo de RC tenía un IMC de 19.6 ± 1.9 kg/m^2 comparado con un valor de 25.9 ± 3.2 kg/m^2 para el grupo control. El promedio de grasa corporal total fue del 6.7% en el grupo de RC, frente a un 22.4% del control. Además, los niveles de colestrol total, colesterol-LDL, triglicéridos, y razón colesterol total: colesterol LDL fueron marcadamente inferiores en el grupo RC comparado con el grupo control, mientras que el colesterol-HDL fue significativamente más elevado en el grupo CR que en el control. Los niveles basales de insulina y glucosa fueron también significativamente inferiores en el grupo RC comparado con el grupo control. Asimismo, es especialmente remarcable la reducción de la presión sanguínea (tanto sistólica como diastólica) observado en los sujetos de la SRC.

Factores de riesgo de aterosclerosis en miembros de la sociedad de restricción calórica (SRC) antes y despues del inicio de la restricción calórica

	Antes de la RC	1.0±0.3 años de RC	6.5±4.8 años de RC
Índice de Masa Corporal (IMC, kg/m^2)	23.7 ± 2.6 (33)	20.3 ± 2.0 (28)	19.6 ± 1.6 (33)
Colesterol total (mg/dL)	211 ± 36 (24)	165 ± 33 (16)	159 ± 36 (24)
Colesterol-LDL (mg/dL)	124 ± 37 (20)	94 ± 21 (14)	89 ± 30 (20)
Colesterol-HDL (mg/dL)	47 ± 8 (20)	59 ± 13 (14)	64 ± 21 (20)
Razón Colesterol total:Colesterol-HDL	4.5 ± 1.1 (20)	2.9 ± 0.6 (14)	2.6 ± 0.5 (20)
Triglicéridos (mg/dL)	134 ± 81 (24)	68 ± 22 (16)	49 ± 14 (24)
Presión sistólica (mmHg)	131 ± 15 (20)	112 ± 12 (14)	101 ± 9 (20)
Presión diastólica (mm Hg)	82 ± 9 (20)	71 ± 7 (14)	61 ± 7 (20)

Los valores son medias±SD. Entre paréntesis se indica el número de sujetos de cada punto temporal.

Los miembros de la SRC mostraban, además, niveles inferiores de marcadores de inflamación crónica, que se reflejaban en los significativamente bajos niveles de proteína C reactiva y TNFα

comparado con el grupo control sano y de edad comparable. Asímismo, mostraban niveles inferiores de triyodotironina. Además, la función diastólica ventricular izquierda (evaluada en 25 miembros de la SRC con un promedio de edad de 53 ± 12 años), demostró índices similares a los de individuos jóvenes y sanos de 16 años de edad, y las determinaciones que reflejaban el grosor del ventrículo izquierdo fueron significativamente inferiores que las del grupo control, lo que sugería una reducción de la fibrosis ventricular izquierda. Todos estos efectos observados en humanos sometidos a RC también han sido observados en animales de laboratorio.

Resumen de los datos obtenidos en los miembros de la 'CR Society'

	Dieta Occidental	Dieta RC
Edad (años)(33)	52.3 ± 10	51.4 ± 12*
Hombres: Mujeres	29:4	29:4
Índice de Masa Corporal (kg/m2)(33)	24.8 ± 3.2	19.6 ± 1.6*
Grasa Corporal Total (%)(33)	23.1 ± 7	8.4 ± 7*
Grasa torácico-abdominal (%)(33)	23.4 ± 9.7	4.6 ± 5.7*
Presión sistólica (mm Hg)(33)	130 ± 13	103 ± 12*
Presión diastólica (mm Hg)(33)	81 ± 9	63 ± 7*
Colesterol total (mg/dL)(33)	202 ± 33	162 ± 34*
Colesterol-LDL (mg/dL)(33)	122 ± 30	86 ± 24*
Colesterol-HDL (mg/dL)(33)	52 ± 15	64 ± 18*
Razón Colesterol Total: Colestrol-LDL	4.2 ± 1.2	2.5 ± 0.5*
Triglicéridos (mg/dL)(33)	143 ± 93	58 ± 18*
Glucosa (mg/dL)(33)	95 ± 9	84 ± 8*
Insulina (µU/mL)(33)	7.4 ± 6	1.5 ± 0.9*
TNFα (pg/mL)(28)	1.5 ± 0.9	0.7 ± 0.5*
Proteína C reactiva (mg/L)(31)	1.1 ± 1.2	0.2 ± 0.3*
TGFβ1 (ng/mL)(31)	22.1 ± 6.6	14.9 ± 3.1*
Triyodotironina (ng/dL)(28)	91 ± 13	74 ± 22*

Los valores corresponden a media ± SD para el número de sujetos indicados entre paréntesis.

*, significativamente diferente con $p<0.01$ para RC versus control.

En resumen, a pesar de que la investigación sobre los efectos de la RC en humanos es todavía muy incipiente, los datos disponibles sugieren de forma clara que la RC reduce el riesgo de desarrollar diabetes tipo II y aterosclerosis, e induce una serie de respuestas adaptativas que son las mismas que tienen lugar cuando la RC se aplica a animales de experimentación.

Restricción calórica y estrés oxidativo: sobre proteínas y metionina

A pesar de que numerosos estudios han documentado el descenso en la producción de radicales libres y lesión oxidativa a macromoleculas durante la restricción calórica, el factor die-

tético que causa dichos cambios beneficiosos es desconocido. Actualmente se están llevando a cabo investigaciones que tienen precisamente por objeto conocer este aspecto. Clarificar qué factores causan la disminución de la producción mitocondrial de ROS y el estrés oxidativo y el incremento de la longevidad media y máxima durante la RC es una forma de desvelar algunos de los mecanismos fundamentales del proceso de envejecimiento. Además, tales tipos de estudios pueden sugerir intervenciones que sean más fácilmente practicables para los seres humanos que la RC *senso stricto*. La RC es una intervención difícil para los humanos debido a: a) la extrema dificultad de modificar hábitos nutricionales adquiridos en cuanto a la cantidad de ingesta; b) el elevado riesgo de malnutrición; y c) el riesgo de perder la capacidad de resistencia a las condiciones normalmente estresantes de la actividad humana en nuestra sociedad actual, siendo estas tres razones un problema aún más relevante en el caso de individuos de edad avanzada.

Está muy extendida la creencia de que el efecto antienvejecimiento de la RC se debe a la reducción en la ingesta de calorías por sí mismas más que a una disminución de componentes específicos de la dieta. Sin embargo, algunos hallazgos recientes cuestionan este consenso clásico y se sabe que variaciones en las proporciones de algunos de los principales componentes dietéticos pueden también afectar la longevidad. Así, y en relación a los efectos de la restricción de proteínas (RP) sobre la tasa de envejecimiento, la reconsideración de los estudios clásicos llevados a cabo en roedores muestran que en la mayoría de las investigaciones se ha observado un incremento en la longevidad máxima. Diez de los 11 estudios llevados a cabo en ratas o ratones (y 16 de los 18 diferentes experimentos de supervivencia llevados a cabo en esos estudios) encontraron que la RP aumenta la longevidad máxima, a pesar de que la magnitud del aumento (alrededor de un 20% de aumento en la longevidad máxima teniendo en cuenta la totalidad de los 16 estudios afirmativos) fue habitualmente más bajo que la típicamente descrita para RC (alrededor de un 40% de aumento). Esto sugiere que la restricción de proteínas puede ser responsable de alrededor de la mitad (un 50%) de los efectos de prolongación de la longevidad de la RC. Estudios recientes en *Drosophila* también parecen indicar que dicho efecto sobre la longevidad de la RC no es debido a las calorías por sí mismas, mientras que sí serían compatibles con un papel específico para una ingesta proteica disminuida.

Acerca de los efectos de la RMet sobre parámetros de estrés oxidativo, se han evaluado los cambios en los niveles de glutation (GSH) en sangre e hígado, pero nunca se han investigado los efectos sobre la producción mitocondrial de ROS y lesión molecular oxidativa. Se ha observado el aumento de la longevidad máxima en ratas Fisher 344 en al menos dos estudios independientes, y existen evidencias preliminares que indican que la RMet también alarga la longevidad en al menos otras tres cepas diferentes de ratas (Brown Norway, Sprague-Dawley y Wistar). También se ha descrito que la RMet aumenta la longevidad en ratones BALB cJ x C57BL/6. Estos aumentos de longevidad se acompañaban de unas concentraciones más bajas de GSH hepático y probablemente de una secreción aumentada de GSH desde el hígado a la sangre, causando un incremento sanguíneo de GSH, un aumento de la resistencia a la lesión hepática de origen oxidativo, enlentecimiento en el desarrollo de cataratas, menores cambios con la edad en subpoblaciones de células T (CD8, CD8M, CD4P y CD8P), niveles más elevados de MIF (*macrophage migration inhibition factor*, que se sabe

que aumenta en otros modelos de extensión de la longevidad en roedores), y concentraciones plasmáticas más bajas de glucosa, insulina, IGF-I y T_4. Es interesante destacar que la magnitud esperada del aumento de la longevidad máxima inducido por la RMet al 40% (calculada a partir de la que se encuentra con un 80% RMet) es probablemente similar (22% de incremento) a la observada con un 40% de restricción en proteínas (aproximadamente un 20% de aumento en la longevidad máxima). La restricción de calorías y la restricción de proteínas comparten muchos efectos comunes además de prolongar la longevidad, incluyendo activación de la inmunidad celular, o la disminución de las lesiones preneoplásicas y tumores, entre otras. Las dietas bajas en proteínas, como la restricción calórica, también desaceleran la glomérulosclerosis en ratones, retrasan la nefropatía crónica y la cardiomiopatía en ratas, y protegen el hígado de rata contra la exposición a agentes tóxicos. Una extensión de la longevidad menor (pero significativa) en la RP que en la RC también concuerda con la noción ampliamente aceptada de que el envejecimiento es un proceso que tiene su origen en múltiples causas. La RC podría disminuír la tasa de envejecimiento a través de la disminución en la producción de mtROS y el estrés oxidativo inducido por la restricción en proteínas, así como a través de otros mecanismos desconocidos posiblemente inducidos por calorías en sí mismas o por otros componentes de la dieta. Recientemente se ha observado que 6-7 semanas de una RP del 40% sin una restricción significativa de calorías disminuye la producción de ROS, disminuye el % de fuga de radicales libres de la cadena respiratoria y disminuye la lesión oxidativa del ADN mitocondrial, así como de lípidos y proteínas en mitocondrias de hígado de rata, análogamente a como acontece en mitocondrias de hígado de rata después de 6-7 semanas de un 40% de restricción de calorías. Llamativamente, la magnitud, tipo de cambios, mecanismos y sitios de acción de las disminuciones son similares tanto en RP como en RC, mientras que la restricción de lípidos y carbohidratos sin RC no origina dichos descensos. Estos resultados sugieren que la restricción de la ingesta de proteínas puede ser la responsable de las disminuciones en la producción de ROS y estrés oxidativo que tienen lugar durante la RC y, consiguientemente, de parte del aumento de la longevidad máxima que ocurre durante la RC. De acuerdo con esta posibilidad, se sabe que reduciendo progresivamente el nivel de proteínas de la dieta en ratones, de 24% al 12% y del 12% al 6%, disminuye la peroxidación lipídica en hígado, se reducen las actividades de enzimas lisosomales en cerebro, hígado e intestino, y disminuye la acumulación de lipofuscina. Por otro lado, recientemente se ha constatado que 6-7 semanas de restricción de metionina sin restricción calórica también disminuye la generación de ROS, %FRL, los niveles de 8-oxodG en el ADN mitocondrial, y marcadores específicos de modificación proteica de origen oxidativo, en mitocondrias de hígado y corazón de rata. Esto, junto con el hecho ya sabido de que la RMet aumenta la longevidad máxima en ratas y ratones, y con la disminución inducida por RC y RP en la generación de ROS, 8-oxodG en ADN mitocondrial, y lesión proteica mitocondrial, sugiere de forma clara que la restricción de la ingesta de metionina puede ser la responsable de la disminución de la producción de ROS y estrés oxidativo que tiene lugar en la RC y de parte del aumento de la longevidad máxima inducido por dicha intervención dietética.

Otros tipos de aproximaciones al problema también sugieren que la metionina y/o sus metabolitos puede estar involucrada en el proceso de envejecimiento y la longevidad. Así, recien-

Resumen de los efectos de la restricción calórica (RC), la restricción de proteínas (RP), y la restricción de metionina (RMet) sobre el estrés oxidativo y la longevidad máxima

	RC (40%)	RP (40%)	RMet (80%)
Producción mitocondrial de ROS	↓	↓	↓
% Fuga de radicales libres	↓	↓	↓
Lesión oxidativa del ADNmt	↓	↓	↓
Lesión oxidativa de las proteínas	↓	↓	↓
Grado de insaturación de las membranas celulares	↓	↓	↓
Longevidad máxima	↑	↑	↑

temente se ha observado que la metionina es el único aminoácido presente en las proteínas intracelulares de corazón que correlaciona firmemente con la longevidad máxima en mamíferos, y que esta correlación es negativa. Además, el contenido proteico en metionina es también más bajo en tejidos de aves longevas que en los mamíferos de longevidades más cortas de similar tamaño corporal. Así pues, cuanto mayor es la longevidad de una especie, menor es el contenido en metionina en sus proteínas tisulares.

Otras investigaciones recientes también apuntan a una relación entre metionina y envejecimiento. Así, una suplementación excesiva de metionina en la dieta lesiona muchos sistemas orgánicos vitales y aumenta el estrés oxidativo tisular. La suplementación con metionina aumenta los niveles plasmáticos de hidroperóxidos y colesterol-LDL; aumenta los niveles de hierro y la peroxidación lipídica, dienos conjugados, y colesterol en hígado de rata; es hepatotóxica y altera antioxidantes hepáticos como SOD, catalasa, GSH-peroxidasa y GSH en ratas; aumenta el estrés oxidativo en hígado; incrementa los niveles de homocisteina en plasma, corazón y aorta generando angiotoxicidad y degeneración mitocondrial de las células musculares lisas arteriales; acelera el proceso de envejecimiento del sistema vascular en ratas; induce hipertensión y enfermedad coronaria; disminuye los niveles de vitamina E en hígado y corazón, y posiblemente acelera el envejecimiento cerebral. El elevado contenido en metionina presente en la dieta de las sociedades industrializadas puede también predisponer a los seres humanos a las enfermedades cardiovasculares. También son especialmente destacables los efectos negativos de la suplementación con metionina que se han descrito en ratas alimentadas con dietas con contenido elevado de proteínas (50%) y metionina (2%) durante dos años. Dietas ricas en proteínas (50% de proteína durante 1 semana), y dietas ricas en caseina comparadas con dietas ricas en proteínas de soja, aumentan en las ratas los niveles plasmáticos de carbonilos proteicos y son colesterolémicas y aterogénicas, lo que es especialmente interesante ya que la caseina tiene un contenido significativamente más elevado en metionina que la proteína de la soja, y puesto que la oxidación de proteínas parece jugar un papel central en la aterosclerosis y otras enfermedades degenerativas.

La metionina puede inducir daño tisular a través de diversos mecanismos. Los residuos de metionina de las proteínas están entre los aminoácidos más susceptibles a la oxidación por los ROS y la sensibilidad de las proteínas al estrés oxidativo aumenta en función del número de residuos de metionina. La oxidación de metionina origina, en las proteínas, la formación de metionina sulfóxido que la priva de su función como donante de grupos metilo,

y puede conducir a la pérdida de su actividad biológica. Esta modificación química parece ser reversible ya que puede ser reparada por la enzima metionina sulfoxido reductasa en una reacción dependiente de tioredoxina. En este contexto, es muy ilustrativo que los ratones 'knockout' de la metionina sulfoxido reductasa tipo A (MSR-A) muestren un aumento en el contenido de carbonilos proteicos y una mayor sensibilidad a la hiperoxia. La manipulación opuesta, la sobreexpresión de MSR-A, retrasa el proceso de envejecimiento y aumenta la longevidad en la mosca del vinagre (Drosophila). Por otro lado, la forma oxidada de tioredoxina, originada durante la reducción de metionina sulfóxido, puede ser reconvertida a tioredoxina reducida por la enzima tioredoxina reductasa. De acuerdo con un papel relevante para la oxidación de metionina en el proceso de envejecimiento, se ha documentado que la sobreexpresión de tioredoxina reductasa aumenta la longevidad en ratones.

Un elevado contenido de metionina en la dieta podría ser también perjudicial debido a su conversión a homocisteina. Se ha propuesto que el aumento en los niveles plasmáticos de homocisteina inducido por la suplementación de metionina en la dieta aumenta la produción de ROS, lo que conduce a la oxidación de las LDL y la progresión del proceso aterosclerótico. Los niveles de homocisteina aumentan con la edad en humanos y representan un factor de riesgo para el envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a radicales libres incluyendo, al menos, la aterosclerosis, trombosis, cancer, apoplejía, insuficiencia renal crónica y enfermedades degenerativas como la enfermedad de Parkinson y la de Alzheimer. La homocisteina tiene un grupo tiol libre que puede ser fácilmente oxidado conduciendo a la generación de puentes disulfuro entre subunidades de una misma proteína o entre diferentes proteínas. También se ha observado que la unión de glutation oxidado a los complejos de la cadena respiratoria aumenta su tasa de generación de radicales superóxido. Así pues, estas observaciones nos sugieren que la producción mitocondrial de ROS puede estar regulada por agentes tiólicos tales como la homocisteina, ofreciendo un mecanismo molecular plausible que explicaría los efectos de la RMet o su suplementación sobre el estrés oxidativo mitocondrial, la lesión tisular y la longevidad. Estos efectos del glutation oxidado pueden posiblemente explicar la correlación directa observada entre el cociente GSSG/GSH (glutation oxidado/glutation reducido) y los niveles de 8-oxodG en ADN mitocondrial en tejidos de ratones durante el envejecimiento. En una línea similar, estudios recientes sugieren que tratando mitocondrias de corazón de rata con homocisteina *in vitro* aumenta la producción de ROS (estimado mediante el incremento de la quimioluminiscencia del luminol), aunque estos experimentos deberían ser repetidos utilizando técnicas más específicas. En cualquier caso, existe una clara necesidad de desarrollar trabajos experimentales sobre los efectos de la metionina sobre el estrés oxidativo mitocondrial y los mecanismos por los que la RMet conduce a un enlentecimiento del proceso de envejecimiento.

La capacidad de la RMet y la RP de reducir la generación mitocondrial de ROS y la lesión molecular, así como de incidir de forma beneficiosa en la aparición o evolución de muchas enfermedades, y aumentar la longevidad, es muy interesante puesto que estas intervenciones son mucho más fáciles de llevar a cabo que la restricción calórica. Las poblaciones humanas de los países industrializados habitualmente consumen unos niveles de proteínas del orden de 3-4 veces superior a los valores recomendados (0.5-0.75 g/Kg de peso corporal y día). Por consiguiente, existe un amplio rango de maniobra para conseguir disminuir la

cantidad de proteína ingerida. De hecho, un déficit de efectos negativos en humanos adultos sometidos a dietas con un contenido de 0.5g de proteína por Kg y día durante un periodo de un año ya fue descrito en 1909. Disminuyendo unicamente la ingesta de proteínas, o incluso de una única molécula (metionina) haciendo énfasis en la ingestión de alimentos con un bajo contenido en metionina, y sin reducir la ingesta total de calorías y la cantidad global de alimento, puede constituir una intervención dietética mucho más fácil de llevar a la práctica que la restricción calórica.

Miméticos de la RC, ¿la siguiente fase?

Los miméticos de la RC son agentes y/o estrategias que pueden mimetizar los efectos beneficiosos promotores de la salud y efectos antienvejecimiento de la RC, única intervención que de forma concluyente ha demostrado reducir el proceso de envejecimiento y mantener la salud y vitalidad a través del espectro filogenético.

Uno de los pilares básicos de la gerontología experimental es que la restricción calórica (RC) es la estrategia más potente, robusta y reproducible para mantener la salud y extender la longevidad. Esta intervención, que ha sido investigada sistemáticamente durante más de siete décadas, en un amplio rango de especies y modelos experimentales, y bajo las más diversas condiciones experimentales, se ha convertido en el "estandar de oro" contra el cual comparar cualquier otra manipulación "antienvejecimiento". Una distinción importante es que la RC, a diferencia de otras intervenciones, alarga la longevidad media y la longevidad máxima (esta última determinada genéticamente y específica de cada especie animal), sugiriendo que la RC afecta a los procesos biológicos fundamentales que controlan el proceso de envejecimiento. Numerosas intervenciones modifican tan sólo la longevidad media y pueden, consecuentemente, tener como diana procesos patológicos específicos más que procesos que afectan la vulnerabilidad a un amplio rango de enfermedades crónicas y pérdidas funcionales. Así, por ejemplo, las mejorías en la atención médica, nutrición y salud pública, han dado lugar a aumentos significativos durante los últimos 100 años de la longevidad media en los países desarrollados, mientras que la longevidad máxima de los humanos se ha mantenido esencialmente igual.

A pesar de que las evidencias nos muestran de forma muy sugerente que la RC puede ser beneficiosa para los humanos, la comunidad científica también piensa, por diversas y algunas obvias razones, que la mayoría de la gente no estaría dispuesta o sería incapaz de adoptar dicha estrategia. Consecuentemente, se propuso, en 1998, la idea de los miméticos de la RC. Estos agentes o intervenciones se definirían como manipulaciones que inducirían los cambios y adaptaciones observados en la RC pero sin requerir una reducción de la ingesta de alimentos para obtener los efectos promotores de la salud y la longevidad inducidos por la RC. Algunos le han dado un sentido más amplio y han definido los miméticos de la RC como cualquier intervención capaz de aumentar la longevidad media, o la longevidad máxima, o ambas. En un estudio pionero, se validó el concepto de miméticos de la RC utilizando durante un período de 6 meses un análogo de la glucosa, la 2-deoxiglucosa, que inducía, en ratas, reducciones en los niveles de insulina, así como otros cambios metabólicos. Los

estudios sobre miméticos de la RC están aumentando espectacularmente en los últimos tiempos en la literatura gerontológica.

En este escenario firmemente establecido, el campo de los miméticos de la RC está en pleno proceso de evolución hacia una vibrante aventura intelectual y, por qué no decirlo, empresarial. Así, docenas de compañías, gobiernos y centros académicos de investigación han puesto en marcha programas de investigación en este nuevo y prometedor campo. Dada la naturaleza privada de muchos de los trabajos, los datos disponibles son relativamente limitados. No obstante, puede obtenerse información pública que da idea de las aproximaciones y estrategias en las que se está trabajando. Así, los miméticos de la RC pueden agruparse en las siguientes categorías, que no son mútuamente excluyentes: inhibidores glicolíticos, antioxidantes, reguladores de sirtuina, reguladores lipídicos, potenciadores de la autofagia, sensibilizadores de la insulina, y miscelánea. Como ya se ha mencionado, el primer compuesto en ser evaluado, la 2-deoxiglucosa, es un inhibidor glicolítico, que actúa primariamente sobre la enzima fosfohexosa isomerasa, reduciendo el flujo de glucosa a través de las células. Los resultados experimentales iniciales validan el concepto de que la 2-deoxiglucosa provoca cambios en la misma línea que los inducidos por la RC sin reducir significativamente la ingesta de alimentos en ratas. No obstante hay que decir que para este compuesto la ventana entre eficacia y toxicidad es muy estrecha. A pesar de existir ciertos desacuerdos en cuanto al grado y la especificidad según la especie de su toxicidad, otros estudios a corto plazo parecen sugerir algunos efectos neuroprotectores beneficiosos. Resultados positivos similares se han obtenido con yodoacetato y fenformina.

La categoría de antioxidantes ya ha sido tratada en este mismo capítulo. Tan sólo incidir en dos puntos muy concretos. En primer lugar, los experimentos de supervivencia generalmente revelan un aumento de la longevidad media, no de la longevidad máxima, probablemente debido a sus efectos contra mecanismos patológicos; y en segundo lugar, algunos antioxidantes, tales como el ácido lipoico y el resveratrol están actualmente siendo promocionados como miméticos de la RC. Lo que está claro es que la RC potencia la protección contra la lesión oxidativa que está implicada, en mayor o menor medida, en los mecanismos de RC.

El resveratrol también cae dentro de la categoría de reguladores de sirtuina. Las sirtuinas son histonas deacetilasas que sirven como silenciadores génicos. Existe un cuerpo considerable de evidencias en relación a su papel en el proceso de envejecimiento de diferentes especies, así como de su papel mediador de los efectos de la RC.

Compuestos hipolipemiantes, carnitina, compuestos antidiabéticos (tiazolidinediona, biguanidas), son algunos de los potenciales miméticos de la RC que actualmente están en estudio. Por último, si pueden superarse las barreras comerciales y de propiedad, es posible desarrollar 'cócteles' de miméticos conteniendo ingredientes de múltiples categorías. Algunos trabajos preliminares parecen apoyar esta aproximación. Así, por ejemplo, se ha propuesto un cóctel que incluiría una estatina reductora del colesterol, diversos compuestos antihipertensivos, aspirina y ácido fólico con el objeto de evitar los riesgos cardiovasculares que aumentan con la edad. En sentido estricto, más que hablar de miméticos de la RC, esta estrategia sería congruente con los efectos 'anti-enfermedad' de la RC. En otra aproximación más directa y ambiciosa, se ha procedido a alimentar un grupo de ratones con un cóc-

tel que incluía más de 30 vitaminas, minerales, hierbas, antioxidantes, y otros compuestos nutricionalmente activos (algunos ya comentados anteriormente), en un intento de potenciar la longevidad. Los resultados iniciales parecen demostrar una mejoría cognitiva de los ratones, y los datos más recientes sobre superviviencia parecen sugerir una modesta extensión de la longevidad media. Aunque prometedora, esta es una línea de trabajo que está todavía en un estadio muy preliminar. Lo que sí está claro en que en el inmediato futuro se irán publicando cada vez más trabajos evaluando los efectos de diferentes combinaciones de compuestos, puesto que parece poco probable que aparezca un único mimético que tenga potencialmente la capacidad de simular plenamente los efectos de la RC. Irónicamente, la ciencia del siglo XXI continúa persiguiendo el compuesto mágico de la eterna juventud como lo hicieron nuestros antepasados.

Agradecimientos

Parte de los resultados descritos en este trabajo han sido subvencionados por proyectos del Ministerio de Educación y Ciencia, Ministerio de Sanidad, la Generalitat de Catalunya, La Fundación la Caixa, y la Fundación La Marató de TV3 a R. Pamplona.

Bibliografía general recomendada

AUSTAD, S. (1998): *Por qué envejecemos. Qué está descubriendo la ciencia sobre la transformación del cuerpo a través de la vida*. Paidós.

BARJA, G. y PAMPLONA, R. (cols.) (1998): *El problema del envejecimiento. Cómo acercarse a los 100 años manteniéndose joven*. Akal.

HALLIWELL, B. y GUTTERIDGE, J. M. C. (2007): *Free Radicals in Biology and Medicine*. Oxford University Press.

HAYFLICK, L. (1999): *Cómo y por qué envejecemos*. Herder.

KIRKWOOD, T. (2000): *El fin del envejecimiento*. Tusquets.

LANE, N. (2003): *Oxygen: the molecule that made the world*. Oxford University Press.

MASORO, E. J. (2002): *Caloric restriction: a key to understanding and modulating aging*. Elsevier.

OLSHANSKY, S. J. y CARNES, B. A. (2001): *En busca de la inmortalidad*. Grijalbo Mondadori.

STREHLER, B. L. (1962): *Time, cells and aging*. Academic Press, New York.

Bibliografía específica

AYALA, V.; NAUDI, A.; SANZ, A.; CARO, P.; PORTERO-OTIN, M.; BARJA, G. and PAMPLONA, R. (2007): "Dietary protein restriction decreases oxidative protein damage, peroxidizability index, and mitochondrial complex I content in rat liver". *Journal of Gerontology Biological Sciences Medical Science*, 62A(4):352-360.

Barja, G.; Portero-Otin, M. and Pamplona, R. (2005): "Regulation of longevity by mitochondria: role of free radical production and membrane unsaturation. A comparative approach". In: *New Frontiers in Mitochondrial Biogenesis and Disease*. Villarroya F., Ed, Research Signpost, Kerala, India, pp. 155-187.

Bokov, A.; Chaudhuri, A. y Richardson, A. (2004): The role of oxidative damage and stress in aging. Mech. Ageing Dev.; 125: 811-826.

Caro, P.; Gómez, J.; López-Torres, M.; Sánchez, I.; Naudi, A.; Jove, M.; Pamplona, R. and Barja, G. (2008): "Forty percent and eighty percent methionine restriction decrease mitochondrial ROS generation and oxidative stress in rat liver". *Biogerontology*, 9(3): 183-196.

Caro, P.; Gómez, J.; López-Torres, M.; Sánchez, I.; Naudi, A.; Portero-Otin, M.; Pamplona, R. and Barja, G. (2008): "Effect of every other day feeding on mitochondrial free radical production and oxidative stress in mouse liver". *Rejuvenation Research*, 11(3):621-629.

Caro, P.; Gómez, J.; Sánchez, I.; García, R.; Naudi, A.; Portero-Otin, M.; Pamplona, R. and Barja, G. (2008): "Effect of restriction of dietary aminoacids except methionine on mitochondrial ROS production, oxidative damage, and biogenesis, AIF and SIRT1 in rat liver". *Biogerontology*, en fase de revisión editorial.

Fontana, L.; Meyer, T. E.; Klein, S. y Holloszy, J. O. (2004): "Long-term calorie restriction is highly effective in reducing the risk for atherosclerosis in humans". *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 101: 6659-6663.

Gómez, J.; Caro, P.; Naudi, A.; Portero-Otin, M.; Pamplona, R. y Barja, G. (2007): "Effect of 8.5% and 25% caloric restriction on mitochondrial free radical production and oxidative stress in rat liver". *Biogerontology*, 8(5): 555-566.

Gredilla, R. y Barja, G. (2005): "Caloric restriction, aging and oxidative stress". *Endocrinology*. 146:3713-3717.

Hamilton, M.; Van Remmen, H.; Drake, J. A.; Yang, H. y Guo, Z. M. (2001): Kewitt K, Walter CA, Richardson A.: "Does oxidative damage to DNA increase with age?" *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 98:10469-10474.

Harman, D. (1972): "The biological clock: the mitochondria?" *J. Am. Geriatr. Soc*. 20:145-147.

Hekimi, S. y Guarente, L. (2003): "Genetics and the specificity of the aging process". *Science*. 299:1351-1354.

Hulbert, A. J.; Pamplona, R.; Buffenstein, R. and Buttemer, W. A. (2007): "Life and death: metabolic rate, membrane composition and life span of animals". *Physiological Reviews*, 87(4): 1175-1213.

Khrapko, K.; Ebralidse, K. y Kraytsberg, Y. (2004): "Where and when do somatic mtDNA mutations occur?" *Ann. NY Acad. Sci*. 1019:240-244.

Lambert, A. J.; Portero-Otin, M.; Pamplona, R. and Merry, B. J. (2004): "Effect of ageing and caloric restriction on specific markers of protein oxidative damage and membrane peroxidizability in rat liver mitochondria". *Mechanisms of Ageing and Development*, 125(8): 529-538.

Mair, W. y Piper, M. D. W. (2005): "Partridge L. Calories do not explain extension of life span by dietary restriction in Drosophila". *PLOS Biology*. 3:1305-1311.

Marnett, L. J. (2002): "Oxy radicals, lipid peroxidation and DNA damage". *Toxicology*. 181:219-222.

Meyer, T. E.; Kovacs, S. J.; Ehsani, A. A.; Klein, S.; Holloszy, J. O. y Fontana, L. (2006): "Long-term caloric restriction ameliorates the decline in diastolic function in humans". *J. Am. Coll. Cardiol*. 47: 398-402.

Miquel, J.; Economos, A. C.; Fleming, J. y Johnson, J. E. Jr. (1980): "Mitochondrial role in cell aging". *Exp. Gerontol*. 15:575-591.

Naudí, A.; Caro, P.; Jové, M.; Gómez, J.; Boada, J.; Ayala, V.; Portero-Otín, M.; Barja, G. and Pamplona, R. (2007): "Methionine restriction decreases endogenous oxidative molecular damage and increases mitochondrial biogenesis and uncoupling protein 4 in rat brain". *Rejuvenation Research*, 10(4): 473-484.

Pamplona, R. and Barja, G. (2003): "Aging rate, free radical production, and constitutive sensitivity to lipid peroxidation: insights from comparative studies". In: *Biology of Aging and Its Modulation Series*. Vol.1: Aging at the Molecular Level, Von Zglinicki T, Ed., The Kluwer Academic Publisher pp. 47-64.

Pamplona, R. and Barja, G. (2006): "Mitochondrial oxidative stress, aging and caloric restriction: the protein and methionine connection". *Biochimica et Biophysica Acta – Bioenergetics*, 1757(5-6): 496-508.

Pamplona, R. and Barja, G. (2007): "Highly resistant macromolecular components and low rate of generation of endogenous damage: two key traits of longevity". *Ageing Research Reviews*, 6(3): 189-210.

Pamplona, R.; Barja, G. and Portero-Otín, M. (2002): "Membrane fatty acid unsaturation, protection against oxidative stress, and maximum life span: a homeoviscous-longevity adaptation?" *Annals of the New York Academy of Sciences*, 959: 475-490.

Pamplona, R.; Portero-Otín, M.; Bellmunt, M. J.; Gredilla, R. and Barja, G. (2002): "Aging increases Nepsilon-(carboxymethyl)-lysine and caloric restriction decreases Nepsilon-(carboxyethyl)-lysine and Nepsilon-(malondialdehyde)-lysine in rat heart mitochondrial proteins". *Free Radical Research*, 36 (1): 47-54.

Pamplona, R.; Portero-Otín, M.; Requena, J. R.; Gredilla, R. and Barja, G. (2002): "Oxidative, glycoxidative and lipoxidative damage to rat heart mitochondrial proteins is lower after four months of caloric restriction than in age-matched controls". *Mechanisms of Ageing and Development*, 123 (11): 1437-1446.

Pamplona, R. (2008): "Membrane phospholipids, lipoxidative stress and molecular integrity: a causal role in aging and longevity". *Biochimica et Biophysica Acta-Bioenergetics*. doi: 10.1016/j. bbabio.2008.07.003.

Portero-Otin, M. and Pamplona, R. (2006): "Is endogenous oxidative protein damage envolved in the aging process?" In: *Protein Oxidation and Disease*. Pietzsch, J. Ed, Research Signpost, Kerala, India, pp. 91-142.

Sanz, A.; Barja, G.; Pamplona, R. and Leeuwenburgh, C. (2008): "Free radicals and mammalian aging". In: *Redox Signaling and Regulation in Biology and Medicine*. Jacob, C. and Winyard, P. G., eds. Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Germany.

Sanz, A.; Caro, P.; Ayala, V.; Portero-Otin, M.; Pamplona, R. and Barja, G. (2006): "Methionine restriction decreases mitochondrial oxygen radical generation and leak and oxidative damage to mitochondrial DNA and proteins". *FASEB Journal*, 20 (8): 1064-1073.

Sanz, A.; Pamplona, R. and Barja, G. (2006): "Is mitochondrial free radical theory of aging intact?" *Antioxidants & Redox Signaling*, 8(3-4): 582-599.

Sohal, R. S.: "Role of oxidative stress and protein oxidation in the aging process". *Free Radic. Biol. Med*. 2002; 33: 37-44.

Sorensen, M.; Sanz, A.; Gómez, J.; Pamplona, R.; Portero-Otin, M.; Gredilla, R. and Barja, G. (2006): "Effects of fasting on oxidative stress in rat liver mitochondria". *Free Radical Research*, 40(4): 339-347.

Weindruch, R. (2003): "Caloric restriction: life span extension and retardation of brain aging". *Clin. Neurosci. Res*. 2:279-284.

4

¿Hasta dónde el deporte es saludable?

Por Mónica De la Fuente del Rey
Catedrática Fisiología
Departamento de Fisiología (Fisiología Animal II)
Facultad de Ciencias Biológicas
Universidad Complutense de Madrid

Es posible que antes de empezar a leer este capítulo ya tenga una idea muy clara de lo saludable que es hacer ejercicio físico para mantener la salud. No se va a pretender con lo que aquí se diga que se anule tal idea, pero sí que tenga un sentido más claro y crítico sobre lo que puede ser acertado o no en aquello que escucha y lee sobre este tema. Sólo se pretende abrir su mente a nuevas posibilidades que le hagan reflexionar en lo concerniente a ciertos aspectos del estilo de vida que le permita una mejor salud y calidad de sus años de existencia. Vamos para ello a ir aclarando algunas ideas necesarias para entender el tema central de este capítulo en el contexto del libro en el que estamos.

¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO? ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA LONGEVIDAD

El envejecimiento puede ser definido, utilizando una de las múltiples definiciones del mismo, como un proceso degenerativo que progresivamente deteriora los sistemas biológicos con una irreversible acumulación de cambios adversos, un aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad y que conduce finalmente a la muerte. En todas las definiciones sobre el envejecimiento se recoge la misma idea: los cambios que se van sucediendo en nuestras células y tejidos con el paso del tiempo, que suponen una pérdida progresiva de rendimiento fisiológico y una incapacidad para mantener la homeostasis (ese equilibrio funcional que nos permite responder adecuadamente a las modificaciones de nuestro organismo frente a estímulos internos y externos). Todo ello, hace aumentar el riesgo de enfermedades y de muerte. Por ello, aunque debemos tener claro que el envejecimiento no es una enfermedad, los cambios que experimenta el organismo con el paso del tiempo aumentan las posibilidades de padecerlas. El eminente gerontólogo Strehler indicó las cuatro reglas del envejecimiento, asegurando que este proceso biológico es universal (ya que tiene lugar en todos los organismos multicelulares, incluso en un medio ambiente óptimo), es endógeno o intrínseco (pues las causas del proceso tienen un origen interno), es progresivo (la tasa de cambios es similar a lo largo del tiempo de envejecimiento), y resulta deletéreo (ya que tiene un acusado carácter perjudicial para el individuo pues el resultado final es la muerte del mismo).

Es evidente que en los países desarrollados el envejecimiento humano es un problema a varios niveles, dado el aumento que ha experimentado en los mismos nuestra esperanza de vida media. Así, actualmente esta longevidad media, que es la media de años que viven los miembros de una población, está por los 75 a 83 años en dichos países. Si tenemos en cuenta que el ser humano, al igual que los otros animales, empieza a experimentar el proceso de envejecimiento cuando termina su periodo de crecimiento y desarrollo que le permite la perfecta reproducción para el mantenimiento de la especie, y que éste momento se sitúa, de forma generalmente aceptada, en los 18 años, parece evidente que la mayor parte de nuestra vida la pasamos envejeciendo. Por ello, es de gran interés conocer lo mejor posible lo que sucede en nuestro organismo durante este proceso para poder vivirlo en las mejores condiciones.

¿SE CONOCE YA EL CÓMO SE PRODUCE, DÓNDE SE INICIA Y POR QUÉ TIENE LUGAR EL ENVEJECIMIENTO?

Para poder entender el proceso de envejecimiento hay que encontrar respuestas apropiadas a tres preguntas sobre el mismo: ¿cómo se envejece?; ¿dónde se inicia y desarrolla el proceso de envejecimiento?; ¿por qué tiene lugar este proceso? En ocasiones las respuestas que se han dado a algunas de estas preguntas, en muchos casos ni siquiera bien planteadas por muchos de los científicos que se dedican a estudiar el envejecimiento, los denominados gerontólogos, han sido incorrectas y, lo que es peor, oportunistas e interesadas. Precisamente, un problema con el que nos encontramos en la actualidad es que, dado el interés por el envejecimiento que se está creando en la sociedad, las publicaciones de los estudios y teorías que aparecen sobre este tema han aumentado considerablemente, y una excesiva información, mal interpretada y divulgada, puede resultar incluso negativa a la hora de avanzar en el conocimiento de este proceso. No obstante, hemos de tener presente que es sólo con las aportaciones científicas desde donde tenemos que partir para llegar a responder las preguntas indicadas.

Puede resultar curioso que los avances que experimentó la ciencia en el siglo XX hayan resuelto la manera de poder ir a la luna y no consiguieran llegar a entender el problema del envejecimiento. Como indica Jaime Miquel en su artículo "Envejecimiento: Ciencia y ficción" de Mundo científico: "los intrincados procesos bioquímicos responsables del envejecimiento y la muerte son mucho más difíciles de aclarar que los problemas de ingeniería que hacen posible los viajes espaciales".

Conseguir una respuesta razonable a las preguntas del cómo, dónde y por qué del proceso de envejecimiento pasaría por esbozar una brevísima revisión de las teorías emitidas sobre el mismo, pero no es este el lugar para hacerlo. Nos centraremos únicamente en la teoría más aceptada, la de los radicales libres o de la oxidación, y con esa base, aunando otras aportaciones más clásicas y otras más modernas, llegaremos a una teoría integradora que satisfaga científicamente nuestra curiosidad sobre este proceso. Con tal información será posible reflexionar sobre la necesidad biológica del envejecimiento, sobre por qué existe a nuestro pesar y asumir la idea de que envejecer no es más que el precio a pagar por tener una existencia con todas las posibilidades de estar llena de "vida".

La preocupación por entender las causas del envejecimiento es algo inherente a la cultura humana, pero el análisis de los mecanismos que determinan la duración de la vida de los animales, incluido el ser humano, se inicia cuando el desarrollo de las ciencias experimentales permite abordar adecuadamente esta cuestión, hecho que sucede en el siglo XIX. Con el avance de los conocimientos científicos van apareciendo hipótesis que intentan explicar, aunque lo hagan muy parcialmente, las causas del proceso de envejecimiento. En cada época, tales explicaciones se han elaborado en el marco de los aspectos científicos de la biología y la medicina que estuviesen en ese momento de mayor actualidad. De este modo, se ha ido pasando de los análisis estadísticos de la longevidad de las poblaciones, a la pérdida de rendimiento de diferentes sistemas fisiológicos, llegando al auge actual de la biología molecular y la genética. A lo largo de todo este tiempo, el abordaje de los científicos al pro-

blema que supone conocer las causas del envejecimiento ha sido, como inevitablemente lo es todo lo que hace el ser humano, tremendamente subjetivo. Así, cada investigador se ha centrado y aislado en su campo de conocimiento, obviando una visión integradora y que supusiera la cooperación con otras áreas científicas. Sólo la visión integrada de las diferentes apreciaciones, que como las piezas de un "puzzle" sean colocadas en la situación que les corresponde, puede dar una idea más aproximada de lo que realmente se quiere describir. Durante mucho tiempo, y por desgracia aún continúa, cada vez que los investigadores se acercan a estudiar el envejecimiento lo hacen desde la perspectiva de su campo de experiencia. Así, el genetista se ha obsesionado con los genes como únicos responsables del envejecimiento; el conocedor de las membranas celulares con esta parte de la célula; el neurólogo se ha centrado en el sistema nervioso, etc. De esta manera, cada uno ha propuesto una teoría diferente para explicar ese proceso. Por ello, no es de extrañar que cuando en 1990 Medvedev se puso a recopilar las teorías existentes hasta ese momento sobre el envejecimiento, le salieran cerca de 300. Es evidente que el envejecimiento es multifactorial, que tiene lugar a todos los niveles de organización biológica (desde los genes hasta las células, los tejidos, los sistemas y el organismo completo), pero esto no justifica que se hayan emitido un número tan elevado de teorías. Actualmente, muchas de ellas ya sólo tienen valor histórico; incluso conceptos tan populares hace unos años como el del reloj mitótico de Hayflick están perdiendo apoyo, y su propio autor los desecha como explicación de proceso de envejecimiento.

Como se ha indicado anteriormente, es la teoría de la oxidación la base para empezar a entender cómo se produce el envejecimiento. Rebeca Gerschman, y de forma más claramente aceptada Denham Harman, trabajando independientemente, publicaron en las décadas de los cincuenta y los sesenta una serie de trabajos en los que se indicaba la implicación de los radicales libres de oxígeno en el envejecimiento celular. Los radicales libres son especies químicas derivadas del oxígeno que pueden existir independientemente y que contienen uno o más electrones desapareados. Estos radicales son producidos continuamente en el metabolismo celular como consecuencia de la inevitable utilización del oxígeno en la respiración de nuestras células. Dada la gran reactividad de estas especies químicas, al intentar aparear el electrón que tienen desapareado tomándolo de otra molécula cercana, reaccionan con todo tipo de biomoléculas: lípidos, proteínas, glúcidos y ácidos nucleicos. Este hecho supone la alteración por oxidación de las mismas y consecuentemente la pérdida de su funcionalidad y, con ella, de la función celular. El exceso de producción de estos radicales generan una oxidación de las moléculas del organismo, hecho que no sólo puede causar el envejecimiento, sino también muchos otros procesos degenerativos como el cáncer, la arteriosclerosis o la inmunodeficiencia. Un hecho a resaltar es que no sólo el oxígeno es necesario para la vida; los radicales libres, o mejor, utilizando el término más amplio de "especies reactivas de oxígeno" (ROS, siguiendo las siglas inglesas), esto es, todas las moléculas derivadas del oxígeno que contienen grupos reactivos aunque no se acojan a la definición indicada para un radical libre, en determinadas concentraciones son necesarios para muchos procesos fisiológicos. Por tanto, el funcionamiento de nuestro organismo se basa en un perfecto equilibrio entre los niveles de oxidantes que producimos y los de defensas antioxidantes de que dispongamos para neutralizarlos. Es la pérdida de este equilibrio, por un exceso en la pro-

ducción de los primeros o por una menor disponibilidad o control de los segundos, lo que lleva al estrés oxidativo que subyace a la enfermedad y al envejecimiento. Ya indicó Gerschman en 1962, siguiendo su teoría general sobre los efectos tóxicos del oxígeno, que asociaba al aumento en la concentración intracelular de los radicales libres, que el envejecimiento era debido a que las defensas antioxidantes del organismo no contrarrestaban el ataque oxidativo. Textualmente Gerschman comentó "las oxidaciones incontroladas, que derivan de una pequeña insuficiencia del sistema de defensa antioxidante, podrían ser un factor crucial en el proceso de envejecimiento y en la duración de la vida".

Así, el estrés oxidativo permite explicar lo que sucede en el organismo al envejecer, a saber, mayor presencia de ROS de la necesaria, lo que lleva al daño en las biomoléculas y a la consecuente falta de función celular. Esta teoría sobre el papel de los radicales libres en el envejecimiento es la más aceptada, y como indican Vijg y Müller en el año 2000: "La teoría gerontológica de los radicales libres propuesta por Harman en 1956 aún ofrece la explicación más atractiva de un mecanismo general responsable del envejecimiento". Sin embargo, esta teoría, tal cual fue enunciada, aunque nos aproxima a entender cómo se envejece, no responde a dónde se inicia el proceso y a por qué tiene lugar. Dada la complejidad del envejecimiento, ninguna teoría aislada puede ofrecer una explicación satisfactoria de todos sus aspectos. Una aproximación para entender dónde comienza el envejecimiento la tenemos en la "teoría mitocondrial" propuesta de forma más completa por Jaime Miquel. Este investigador, además de implicar a la mitocondria (organela en la que tiene lugar la mayor producción de ROS, al ser la localización de la respiración celular) como primera diana de los radicales libres, focaliza el proceso en el genoma mitocondrial y en las células diferenciadas (con escasa o nula capacidad para dividirse). El envejecimiento quedaba así ligado, de forma prioritaria, al daño oxidativo que tiene lugar en los genes de las mitocondrias, lo que supone una desorganización progresiva de estas organelas, hecho que es más apreciable cuando las mismas no pueden regenerarse por división celular al carecer la célula de mitosis por ser una célula diferenciada. Esto supone una pérdida de la capacidad de síntesis del ATP que se genera en las mitocondrias y que proporciona la capacidad energética celular. De este modo, como indicará Miquel en 1991, con el paso del tiempo, esas células irían perdiendo rendimiento y resistencia al estrés, lo que sustenta la base del deterioro funcional que se produce al envejecer. Más recientemente, se ha completado este panorama al comprobar que la tasa de generación de radicales de oxígeno en las mitocondrias, más baja en los animales con elevadas esperanzas máximas de vida, es la causa primera de la longevidad. Este hecho se complementa en estos animales más longevos con un consecuente menor daño oxidativo en sus biomoléculas, fundamentalmente en el ADN mitocondrial. Con esta aportación ya sabemos dónde se inicia el envejecimiento: en las mitocondrias de las células diferenciadas, por ejemplo de nuestras neuronas o células musculares.

Para entender adecuadamente el porqué del proceso de envejecimiento es conveniente tener en cuenta una serie de teorías evolutivas sobre el mismo. Williams en 1957 se planteaba cómo era posible que después del hecho tan milagroso de conseguir un animal, con su elevada complejidad, la vida fuera incapaz de realizar una tarea aparentemente más fácil, la de preservar lo que ya está formado. La respuesta es que el objetivo prioritario de la evolución no es la longevidad individual, sino la supervivencia de la especie, que en los anima-

les se asegura a través de la reproducción sexual. Esta idea ha sido tratada con gran amplitud por Klarsfeld y Revah en su libro "The Biology of Death" de 2004, en el que se recoge cómo la muerte del individuo es necesaria para rejuvenecer la especie, y como esa muerte y la reproducción sexual están necesariamente unidas. Con ello, se ha llegado a la conclusion de que lo que nos permite tener más capacidad funcional en la edad reproductiva, como es la utilización del oxígeno para la obtención de energía en nuestras células, es lo que más directamente causa el deterioro y la muerte tras ese periodo de la vida del individuo. Así, según Williams, el envejecimiento sería consecuencia de los efectos secundarios del producto de genes que son beneficiosos para conseguir el máximo rendimiento funcional en la edad de la reproducción, pero que resultarían nocivos después. Por tanto, un organismo podría tener unos genes que permitieran aumentar su capacidad de supervivencia mientras fuera apto para la reproducción, esto es, cuando fuera joven, y que permitieran la exterminación del mismo cuando dejara de serlo. Son las necesidades de mantenimiento de la especie y no las del individuo las que imperan biológicamente. El porqué tiene lugar el envejecimiento, sería un efecto secundario, no programado, de la consecución de una adecuada actividad vital que permita la reproducción y el mantenimiento de la especie. Como diría la voz popular: "No se puede tener todo".

¿QUÉ ES LA "EDAD BIOLÓGICA"?

Un hecho evidente es que ese proceso progresivo de deterioro que es el envejecimiento presenta una enorme heterogeneidad. Cada uno de los diferentes niveles de organización biológica, desde las moléculas, las células, los tejidos y los sistemas fisiológicos al individuo en su conjunto, van sufriendo alteraciones que se manifiestan de manera y a velocidad diferentes, tanto en cada uno de esos niveles como en los distintos individuos de una especie. Por tanto, no sólo hay una distinta tasa o celeridad de envejecimiento en los órganos y sistemas de nuestro organismo, también se aprecian diferencias en los cambios fisiológicos que acompañan al paso del tiempo en cada uno de los miembros de una población con la misma edad cronológica. Así, se hace evidente que el "tiempo biológico" que se manifiesta en cada organismo no siempre coincide con el "tiempo cronológico" que miden los relojes, no tienen lugar al mismo ritmo. Este hecho se empezó a estudiar en los años cincuenta del pasado siglo, y fue en principio introducido por las compañías de seguros de EE.UU. MacFarland en 1953 estableció el término de "Edad funcional", utilizando este concepto en los pilotos de las líneas aéreas para decidir la edad de jubilación. La OMS aceptó esa idea en 1963 como criterio de jubilación, al encontrar que la edad funcional era más equitativa para ello que la edad cronológica. El concepto de "edad biológica" fue desarrollado por Confort en 1969, siendo más amplio que el de "edad funcional" al incluir no sólo parámetros funcionales, también no funcionales. A lo largo de los años setenta, una serie de estudios, algunos llevados a cabo con un gran número de individuos y de forma longitudinal, van a ir acreditando el valor de la "edad biológica" para predecir la longevidad que alcance cada individuo. Este tema se sigue en los años ochenta y noventa con otra serie de estudios llevados a cabo en EE.UU. y aquí en España por Miquel y colaboradores. Estos últimos estable-

cieron un útil "Biograma" o "Gerograma" para detectar la edad biológica en nuestro país. Para determinar esa "edad biológica" es necesario la utilización de "biomarcadores", los cuales son una serie de parámetros bioquímicos, fisiológicos y psicológicos que cambian con la edad y que pueden ser sometidos a análisis que pongan de manifiesto las relaciones entre edad biológica, edad cronológica, pérdida de salud y expectativas de longevidad. La investigación más exhaustiva al respecto ha sido la de Borkan y Norris, realizada en mas de mil varones participantes en el estudio de envejecimiento humano del *Centro Gerontológico* de Baltimore. Este estudio demostró que la presencia de ciertos parámetros "más envejecidos", entre los que se incluían los de capacidad respiratoria, tensión arterial y tiempo de reacción en pruebas psicológicas, que los de la mayoría de las personas de su misma edad cronológica supone una tendencia a morir prematuramente. Donde el análisis de "edad biológica" se manifiesta de gran utilidad es para poder conocer la eficacia de estrategias basadas en el estilo de vida, las cuales van a permitir al ser humano aumentar su longevidad media y acercarla a la máxima (los aproximadamente ciento veinte años que alcanza nuestra especie), en excelentes condiciones de salud. La utilización de esos parámetros para conocer la auténtica "edad biológica" de cada individuo nos permite saber si los tratamientos o cambios en los estilos de vida han sido eficaces a la hora de conseguir mantener un estado funcional más "juvenil", haciendo que los cambios que experimentamos con el paso del tiempo se hagan de forma más lenta. En este sentido, nuestro grupo de investigación ha conseguido establecer, mediante la valoración de diversos parámetros de capacidad funcional de nuestro sistema inmunitario (el encargado de defendernos frente a infecciones y cánceres), la edad biológica de las personas y comprobar la eficacia de diversos factores de estilo de vida para mantener una menor edad biológica y aumentar nuestra longevidad media.

¿SE PUEDE VARIAR LA VELOCIDAD DE ENVEJECIMIENTO?

Cuando en ocasiones leemos o escuchamos en algún libro o medio de comunicación que se puede "revertir el envejecimiento" y que podemos llegar a vivir ya 500 años, debemos tener claro que no están utilizando términos correctos y están equivocados. Por ejemplo, en el 2002 salió un libro, que cayó en mis manos por casualidad, escrito por Deepak Chopra y otro médico experto en medicina ayurvédica. Con su mejor intención escribían consejos muy útiles para vivir mejor, pero los recogían en un título de "Rejuvenecer y vivir más. Diez pasos para revertir el envejecimiento", totalmente incorrecto. En una de las primeras páginas se volvía a indicar un hecho que no es cierto: "el envejecimiento humano es reversible". De hecho, el libro se inicia basándose en otro previo cuyo mensaje central era que "el cuerpo humano no es una máquina biológica sujeta al deterioro constante e implacable que causa el paso de los años". Parece mentira que esos términos sean utilizados por médicos. Si no somos biológicos qué somos. A pesar de estas incorrecciones, las recomendaciones que se hacían en el libro eran las que hoy, con información científica en mayor o menos amplitud dependiendo de cada una de ellas (una buena nutrición, una adecuada actividad física, un buen descanso, una actitud mental positiva...), sabemos que pueden ayudar a que mantengamos una mejor salud, una menor edad biológica y consecuentemente podamos llegar a

la esperanza de vida máxima o longevidad máxima que tenemos como miembros de la especie animal *Homo sapiens sapiens*. Sabemos que esa longevidad máxima, esto es, el tiempo máximo que un miembro de una especie puede vivir, viene determinada genéticamente, que se estableció cuando lo hizo cada una de las especies animales, y que en nuestro caso es de unos 120 años. Puede parecer curioso que ese dato sea ya mencionado en el Génesis 6(3) ("Entonces dijo Yahvéh: No permanecerá para siempre mi espíritu en el hombre, porque no es más que carne; que sus días sean ciento veinte años"). De hecho, la persona que ha tenido el récord de longevidad claramente registrado fue Jeanne Louise Calment que nació en Arlés (Francia) en 1875 y murió en 1997, esto es, vivió 122 años. Los avances sanitarios y un adecuado estilo de vida, pueden permitir a muchas más personas una mayor longevidad media, pero no nos harán superar mucho esos 120 años, algo sólo posible en un futuro, cuando se puedan manipular los genes de una forma apropiada. Y esto es relevante, pues a día de hoy no se tienen claros los posibles y muy probables efectos secundarios que esa manipulación representaría en la vida del individuo. Volviendo a lo que más nos interesa, nuestra longevidad media, ésta sí puede ser modificada por los factores ambientales. De hecho, se ha indicado en diversos estudios que si bien los genes podrían participan en un 25% de esa longevidad media, el estilo de vida lo haría en un 75%. En este elevado porcentaje sí podemos incluir las pautas que Chopra recoge en su libro y que han sido indicados en muchas otras publicaciones. Incluso nuestro grupo de investigación, a la vista de resultados científicos obtenidos en este campo desde hace más de veinte años, ha indicado en varias publicaciones que podemos hacer más lento nuestro proceso de envejecimiento siguiendo cuatro pilares de estilo de vida: una adecuada nutrición, una apropiada actividad física, evitar los hábitos nocivos (tabaco, alcohol, falta de sueño...) y una buena y positiva actitud ante la vida y frente a las situaciones cotidianas de estrés. En ese sentido, cada día se tiene más evidencia de lo relevante que es, para alcanzar una buena longevidad, el optimismo, el sentirse feliz. Como ejemplo se puede indicar que en la Clínica Mayo, en los años sesenta, se hizo un seguimiento a cerca de mil personas a las que se les hacía una encuesta para conocer su situación en una escala de optimismo-pesimismo. Los resultados indicaron que la situación de optimismo está ligada a una vida más larga, de modo que cada subida de 10 puntos en la escala de pesimismo suponía un aumento del 19% en el riesgo de mortalidad.

Realmente cualquier persona que se pare a pensar durante un tiempo sobre el tema puede llegar a las mismas conclusiones que acaban de ser apuntadas, y que se han alcanzado tras numerosos estudios de investigación. Así, ya el saber popular ha tenido muy claro desde hace tiempo lo que había que hacer a la hora de mantener una adecuada salud. Un ejemplo de esto lo tendríamos en una poesía, un tanto rupestre pero con sabios consejos, que el poeta extremeño Francisco Gregorio de Salas recogió como "Receta segura contra la hipocondría" en el siglo XVIII:

Vida honesta y arreglada
Usar de pocos remedios
Y poner todos los medios,
De no alterarse por nada.
La comida moderada,

Ejercicio y diversión,
No tener nunca aprensión,
Salir al campo algún rato
Poco encierro, mucho trato,
Y continua ocupación.

No obstante, la demostración científica es necesaria y hay que seguir profundizando en el conocimiento de estos aspectos tan relevantes para nuestra existencia.

Como se ha indicado, el ejercicio es uno de los factores de estilo de vida que parecen incidir en la velocidad de envejecimiento y por tanto en nuestra longevidad media. Vamos a conocer seguidamente algunos conceptos, que nos pueden resultar útiles, sobre el ejercicio físico.

¿QUÉ DATOS CIENTÍFICOS HAY SOBRE EL PAPEL DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA SALUD?

La palabra ejercicio deriva de una raíz latina que significa "mantener". El ejercicio es un medio para practicar, poner en acción, entrenar, usar y/o mejorar. Una de las definiciones de ejercicio, que podemos encontrar en el diccionario, indica que es "cualquier movimiento corporal repetido y destinado a conservar la salud o recobrarla". El ejercicio es una parte natural de la vida, aunque en la actualidad, especialmente en los países desarrollados tengamos que recordar continuamente que hay que incluirlo en nuestra rutina diaria.

Si vamos a hablar de ejercicio físico y de su papel en la salud, parece obvio que sepamos qué es, cómo podemos cuantificarlo, los tipos de ejercicio que podemos llevar a cabo y qué efectos tiene en los diferentes sistemas corporales.

Algunos conceptos

La capacidad motriz o potencial motor define los niveles de aptitud para el movimiento que posee una persona, y determina el aspecto cuantitativo del mismo. Esta capacidad depende de la combinación de las cualidades físicas motrices (fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad) y de las coordinativas (coordinación y equilibrio) que dan como resultado lo que denominamos agilidad. Se indican brevemente estos conceptos en la Tabla 1.

TABLA 1
Cualidades de la capacidad motriz

Fuerza: capacidad que tienen los músculos para desarrollar tensiones al objeto de vencer u oponerse a resistencias externas.
Velocidad: capacidad de llevar a cabo acciones motrices en un tiempo mínimo sin que se produzca fatiga.
Resistencia: capacidad para mantener un rendimiento determinado durante un espacio de tiempo lo más prolongado posible.
Flexibilidad: capacidad o rango de movimientos de una articulación dada.
Coordinación: actuación del sistema nervioso y muscular en el desarrollo del movimiento.
Equilibrio: capacidad de mantener o recuperar la posición del cuerpo durante la ejecución de posiciones estáticas o en movimiento.

Cuantificación del ejercicio

El ejercicio necesita ser cuantificado de la forma más exacta posible, máxime si queremos saber cuánto ejercicio resulta positivo o no para la salud. De todas las cualidades y capacidades de la actividad física que hemos indicado; fuerza, resistencia, coordinación, etc., no todas son igualmente mesurables. Como en toda actividad muscular se consume energía, una forma de cuantificar el ejercicio que se lleva a cabo es medir el gasto calórico producido al llevarlo a cabo. Ese gasto se expresa en kilocalorías, pero la forma más frecuente de expresar los requerimientos energéticos es en MET, o equivalentes metabólicos, siendo un MET la cantidad de oxígeno que un individuo consume sentado en reposo (lo que equivale a 3,5 mL/kg/min ó 1 kcal/kg/h). Entre 4 y 6 MET, para un adulto, reflejan una actividad moderada como caminar a paso rápido. A partir de 6 MET es una actividad intensa como correr. Un límite máximo para un hombre de cincuenta años se podría poner entre 9 y 10 MET. Esta medida tiene el inconveniente de que cualquier persona que está haciendo una actividad física no puede saber cuánto oxígeno esta consumiendo. Una forma muy frecuente de determinar la intensidad del ejercicio es mediante el porcentaje de capacidad aeróbica máxima (VO_2 max), la cual se expresa en L/min o en mL/kg/min. Para conocer esa capacidad también se requiere un sistema de medición no asequible a cualquier persona. Dada la correlación entre VO_2 max y la frecuencia cardiaca, se puede utilizar esta para medir la intensidad del ejercicio. Como la frecuencia cardiaca representa el número de veces que se bombea sangre del corazón, los latidos que hay en cada minuto, podemos cuantificarla por las pulsaciones que tengamos. Esta forma de medir la actividad física puede ser más asequible, bien usando un pulsímetro o tomándose el pulso uno mismo.

Tipos de ejercicios

Las clasificaciones de los tipos de ejercicio son muy variadas, dependiendo el criterio que se siga.

Si tenemos en cuenta la forma en que la contracción muscular se lleva a cabo, al ejercicio físico se le puede clasificar en dos grupos fundamentales: A) Estático, aquel en el que no

hay modificación en la longitud del músculo, y por tanto no hay movimiento, pero con importancia en el mantenimiento de la postura y fuerza; y B) Dinámico, en el que las fibras musculares se acortan (concéntrico) o se alargan (excéntrico), originando el desplazamiento articular y consecuentemente produciendo movimiento y trabajo.

Dependiendo del efecto global que producen en el cuerpo, los ejercicios se agrupan generalmente en tres tipos: A) Ejercicios de flexibilidad (por ejemplo estirar los músculos), los cuales mejoran el rango de movimiento de los músculos y las articulaciones. B) Ejercicios aeróbicos (por ejemplo caminar), que son los que aumentan la capacidad cardiovascular. Un ejercicio aeróbico intenso es el que está entre el 85-90 % de la VO_2 max y una frecuencia cardiaca de 180 latidos por minuto. El considerado ligero tiene una intensidad de 40-70 % de la VO_2 max y 120-140 pulsaciones por minuto de frecuencia cardiaca. C) Ejercicios anaeróbicos (por ejemplo entrenamiento con pesas), que aumentan la fuerza, la masa muscular y la ósea. Se les califica de muy intensos, aunque esto depende de cómo se lleven a cabo.

Una clasificación en función de la intensidad y el tipo de trabajo realizado, se recoge en la Tabla 2 que fue publicada en 1985 por el "J. Am. Colleg. Cardiol.".

TABLA 2

Modalidades de ejercicio en referencia a la intensidad y tipo de trabajo

I. Deportes de moderada o alta repercusión cardiovascular:
   - A. Deportes aeróbicos con participación muscular dinámica predominante: pruebas de fondo de atletismo, baloncesto, balonmano, ciclismo de ruta, esquí de fondo, fútbol, hockey en sus diversas modalidades, rugby, tenis y triatlón.
   - B. Deportes anaeróbicos con participación muscular mixta (isométrica y dinámica): pruebas de velocidad en atletismo, artes marciales (karate, judo, etc), bádmiton, ciclocrós, esquí alpino, fútbol americano, natación sincronizada, motocrós, pentatlón, squash, waterpolo y voleibol.
   - C. Deportes aeróbicos-anaeróbicos con participación muscular mixta: bicicleta de montaña, boxeo, ciclismo pista, patinaje, piragüismo y remo.

II. Deportes de moderada repercusión cardiovascular:
   - A. Deportes aeróbicos con participación muscular dinámica: trecking.
   - B. Deportes anaeróbicos con participación muscular isométrica: motociclismo, surf y vela.

III. Deportes de ligera o baja repercusión cardiovascular: bolos, criquet, golf y tiro con arco.

Sin embargo, las distinciones que se han hecho entre los diferentes tipos de ejercicios no es tajante, pues la mayoría de las actividades de la vida cotidiana y de los deportes engloban en su realización esfuerzos de un tipo u otro con predominio de alguno de ellos.

Efectos del ejercicio físico en el organismo

Los efectos que la realización de ejercicio físico ejercen sobre los diferentes órganos y sistemas corporales son muy variados y dependen del tipo, intensidad y duración de la actividad. Una idea que tenemos que tener clara para comprender los cambios fisiológicos con el ejercicio es que hay que distinguir entre la respuesta o ajuste del organismo a la ejecución

de una actividad física y la adaptación que se genera como consecuencia de la repetición sistematizada del ejercicio (entrenamiento). La realización de ejercicio físico supone la participación de prácticamente todos los sistemas y órganos del cuerpo humano. Además del sistema muscular, el nervioso y el metabolismo corporal, los sistemas más afectados por la actividad física son: el cardiocirculatorio, el respiratorio, el endocrino y el inmunitario. Los cambios que tienen lugar en esos sistemas son los necesarios para que nuestro cuerpo se adapte a la situación que genera el movimiento, lo que sucede fundamentalmente en los ejercicios de tipo aeróbico. Cuando corremos, por ejemplo, nuestros pulmones captan más aire y la frecuencia respiratoria aumenta, se necesita más oxígeno para nuestros músculos. Para que ese oxígeno llegue bien a los mismos, el oxígeno captado en la respiración difunde mejor a la sangre y aumenta la cantidad de sangre que sale del corazón en cada latido, la frecuencia de los mismos, esto es, la frecuencia cardiaca y la presión con la que sale la sangre del corazón. La temperatura corporal aumenta y aparece una vasodilatación. El sistema nervioso y el endocrino producen mediadores que desencadenan y regulan todos esos cambios. Es conocido que el ejercicio aumenta, por ejemplo, los niveles de hormona del crecimiento (GH), de cortisol y de adrenalina, que también son mayores los niveles de otra hormonas como el glucagón, prolactina, o las hormonas sexuales, y que aumenta el nivel de endorfinas. Todo ello es necesario para preparar el organismo a dicha situación, y como se comentará más adelante, un adecuado ejercicio, al generar un estrés suave al que el organismo tiene que responder, lo prepara para estar en mejores condiciones de respuesta frente a agresiones mayores, esto es, potencia la salud. En lo que respecta al sistema inmunitario, el que nos defiende frente a las frecuentes infecciones a las que estamos sometidos y frente a los tumores que continuamente se desarrollan en el organismo, la realización adecuada de actividad física permite mantenerlo en idóneas condiciones. No obstante, se ha comprobado que si uno tiene un proceso infeccioso y realiza ejercicio, éste lo que hará será extender la infección. Por ello cuando se está en esa situación lo mejor es recuperarse primero y luego continuar con nuestra vida activa.

El ejercicio físico tiene un papel importante en la insulinorresistencia, pues aumenta la sensibilidad a la insulina. Esta es la base de la indicación de hacer ejercicio que tienen las personas diabéticas. Otros efectos de la actividad física se centran en los huesos, tejidos conjuntivos, articulaciones y músculos. En respuesta al esfuerzo del ejercicio el hueso sufre una remodelación, adquiriendo mayor mineralización y fortaleza. También el cartílago de las articulaciones se hace más grueso y más adaptable y las presiones que se generan en dichas articulaciones son menores para una determinada tarea. En el interior de la masa muscular, las fibras musculares trabajan mejor y son más efectivas. Si se hace habitualmente ejercicio, tanto el tejido conjuntivo como el muscular se hipertrofian y el diámetro de las fibras musculares aumenta, aunque su número permanece estable. El aumento de la masa de tendones y tejido conjuntivo de los músculos mejora la capacidad de los mismos para transmitir la fuerza generada por las fibras musculares al esqueleto. Además, al mejorar la circulación a los músculos estos reciben más adecuadamente el oxígeno y consiguen más energía, más ATP.

Cuando hacemos habitualmente ejercicio, cuando nos entrenamos, esos cambios fisiológicos van modificando y preparando a nuestros sistemas corporales. Esto hace que estén

mejor dispuestos para experimentar un reto importante cuando se presente. Así, por ejemplo, las personas entrenadas tienen una menor frecuencia cardiaca en reposo, esto es, el número de veces que el corazón late por minuto es más bajo, pero la cantidad de sangre que sale de su corazón es apropiada, pues ese corazón, al haber aumentado de tamaño y mejorado la capacidad funcional de sus paredes como consecuencia del entrenamiento, expulsa la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. Esa menor frecuencia cardiaca basal permite que en estas personas al someterse a un ejercicio fuerte, la subida que experimenten en dicha frecuencia no supere el umbral que haría colapsar el corazón. Si una persona sedentaria tiene que hacer en un momento dado un gran esfuerzo físico, por ejemplo una gran carrera, su frecuencia sería tan elevada que no dejaría tiempo al corazón para llenarse de sangre y, si no hay sangre dentro de nuestra bomba circulatoria no sale al cuerpo, tendríamos un colapso cardiaco. En la Tabla 3 se recogen los efectos fisiológicos de la realización de ejercicio.

TABLA 3

Resumen de los efectos fisiológicos de la realización de ejercicio

A) Al iniciar el ejercicio

1. Aumenta el gasto cardiaco (esto es la cantidad de sangre que sale del corazón cada minuto). Este aumento se debe tanto a la cantidad de sangre que sale del corazón cada vez que se contrae, sístole, como al número de veces que lo hace en un minuto, frecuencia cardiaca. La presión con la que sale la sangre del corazón en cada contracción aumenta.
2. La ventilación pulmonar aumenta. Se inhala más aire y se hacen más respiraciones por unidad de tiempo, esto es, aumenta la frecuencia respiratoria.
3. La difusión del oxígeno desde la sangre a los músculos es mayor, y el flujo de sangre a los mismos también como consecuencia de la vasodilatación a ese nivel.
4. Estimulación del sistema nervioso, especialmente el autónomo simpático.

B) En la realización habitual de actividad física

5. Disminuye las lipoproteínas de baja densidad y aumenta las de alta, lo que previene contra la aterosclerosis.
6. Disminuye las cifras de presión arterial.
7. Disminuye la grasa corporal y aumenta la masa magra (músculo).
8. Aumenta la fuerza y resistencia de los músculos.
9. Aumenta el contenido mineral del hueso, disminuyendo el riesgo de osteoporosis.
10. Favorece la actividad de la insulina y reduce el riesgo de diabetes.
11. Mejora la función inmunitaria, protegiendo de infecciones y cánceres.
12. Facilita el descanso nocturno.
13. Previene contra caídas y fracturas.
14. Favorece el rendimiento intelectual y reduce el riesgo de deterioro cognitivo.

La forma física

La Organización Mundial de la Salud define la forma física como la capacidad de una persona para realizar satisfactoriamente el trabajo muscular, lo que resulta bastante diferente para un atleta o para un anciano. Sería además necesario tener en cuenta que poseer un buen estado de forma física para todas las capacidades corporales es muy difícil. Mas aún, se suele decir que una persona posee una buena forma física muscular, cardiorrespiratoria,

articular e incluso psíquica, cuando los parámetros que definen esas situaciones son los óptimos. En nuestra sociedad, en la que la vida se estructura con clara tendencia al sedentarismo, el disfrutar de una buen estado de forma física suele exigir un cierto grado de sacrificio, aunque muy inferior a la sensación de bienestar que produce ese disfrute. En la mayoría de las ocasiones una buena forma física coincide con una excelente salud, en otras, por desgracia, no es así.

La salud y la enfermedad. El ejercicio en la salud física

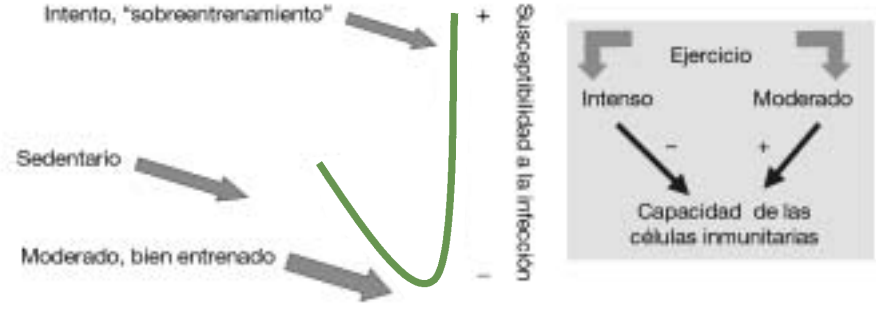
La dificultad en definir lo que es la salud se debe a que no se la puede considerar simplemente la ausencia de enfermedad, es algo mucho más complejo. La sensación de bienestar, la capacidad para ejercer toda clase de funciones, entre otras cosas, son aspectos a considerar en ese término. Pero si es difícil definirla, casi lo es más valorarla.

Muchos estudios efectuados en diversos países, incluida España, señalan que las personas que mantienen una condición física buena y estable tienen menos posibilidades de sufrir enfermedades, especialmente aquellas en las que está implicado el corazón. Pero las acciones preventivas y rehabilitadoras del ejercicio hay que extenderlas a muchas otras situaciones como la obesidad, la hiperlipidemia, la hipertensión, la diabetes, el cáncer, la osteoporosis, las artropatías, así como el abandono de hábitos nocivos como el tabaco o el alcohol y otras drogas.

Desde hace tiempo se tiene constancia del papel del ejercicio físico en el mantenimiento y mejoría de la salud. No obstante, en la mayoría de los sistemas fisiológicos los efectos del ejercicio dependen de cuánto ejercicio se haga. La Figura 1 recoge la famosa curva en forma de "J" que representa la relación entre ejercicio y susceptibilidad a la infección, pero que puede ser aplicada a la relación que el ejercicio tiene con la salud. El sedentarismo es malo, pero el sobreentrenamiento es peor.

FIGURA 1

Curva de susceptibilidad a enfermedades infecciosas con la realización de ejercicio físico



Fuente: Pedersen y cols. 1998 (Cat. Physiol. Scand.)

La curva en forma de "J " típica de la susceptibilidad a procesos infecciosos dependiendo de la intensidad de ejercicio que se lleve a cabo. Las personas con sobreentrenamiento, como sucede en deportistas de alta competición, son muy susceptibles a enfermedades infecciosas. También, pero en menor medida, los sedentarios. Cuando la susceptibilidad a enfermar por infección es menor es cuando se realiza ejercicio físico moderado. Esto se debe a que el ejercicio intenso disminuye la capacidad funcional de las células de nuestro sistema inmunitario, mientras que el ejercicio moderado la aumenta.

El ejercicio en la salud mental

Muchas veces cuando hablamos de salud parecemos focalizarnos en la denominada corporal y nos olvidamos de la mental, tan importante o más que la otra. El ejercicio físico, realizado adecuadamente, mejora el bienestar psicológico, como se recoge en la Tabla 4. De hecho es una excelente terapia para reducir el estrés emocional, e incluso se ha comprobado que disminuye los estados de ansiedad y depresión, tan frecuentes en nuestro mundo actual (tengamos en cuenta que más del 25% de los ciudadanos, en muchos países desarrollados, sufren algún tipo de trastorno emocional). Aunque los efectos del ejercicio a nivel psicológico tienden a ser más agudos que crónicos, pues la persona se encuentra mejor tras la realización de ejercicio, ese efecto suele durar horas y así, puede ayudar a solucionar problemas emocionales cuando surgen. Los resultados en las experiencias llevadas a cabo hasta el momento en varios países, incluido España, han sido muy positivas en general. Así, en los estudios realizados sobre el efecto de la actividad física en la depresión, la mayoría de los trabajos demuestran que un ejercicio adecuado tiene una acción antidepresiva comparable a la conseguida con psicoterapia. Lo de "mente sana en cuerpo sano" es una realidad que no se debe descuidar.

TABLA 4

Beneficios psicológicos derivados de la realización de actividad física

Mejoran: El rendimiento académico / La personalidad / La confianza / La estabilidad emocional / La memoria / La independencia / La percepción / La imagen positiva del propio cuerpo / La satisfacción sexual / El bienestar / La eficiencia en el trabajo / La popularidad.
Disminuyen: El absentismo laboral / La confusión / La cólera / La depresión / La ansiedad / La cefalalgia / Las fobias / La conducta psicótica / La tensión emocional / Los errores laborales / Las adicciones al tabaco, alcohol y drogas.

El ejercicio y la salud social

Es este un aspecto que también hay que tener en cuenta. La realización de determinadas actividades físicas puede ayudar a una relación social más saludable. Esto se ha comprobado en España y otros países, especialmente a nivel escolar, pero también en otros momentos de la vida. Las experiencias llevadas a cabo hasta el momento han sido muy positivas, los programas de ejercicios han mejorado considerablemente la salud física, psíquica y la convivencia, incluso en ámbitos tan difíciles como el penitenciario.

¿REALMENTE EL SER HUMANO NECESITA HACER ACTIVIDAD FÍSICA?

El ser humano fue diseñado, cuando quedó establecido como especie animal (*Homo sapiens sapiens*), con unas características fisiológicas que se establecieron a lo largo de millones de años de evolución y que fueron aquellas que permitieron la perfecta adaptación y supervi-

vencia de nuestra especie. Así, nuestras actuales características son las que resultaron más favorables para la supervivencia y capacidad de reproducción de nuestra especie y por tanto, para su mantenimiento en el planeta Tierra. Tengamos en cuenta que tales características se desarrollaron en un contexto en el que no se tenía disponibilidad frecuente y abundante de alimento, especialmente de proteínas animales, y en el que cualquier mínimo hecho de supervivencia pasaba por la realización de un considerable esfuerzo físico. Sin embargo, el tipo de vida actual está sometiendo nuestro diseño evolutivo a un uso inadecuado. Hoy la mayoría de las personas, y muy especialmente en los países más desarrollados, tiene una situación de abundancia permanente de alimento, con un exceso de ingestión de carne, y llevan una vida muy sedentaria.

Para nuestros antecesores, al igual que le pasa a cualquier mamífero, grupo animal al que pertenecemos, la obtención de alimento estaba siempre unida al gasto energético. Se podría pensar que se sigue una regla absurda: se gasta energía (movimiento) para conseguir los alimentos que son la fuente de la energía que necesitamos. En la especie humana se ha roto esa regla general ya que desde el comienzo de la civilización la tendencia ha sido obtener energía a partir de los alimentos de una manera que dependa lo menos posible del trabajo muscular. Esta conducta ha tenido importantes consecuencias. Aunque somos la misma especie desde hace cien mil años, ahora somos bastante diferentes de nuestros antepasados que vivieron antes de las glaciaciones. La transición morfológica del *Homo sapiens* arcaico al moderno ha sido debida a la mejora en la tecnología para adquirir y procesar los alimentos disponibles, lo cual disminuyó la cantidad de trabajo físico necesario para conseguir dichos alimentos. Nuestra apariencia externa es consecuencia de la expresión de genes que evolutivamente fueron programados para un ambiente de gran actividad física, pero en una vida de sedentarismo, como la que llevamos actualmente, nos alejamos del diseño de nuestro genoma y estamos alterando la expresión de tales genes. Esta reducción de la actividad física, que va contra nuestro diseño, está alcanzando tintes dramáticos en determinados países, en los cuales, junto con la alimentación hipercalórica, rica en grasas saturadas y en azúcares, que se tiene, están generando una epidemia de sobrepeso y obesidad, con toda la serie de enfermedades asociadas y que están acortando la longevidad media de muchos individuos de nuestra especie. El peligro mayor lo tenemos en los niños que hoy, además de una dieta inadecuada como la comentada, apenas utilizan horas de cada día en juegos que requieran actividad física. Entre las horas frente al televisor, los ordenadores, los videojuegos o sentados en clase, junto con las dedicadas a las comidas y al sueño, no queda apenas nada de tiempo para que lo empleen en moverse.

Recordemos que la utilización de energía por el ser humano puede ser expresada por una sencilla ecuación: Energía (E) ingerida = E gastada + E almacenada. Si se reduce el gasto energético, que es lo que sucede con el sedentarismo, y se aumenta la ingestión de energía, lo que sucede con una alimentación excesiva, el exceso energético inexorablemente se almacena, y lo hace en forma de grasa. Así llegamos a la obesidad.

Además, no se deben olvidar los cambios fenotípicos que resultan del sedentarismo: la disminución del tamaño y la fuerza muscular, lo que lleva a la sarcopénia; la mayor resistencia a la insulina, que se asocia a la diabetes; la menor capacidad de respuesta cardiovascu-

lar, lo que genera toda una serie de patologías en este sistema fisiológico, empezando por la hipertensión; la aceleración de la pérdida de masa ósea que conduce a la osteoporosis. Y muchas más.

Por tanto, el ser humano necesita hacer una cantidad de actividad física que nos asemeje a la que teníamos en nuestro diseño biológico. No podemos tener una adaptación adecuada de nuestro organismo a un sistema de vida con el que llevamos apenas unos miles de años y que se ha exacerbado en las últimas décadas, frente a la que se estableció en miles y millones de años. Lógicamente tenemos que sufrir las consecuencias.

Tengamos pues claramente asumido que la realización de actividad física es una necesidad absoluta para el ser humano. Nuestro sistema muscular constituye cerca de la mitad del peso total del cuerpo, y su función es la de producir movimiento. La contracción muscular y su consecuencia más evidente, el movimiento, es una función indispensable para todas las actividades relacionadas con la supervivencia de la especie, buscar el alimento, huir de los peligros que nos amenazan, procrear, establecer relaciones sociales... Todos tenemos evidencia de que cuando bien por elección (comodidad) o por obligación (enfermedad) el individuo disminuye o cesa la actividad física, el organismo sufre sus consecuencias en mayor o menor grado, y estas no son saludables. Tenemos que acercarnos al tipo de vida en el que se generó nuestro diseño biológico como especie, y eso pasa por hacer actividad física. Cuanto más se asemeje el tipo de ejercicio que hagamos al que realizaban nuestros antecesores, más saludable será. En la Tabla 5 se indica un decálogo de actuaciones que debemos seguir para ajustar nuestra forma de vida a nuestro diseño evolutivo, evitando así el tan frecuente síndrome metabólico y todas las enfermedades asociadas que ya se han ido mencionando. El ejercicio físico está como una de las acciones a llevar a cabo.

TABLA 5

Decálogo para ajustar nuestra forma de vida a nuestro diseño evolutivo

1º.	Realizar ejercicio físico de forma regular y con intensidad moderada.
2º.	Evitar alimentos con muchas calorías.
3º.	Reducir las grasas saturadas (las de origen animal).
4º.	Reducir los azucares rápidos (los de los dulces).
5º.	Consumir abundante fibra vegetal.
6º.	Mantener el peso que nos corresponda.
7º.	Moderar la sal en los guisos.
8º.	Moderar o evitar el consumo de alcohol.
9º.	Evitar el tabaco.
10º.	Combatir el estrés.

¿HABLAMOS DE DEPORTE O DE ACTIVIDAD FÍSICA?

Como suele suceder con bastante frecuencia, las palabras pueden llevarnos a confusión si no aclaramos convenientemente los términos que se utilizan en cada ocasión. Un ejemplo

lo tenemos al hablar de deporte y de actividad física. Si utilizamos una de las definiciones de "deporte" tenemos que hablar de "actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas". Uno de los sinónimos o equivalentes de la palabra deporte es el de placer. Esto nos indica las dos "caras" que coexisten en ese término, el deporte de ocio y el de competición y/o espectáculo. El primero, el deporte de ocio, apareció como consecuencia de la institucionalización y reglamentación de diferentes formas lúdicas tradicionales y se convirtió en un medio casi indispensable de una buena utilización del tiempo libre. Así, este tipo de deporte mantiene relación con parámetros tales como: la ocupación activa del ocio, la salud y la realización personal. El segundo tipo de deporte, el de competición y de espectáculo se relaciona con parámetros como: rendimiento, resultados, publicidad, profesionalización, éxito... Es evidente que cuando estamos pensando en la salud, este no es el mejor tipo de ejercicio, pues como se comentará más adelante puede entrañar riesgos importantes para la misma. Si pensamos en términos de actividad física y la misma se efectúa de forma similar a la establecida por nuestro diseño biológico, como se indicó anteriormente, entonces no tendremos dudas de su carácter saludable. Volveremos a estas ideas en el siguiente apartado.

¿QUÉ HACE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ENVEJECIMIENTO?

Al avanzar la edad, las cualidades físicas y coordinativas de la capacidad motriz, de la agilidad (fuerza, velocidad, resistencia, flexibilidad, coordinación y equilibrio) sufren una involución como consecuencia del declive de la funcionalidad del organismo. Tengamos presente que el pico de máxima actividad y eficacia en los sistemas fisiológicos suele darse en los treinta años. A partir de esa edad, las funciones del organismo declinan escalonadamente a un ritmo, diferente dependiendo del sistema que se considere, que se puede generalizar en un 1% cada año. Es un hecho que al envejecer la capacidad respiratoria, la circulatoria, esencialmente a los niveles de capacidades máximas, disminuyen. El sistema nervioso, el endocrino y el inmunitario, dejan de funcionar adecuadamente frente a los retos para los que están diseñados. El metabolismo y la composición corporal se modifican notablemente. Hay una reducción de la masa muscular y un aumento de la grasa corporal relativa, se da pérdida ósea, las articulaciones se hacen menos estables y con una menor movilidad.

Muchos estudios demuestran cómo una vida activa puede disminuir ese declive funcional. De hecho, esta idea de asociar una adecuada actividad física con una mejor salud es correcta y como se ha comentado anteriormente, el ejercicio físico, realizado en condiciones adecuadas, es una de las estrategias probadas para hacer más lento el proceso de envejecimiento. No obstante, incluso en libros de texto que tratan sobre los efectos fisiológicos del ejercicio físico y del deporte se recogen con frecuencia dudas razonables sobre si la práctica deportiva puede reducir la longevidad al producir la realización de la misma una clara oxidación, que es la base del envejecimiento, como ya se ha indicado. De hecho, hay quien asegura que el entrenamiento constante tiene un efecto acelerador del envejecimiento. De nuevo nos encontramos con que es necesario aclarar las palabras que se utilizan. Si uno se fija bien, cuando se emplean términos como "vida activa", "ejercicio moderado", "entrena-

miento adecuado" o similares, siempre aparecen asociados a un mejor mantenimiento de las capacidades funcionales en las personas que lo llevan a cabo y por tanto su proceso de envejecimiento se hace de forma más lenta. Generalmente cuando se duda de los efectos positivos, o cuando claramente se indican perjuicios funcionales, éstos se asocian a términos como "deporte de competición", "sobreentrenamiento", ejercicios extenuantes", o similares. Es evidente que ambos tipos de términos no están indicando lo mismo y que el organismo no puede responder de igual forma ante lo que refleja lo primero o lo segundo. Los estudios científicos dan la razón, como siempre, a lo que nos dice la lógica de los hechos. Si estamos diseñados para tener una actividad física, el sedentarismo de nuestros días no es bueno para la salud y por tanto para el proceso de envejecimiento. El sedentarismo es una patología. De hecho, un gran número de ancianos viven por debajo del umbral de capacidad física que les corresponde por su edad a causa del sedentarismo. Sin embargo, tampoco estamos diseñados para un exceso de estrés como el que supone ciertas prácticas deportivas, por sus características de intensidad, tiempo, etc.

Podemos entender por qué el ejercicio físico puede acelerar el envejecimiento o hacerlo más lento en base a las observaciones de algunos estudios científicos que se han llevado a cabo al respecto. Se ha comprobado que la realización de ejercicio físico moderado permite que mantengamos las mitocondrias en mejores condiciones funcionales. Recordemos que las mitocondrias son las organelas de nuestras células con las que éstas respiran y generan la energía que necesitamos, pero también las productoras principales de radicales libres. Unas mitocondrias con mejor funcionamiento nos permiten obtener energía y producir menos radicales libres. Por el contrario, la realización de ejercicios extenuantes o sobreentrenamientos, como los que se llevan a cabo por bastantes deportistas de alta competición o por personas que creen que se puede conseguir una salud rápida tras una semana de trabajo estresante, realizando el fin de semana un fuerte ejercicio, llevan a una mayor producción de oxidantes por parte de las mitocondrias. En base a lo indicado podemos entender que las consecuencias en el proceso de envejecimiento de un ejercicio físico son muy diferentes dependiendo, entre otras cosas, del tipo, intensidad, periodicidad, etc., del mismo.

Ya se ha comentado anteriormente que la realización de pautas sensatas de ejercicio es una de las estrategias que podemos utilizar para hacer más lento el envejecimiento y por tanto mejorar la edad biológica y aumentar la longevidad media. Entre las razones que se exponen para explicar esos efectos cuando se tiene una buena forma física, el fisiólogo Gayton ha indicado las dos siguientes: A) La disminución de las enfermedades cardiovasculares. B) El que esas personas tiene más reservas corporales a las que acudir cuando caen enfermas o se enfrentan a un esfuerzo (la reserva respiratoria es mayor en una persona de 80 años que hace habitualmente ejercicio que en la que no lo hace, lo que le da ventajas en una neumonía por ejemplo). No obstante, siendo eso cierto, habría que ampliarlo con lo anteriormente comentado sobre lo que sucede a nivel de la mitocondria, pues al mejorar el funcionamiento de esta organela las células de todos los sistemas funcionan mejor, y entre esos sistemas están los reguladores como el nervioso, el endocrino y el inmunitario, lo que permite que algo que claramente se deteriora al envejecer que es la homeostasis, no lo haga a tanta velocidad.

Cuando se indican las contraindicaciones y limitaciones para la realización de ejercicio físico en ancianos, ya se hace referencia a que son más numerosas que en los jóvenes. Como se aprecia en la Tabla 6 el listado de contraindicaciones, tanto absolutas como relativas, y el de limitaciones es bastante amplio. Y una lectura de las mismas, aunque sea rápida, parece dar la sensación de que a muy pocas personas mayores se les puede recomendar, con una cierta tranquilidad de no asumir riesgos, que hagan ejercicio. Además, a cualquier edad hay una serie de hechos que pueden aparecer en el transcurso de la realización del ejercicio que hay que tener en cuenta a la hora de cortar dicha actividad para evitar la peligrosidad que revisten. Así, podemos citar la presencia de dolor o presión en el pecho, las variaciones anómalas o intensas de la frecuencia cardiaca (taquicardia o bradicardia), la aparición de palpitaciones, arritmias, mareos, desmayo, palidez o cianosis en la cara y labios, las nauseas o vómitos que aparecen tras el esfuerzo y la persistencia de taquicardia y polipnea a los diez minutos de terminar el ejercicio o la de fatiga transcurridas veinticuatro horas. La presencia de cualquiera de estos síntomas obliga a detener la actividad y hacer una consulta médica.

TABLA 6

Contraindicaciones y limitaciones para la actividad física en los ancianos

A. Contraindicaciones absolutas: infecciones agudas o crónicas. Inflamaciones agudas. Tumores malignos. Grandes insuficiencias (cardiaca, renal, pulmonar, hepática). Enfermedades metabólicas no controladas (diabetes, hipertiroidismo). Valvulopatías graves. Enfermedades cardiacas graves. Enfermedades vasculares graves. Enfermedades del equilibrio.

B. Contraindicaciones relativas: enfermedades vasculares compensadas. Enfermedades cardiacas no graves. Trastornos en algunos iones (hipopotasemia). La obesidad desmedida. La ingestión de determinados fármacos (digital,...). Traumatismos previos de cierta gravedad.

C. Limitaciones: menoscabos psicofísicos. Cardiopatías sin manifiesta insuficiencia cardiaca. Disminución acusada de la visión y audición. Alteraciones músculo-esqueléticas que dificulten la actividad.

Recomendaciones sobre ejercicio para las personas mayores

Cuando estamos ante una persona mayor que quiere iniciarse en algún tipo de ejercicio físico, hay que tener claro primero cuál es su estado fisiológico y su tolerancia a una sobrecarga física. De las formas ya indicadas de esfuerzo motor (fuerza, velocidad, flexibilidad, coordinación, resistencia) no todas son igualmente convenientes a partir de cierta edad. Los esfuerzos de resistencia parecen ser los más beneficiosos, cuando se realizan de forma regular y moderada. Los esfuerzos musculares del tipo de uso de aparatos con pesas y extensores, no deben llevarse a cabo de forma que no sea la muy moderada, que permita cantar o hablar mientras se realizan. Lo mismo de aquellos que impliquen velocidad. La coordinación y flexibilidad deberían mejorarse en esas edades mediante ejercicios ligeros. No sólo es relevante la modalidad e intensidad de ejercicio que se realice, también la frecuencia con la que se lleven a cabo y la duración son importantes. Dado que los ejercicios deben ser moderados, se puede considerar muy apropiada una frecuencia de tres y cuatro veces a la semana durante 30 minutos.

EL EJERCICIO COMO ESTRÉS. EL CONCEPTO DE HOMEOSTASIS, "HORMESIS" Y SU POSIBLE APLICACIÓN EN EL ENVEJECIMIENTO

Ya se ha indicado anteriormente que el ejercicio es un estrés al que el organismo tiene que responder. Cuando hablamos de estrés parece que siempre tiene una connotación negativa, pero tenemos que tener presente, para ir rompiendo tópicos, que el estrés es necesario para vivir y que la falta de estrés es la muerte. Es ahora el momento de hablar de este importante concepto que es el estrés.

El estrés es difícil de definir y de entender, pero es un término continuamente nombrado para explicar numerosos problemas que preocupan a las personas en nuestro mundo moderno. El estrés no es más que la respuesta del organismo a los cambios de nuestro medio interno y del externo en el que nos encontramos, representando dichos cambios lo que denominamos estímulos. Esa respuesta es muy inespecífica, pues el organismo reacciona de la misma manera frente a estímulos muy diversos. Situaciones como la presión del ejecutivo que tiene que conseguir resultados positivos para la empresa en la que trabaja, el controlador aéreo que debe asegurarse de que no suceda un accidente, el deportista que desea ganar un campeonato, entre otras muchas y todas muy diferentes, tienen una respuesta fisiológica similar en nuestro organismo. Esa respuesta, aunque inespecífica, depende de factores como la intensidad del estímulo, su duración, su predicción y su control. Más aún, un mismo estímulo estresante produce respuestas diferentes en dos individuos, o incluso en el mismo individuo en distintas ocasiones. Esto se debe a que la respuesta al estrés depende de la valoración de la persona de sus recursos para afrontar la situación. La personalidad es un factor determinante en la respuesta a estímulos de estrés, pues la misma hace variar la percepción del estímulo estresante. Los estímulos estresantes son muy variados, desde cambios internos (como una lesión tisular, una hipoglucemia, una hemorragia, una infección,...), cambios en el medio externo (frío, calor, agresión,...), alteraciones psicológicas (miedo, rabia, ansiedad, sorpresa, dolor, alegría,...), o la combinación de estímulos (agresión con lesión tisular, dolor y ansiedad, por ejemplo).

La respuesta fisiológica al estrés da lugar a una serie de ajustes a corto y largo plazo en sistemas como el nervioso, endocrino, inmunológico, cardiovascular y respiratorio, así como en el metabolismo, los cuales permiten que el organismo se adapte a tales estímulos. Nuestro organismo dispone de mecanismos de defensa, presentes en todos los seres vivos y que en muchos animales es muy similar al que nosotros tenemos, que fueron diseñados por la evolución para salvarnos de los peligros que nos acecharan. Pongamos un ejemplo de respuesta a situación de estrés: cuando nuestro cerebro advierte una situación de emergencia libera una serie de hormonas que activan mecanismos circulatorios, respiratorios y metabólicos con la misión de facilitar el trabajo de nuestros músculos y potenciar la atención de nuestro cerebro para resolver el conflicto a nuestro favor. Estas respuestas nos permiten salvarnos de la amenaza, hecho que se suele hacer con dos estrategias: o huyendo o luchando. En cualquier caso el salvarnos implica movimiento muscular intenso y consumo de energía. Cuando se hace ejercicio se está sometiendo a nuestro organismo a las mismas respuestas.

Los procesos fisiológicos que no suponen un beneficio a corto plazo y que no son esenciales para la supervivencia en esa situación de estrés, se inhiben. Así lo hace la digestión o la reproducción. El problema es que cuando la intensidad o la duración del estímulo exceden ciertos límites, ya no hay adaptación y se dan situaciones patológicas. Esto es lo que suele suceder en nuestra forma de vida actual en la que nos alejamos continuamente del diseño original de ese sistema de defensa. Cada día sufrimos situaciones de emergencia que desencadenan las respuestas características del estrés, el coche que se salta el paso de cebra y que tenemos que esquivar, la discusión con algún conocido o con el jefe, etc... Ante estas situaciones se ponen en marcha los mecanismos fisiológicos que tenemos: la activación de nuestro sistema nervioso simpático libera adrenalina y noradrenalina que acelera el corazón, con lo que más sangre se pone en circulación para llevarla a los músculos y aumenta la presión arterial. Se liberan hormonas de estrés como las indicadas y como los glucocorticoides, que también favorecen el aumento de los niveles de glucosa y de ácidos grasos circulantes para que lleguen al cerebro, al corazón y a otros músculos y les proporcionen energía. Pero si no podemos movernos como respuesta a ese estrés, lo único que conseguimos es que nuestro corazón se vaya hipertrofiando, tengamos hipertensión arterial, se acumulen los ácidos grasos en las paredes de las arterias y generemos arteriosclerosis.

Nuestro organismo funciona frente a cualquier estímulo de estrés intentando recuperar el equilibrio funcional, lo que se conoce como homeostasis. El mantenimiento de esta homeostasis se lleva a cabo por los sistemas fisiológicos reguladores como son el nervioso, en endocrino y el inmunitario, los cuales funcionan en íntima comunicación. Cada vez que se altera este equilibrio se ponen en marcha los mecanismos homeostáticos para poder recuperarlo. Cuando no se consigue se pierde el estado de salud y se llega a la enfermedad. Por tanto, una buena salud supone una adecuada respuesta a los estímulos de estrés. En este contexto se están entendiendo algunos hechos, aparentemente paradójicos, como los efectos positivos que se generan en nuestro organismo al someterse a estreses moderados. Esta idea se recoge con el término de "hormesis", concepto que se puede definir como la estimulación de los mecanismos de protección de nuestro organismo, con un efecto beneficioso para el mismo, en respuesta a un estrés muy leve. La idea se basa en lo que ya indicara Paracelso: "no hay venenos sino dosis". Cuando el organismo se ve sometido a un estrés muy moderado, tanto emocional como físico, responde generando toda una batería de moléculas que permiten defendernos del mismo y que lo dejan preparado en excelentes condiciones frente a un futuro estímulo de estrés de una mayor intensidad. Esto explica el hecho de que cuando un individuo no se ha tenido que enfrentar a ninguna situación de estrés, por haber estado demasiado arropado, tanto emocional como físicamente, enferma o sucumbe cuando aparece una condición estresante medianamente elevada. Esta misma situación de estrés no afectaría negativamente a otro individuo más adaptado a tales situaciones por haberlas experimentado previamente, aunque en grado moderado. Se tienen ya numerosos ejemplos de este fenómeno, a nivel emocional y físico. La realización de ejercicio sería uno de ellos. Cuando hacemos un ejercicio moderado, estamos poniendo en marcha esos mecanismos de defensa, pues el ejercicio físico es un estrés. Esa maquinaria permite que nuestro organismo esté mejor preparado, no sólo frente a nuevos retos de actividad física, también frente a otros estímulos de estrés, pues las moléculas liberadas van a defendernos mejor frente a cualquier otro reto.

Cuando nos vamos haciendo mayores, de acuerdo con la definición de envejecimiento que hizo Shock: "una pérdida progresiva de rendimiento, de homeostasis y de resistencia a los estreses medioambientales", el tener bien establecido el proceso de hormesis nos genera una gran ventaja para mantener mejor la salud. Por ello, es aconsejable para enfrentarnos mejor al envejecimiento una vida muy activa física y emocionalmente.

¿SON LOS DEPORTISTAS PERSONAS CON UNA MAYOR EDAD BIOLÓGICA?

Aunque no hay estudios científicos relevantes al respecto, la idea general es que una mayoría de los deportistas, especialmente los de elite, son personas más envejecidas que las de su misma edad cronológica no deportistas.

El sobreentrenamiento al que son sometidos los deportistas de alta competición supone un estrés físico para esos individuos que con frecuencia supera la capacidad de adaptación del organismo y por tanto anula los efectos beneficiosos de la actividad física. Ya Galeno afirmaba que el corazón de los atletas se desgastaba en exceso. A principios del siglo pasado, un médico opinaba en el "New Cork Times" en relación a la naciente prueba de maratón: "... sólo los superdotados pueden acabar esta prueba y aun a riesgo de debilitar su corazón y de acortar su vida". A finales de los sesenta otro médico americano publicaba en una prestigiosa revista médica un estudio epidemiológico según el cual muchos remeros morían de enfermedades cardiacas.

En los deportistas de alta competición hay que tener en cuenta los efectos del sobreentrenamiento y del estrés emocional que genera el tener que ganar en las competiciones. De hecho, estudios de nuestro grupo de investigación han demostrado que el sistema inmunitario de muchos de estos deportistas se encuentra como si fuesen más viejos. Dado que el estado funcional de nuestros leucocitos es un excelente marcador de salud y de la edad biológica y predice, consecuentemente, la longevidad de los individuos, los deportistas serían personas con un envejecimiento más acelerado. Otro hecho a tener en cuenta, aunque siempre es un aspecto muy secreto en el mundo del deporte de competición, es que una mayoría de esos deportistas reciben una considerable cantidad de sustancias de dopaje. En ese tipo de deporte que estamos comentando el engaño no es una novedad, ya lo había en la antigua Grecia donde muchos atletas intentaban batir a sus competidores con maldiciones y sobornos. Esto debía ser tan frecuente que las multas impuestas permitieron construir las estatuas de Zeus que bordeaban la entrada del estadio olímpico. Recientemente son también frecuentes los casos de dopaje que saltan a la luz pública. La lista de sustancias dopantes que se utilizan es cada día más larga y original. Desde los anabolizantes como la nandrolona, que es un compuesto sintético semejante a la testosterona, la hormona de crecimiento (GH), hasta la eritropoyetina (EPO). Esta hormona, por ejemplo, ejerce su acción aumentando la capacidad de oxigenación de la sangre, al estimular la producción de glóbulos rojos por la médula ósea hematopoyética. Y hay una larga lista de compuestos que tienen la misma finalidad, el aumento de oxígeno que se puede incorporar a la sangre y llegar

a los músculos. Si tenemos en cuenta que la base del envejecimiento es la oxidación, a todos se nos ocurre que aumentar las posibilidades de tenerla tiene que acelerar el proceso de envejecimiento.

¿ES EL SEDENTARISMO UN ACELERADOR DEL ENVEJECIMIENTO?

Hay cada vez más evidencias que relacionan la inactividad con muchas de las enfermedades, tanto las orgánicas como las mentales, típicas de nuestro momento histórico. Si bien hay que matizar muy bien qué tipo de ejercicios pueden ser saludables para las personas y los riesgos de algunos, lo que no hace falta matizar es que el sedentarismo total puede considerarse un claro factor de riesgo. Como en todo, hay un amplio rango de sedentarismo. Hay personas que creen que son sedentarias por no practicar ningún deporte, pero en realidad no lo son pues llevan una vida más activa que muchas que sí realizan algún deporte concreto. Cuando nos referimos a la forma más acentuada de sedentarismo, el reposo absoluto, éste sí origina un sinnúmero de alteraciones anatómicas y funcionales del organismo. La pérdida de masa muscular y ósea, el aumento de grasa, la disminución del volumen de plasma y de flujo de sangre en los vasos, el aumento de diuresis (y la pérdida de componentes por la orina), la mayor coagulación de la sangre, el deterioro de la capacidad aeróbica máxima, el estreñimiento, la intolerancia a la posición erecta, por citar las más evidentes. El sedentarismo, por tanto, aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acelera el envejecimiento.

Uno de los riesgos para cualquier persona, pero en mayor grado para los ancianos es la denominada “restricción física” a la que se les somete con bastante frecuencia en residencias u hospitales. En varias publicaciones recientes se hace hincapié en los riesgos de esta medida y en la necesidad de utilizar alternativas, así como se indica que cuando sea imprescindible su utilización, se haga de la forma más adecuada posible (periodos limitados, facilitar las oportunidades de movilidad del paciente, revisar cada poco tiempo los posibles efectos negativos, etc.). No mucha gente es consciente del elevado riesgo de las restricciones físicas, especialmente en los ancianos.

¿SE PUEDEN DAR REGLAS GENERALES SOBRE EL EJERCICIO FÍSICO Y LA SALUD?

De momento no se tienen métodos que nos permitan definir la cantidad de ejercicio que es necesario para evitar los efectos negativos sobre la salud, tanto por defecto como por exceso. No obstante, hay un hecho evidente, que no existen reglas aplicables en general. En principio podemos diferenciar subgrupos en la población por edades cronológicas, ya que en cada momento de la vida el ejercicio que puede ser saludable es diferente, o por el hecho de ser hombre o mujer, dadas las grandes diferencias que a nivel de la evolución fisiológica y el efecto del ejercicio tiene en ambos, o por el estado fisiológico basal y la forma física de

la que disponga el individuo, pues no es igual los sedentarios que los que habitualmente hacen actividad física. Pero también se pueden establecer subgrupos por otros factores de estilo de vida de las personas, su dieta, si fuma o ingiere alcohol en exceso, qué medicamentos se están tomando, por el lugar de residencia y toda otra serie de factores de los que, a veces, no somos muy conscientes de lo mucho que inciden en el efecto que tenga el ejercicio en la salud. Por ejemplo, hoy se sabe que hay un ritmo biológico que rige todo nuestro funcionamiento y no es igual cómo incide lo que hacemos dependiendo del momento del día (ritmo circadiano) o del año (ritmo circanual) en que tenga lugar. Otro aspecto de gran relevancia es el carácter y situación psicológica del individuo. De este modo, se podría decir que cada individuo tiene sus peculiaridades funcionales, su edad biológica y su capacidad de respuesta a los retos de estrés. Por ello, como sucede con otros aspectos del estilo de vida, como las características de las dietas que pueden resultar mejores para cada individuo, la actividad física ideal es específica de cada persona. Además, tenemos que considerar que el ejercicio debe tener algún componente de placer. Si a una persona el realizar un ejercicio le supone afrontar momentos desagradables, no vamos a obtener los beneficios buscados, habrá que encontrar la forma más idónea para cada individuo de llevar a cabo una actividad física que le reporte un cierto gusto o placer.

¿HASTA DÓNDE EL DEPORTE ES SALUDABLE?

En este momento final, tras todo lo indicado anteriormente, deberíamos al menos tener claro que la actividad física regular, a niveles moderados y adecuados para cada persona, es saludable y una manera de conseguir hacer más lento el proceso de envejecimiento. Si esta afirmación es prácticamente incuestionable, no se puede decir lo mismo del deporte en general, especialmente el de competición, ni que ese efecto positivo se pueda aplicar a todos los individuos. Aunque la mayoría de los libros que hay sobre el tema indican de forma bastante rotunda los efectos beneficiosos del ejercicio en general, recordemos lo ya indicado sobre la cantidad de factores de estilo de vida que influyen en el efecto que ejerza dicho ejercicio en la salud. Tengamos en cuenta los posibles riesgos del deporte. Si durante muchos años se ha estado pensando que un ejercicio tenía que ser intenso para resultar saludable, hoy se tiene claro que eso es una equivocación. Así, con cierta frecuencia nos hemos enterado de que una persona murió de muerte súbita mientras practicaba algún deporte. La muerte súbita es aquella que tiene lugar en una hora tras el inicio de los síntomas, suele deberse a un problema cardiaco y aparecer en personas en las que con anterioridad se desconocía la existencia de una lesión en el corazón. El número de atletas que mueren de muerte súbita es de uno por cada doscientos mil, pero la proporción es mayor en las personas no entrenadas. Es conocido que el ejercicio vigoroso aumenta las posibilidades de sufrir un accidente cardiaco mortal y esto se dispara en los de vida sedentaria. Otro riesgo frecuente de la práctica deportiva son las alteraciones músculo-esqueléticas, lo que suele darse, por ejemplo, en un 44% de los que realizan danza aeróbica. También, muchos deportistas de alta competición tiene numerosas infecciones, dado el deterioro de su sistema inmunitario.

Por ello, cada persona debería poder tener una prescripción individualizada y bien planificada del tipo de ejercicio que le sería más conveniente para mantener su salud. Y este ejercicio podría ser bastante intenso en unos casos y muy reducido en otros, pero igualmente beneficioso para las personas que lo llevan a cabo. También hay que tener en cuenta que dada la variedad de tipos de ejercicio que hay se opte por aquellos que resulten más apropiados, no sólo desde un punto de vista de la mejoría física, también de la psíquica y que en ésta se tenga en cuenta que se haga con mayor placer y sin que resulte una complicación económica su realización. Muchas veces practicar determinados deportes, por saludables que resulten para una persona, suponen tal desembolso económico que son más un quebradero de cabeza que una satisfacción. Otro factor limitante es el tiempo que hay que sacar para llevarlos a cabo, aunque el tiempo siempre se encuentra para hacer las actividades que realmente nos apetecen. Este problema es algo menor en aquellas personas que no tienen unos extensos horarios laborales. Pero otro hecho a tener en cuenta, en este contexto, es el positivo efecto que puede tener a nivel de la efectividad laboral la realización de ejercicio, dada su influencia beneficiosa tanto a nivel físico como mental.

Hay que concienciarse de que, en general, lo que es saludable es llevar a cabo una actividad física, y esto se puede conseguir sin necesidad de emplear demasiado tiempo, puede ser muy agradable y no tiene porqué ser costosa económicamente. Imaginemos lo sencillo que sería hacer más actividad física, por ejemplo en las grandes ciudades, si usásemos con más frecuencia el transporte público, si nos acercáramos a los sitios, siempre que sea posible, andando, si utilizáramos menos el ascensor y más las escaleras, y así una larga lista de actividades cotidianas que nos permitirían llevar lo que se puede denominar una vida activa.

Por tanto, asumamos que es recomendable una vida activa, pero tengamos cuidado con los posibles riesgos de lo que podemos denominar genéricamente "deporte". Quizás la recomendaciones que se indican en la Tabla 7 puedan ser de utilidad al plantearse la realización de ejercicio físico como factor de estilo de vida para mejorar la salud y hacer más lento nuestro proceso de envejecimiento.

TABLA 7

Recomendaciones sobre la realización de ejercicio físico

1. Lo más básico es procurarse una vida con el máximo posible de actividad, pero no llegar a un ejerció que resulte de gran intensidad para quien lo realiza .
2. Si se decide, además, realizar algún deporte, hay que consultar a expertos y practicar el tipo, intensidad y frecuencia que mejor nos convenga a cada uno. En la realización seguir las normas establecidas por dichos expertos, tanto en lo referente al calentamiento, la realización en sí del deporte como en el enfriamiento final.
3. Si uno es deportista debe saber cómo ampliar los beneficios de su actividad y reducir lo más posible los efectos negativos que presenta.

Bibliografía recomendada

Campillo, J. E. (2007): *El mono obeso*. Crítica, SL. Barcelona.

De la Fuente, M. (2007): El sistema inmunitario en el envejecimiento. En: *Bioquímica y Fisiopatología del Sistema Inmune*. Eds: Cascales, M.; García Barreno, P. Instituto de España. Madrid.

— (2009): Envejecimiento del sistema inmunirario. En: *Biogerontología Médica*. Eds: Sastre, J.; Pamplona, R. y Ramón, J. R. Ergon. SEGG.

— (2009): Teorias del envejecimiento. En: *Retos de la Nutrición en el Siglo XXI ante el Envejecimiento Poblacional*. Eds: Varela, G. y Alonso, E. Instituto Tomás Pascula Sanz y Universidad San Pablo CEU.

De la Fuente, M. y Miquel, J. (2009): *An update of the oxidation-inflammation theory of aging. The involvement of the immune system in oxi-inflamm-aging*. Current Pharmaceutical Design. 15:3003-3026.

Fuster, V. (2008): *La Ciencia de la Salud*. Planeta. Barcelona.

González Gallego, J. (1992): *Fisiología de la Actividad Física y del Deporte*. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid.

Lucia, A. (2003): *Sobre Fisiología del Deporte*. Universidad Europea de Madrid.

Marcos Becerro, J. F. y Galiano, D. (2004): *Ejercicio, Salud y Longevidad*. Consejería de Turismo y Deporte de la Junta de Andalucía.

Ribera Casado, J. M. y Gil Gregorio, P. (2003): *Prevención en Geriatría: ¿Es posible?* Colección Clínicas Geriátricas. Editores Médicos SA. Madrid.

Silva, R.; Beiras, A.; Camiña, F. y Mayán, J. M. (2002): *Actividad Física y Ocio en Gerontología*. Ediciones Sega.

Selección: *Revista Española e Iberoamericana de Medicina de la Educación Física y el Deporte*.

Tresguerres, J. A. F. (2005): *Fisiología Humana*. McGraw-Hill. Interamericana.

5

Sexualidad y envejecimiento

Por Carlos Verdejo Bravo
Facultativo Especialista del Área
Servicio de Geriatría
Hospital Clínico San Carlos
Profesor de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

1. ACLARANDO CONCEPTOS. ¿EL ANCIANO ES UN SER ASEXUAL POR DEFINICIÓN O NO?

La sociedad ha aceptado desde siempre que el envejecimiento lleva asociado el declinar de la sexualidad e incluso su desaparición. Tradicionalmente, ha existido un escaso interés por este tema a lo que se añaden numerosos prejuicios derivados de aspectos religiosos, culturales, sociales, espirituales, etc., en función de los cuales a nivel social se le ha dado una escasa relevancia a la sexualidad, y sobre todo a su influencia sobre la Calidad de Vida del anciano.

Como es bien conocido, en el ser humano la sexualidad se adquiere durante la adolescencia, suele marcar su madurez, y se va modificando con el envejecimiento, debido a los cambios que experimentan diferentes órganos y sistemas, entre ellos el aparato genital. Al igual que ocurre con otras funciones de nuestro organismo, la actividad sexual no se va a mantener constante a lo largo de la vida, pero desde luego tampoco debemos pensar en que necesariamente desaparezca con el paso de los años.

Es frecuente pensar que los hombres y las mujeres no tengan necesidades y relaciones sexuales cuando llegan a la vejez. Desgraciadamente, la cultura desempeña un papel importante en este sentido, debido a los estereotipos que se mantienen en torno al envejecimiento. Tratar de negar la existencia de la sexualidad en los ancianos sería incorrecto, ya que la sexualidad es una constante vital que se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas y nos acompaña hasta la muerte. Por ello, pensar que la sexualidad desaparece con los años, carece de fundamento, ya que nadie, desde el punto de vista científico, podría decir a qué edad desaparece la actividad sexual, bien como pensamiento o deseo sexual (líbido) o como actividad física (coito, tocamientos, besos, caricias, etc.).

Sin embargo, lo que ocurre es que las personas mayores necesitan conocer qué cambios va a experimentar su organismo, y en concreto su aparato genital, para poder adaptarse a ellos. En este sentido, el envejecimiento fisiológico de nuestro organismo va a influir en la sexualidad tanto a nivel de la frecuencia como del tipo de actividad sexual y su intensidad.

También es importante aclarar que la sexualidad no se debe considerar una función puramente biológica, sino que en ella influyen también, y a veces de una manera especial, las esferas psicológica y social. Por ello, deberíamos pensar que en la sexualidad del anciano, además del envejecimiento fisiológico, influyan decisivamente otros factores individuales, tales como el género, la historia sexual previa, el estado de salud, los rasgos de su personalidad, su situación psicológica, connotaciones religiosas, aspectos sociales, etc.

En este sentido, algunos aspectos como la intimidad, el amor, la amistad y la masturbación son componentes de la función sexual que pueden mantenerse, aunque se manifieste incapacidad para obtener erecciones lo suficientemente intensas o duraderas para lograr la penetración vaginal.

Aunque pudiera parecer lo contrario, en las personas mayores la sexualidad ha sido, y lo es todavía, una de las áreas del comportamiento humano menos conocidas y valoradas. En

muchas ocasiones, la posibilidad de que los ancianos puedan tener manifestaciones sexuales de cualquier tipo, puede ser sistemáticamente negada, rechazada o dificultada en la mayoría de los ámbitos de la sociedad. En este sentido, me parece muy adecuado presentar lo que afirmaba el Profesor López Aranguren, acerca de la valoración social de la sexualidad en los ancianos, en su libro "La vejez como autorrealización personal y social": "La vida sexual es un aspecto de la vida de los ancianos mal conocido, el cual hasta hace poco tiempo era inabordable. De la vida sexual de los ancianos solamente se hablaba cuando era motivo de escándalo. Una moral victoriana quería ignorar su existencia, por lo que cualquier manifestación era considerada como una forma de conducta improcedente o como una desviación. Sabemos muy poca cosa. Pero hoy podemos decir que no hay un límite cronológico después del cual la vida sexual desaparece".

Desgraciadamente, este hecho cultural y social, sumado al escaso conocimiento que tienen los ancianos sobre los cambios que experimenta su organismo con el envejecimiento, han contribuido de una manera rotunda a generalizar una forma de pensar equivocada, que hace sinónimos envejecimiento y pérdida de actividad sexual. El resultado final es que, la gran mayoría de la sociedad, y lo que es todavía peor, que incluso una gran parte de los profesionales sanitarios piensan que el anciano es un ser asexual por definición. Probablemente, un porcentaje importante de responsabilidad en este tema recaiga sobre ciertos hábitos educativos y culturales, tanto de la sociedad general como de los propios profesionales sanitarios, ya que hasta hace muy poco tiempo no se consideraba correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso concreto de los ancianos podía parecer hasta "improcedente" plantear siquiera la posibilidad de que tengan su propia sexualidad.

Por todo ello, no podemos seguir pensado que la sexualidad se termina al cumplir una determinada edad, y sería muy positivo que todos consideráramos a la sexualidad como una función más de la persona mayor, la cual se puede mantener con un patrón individual y diferente al previo, respetando tanto a los ancianos que quieran seguir expresando su sexualidad como a aquellos que prefieran reducir o prescindir de esta función. En este sentido, no hay que olvidar que cada vez está más integrada la sexualidad dentro de la calidad de vida, incluso en la de los ancianos.

2. LOS MITOS TRADICIONALES SOBRE LA SEXUALIDAD

Los mitos sobre la sexualidad en los ancianos han existido desde hace bastantes años, refiriéndose desde aspectos generales, como la falta de sexualidad en esta etapa, hasta aspectos relacionados con la conducta de los ancianos que expresaban sus deseos sexuales o que confesaban alguna forma de actividad sexual.

Al no estar nada considerada la sexualidad en la población anciana, se le han asignado unas connotaciones totalmente negativas, de ahí el típico mito del "viejo verde" cuando algún anciano hablaba de algún tema relacionado con la sexualidad. En este sentido, ha sido común, y todavía lo puede llegar a ser, encontrar reflejado en la literatura, o escuchar a personas que piensen que los ancianos no pueden sentir deseo o placer, arrastrándose la idea

de que los ancianos que mantuvieran este tipo de relaciones serían algo así como "viciosos" o anti-naturales.

Algunos mitos tradicionales que han existido alrededor de la sexualidad de los ancianos han sido: "los ancianos no tienen deseo sexual"; "los ancianos no tienen la capacidad de amar"; "los ancianos son poco atractivos y contrarios a la actividad sexual"; "los ancianos son tan frágiles que no pueden tener una relación sexual completa con penetración", "los ancianos que se dedican a tener relaciones sexuales son perversos".

Todos estos mitos tradicionales y negativos acerca de la sexualidad en las personas mayores, no tienen ninguna base en la actualidad, y ojala pudiéramos entre todos contribuir a desterrar estas falsas creencias.

El hecho de que muchos ancianos repriman sus deseos sexuales está fomentado por este tipo de pensamientos. Algunos ancianos se pueden abstener de mantener relaciones sexuales debido a estos prejuicios, a la creencia en los mitos y a la desinformación, más que a los problemas físicos que puedan padecer. El resultado final es que los ancianos abordan el tema de la sexualidad con unas cargas negativas e innecesarias, que van a impedir obtener satisfacciones en esta faceta.

En la Tabla 1 se presentan los mitos que con mayor frecuencia se han desarrollado sobre la sexualidad de los ancianos.

TABLA 1

Mitos tradicionales sobre la sexualidad de los ancianos

- El interés por el sexo es un hecho anormal en la gente anciana
- El sexo se acaba con la edad
- Se presupone que los ancianos son seres asexuales
- El sexo en los ancianos es pernicioso, vicioso y vergonzante
- La actividad sexual es peligrosa a cualquier edad
- Cuando se es mayor no se disfruta con el sexo
- La sexualidad carece de sentido si no se produce el orgasmo y la eyaculación
- Los ancianos no tienen suficiente capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales
- La sexualidad se debilita en la menopausia y desaparece en la vejez

Merece la pena hacer algunas consideraciones específicas sobe algunos de ellos.

El mito de que los ancianos no deseaban mantener ningún tipo de actividad sexual, y que ello era debido a que la ausencia de su capacidad procreadora iba acompañada de un declive en el interés sexual, no se puede sostener actualmente. Obviamente, a cualquier edad se puede disfrutar del contacto físico, independientemente de cuál sea el estado de fecundidad, siempre y cuando uno mismo o a nivel de pareja, se decida que desea seguir manteniendo alguna forma de sexualidad.

Otra falsa creencia es la de que al producirse cambios en las características físicas externas de las personas, debido al envejecimiento, se disminuye la atracción física y como conse-

cuencia la actividad sexual. Evidentemente, los ancianos siguen sintiendo atracción física tanto por personas de su edad como por las más jóvenes.

Otro antiguo mito bastante común, es que la actividad sexual agota a la persona con edad y que, además, la eyaculación acelera el envejecimiento y la muerte. Nada más lejos de la realidad, ya que lo que está claramente demostrado es que el hecho de mantener una vida sexual activa es recomendable para la salud, y que contribuye a mantener una mejor condición física y anímica.

Para desterrar totalmente estos mitos negativos y carentes de rigor, no hay más que revisar los resultados generales de los principales estudios de investigación, en los que se refleja que la sexualidad y la afectividad son connaturales en la persona y sólo finalizan con la muerte, por lo que ni el interés ni la actividad sexual desaparece en los ancianos. La teoría actual es que la sexualidad se va a ir modificando con los pasos de los años, pero una gran mayoría de los ancianos pueden seguir disfrutando de sus actividades sexuales, siempre y cuando así lo deseen y se lo planteen de una forma diferente a la que mantenían en las etapas anteriores de su vida.

En este sentido, la actitud más positiva hacia este tema incluiría una adecuada información de los ancianos mediante diferentes vías de divulgación (servicios sanitarios, campañas de educación general, consejos de profesionales, escuela de mayores, etc.), que permitiera conocer la realidad de la expresión de la sexualidad en ellos, así como los cambios que van a experimentar en el patrón sexual, y qué dificultades pueden encontrar en esa etapa de la vida, informándoles de las posibles adaptaciones y soluciones para mantener, si así lo desearan, algún tipo de actividad sexual.

3. ¿DE QUÉ FORMA INFLUYE EL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL?

En el mantenimiento de la actividad sexual de los ancianos influye el estado de los diferentes aparatos y sistemas, tanto aquellos más generales (sistema nervioso, cardiovascular, locomotor, etc.), como los específicos (aparato genital). Es indudable que con el envejecimiento van a ocurrir una serie de cambios, tanto anatómicos como funcionales, que pueden modificar la actividad sexual de los ancianos e incluso limitarla o interferir con ella. Lo deseable sería que todos estos cambios fueran bien conocidos por los profesionales sanitarios, y explicados a los propios ancianos, para que se pudieran adaptar a ellos y que de esta forma repercutieran de manera positiva sobre su actividad sexual.

Existe bastante diferencia en la presentación de estos cambios entre los dos sexos, ya que mientras en el varón se suelen producir lenta y progresivamente a partir de la sexta década de su vida, en la mujer la mayoría de los cambios surgen de una manera relativamente rápida a partir de la menopausia (que se establece en torno a los 51-52 años), pudiendo relacionarse la reducción de su actividad sexual con la presencia de algunos síntomas (escozor vaginal, dolor vaginal con la penetración, irritación). Obviamente, una adecuada valoración

ginecológica, y la utilización de tratamientos efectivos (estrógenos locales), pueden contribuir positivamente a mejorarlos.

a) Cambios anatómicos en los órganos sexuales

En el varón, los principales cambios anatómicos en los órganos sexuales derivados del envejecimiento fisiológico son: una mayor flacidez del pene, una disminución del tamaño testicular y un aumento de la glándula prostática.

En el caso de las mujeres, los cambios son mayores y más variados, destacando una disminución del tamaño del útero, trompas y de los ovarios, una menor longitud de la vagina, una atrofia de los labios mayores y de la vagina.

Algunos de estos cambios van a poder influir directamente en los cambios de la actividad sexual, y otros lo van a hacer de una forma indirecta, al producir síntomas urinarios o molestias genitales.

b) Cambios funcionales en los órganos sexuales

Algunos cambios funcionales pueden estar relacionados con estas alteraciones anatómicas descritas previamente, si bien otros no.

De una forma general, y teniendo en cuenta la gran variabilidad que existe entre los ancianos, se ha comunicado que en el anciano disminuye el apetito sexual biológico, pero no ocurre lo mismo con la atracción sexual, las necesidades afectivas, ni con el sentido de la comunicación genital, todo lo cual sigue muy presente hasta el final de la vida. Por ello, los contactos sexuales se modifican cualitativamente con la edad, dejando de ser el coito el objeto y el fin de la aproximación sexual, y destacando otros aspectos como lo sensual, lo erótico, lo afectivo o las actividades genitales no coitales (caricias, masturbaciones, etc.).

En el varón, desde el punto de vista funcional, se conoce que la erección es más lenta y menos completa, que decae rápidamente tras la eyaculación, que el tiempo para poder alcanzar otra erección tras la eyaculación es muy prolongado y que desaparece la sensación de “inevitabilidad” previa a la eyaculación.

En la mujer, está bien documentada la reducción de las hormonas sexuales circulantes, así como una menor lubricación vaginal, un menor número de contracciones durante el orgasmo, una menor intumescencia del clítoris y un rápido descenso de ésta tras el orgasmo.

Estos cambios anatómicos y funcionales, junto con la repercusión de otras patologías orgánicas crónicas y, además con el consumo de algunos grupos farmacológicos, pueden justificar ciertas modificaciones en el comportamiento sexual en los mayores, bien por las alteraciones del sistema hormonal, bien por las repercusiones físicas y psico-sociales de las enfermedades crónicas que producen algún grado de incapacidad.

Conviene destacar que ninguno de estos cambios condiciona obligatoriamente el cese de la actividad sexual, sino que exigen más bien una adaptación del anciano a sus nuevas características. En contra de lo que se podía pensar, la capacidad de adaptación al proceso del

envejecimiento, que los ancianos bien informados tienen, es muy buena, apareciendo como un factor positivo para alcanzar un grado de satisfacción con su actividad sexual, y evitar así ciertas decepciones o situaciones de ansiedad ante las siguientes relaciones sexuales, que lo único que podría provocar sería el cese de la actividad sexual de una forma innecesaria.

En la Tabla 2 se presentan los principales cambios anatómicos y funcionales de los órganos sexuales en la población anciana.

TABLA 2
Cambios anatómicos y funcionales en los órganos sexuales de los ancianos

CAMBIOS ANATÓMICOS:	Varón: ↑ ángulo peneano-abdominal ↓ tamaño testicular ↑ tamaño prostático Mujer: ↓ tamaño ovario, trompas y útero ↓ longitud vagina Atrofia labios mayores Atrofia de la mucosa del endometrio y cuello Atrofia vaginal
CAMBIOS FUNCIONALES:	Varón: Erección más lenta y menos completa Descenso rápido de la erección tras la eyaculación Periodo refractario tras la eyaculación ↑ frecuencia de eyaculación retrógrada ↓ sensación de “inevitabilidad” previa a la eyaculación Mujer: ↓ hormonas sexuales circulantes ↓ lubricación vaginal ↓ nº contracciones orgásmicas ↓ intumescencia clítoris Rápido descenso tras el orgasmo

4. ¿QUÉ CONOCEMOS SOBRE LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS?

Tradicionalmente ha existido escaso interés por la sexualidad en los ancianos, y además resulta muy difícil analizarla así como conocer el comportamiento sexual en esta etapa de la vida, motivos éstos que justifican la escasa disponibilidad de estudios sobre la actividad sexual de los ancianos. Afortunadamente, en estos últimos años se ha incrementado el interés por este tema, poniéndose en marcha diversos estudios epidemiológicos que nos ofrecen ya algunos datos relevantes.

En la gran mayoría de estas investigaciones se demuestra de una forma bastante clara que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, encontrándose en algunos casos que este declinar es mayor en las mujeres que en los hombres, aunque esta segunda conclusión debe hacerse con reservas, ya que las muestras analizadas han sido bastante heterogéneas en cuanto a la procedencia de los sujetos, su situación general (tanto clínica como funcional) y su situación social.

Es importante comentar que, en casi todos estos trabajos se ha valorado la sexualidad del anciano de una forma cuantitativa (frecuencia de coitos, número de orgasmos, etc.), sin considerar otros tipos de actividad sexual ni otros aspectos cualitativos (tocamientos, masturbación, etc.) que son aún más sensibles al cambio en los sujetos mayores. En ese sentido, no disponemos de estudios específicos para conocer aspectos cualitativos (tipo de actividad sexual, satisfacción con otras técnicas sexuales), que podrían ofrecer una información más interesante acerca de la sexualidad en los ancianos.

De acuerdo a los principales estudios realizados sobre la actividad sexual en los ancianos, se han propuesto una serie de factores que podrían predecir el mantenimiento de la actividad sexual en los ancianos. Los principales factores son el buen estado de salud física y mental; la existencia de una pareja estable y que no sufra limitaciones funcionales; y la historia sexual previa, conociéndose que aquellos ancianos que han mantenido una actividad sexual habitual y periódica durante las etapas previas de su vida tienen mayor probabilidad de continuar manteniendo la actividad sexual.

Como conclusión importante sobre la realidad de la actividad sexual en los ancianos es que ésta existe, y en algunos casos es incluso más la norma que la excepción. En base a lo publicado en la literatura médica, es incorrecto seguir pensando que el anciano tiene poco interés en su sexualidad o mantiene escasa actividad sexual. Bien es verdad que, habría que abordar la actividad sexual de los ancianos de una forma totalmente individualizada, considerando todas sus características, sin basar exclusivamente la sexualidad en el coito.

5. PRINCIPALES FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL DEL ANCIANO

Como ya se comentó anteriormente, el cese de la actividad sexual no es un hecho que vaya ligado a la edad cronológica del anciano, sino un suceso variable que dependerá en gran medida de unos factores individuales (estado de salud del sujeto y de su pareja; grado de incapacidad física y mental del sujeto y de su pareja; la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas; nivel de conocimiento de los cambios que aparecen con el envejecimiento en la función sexual; diferentes aspectos psicosociales).

Por otro lado, los grupos de ancianos de mayor edad (por encima de 75-80 años), asociando con gran frecuencia la sexualidad con la fecundación y así, bastantes personas podrían rechazar la idea de mantener actividades sexuales sólo por obtener placer o disfrute en la edad avanzada, cuando ya la función fértil ha desaparecido.

Indudablemente, en los ancianos pueden aparecer otra serie de factores, con un peso específico variable, que van a poder reducir o limitar la persistencia de la actividad sexual. Los más relevantes van a ser la pluripatología y el grado de incapacidad, el estado de viudedad y la falta de intimidad.

– *Pluripatología y grado de incapacidad*

Uno de los hechos que con mayor frecuencia llevan al cese de la actividad sexual es la incapacidad física secundaria a las enfermedades, ya que puede interferir con la actividad sexual por diferentes motivos: reducir o empeorar la movilidad del anciano (por ej. las enfermedades osteoarticulares, las secuelas neurológicas o las amputaciones); puede reducir la resistencia al esfuerzo y ejercicio (como las enfermedades cardiacas y respiratorias); puede afectar a los propios órganos sexuales (como el uso de sondas urinarias o la patología génito-urinaria) o puede limitar psicológicamente al anciano (como la mastectomía o el infarto de miocardio, la presencia de ostomías o la propia depresión).

Además del tipo de proceso patológico, también su forma de presentación va a influir decisivamente, ya que en las enfermedades que se han instaurado de forma brusca (como los casos del ictus, infarto agudo de miocardio, cirugía radical), la repercusión que provoca sobre la actividad sexual puede ser mayor que si la incapacidad se ha establecido de forma paulatina (como ocurre en la artrosis, la enfermedad de Parkinson, o los procesos respiratorios).

Una mención especial requiere la utilización de fármacos por el anciano, especialmente la polifarmacia que suele ser habitual en los casos de pluripatología, pudiendo influir negativamente sobre la actividad sexual del anciano. Existen algunos grupos farmacológicos que con mayor frecuencia se asocian a una alteración de la actividad sexual, reduciendo el deseo sexual o provocando disfunción eréctil, como son los psicofármacos (antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas), los antihipertensivos (diuréticos, beta-bloqueantes, alfa-bloqueantes, etc.) y los opiáceos (analgésicos derivados de la morfina).

– *La viudedad*

En la población de mayor edad, esta situación aparece como uno de los principales condicionantes de la persistencia o no de actividad sexual. En base a los datos de algunos estudios epidemiológicos, el hecho de perder la pareja aparece como uno de los factores determinantes del cese de la actividad sexual, habiéndose demostrado que una interrupción prolongada de la actividad sexual en un sujeto anciano dificulta la recuperación posterior de ésta.

Aunque es difícil de determinar, la situación de viudedad podría no tener el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual en las mujeres que en los varones, ya que al margen de la diferencia demográfica, tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar como negativo el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso los nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual sin lugar a dudas puede limitar la actividad sexual de éstas. En este sentido, en diversos estudios se ha comunicado que una gran

mayoría de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.

– *Falta de intimidad*

Factor éste poco considerado, aunque bastante frecuente en la población anciana, debido a la modificación en algunas ocasiones de su estilo de vida. Puede deberse a la necesidad de compartir la vivienda familiar, al hecho de no disponer de una habitación propia, o a la institucionalización. El resultado de estos cambios en el estilo de vida del anciano, sería la falta de intimidad, que podría generar una limitación importante para expresar su sexualidad, a lo que se añade muchas veces los conflictos que pueden surgir con los familiares o cuidadores directos, al no entender o aceptar las expresiones sexuales del anciano, y adoptar actitudes restrictivas o inhibitorias hacia la actividad sexual.

Este hecho es un problema bien conocido en el ámbito residencial, que plantea problemas que van desde la educación del personal al intento de ubicación de los residentes en ambientes más íntimos.

Lo ideal sería, en la medida de lo posible, intentar que el anciano o la pareja de ancianos, dispusieran de un espacio físico propio, en el que pudieran tener su intimidad, y que los familiares y/o cuidadores aceptaran la necesidad y conveniencia de que expresaran su sexualidad, tratando de que no resultara negativo o incómodo para el resto de familiares.

6. ADAPTACIONES DEL ANCIANO A SU PATRÓN DE ACTIVIDAD SEXUAL

La sexualidad en el anciano implica una expresión amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Es importante considerar el impacto que los distintos factores biológicos, médicos, farmacológicos, funcionales, psicológicos, sociales, etc. pueden desempeñar en la sexualidad del anciano. Por ello, habría que aceptar como normales en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual estándar, tales como una reducción en el número de coitos y un aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, los tocamientos, los ratos de intimidad emocional, las relaciones de compañía o las masturbaciones.

En el caso de algunos ancianos, el incremento de la práctica de la masturbación se podría posiblemente justificar por el hecho de disponer de una pareja incapacitada o por la mayor tasa de viudedad a edades avanzadas, lo cual, unido al rechazo social que existe hacia el establecimiento de nuevas relaciones, serían factores que propiciarían la satisfacción sexual mediante la masturbación. Otras actividades sexuales como el “voyeurismo”, el exhibicionismo, la pedofilia, la homosexualidad, la bisexualidad u otras, parecen ser menos frecuentes en estas edades, aunque no existen datos suficientes para afirmarlo con certeza.

En otro capítulo de este libro se desarrollarán en profundidad la heterosexualidad y la homosexualidad en este colectivo.

7. ¿QUÉ PROBLEMAS SEXUALES PUEDEN TENER CON MÀS FRECUENCIA LOS ANCIANOS?

Ya se ha comentado varias veces que la actividad sexual se modifica en los ancianos con el envejecimiento, aunque el interés sexual se mantiene en la gran mayoría de ellos pese a una disminución de la actividad sexual. Los factores que con más frecuencia contribuyen a esta disminución son los problemas de salud, los aspectos psicosociales, la disponibilidad de pareja y la disfunción eréctil.

A continuación se exponen los principales problemas sexuales en los ancianos, si bien debido a las características de esta revisión no se podrán desarrollar con la extensión que requerirían.

a) Varones:

– *Disfunción eréctil*

Este trastorno sexual supone la incapacidad de alcanzar o mantener una erección adecuada para poder llevar a cabo la penetración, si bien algunos autores exigen que esta incapacidad ocurra en más del 75% de los intentos de relaciones sexuales para considerarla como tal. En los principales estudios epidemiológicos se comunica que este problema es muy infrecuente antes de los 40 años, incrementado su prevalencia con la edad, pudiendo llegar a afectar a entre un 55-65% de los varones de 70 o más años. Este trastorno sexual, además de ser preocupante por su elevada prevalencia, también lo es por deteriorar significativamente la calidad de vida de los varones afectados.

Las causas más frecuentes de la disfunción eréctil en los varones mayores son de tipo orgánico, destacando en primer lugar la patología vascular (que explica más de la mitad de los casos), siendo bien conocido que los factores de riesgo vascular habituales (diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, hiperlipidemia) incrementan la prevalencia de la disfunción eréctil, hasta llegar a proponerse incluso que ésta es un predictor de la enfermedad vascular aterotrombótica. La patología neurológica es también frecuente, sobre todo los problemas medulares y la disautonomía (debida a diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson o enfermedad cerebrovascular). De igual forma, diversos grupos farmacológicos se han asociado a la disfunción eréctil, sin llegar a poder conocerse su mecanismo patogénico en algunos casos, y destacando entre ellos los anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos y antihipertensivos. Las enfermedades endocrinológicas (hipotiroidismo, hipertiroidismo), suponen una causa bastante poco común.

En contra de lo que se pensaba anteriormente, la prevalencia de la disfunción eréctil de origen psicógeno, se reduce proporcionalmente con la edad, considerándose muy infrecuente en los varones de edad avanzada, debiendo descartarse previamente las principales causas orgánicas.

Por ello, en la evaluación de la disfunción eréctil del mayor debe incluirse una historia médica completa, una revisión farmacológica detallada, una valoración psicosocial y una histo-

ria sexual. Es importante aclarar si el problema consiste en una ausencia de erecciones, una disminución de la libido o la ausencia de orgasmos. Es útil analizar una serie de características clínicas, tales como el inicio de la disfunción eréctil (súbito o progresivo) y la existencia o no de erecciones nocturnas.

De cara al tratamiento, hay que reconocer que se dispone de diversas opciones terapéuticas, aunque éste debe individualizarse, basarse en la etiología de cada proceso y en las preferencias del paciente y de la pareja. El tratamiento más frecuente son los *inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (sildenafilo, vardenafilo, tadalafilo*), medicamentos que mejoran tanto la rigidez como la duración de la erección, estando absolutamente contraindicado su uso en los pacientes que reciben tratamiento para la cardiopatía isquémica (infarto de miocardio previo, angina de pecho) con nitratos, por el alto riesgo de producir una hipotensión grave y fatal. De todos ellos, el sildenafilo ha sido el primer fármaco de administración oral de eficacia demostrada en la disfunción eréctil, por lo que se ha utilizado más ampliamente.

Otras opciones terapéuticas efectivas como la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos (sobre todo PGE_1), los dispositivos de vacío o las prótesis quirúrgicas se reservan para casos especiales en los que hayan fracasado los fármacos anteriores, y que la disfunción eréctil deteriore su calidad de vida.

– *Disminución de la libido*

Este es un problema menos frecuente que la disfunción eréctil, que en los varones mayores se asocia muchas veces con una déficit hormonal (andrógenos), un trastorno psicológico (depresión, ansiedad), o con la toma de ciertos grupos farmacológicos (psicofármacos, betabloqueantes, hipotensores).

– *Trastornos de la eyaculación*

Algunos problemas médicos, casi siempre secundarios a intervenciones quirúrgicas (sobre todo de la glándula prostática), pueden generar una alteración en la salida del semen, en forma de *eyaculación retrógrada.* Otras alteraciones de la eyaculación, como son la *eyaculación inhibida*, casi siempre en relación con el uso de determinados antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, trazodona) o la *eyaculación precoz,* son infrecuentes en la población mayor.

b) Mujeres:

Según una encuesta llevada cabo en Estados Unidos (*National Health and Social Life Survey*) la disfunción sexual es más común en las mujeres que en los hombres, y aunque puede ocurrir en cualquier edad, se considera que es particularmente común que surja en la etapa perimenopáusica. Como ya se comentó anteriormente, es indudable el efecto que la menopausia desempeña sobre la función sexual, ya que en un elevado número de casos esta etapa se acompaña de una reducción del interés sexual, así como de la respuesta y frecuencia del coito, casi siempre en relación con la aparición de una serie de síntomas urogenitales que, a menudo, no son abiertamente comentados por la mujer con su pareja ni con su médico, y que no suelen ser tratados.

Los trastornos sexuales más comunes en la mujer anciana incluyen la dispareunia, la disminución de la libido o del deseo sexual y la falta de orgasmo.

– *Dispareunia*

Se llama así a la presencia de dolor durante el coito. Puede deberse tanto a factores orgánicos como psicológicos o a la suma de ambos. La causa más común tras la menopausia suele ser la vaginitis atrófica por hipoestrogenismo, aunque puede deberse también a otras causas menos frecuentes (infecciones, quistes de Bartolino, retroversión uterina, tumores pélvicos). Generalmente responde bien al tratamiento hormonal sustitutivo (especialmente estrógenos locales), al mejorar la lubricación vaginal.

– *Disminución de la libido o del deseo sexual*

Se ha propuesto que la libido depende de la testosterona, incluso en las mujeres, más que de los estrógenos, y aparentemente con el envejecimiento se reduce significativamente la producción total de andrógenos a nivel ovárico y suprarrenal, aunque no su relación con los estrógenos. En ese sentido, en algún estudio se ha comunicado que en mujeres con menopausia natural, la adición de testosterona a la terapia estrogénica mejora la función sexual.

No obstante, es indudable el efecto que la comorbilidad (diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, patología osteoarticular, cardiopatía isquémica, cirugía ginecológica, depresión, ansiedad) y la polifarmacia (psicofármacos, diuréticos, antihistamínicos) desempeñan también sobre el deseo sexual en la mujer mayor, como se describió en los varones.

Otros factores psico-sociales (ansiedad, trastornos del ánimo, aislamiento, falta de intimidad), también podrán participar o empeorar en este trastorno del deseo sexual.

– *Falta de orgasmo*

Requiere para su consideración el hecho de haber tenido previamente una excitación sexual normal, teniendo a esta edad un origen casi siempre orgánico (diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, alteraciones medulares, alteraciones) o farmacológico (psicofármacos).

8. PROPONIENDO SOLUCIONES PARA MEJORAR LA SEXUALIDAD EN EL ANCIANO

Indudablemente, las acciones para mejorar la sexualidad de los ancianos deben dirigirse en varios sentidos y hacia diferentes segmentos de la población.

En primer lugar habría que plantear modificar algunas conductas bastante establecidas en la población general. En este sentido sería deseable que se pudiera hablar abiertamente de la sexualidad, eliminando todas las connotaciones negativas que ello conlleva actualmente, especialmente en la población de edad avanzada. Asimismo sería muy positivo también

ofrecer una mayor información a la población general acerca de las características de los ancianos y de sus principales problemas de salud. Obviamente ello requiere muchos esfuerzos para mejorar la educación sanitaria de la población en ese tema, y conseguir aumentar el respeto hacia el conjunto de ancianos que deseen expresar su sexualidad.

Otro grupo de medidas deberían ir dirigidas a la población anciana ("población diana"), informándoles mejor de los cambios que el envejecimiento va a provocar en los distintos órganos y sistemas de su organismo, especialmente en los que a la función sexual pueden afectar. Así de esta forma se establecería una normalidad en torno a la función sexual, con un mayor conocimiento de sus limitaciones, y facilitando que su adaptación al nuevo patrón de actividad sexual fuera más natural.

Otras acciones deberían ir dirigidas hacia el colectivo de los profesionales sanitarios, ya que el grado de formación específica recibida sobre la sexualidad es muy escasa, especialmente en los ancianos. Lamentablemente, hay que reconocer que en la gran mayoría de profesionales sanitarios, la actitud que se suele adoptar es la de ignorar la sexualidad de los ancianos y no recabar información sobre su historia sexual, lo cual puede ser interpretado por parte del anciano como una desaprobación. Así, muchos médicos, y otros profesionales sanitarios evitan hablar de los aspectos sexuales con sus pacientes, hasta el extremo de no recoger datos acerca de la sexualidad en la valoración, ya que creen que es un tema que no interesa o preocupa a los ancianos, y además se pueden encontrar incómodos al tratar este tema. El resultado final es que nadie pregunta o aconseja al anciano sobre qué debe hacer en cada caso, y en algunas situaciones la respuesta sería bastante sencilla, ya que supondría una adecuada adaptación a sus cambios con el envejecimiento y a su nuevo patrón de actividad sexual (por ejemplo, aprovechar el mejor momento del día, o tomar algún medicamento previo, o modificar la postura del coito, evitar el coito y recurrir a otras alternativas posibles, etc.), en otras, la psicoterapia (como sucede, por ejemplo, en las mastectomizadas o en los portadores de ostomías). Por ello, con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios en este terreno, y con una mayor sensibilización hacia estos aspectos olvidados del anciano, se mejoraría sin duda la capacidad de valorar integralmente al anciano, contribuyendo directamente a un mayor grado de bienestar y a una mayor calidad de vida.

Por último y como mensaje final, la renuncia a la actividad sexual del anciano debería ser el último paso, y siempre debería quedar como opción del individuo, y nunca como consecuencia irremediable e impuesta por factores ajenos al anciano.

9. PUNTOS CLAVE

- La sexualidad es un componente de la salud del anciano que influye notablemente sobre su calidad de vida.
- No existe un límite de edad, a partir del cual el anciano cese su actividad sexual.
- El envejecimiento conlleva unas modificaciones en nuestro organismo que pueden influir sobre la actividad sexual en el anciano.

– No hay que considerar que el anciano es un ser asexual, si bien la sexualidad en el anciano tiene unas connotaciones especiales.

– Los ancianos con buen estado de salud y una historia sexual previa positiva podrán seguir manteniendo, con más frecuencia, una actividad sexual satisfactoria.

– Algunos factores del anciano (médicos, funcionales, psico-sociales) pueden interferir con su actividad sexual.

– Los ancianos deberían estar bien informados sobre los cambios derivados del envejecimiento para poder adaptarse a ellos.

– El patrón sexual del anciano debe ser considerado de forma diferente al del adulto y del joven.

– Los profesionales sanitarios deberían abordar más ampliamente y con naturalidad el tema de la sexualidad en los ancianos.

– No se pueden mantener una serie de mitos sobre la sexualidad en el anciano, como el tradicional "viejo verde", sólo por el hecho de que expresen su deseo sexual.

Bibliografía recomendada

Cruz Jentoft, A. y Verdejo Bravo, C. (1995): Edad y función sexual. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* NM 2:5-10.

Mercé Cortés, J. (2002): Sexualidad. En Ribera Casado J.M., Cruz Jentoft A. Eds. Geriatría en Atención Primaria (3ª ed.). Madrid. *Aula Médica*, págs. 45-52.

Sánchez Martos, J. (1999): La educación sexual del anciano. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 34 (NM1):69-75.

García Reboll, L. y Jiménez Cruz, J. F. (1999): Sexualidad en el anciano. En Jiménez Cruz J.F. ed. Urología Geriátrica. Madrid. *Aula Médica*. 191-203.

Avis, N. E. (2000): Sexual function and aging in men and women: community and population-based studies. *J. Gend. Specif. Med.* 3:37-41.

Gott, M. y Hinchliff, S. (2003): How important is sex in later life? The views of older people. *Soc. Sci. Med*. 56:1617-28.

Díaz Sánchez, J.; Verdejo Bravo, C.; Salinas Casado, J. y Ribera Casado, J. M. (2004): La actividad sexual en una muestra de ancianos no institucionalizados. *Urod. A.* 17(2):95-102.

Gott, M.; Hinchliff, S. y Galena, E. (2004): General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc. Sci. Med.* 58:2093-103.

Borboa García, C. A.; Prado Valenzuela, I. (2005): Disfunción sexual en el anciano. En Ribera Casado, J. M. ed. *Avances en Geriatría*. Las Palmas de Gran Canaria. Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria S.L., 381-95.

Dennerstein, L.; Lehert, P.; Burger, H. y Guthrie, J. (2005): Sexuality. *Am. J. Med.* 118: 59S-63S.

Prieto Chincolla, S.: "La sexualidad de las personas mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 57 (publicación: 19/06/2006). http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01-pdf.

Ginsberg, T. B. (2006): Aging and sexuality. *Med. Clin. North. Am.* 90:1025-36.

Cruz Jentoft, A. J. (2006): *La vejez positiva*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Prieto Chincolla, S. (2006): *La sexualidad en el anciano*. SEMER; 6: 51-55.

Morera, J. F.; García, L. y Jiménez, J. F. (2007): Sexualidad en el anciano. En Urología geriátrica (2ª edición). Jiménez Cruz J. F. Ed. *Aula Médica*. Madrid, 137-46.

Umidi, S.; Pini, M.; Ferretti, M.; Vergani, C. y Annoni, G. (2007): Affectivity and sexuality in the elderly. *Arch. Gerontol. Geriatr.* (suppl 1): 413-7.

Castelo-Branco, C.; León Huezo, M. y Ballescá Lagarda, J. L. (2008): Definition and diagnosis of sexuality in the XXI century. *Maturitas*; 60:50-8.

6

El mito de que la edad contraindica la cirugía

Por Dra. Mª Antonia Vaquero Pérez
Adjunto, Cirugía General.
Hospital Infanta Sofía. Madrid

Dr. Jesús Torres Jiménez
Jefe Servicio Cirugía General
Hospital Infanta Sofía. Madrid

> "La cirugía del viejo no quiere decir operar a personas ancianas, sino intervenir con los mismos resultados y límites de seguridad que a otras personas de distintas edades"
>
> NOEFF

En 1960 el número de españoles mayores de 65 años era de 2.500.000, en 1990 supera los 5.000.000, las previsiones para el año 2010 son de 6.200.000 y, lo que es más importante, 1.500.000 de españoles estarán por encima de los 80 años. Este índice es similar al de los demás países europeos desarrollados y muy superior al resto de los países del mundo.

Se calcula que más del 40% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles tienen más de 65 años. Estos pacientes representan el 30% de la actividad de los servicios quirúrgicos hospitalarios y consumen entre el 30-35% de los gastos de salud.

Hasta comienzos del siglo XX la edad avanzada constituía una contraindicación absoluta para la cirugía. En 1937 Brooks comunicó su experiencia sobre 293 pacientes intervenidos entre 1926 y 1935 que tenían más de 70 años y en quienes la mortalidad global fue del 14%; además observó que las enfermedades quirúrgicas en los grupos de edad avanzada conllevaban una mortalidad relativamente alta, pero que las defunciones que podrían atribuirse de manera razonable al tratamiento quirúrgico eran relativamente infrecuentes. Los resultados mejoran entre 1961 y 1979 gracias a los avances anestésicos, los cuidados perioperatorios, la vigilancia cardiaca intensiva, la prevención de la sepsis y los avances en nutrición artificial y en fluidoterapia. Así en 1972 la mortalidad en pacientes nonagenarios sometidos a tratamiento quirúrgico es del 29%.

Cuando el cirujano comienza a tratar un número creciente de pacientes de edad avanzada es necesario que se definan sus esperanzas y objetivos con claridad. Así los objetivos de la asistencia médico-quirúrgica del paciente geriátrico deben ser: conservar o mejorar el lapso de vida potencial, conservar una forma digna de vida, una máxima función independiente, y mínima dependencia, aliviar el sufrimiento, con atención particular al dolor, y aunque no sea posible la curación, tienen la misma importancia la paliación y el bienestar.

El riesgo quirúrgico en el paciente geriátrico estará influenciado por factores que deben considerarse como:

Cambios fisiológicos debidos a la edad.

Patología asociada.

Cuidados pre, intra y postoperatorios.

Tipo de cirugía a practicar.

Momento del diagnóstico.

Cambios fisiológicos debidos a la edad

Debemos considerar al tratar a los pacientes geriátricos, que el envejecimiento no es una enfermedad, sino que es un hecho involutivo, fisiológico e irreversible, que consiste en la pérdida de la capacidad de reproducción de las células, y que comienza a partir de los sesenta años. En este proceso, la masa celular va siendo reemplazada por tejido conjuntivo. Todos los órganos, excepto el corazón, pierden peso y volumen y aumentan su consistencia en detrimento de su elasticidad. Todo ello se acompaña de una caída de la reserva fisiológica en los distintos aparatos y sistemas (Tabla 1). En estas condiciones, cuando estos órganos son sometidos a un mayor esfuerzo, como consecuencia del acto quirúrgico, pueden hacerse insuficientes al solicitarles un rendimiento que no pueden aportar.

Las pérdidas funcionales de los distintos órganos y sistemas se producen de una manera muy diferente en cuanto a intensidad y cadencia de unos u otros, existiendo, también, una gran variabilidad individual entre las personas.

Los tipos de cambios que se producen con el envejecimiento son:

La pérdida completa de determinadas funciones.

Por ejemplo, la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer tras la menopausia, otro ejemplo sería la pérdida de la capacidad para percibir determinadas frecuencias acústicas.

Los cambios funcionales secundarios a cambios estructurales.

Se afectan todos los órganos y sistemas. Habitualmente las alteraciones funcionales siguen a las pérdidas anatómicas o histológicas. Muchas de estas pérdidas pueden ser parcialmente suplidas durante un tiempo o compensadas a través de los mecanismos de reserva fisiológica del organismo. Es el caso de la pérdida progresiva en el funcionalismo renal secundario a la disminución de la población de las nefronas, disminución que se debe en gran medida a la reducción del flujo vascular del riñón.

Con el envejecimiento se produce una pérdida de masa muscular esquelética, con una reducción de la fuerza, con limitación para todas las actividades dependientes de los músculos. Lo mismo ocurre con la masa ósea, lo que favorece la aparición de osteoporosis y de aplastamientos vertebrales y limita la funcionalidad de la columna, o con los tejidos articulares, que pierden su elasticidad, con reducción de la capacidad funcional de la articulación.

Otro claro ejemplo es la pérdida de células marcapaso cardiacas del nódulo sinusal, a los 70 años apenas queda el 10% de las que existían en la juventud, así se hace especialmente vulnerable a alteraciones como la fibrilación auricular o la enfermedad del seno.

Los cambios secundarios a fallos de interrupción de los mecanismos de control.

Así se elevan mucho los niveles de gonadotropinas en la mujer, como consecuencia del sistema de retroacción de regulación, cuando, tras la menopausia hay una caída en la producción de hormonas sexuales. También puede producirse respuesta por exceso con aumento de la función, como el aumento de secreción de hormona antidiurética en respuesta a las modificaciones con la osmolaridad.

En determinados casos los cambios sólo ocurren en circunstancias no basales.

TABLA 1
Cambios fisiológicos en el anciano

Aparato/sistema	Cambio fisiológico
Piel	Mayor susceptibilidad a la lesión y menor capacidad de reparación.
Corazón	Menor complianza del corazón y los vasos. Menor respuesta beta. Engrosamiento del VI. Dilatación de cavidades. Arritmias. HTA.
Pulmón	Debilidad faríngea. Deterioro de reflejo tusígeno. Pérdida de elasticidad pulmonar. Atrofia de músculos torácicos. Disminución de FEV 1.
Riñón	Disminución de la velocidad de filtración. Mayor toxicidad por fármacos. Disminución de flujo renal. Disminución de renina y aldosterona.
Hígado	Disminución del tamaño hepático. Descenso del flujo esplénico. Pérdida de la reserva funcional. Enlentecimiento en el metabolismo hepático.
Digestivo	Disminución del peristaltismo. Mayor prevalencia de H.pylori.
Homeostasis	Hipercoagulabilidad. Aumento de la actividad fibrinolítica. Generación excesiva de trombina.
Nutrición	Déficit nutricional. Pobre ingesta de alimentos. Alteración en la dentadura. Disminución de los sentidos del olfato y gusto.
Farmacología	Disminución de la albúmina. Aumento de grasa corporal. Disminución del agua corporal total.
Inmunología	Disminución en la función inmunológica.
Estado mental	Aumento en la prevalencia de demencia, depresión, Parkinson y ACVA.

Es el caso de la frecuencia cardiaca, que se mantiene estable en reposo pero, con el ejercicio, es incapaz de alcanzar las altas frecuencias que pueden lograrse en los individuos jóvenes.

Las principales consecuencias de los cambios debidos al envejecimiento son:

En la configuración general del cuerpo se produce una pérdida de la estatura. Hay, también, una redistribución del tejido adiposo con tendencia a fijarse de forma centrípeta en el tronco. También se produce una pérdida en el contenido total de agua, que es más acusada en el líquido intracelular.

En la pared arterial, los cambios atañen a la capacidad para aportar sangre a los distintos órganos. Además de la enfermedad arterioesclerosa, se produce un aumento en la capa íntima de los contenidos de ésteres de colesterol y de fosfolípidos. Además aumentan los depósitos de calcio y se pierden las propiedades elásticas de las arterias, originando un aumento en la rigidez y una disminución de la luz arterial.

En la respuesta de los receptores, con reducción de la sensibilidad; así la respuesta a los barorreceptores se amortigua, lo que puede contribuir a explicar la facilidad para la hipotensión ortostática. Otros sistemas reguladores, como los relativos a la termorregulación, a la neurotransmisión, a los sistemas superiores de regulación endocrina y metabólica o del sistema nervioso autónomo, también sufren diferentes cambios en relación con el envejecimiento.

Las modificaciones en el sistema de regulación hidroelectrolítica. Hay una disminución en la sensibilidad a la sed y alteraciones en la secreción y respuesta de la hormona antidiuré-

tica. A ello hay que añadir una limitación para la retención de sodio. Como resultado, existe una mayor facilidad para la deshidratación, que en situaciones de estrés, supone una amenaza para el anciano.

En el sistema inmunológico. Se produce una limitación progresiva para cumplir su papel de vigilancia y defensa. Ello se traduce, en un aumento de la tasa de autoanticuerpos circulantes y en una mayor facilidad para adquirir enfermedades infecciosas, tumorales y autoinmunes.

Patología asociada

La vejez, además de acompañarse de deficiencias funcionales orgánicas puede acompañarse de enfermedades asociadas, que hay que conocer, corregir o estabilizar previamente a la cirugía, ya que la preparación previa a la intervención quirúrgica mejora el pronóstico, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad.

Las enfermedades concomitantes constituyen, por tanto, un factor muy importante cuando se valora el riesgo de intervención quirúrgica en el anciano.

Son de importancia: el infarto agudo de miocardio reciente, la angina inestable, la insuficiencia cardiaca descompensada, las enfermedades renales, las enfermedades hepáticas, las enfermedades pulmonares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades del SNC.

Las enfermedades cardiovasculares afectan al 17% de los ancianos sometidos a tratamiento quirúrgico y representan el 50% de las muertes en el postoperatorio. En el anciano, la tolerancia al ejercicio es el mejor factor predictivo de complicaciones cardiacas y pulmonares en el postoperatorio.

Las alteraciones respiratorias, EPOC, enfisema pulmonar y asma bronquial, representan el 50% de las patología asociadas y están gravadas con una mortalidad postoperatoria del 25%.

El 7,5% de los pacientes geriátricos sometidos a cirugía sufren diabetes mellitus, enfermedad que determina una alteración de la respuesta frente al estrés predisponiendo a sepsis y comprometiendo las funciones cardiocirculatorias; se acompaña de un alto grado de complicaciones (37%) y está gravada por una mortalidad postoperatoria del 7%.

Las patologías del aparato nefro-urinario están representadas por el deterioro de la función renal por atrofia progresiva cortical, sin embargo, sólo un 1,5% de los pacientes ancianos sometidos a cirugía presentan insuficiencia renal crónica.

Otras enfermedades asociadas menos frecuentes que pueden repercutir sobre el pronóstico quirúrgico de los pacientes ancianos son: hepatopatías crónicas, estados anémicos crónicos, coagulopatías y enfermedades neurológicas.

Respecto al estado nutricional, se sabe que el déficit nutricional de la población crece proporcionalmente con la edad, y está ligado a factores sociales, psíquicos, ambientales o como consecuencia de enfermedades pre-existentes.

Un 25% de los pacientes geriátricos sometidos a cirugía presentan un grado importante de malnutrición.

El estado nutricional juega un papel importante en el resultado de los pacientes operados, especialmente en la cicatrización de las heridas y otras complicaciones.

La medición de la albúmina sérica es una de las mejores pruebas para predecir el éxito de la cirugía. Los niveles bajos de albúmina sérica en ancianos se correlacionan con un prolongado tiempo de hospitalización, una mayor morbilidad y un aumento en la incidencia de re-hospitalizaciones.

Es importante remarcar que al comparar las curvas de mortalidad con la clasificación ASA (clasificación de riesgo anestésico de la American Society of Anesthesiologists) no se encuentra diferencia significativa en la cirugía de los jóvenes y los adultos mayores; podemos deducir, por tanto, que la mortalidad post-operatoria se relaciona más con presencia de enfermedades coexistentes que con la edad cronológica.

El estado cognitivo del paciente es igualmente importante para determinar el riesgo en pacientes ancianos que van a ser operados. El delirio postoperatorio es un estado agudo confusional de la conciencia que se asocia a un aumento de la mortalidad, mayor morbilidad y prolongada estancia hospitalaria, pudiendo permanecer el paciente con estado de conciencia comprometida por periodos prolongados de uno a tres meses. El delirio es usualmente multifactorial, pudiendo estar presente como una condición pre-existente o iniciarse en el intra o postoperatorio. Usualmente se presenta en pacientes que consumen muchos fármacos, que tienen un pobre estado funcional y un compromiso cognitivo en el preoperatorio. Muchas veces los síntomas del delirio preceden a las complicaciones postoperatorias.

Los aspectos psicológicos son también factores de riesgo. Los pacientes ancianos presentan una variabilidad emocional fundamentalmente de tipo hipocondríaco-depresivo que influyen en la escasa aceptación del acto quirúrgico. También hay que añadir el disconfort de la hospitalización que, frecuentemente, causa estados confusionales. El enfermo que normalmente sufre otras patologías puede considerar la intervención quirúrgica como otra causa de pérdida de sus capacidades funcionales, de ahí que a menudo rechace programas de rehabilitación.

Desde el punto de vista social, el riesgo es menor en los enfermos ancianos que cuentan con recursos económicos y que viven en ambiente familiar, de la misma manera que la situación del anciano que vive solo, con recursos económicos insuficientes, siempre comporta un riesgo mayor, y urge solucionar la situación con el mínimo de secuelas para reintegrarlos con la mayor rapidez a su modo de vida habitual.

Cuidados preoperatorios

En el cuidado preoperatorio del paciente se debe realizar una evaluación previa del mismo, con una valoración del estado actual del paciente en cuanto al funcionamiento de los distintos órganos y sistemas que van a comportar el riesgo quirúrgico.

La valoración preoperatoria del paciente debe cubrir siempre:

Historia clínica.

Exploración física.

Analítica y pruebas complementarias básicas.

Valoración del riesgo quirúrgico.

Historia clínica

Debe ser lo más completa posible, con especial interés por la presencia de enfermedades asociadas, con abordaje clínico por sistemas (como veremos posteriormente) y por la historia farmacológica del paciente.

Exploración física

Debe ser, también, lo más completa posible, haciendo especial hincapié en el estado de la piel; el estado nutricional y de hidratación; en el sistema circulatorio, con los pulsos periféricos y sistema venoso; y la situación basal del estado mental.

Analítica y pruebas complementarias básicas

La analítica debe cubrir una hematología completa, bioquímica, coagulación y sistemático de orina.

Se realizará un electrocardiograma y una radiografía de tórax.

La valoración preoperatoria en el anciano debe involucrar un abordaje clínico por sistemas:

Valoración cardiaca.

Los mayores predictores de riesgo cardiovascular alto son: los síndromes coronarios inestables (infarto agudo de miocardio, angina inestable), insuficiencia cardiaca descompensada, arritmias y enfermedad valvular severa. Los factores de riesgo intermedios son: angina leve, infarto agudo de miocardio previo, antecedentes de insuficiencia cardiaca descompensada y diabetes.

Valoración pulmonar.

Los factores de riesgo son: tabaquismo, mal estado general, la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma.

Valoración hepática.

Los pacientes con enfermedad hepática deben ser clasificados según la clasificación de Child-Plug de fallo hepático (Tabla 2). Los pacientes con grado B y C tienen un mayor riesgo de presentar alteraciones en la farmacocinética, mayor riesgo de sangrado, aumento de la susceptibilidad a infecciones y mayor vulnerabilidad a alteraciones hemodinámicas durante la cirugía.

TABLA 2
Clasificación de Child-Plug de fallo hepático

Parámetro	1	2	3
Encefalopatía	No existe	Grados 1-2	Grados 3-4
Ascitis	Ausente	Ligera	Moderada-severa
Bilirrubina (mg/dl)	1-2	2-3	Mayor de 3
Albúmina (mg/dl)	Mayor 3,5	2,8-3,5	Menor 2,8
Protrombina	Mayor a 50%	30-50%	Menor a 30%
Estadio A: 5-6 puntos	Estadio B: 7-9	Estadio C: 10	

Valoración renal

Los pacientes con insuficiencia renal crónica están en mayor riesgo de desarrollar desequilibrio hidroelectrolítico.

La valoración del riesgo quirúrgico nos orienta sobre el futuro del paciente respecto a tres condiciones muy importantes:

Riesgo de mortalidad

Calidad de vida posterior, grado de invalidez o autosuficiencia que se prevé.

Expectativa de vida, años que teóricamente le quedarían de vida al paciente si no tuviese que sufrir la intervención quirúrgica.

El riesgo anestesiológico es calculado por muchos centros a partir de la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists) (Tabla 3) que considera cinco grados de riesgo operatorio.

Los pacientes ASA I tienen buenas condiciones de salud, los ASA II presentan patologías asociadas no graves, los ASA III tienen patologías asociadas graves; los pacientes ASA IV tienen patologías graves asociadas que constituyen riesgo para la vida del paciente, y los ASA V son pacientes moribundos.

TABLA 3
Clasificación ASA

ASA I	El paciente no sufre alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica distinta del proceso localizado que es subsidiario de cirugía.
ASA II	El paciente sufre alguna alteración leve o moderada sistémica causada por el proceso subsidiario de cirugía o por algún otro proceso patológico y que no produce incapacidad o limitación funcional alguna.
ASA III	El paciente sufre una alteración o enfermedad grave de cualquier causa, aunque no sea posible determinar el grado exacto de incapacidad y que produce limitación funcional de algún grado.
ASA IV	El paciente sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención.
ASA V	Paciente moribundo con pocas expectativas de vida a pesar del procedimiento quirúrgico.
ASA U	Todo paciente en cualquiera de los grados anteriores que deba ser operado de urgencia. Deben ser considerados en un estadio más avanzado del correspondiente a su clasificación.

En el paciente geriátrico, además de la clasificación ASA, se tiene en cuenta la condición denominada "pérdida de reserva de senescencia" que consiste en la disminución de la eficacia de algunos parámetros: masa muscular, reactividad inmunológica, gasto cardiaco, índices y volúmenes respiratorios y filtrado glomerular. Como hemos dicho anteriormente, en el paciente anciano la pérdida de reservas no permite compensar la situación de estrés metabólico inducida por la patología quirúrgica y por la intervención quirúrgica asociada.

En el índice de riesgo quirúrgico de Reiss donde se valoran 36 variables preoperatorios, se identifican cinco variables más significativas en cuanto a la mortalidad, que son: edad, operación de urgencia o electiva, afectación de algún sistema vital, presencia de un proceso maligno y sistema u órgano afectado.

Este índice que podemos considerar como índice de riesgo operatorio "quirúrgico" se adapta a las especificidades propias de la cirugía geriátrica; resaltando como factores de mal pronóstico en el paciente mayor:

La edad superior a 85 años.

La presencia de peritonitis, infarto intestinal y enfermedad neoplásica avanzada.

La cirugía de urgencia y la práctica de laparotomía.

La formulación de los índices de riesgo permite crear los índices de riesgo quirúrgico con el objetivo de individualizar los pacientes con mayor riesgo y en consecuencia adaptar la estrategia quirúrgica para permitir una menor morbimortalidad postoperatoria. Mientras el índice ASA permite predecir la mortalidad, el índice Reiss puede pronosticar la morbimortalidad.

Preparación del paciente

Una vez aceptado el riesgo quirúrgico del paciente geriátrico, es necesario que dicho paciente entre en el quirófano en las mejores condiciones posibles, mediante una serie de medidas terapéuticas cuyo objeto es corregir todas las alteraciones clínicas detectadas en el estudio previo realizado.

Dichas medidas son de varios tipos, y las enumeraremos a continuación:

Medidas clínicas: corrección de los trastornos hidroelectrolíticos, de la malnutrición y de la anemia si existiese. Control de los trastornos metabólicos, como, por ejemplo, de la diabetes si estuviese descompensada.

Medidas de tipo medicamentoso: es muy importante tener en cuenta la farmacoterapia previa, la cual puede influir en el momento de la intervención quirúrgica. Deben usarse todos los fármacos necesarios, pero siempre en las dosis adecuadas y el menor porcentaje de ellos, ya que pueden tener interacciones con los utilizados en la anestesia.

La sensibilidad a los medicamentos está aumentada, debido a la reducción del ritmo metabólico y a la disminución de la función hepática y renal, además de los aumentos de depó-

sitos de grasa y la disminución de la masa muscular, lo que influye en los efectos de los fármacos; además hay una mal absorción de los medicamentos en la mucosa gastrointestinal, la cual se realiza de forma incompleta.

Medidas preventivas: se efectúan con cambios posturales, movilizaciones pasivas o fisioterapia activa para evitar úlceras por decúbito y complicaciones respiratorias postoperatorias.

Medidas psicoterápicas: el paciente anciano tiene dificultad de adaptación para soportar el ambiente hospitalario, que le es ajeno y hostil; por esto tenemos que buscar su cooperación, tratando de explicarle el beneficio de la intervención quirúrgica para su salud y tratar de ganar su confianza.

Medidas dietéticas: la dieta debe ser equilibrada en calidad, cantidad y distribución homogénea de los distintos principios inmediatos, compensando la deficiencia de alguno de ellos con dietas hiperproteicas, hipercalóricas...

En los casos de dificultad de ingestión se debe recurrir a la nutrición parenteral.

Cuidados intraoperatorios

Durante el acto quirúrgico es fundamental la participación de un anestesiólogo familiarizado con la fisiología del anciano para coordinar la acción con el cirujano, y utilizar la medicación lo más exacta posible, debiendo estar preparado para el manejo de las complicaciones cardiacas (taquicardias, arritmias...), las que de no ser tratadas oportunamente, pueden desencadenar paros cardiacos intraoperatorios.

La anestesia del anciano debe cumplir las siguientes directrices:

- Individualizar cada caso geriátrico.
- Limitar la medicación en general y sobre todo el uso de sedantes.
- Intubar bajo profundidad anestésica.
- Elección estudiada del tipo de anestesia.
- Monitorización exhaustiva durante el tiempo quirúrgico.

Lo ideal es que la intervención sea rápida, pues el anciano soporta mal una anestesia de mayor duración de 2-3 horas, aunque no se debe de acelerar en detrimento de una técnica quirúrgica de ejecución minuciosa.

Cuidados postoperatorios

La posibilidad de éxito de la intervención quirúrgica depende de la atención que se preste en los cuidados postoperatorios, pues es donde surgen las complicaciones con mayor frecuencia.

Los cuidados postoperatorios comienzan con el traslado del enfermo anciano a la sala de reanimación, con control de todos sus signos vitales.

En las primeras 24-48h se debe cuidar la rehidratación, la fluidoterapia debe administrarse de forma progresiva, lenta y suficiente, teniendo en cuenta las características especiales del paciente: disminución de la capacidad de reserva del anciano, disminución de la capacidad vascular, tendencia al shock...

Asegurar una buena oxigenación. La oxigenoterapia debe ser continua, para evitar la hipoxia.

Alimentación oral. Dependiendo del tipo de intervención, se puede intentar tolerancia oral a partir de las 12-24 horas, con administración de agua, infusiones, zumos, purés..., pasando de los líquidos a los sólidos progresivamente. Al pasar a alimentación sólida, ésta debe ser rica y equilibrada.

Cuidados respiratorios. Debe evitarse la acumulación de secreciones, ya que el anciano es propenso a ello; se previene mediante ejercicios respiratorios, en estos pacientes la fisioterapia respiratoria adquiere gran importancia.

Movilizaciones. Se realizan para evitar las úlceras por decúbito, las flebotrombosis y los edemas.

La medicina más importante, antes y, sobre todo, después de la intervención quirúrgica es la fisioterapia respiratoria, la movilización activa y pasiva del operado, levantarle pronto de la cama y hacerle andar precozmente.

Tratamiento de las complicaciones

Como hemos dicho anteriormente en el campo de la cirugía geriátrica la incidencia de complicaciones postoperatorias es más alta que en el resto de la población, no por la edad en sí misma, sino por los cambios fisiológicos inherentes al paso de los años y a la mayor incidencia de enfermedades asociadas.

Aparato circulatorio

En pacientes mayores de 80 años, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de muerte. Los problemas más importantes de tipo cardiovascular son:
La insuficiencia cardiaca, favorecida por las reservas disminuidas del paciente geriátrico. La insuficiencia cardiaca puede ser ventricular derecha, con derrames pleurales, edemas periféricos y oliguria, o de tipo ventricular izquierda con asma cardial y edema agudo de pulmón. Su tratamiento se fundamenta en una rehidratación adecuada, el control estricto del equilibrio hidroelectrolítico, diuréticos, digitálicos y la movilización precoz.

El tromboembolismo. Se trata de una potencial y seria complicación relacionada con la trombosis venosa. La profilaxis antitrombótica es el eje fundamental para evitar su presentación, acompañada de la movilización precoz y el tratamiento postural.

La hipotensión que se produce en el postoperatorio inmediato suele ser debido a la hipovolemia, y con reposición de líquidos o sangre, puede normalizarse. Cuando la hipotensión no responde a fluidoterapia hay que considerar que existen causas mayores que hay que investigar.

La cirugía causa hipotermia en todos los pacientes, debido a factores ambientales y a la inhibición inducida por la anestesia en los mecanismos termorreguladores, y los pacientes ancianos son mucho más sensibles aún a esta alteración de la termorregulación. La hipotermia intraoperatoria es un factor de riesgo para eventos cardiacos adversos durante el periodo postoperatorio. Se sugiere evitar al máximo el tiempo en que el anciano se encuentre descubierto, y la utilización de mantas térmicas.

Aparato respiratorio.

La facilidad de acumulación de hipersecreciones bronquiales puede ser un obstáculo a la respiración produciendo atelectasias, que disminuyen la superficie pulmonar funcionante. Se sugiere el uso del nebulizador continuo, para evitar la acumulación de estas secreciones bronquiales.

La neumonía es frecuente en los sujetos de edad y es la principal causa de muerte en la población geriátrica. La presencia de sonda nasogástrica, la demencia y la inmovilidad son factores de riesgo. Adopta una presentación tórpida (somnolencia, febrícula, estertores...), y a veces por aspiración de contenido gástrico, se produce neumonía aspirativa. Su tratamiento se basa en antibioterapia, evitar la deshidratación, fisioterapia respiratoria y asegurar una oxigenación adecuada.

Aparato genitourinario

Lo más grave en el sistema renal es el fallo renal agudo, la elevación de los niveles de urea, la oliguria o la retención urinaria son bastante frecuentes en ancianos operados, y deben ser constantes muy vigiladas.

El fallo renal primario en los ancianos intervenidos se da más frecuentemente si ha existido una enfermedad renal previa y si se han utilizado fármacos nefrotóxicos.

Los sondajes uretrales en condiciones asépticas y el control de urocultivos deben ser normas preventivas para evitar las infecciones urinarias.

Aparato digestivo y nutrición

En el paciente anciano se puede presentar una disminución del peristaltismo con íleo paralítico asociado.

El apetito puede disminuir como efecto adverso de muchos medicamentos, y las alteraciones en el gusto y en el olfato, y las enfermedades quirúrgicas gastrointestinales, pueden aumentar el riesgo de desnutrición.

Piel

Las complicaciones más frecuentes son las escaras o las úlceras por decúbito cuyo tratamiento más eficaz es hacer profilaxis, mediante los cambios posturales, la sedestación precoz, los cuidados cutáneos rigurosos de higiene y evitando las zonas de roce con las sábanas.

Hematología

Lo más importante es la anemia, cuya etiología hay que determinar, aunque lo más lógico es que sea de origen hemorrágico; y en este caso su tratamiento consiste en reposición con concentrados de hematíes y con el control del foco hemorrágico.

Sepsis postoperatoria

Puede surgir en cualquier momento en los pacientes geriátricos intervenidos; las más frecuentes son de origen urinario, seguidas de las respiratorias.

Estado mental del anciano

Su complicación más frecuente es la desorientación, que puede acabar hasta en delirio, influyendo múltiples factores para su desarrollo: balance descompensado de líquidos y electrolitos, cambios de ubicación... pasando a invertir el ritmo del sueño.
Otra clase de trastornos son de tipo psicológico, como puede ser el excesivo hospitalismo por superprotección hacia el enfermo o por causa extrahospitalaria: dificultad al alta de tipo familiar, social, etc.

De tipo psiquiátrico, pueden aparecer depresiones con causa lógica, como en los amputados de algún miembro o por deterioros progresivos orgánicos: insuficiencia vasculocerebral crónica.

El tratamiento con psicoterapia y soluciones por asistencia social de la problemática sociofamiliar puede ser la conducta que se ha de seguir en estos casos.

Tipo de cirugía a practicar

Los avances quirúrgicos de los últimos años han propiciado disminuir significativamente la morbimortalidad de los pacientes operados.

Los índices de riesgo quirúrgico, como hemos visto anteriormente, nos permiten identificar aquellos pacientes que por su patología de base, independientemente del acto quirúrgico, tienen un alto riesgo quirúrgico, con una mayor incidencia de morbi-mortalidad. Así, con el objetivo de mejorar el pronóstico postoperatorio, se puede plantear un cambio en la estrategia quirúrgica y terapéutica.

La edad influye de forma importante en el momento de decidir la cirugía, así procesos agudos como la colecistitis tienen un mejor pronóstico cuanto antes se operen (mortalidad del 2% en la cirugía precoz y del 10% en la programada); mientras que procesos crónicos como las hernias, la cirugía de los aneurismas o del cáncer tienen mejor pronóstico si se intervienen de forma programada frente a la intervención practicada de forma urgente.

Un hecho importante es que la cirugía electiva, en general, es tolerada por el anciano con muy poca diferencia de riesgo en relación con los de menor edad, siempre que se adecue el procedimiento quirúrgico a su capacidad de respuesta. En la cirugía de urgencia, la más alta mortalidad es debida en gran parte a la propia naturaleza de la enfermedad y al traumatismo quirúrgico al que se somete al enfermo en una situación más precaria. Podemos decir que en estado de reposo, el deterioro fisiológico casi pasa desapercibido, pero cuando la reserva fisiológica es requerida ante una cirugía de urgencia, la respuesta no es tan buena como en los individuos jóvenes.

En las intervenciones de urgencia el riesgo se incrementa más, y se asocia con una mortalidad del 20%, mientras que en la electiva es del 6-9%.

Los errores en el diagnóstico y la demora en el tratamiento quirúrgico de los pacientes mayores se cometen con cierta frecuencia, por cuanto la presentación clínica en este grupo de pacientes puede ser totalmente atípica por ausencia de signos y síntomas o porque no son fácilmente detectados, por lo que con relativa frecuencia son atendidos cuando ya se ha producido una complicación, empeorando así los resultados, porque como ya hemos dicho la morbimortalidad en cirugía de urgencia del anciano es tres veces más frecuente que en la cirugía electiva y se asocia con un prolongado tiempo de hospitalización.

Dentro de las dificultades en el diagnóstico se reconoce el interrogatorio inadecuado en ancianos con demencia senil o afasia. Enfatizamos que muchos de los síntomas son tardíos o inespecíficos y que el anciano tiene baja sensibilidad al dolor y la respuesta febril suele ser discreta. Además es importante recordar que es frecuente el uso de antiinflamatorios.

Enfermedades quirúrgicas más frecuentes en el anciano

Independientemente de que la cirugía sea urgente o electiva, la patología más frecuente encontrada en pacientes ancianos que precisan cirugía reflejan la prevalencia de enfermedades crónicas, resecciones de próstata, resecciones intestinales por cáncer, artroplástias por osteoartritis o fracturas, reconstrucción vascular por enfermedades vasculares...

Por órganos y aparatos, sin hacer un estudio exhaustivo, sería la siguiente.

Aparato Digestivo

La causa principal de intervención quirúrgica en ancianos es la patología abdominal, que incluye el 50% de la cirugía urgente realizada en esta población.

La patología biliar es la más común indicación de cirugía intraabdominal en el adulto mayor. La colelitiasis está presente en más del 50% de los pacientes mayores de 70 años. Las for-

mas complicadas de la patología biliar, como colédocolitiasis o la colangitis son más frecuentes en los pacientes geriátricos, así como de colecistitis acalculosa.

La causa principal de abdomen agudo quirúrgico en el anciano es la obstrucción intestinal (40%), seguida de la patología biliar (28%) y de la apendicitis aguda (18%): como hemos dicho la obstrucción intestinal es el trastorno más importante, en el caso de la obstrucción del intestino delgado tenemos como causas principales a las hernias (42%) y a las adherencias; en el caso de la obstrucción de colon, la causa principal en los ancianos es la neoplasia de colon, seguida, menos frecuentemente, de los vólvulos de sigma y de la diverticulitis.

Cerca del 20% de las hernias en los ancianos requieren intervención quirúrgica de urgencia por incarceración u obstrucción intestinal, a diferencia de en los más jóvenes, con menos del 5%.

La incidencia de apendicitis aguda como causa de abdomen agudo en el anciano varía del 10 al 30%. Su presentación clínica suele ser más larvada, y sólo el 35% de los casos se presentan con una típica historia de apendicitis, por ello, se asocia a un aumento en la incidencia de perforación apendicular. En menores de 65 años la mortalidad asociada a la apendicitis aguda es del 0,2%, mientras que en los mayores de 65 años asciende al 4,6%.

La incidencia de complicaciones asociada al abdomen agudo quirúrgico es del 41% en los mayores de 65 años. La mayoría de las complicaciones en los ancianos corresponden al área cardiopulmonar en un 42%, en la herida operatoria en un 25% y complicaciones digestivas con un 25%.

La mortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico es del 18-28%, siendo la sepsis la causa principal.

Traumatología.

La cadera es el punto débil de la estructura ósea del anciano, ya que es el lugar de transmisión del peso de la columna a las extremidades inferiores y además agravado por la osteoporosis. Unas veces, los ancianos se rompen la cadera al caerse y otras se caen porque se les ha roto la cadera. Antiguamente la fractura de cadera era una causa habitual de muerte, al quedar sentenciados a permanecer para siempre encamados.

Con un criterio similar al de la cadera, se operan todas las fracturas de tobillo, tibia y fémur, por ser huesos que soportan el peso del cuerpo y limitan la movilidad de los pacientes geriátricos.

Los dolores articulares por artrosis, con dolor crónico de reposo y rebelde al tratamiento médico, que afectan a la cadera y rodilla, se pueden beneficiar del tratamiento quirúrgico con la sustitución de la articulación afectada por una prótesis.

Ginecología.

Los trastornos ginecológicos ocurren frecuentemente en las mujeres con una edad mayor o igual a 60 años, y muchos de ellos, tales como las alteraciones de la estática pélvica, la

incontinencia urinaria de esfuerzo, el sangrado vaginal anormal y los cánceres ginecológicos requieren un tratamiento quirúrgico.

Las cirugías más frecuentemente realizadas en la paciente geriátrica son la histerectomía vaginal, la histerectomía abdominal y la plastia vaginal.

Urología.

Los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes geriátricos son las infecciones urinarias, la litiasis, la incontinencia urinaria, el crecimiento prostático benigno y las neoplasias urológicas, en particular el cáncer de próstata y el de vejiga.

Sistema vascular.

En el paciente anciano, en ocasiones es necesario efectuar una amputación cuando no es posible realizar una revascularización. Habitualmente se hace en los miembros inferiores, y se denominan menores cuando afectan a parte del pie, y las amputaciones mayores cuando se realizan por encima o por debajo de la rodilla.

Las amputaciones mayores tienen una morbilidad de hasta el 30% y una mortalidad del 12-17%, debido a que, habitualmente, el paciente es portador de múltiples problemas asociados, diabetes, cardiopatía, ateroesclerosis severa, neuropatía y coagulopatía, entre otras.

Oftalmología.

Las cataratas, con pérdida de la agudeza visual, empeoran seriamente la calidad de vida de los pacientes ancianos, que se benefician de una cirugía menor con buenos resultados.

La cirugía vídeoasistida ha mejorado los resultados en cirugía torácica y abdominal, al no limitar la función respiratoria, no alterar la inmunidad y la respuesta al estrés. También se acompaña de menor dolor, se evitan las complicaciones infecciosas de la herida operatoria y se disminuye el íleo postoperatorio: disminuye, por tanto, la hospitalización, siendo recomendada como ideal para pacientes añosos.

Ética y cirugía del anciano

Tomar la decisión de operar es el acto más difícil y más importante de la labor del cirujano. Tiene que ser un acto compartido y consensuado con el paciente, o con la familia si la situación mental de este no lo permite.

En un acto quirúrgico están asociados dos individuos, de los cuales, uno ha puesto su vida en manos del otro. Es necesario por tanto, que la relación humana entre los dos se desarrolle en el mejor nivel de maduración posible, y depende fundamentalmente de las posibilidades del cirujano para manejarlo.

La cirugía debe intentar mejorar la calidad de vida del paciente, prolongar su supervivencia o evitar una muerte segura, y que existan posibilidades reales, suficientes y cuantificadas de sobrevida para el anciano.

En el paciente geriátrico hay que fundamentar la indicación más que nunca en los principios de la ética.

Principio de no-maleficencia. No dañar ni por exceso de actuación ni por defecto. Se trata de procurar no hacer más mal que bien. Así debe tener las siguientes premisas. Evitar la iatrogenia, por exceso o por defecto. Saber qué hay que hacer en cada caso y formarse continuamente para ello. Aplicar los conocimientos para cuidar con calidad e intercambiar la experiencia profesional para evitar el daño de otros.

Principio de justicia. Supone atender con todos los medios disponible, distribuyendo los recursos y sus costes. Defiende los derechos jurídicos, sociales y sanitarios a los que el paciente puede acceder y obliga a la sociedad a atender y asistir dignamente a los pacientes geriátricos. El elemento económico tiene que buscar el equilibrio entre las buenas intenciones éticas con las necesidades institucionales.

Principio de autonomía. Este principio es necesario para la correcta aplicación del principio de beneficencia. Supone Implicar al paciente o a la familia en la toma de decisiones. Reconoce al individuo como sujeto básico en la toma de decisiones y establece respeto hacia su libertad, voluntad y conciencia. Supone, también, una información realista y veraz. Los pacientes demandan cada vez más información sobre las opciones de tratamiento, riesgo, cirujano y técnica quirúrgica. La información correcta y adecuada disminuye la inestabilidad anímica del paciente.

Así todo individuo debe ser tratado como un ser autónomo. La persona cuya autonomía está mermada o disminuida debe ser objeto de protección, sobre todo cuando sea incompetente o irresponsable de sus actos, su decisión no le beneficie o, aun pudiendo decidir, se vea condicionada o desbordada.

Si el paciente se encontrara en dificultades para dar su consentimiento, éste debería obtenerse de un familiar directo o de un representante legal. Sin embargo, en este tipo de situaciones debe actuarse con precaución. En un pequeño porcentaje de los casos los pacientes y los familiares o representantes legales toman decisiones acordes. En la mayoría de los casos, las decisiones tomadas por estos representantes no reflejan los deseos del paciente. La elaboración previa de un testamento vital por parte del paciente puede ser una ayuda a la hora de establecer decisiones.

Principio de beneficencia. Unido al principio de no-maleficencia, significa “hacer el bien” respetando los derechos y dignidad de la persona.

El principio de autonomía ha de estar equilibrado con el de beneficencia, de manera que la relación del médico con el paciente sea de confianza. Lo contrario llevaría a la grave situación en la que los médicos nos convertiríamos en servidores técnicos de las preferencias de los enfermos, olvidando nuestra responsabilidad profesional.

Es fundamental introducir una cultura de la vulnerabilidad y de la responsabilidad, saber asumir que existen situaciones para las que no hay soluciones terapéuticas, que exigen de nosotros actitudes menos sofisticadas y costosas, cargadas de humanidad. Los cuidados paliativos son entonces una respuesta mediante la que el médico debe equilibrar la intervención técnica con la orientación humana.

El uso consciente, explícito y juicioso de la *Medicina basada en la evidencia,* como conocimiento profundo y científico del medio, como método que puede facilitar la toma de decisiones en estos enfermos que requieren la integración clínica de la maestría individual del médico con la exploración sistemática de la bibliografía. El proceso de la medicina basada en la evidencia comienza con la generación de hipótesis diagnósticas y concluye integrando las evidencias válidas con los valores y expectativas del paciente. El cirujano debe adquirir la actitud del aprendizaje continuo, autodirigido para toda la vida.

El cirujano debe intervenir con oportunidad cuando esté indicado, con una correcta técnica quirúrgica y una manipulación delicada de los tejidos, lo que alcanza un especial valor en el paciente geriátrico. También debe conseguir la humildad necesaria para no mantenerse refractario a la propia superación y a los avances de la medicina. Es esencial evitar intervenciones heroicas, optar por procedimientos seguros, que den prioridad a la calidad de vida postoperatoria.

Si el reto principal del siglo XX fue la sobrevivida, el del siglo XXI será el de la calidad de vida. Además en el ámbito quirúrgico, la conservación de la calidad de vida es un objetivo prioritario, ya que como hemos mencionado anteriormente, el deterioro funcional del anciano después de un procedimiento quirúrgico es importante. Para estos pacientes geriátricos que adquieren una discapacidad, las medidas de rehabilitación y adaptación al entorno físico pueden reducir, en gran medida, el nivel de discapacidad; e intervenciones específicas pueden ayudarles a mejorar su capacidad funcional y, por tanto, su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La edad por sí sola no debe ser nunca un factor excluyente para la cirugía.

Los cambios fisiológicos deben ser valorados, las enfermedades asociadas deben ser conocidas, corregidas o estabilizadas previamente a la cirugía, ya que la preparación previa a la intervención quirúrgica mejora el pronóstico.

La decisión de operar vendrá determinada por la valoración de múltiples factores.

Desde el punto de vista del cirujano, tiene una gran importancia el acto quirúrgico. Así en los pacientes mayores se debe extremar al máximo la correcta indicación quirúrgica, la técnica quirúrgica precisa, el tratamiento preoperatorio adecuado y un estricto control postoperatorio.

El paciente anciano exige utilizar la misma calidad técnica de aplicación quirúrgica que se da a otras edades.

El cirujano responsable debe establecer, junto con el paciente y su familia, las posibilidades de tratamiento. Esta elección se debe caracterizar por ser: una actitud razonada, sin dejarse llevar por factores intuitivos o superficiales; debe considerarse al paciente de forma global en su contexto actual, con base en la historia clínica, las circunstancias de su vida y su respuesta a la información recibida; una responsabilidad entre los distintos profesionales (cirujanos, anestesistas,...), el paciente y su familia.

Es esencial evitar intervenciones heroicas, optar por procedimientos seguros, que den prioridad a la calidad de vida postoperatoria.

El momento de la cirugía debe ser preciso, a tiempo, ya que el retraso del mismo lleva a operar la complicación, gravada con una mayor morbilidad y mortalidad.

La cirugía urgente supone para el paciente geriátrico un factor negativo, multiplica por 2,5 veces la mortalidad.

La cirugía del paciente geriátrico es un problema social y económico. Los gestores de salud tienen el desafío de cubrir las necesidades, cada vez mayores de una población en aumento.

Los equipos multidisciplinarios que atienden a los ancianos (geriatras, cirujanos, enfermeras...) deberán implicarse en la gestión.

Bibliografía recomendada

Cote Estrada, L. y Olvera Pérez, D. (2007): *Cirugía en el paciente geriátrico*, Editorial Alfil; México.

Fuentes Urbano, C. (2002): Factores de riesgo en cirugía geriátrica: utilidad del índice de Reiss. *Rev. Mult. Gerontol.*; 12 (2): 72-78.

Hendrikson, M. y Naparst, T. R. (2003): Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg. Clin. N. Am.*; 21:937-969.

Isach Comallonga, M. y Izquierdo Zamarriego, G. (2002): Fisiología del envejecimiento. Modificaciones de aparatos, sistemas y órganos. En A. Salgado Alba. *Manual de Geriatría*, 3ª edición. Ed. Masson. Elsevier, España; 53-76

Martínez Gallardo, L.; Nellen Hummel, H. y Hamui Sutton, A. et al (2005): Valoración preoperatoria en el anciano. *Cir. Ciruj.* 73:59-68.

Monson, K. y Litvak, D. (2003): Bold R. Surgery in the aged population. *Arch. Surg.* 138: 1061-1067.

Ribera Casado, J. M. (1998): Geriatría. Conceptos y generalidades. En Farreras Valenti, P. y Rozman, C.: *Medicina Interna*. Vol 1. Ed. Harcourt Brace, Madrid, 1275-1286.

Rosenthal, R. y Kavic, S. (2004): Assesment and management of the geriatric patient. *Crit. Care. Med.* 32:92-105.

Sevilla, M. P. (2003): Reflexión ética ante una situación de conflicto en la cirugía del anciano. *Cir. Esp.* 74(1): 10-14.

Zenilman, M. E. (1994): Intervenciones quirúrgicas en el anciano que está en una casa hogar. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Vol 1, Ed. Interamericana, México, 73-90.

7

¿Toda pérdida de memoria es alzhéimer?

Por Aurora Viloria Jiménez
Pedro Gil Gregorio
Raquel Yubero Pancorbo
Geriatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

Una pregunta que muchas veces nos plantean nuestros pacientes y sus familiares es... ¿He empezado a perder la memoria, es que tengo alzhéimer? Mi padre tiene fallos de memoria, ¿puede tener alzhéimer? Los ancianos que perciben que su memoria ha cambiado respecto a su desarrollo y funcionamiento previo, al igual que sus familias, suelen mostrarse preocupados ante la posibilidad de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer.

Como la mayoría de las situaciones y circunstancias en esta vida, y mucho más en nuestra disciplina médica, no todo es blanco, ni todo es negro, hay siempre una escala de grises intermedios, y en lo relacionado con la memoria y el resto de las capacidades cognitivas ocurre lo mismo. No toda pérdida de memoria es alzhéimer, al igual que podemos afirmar que no toda demencia está causada por la Enfermedad de Alzheimer (EA). Existen otros tipos como la Demencia por Cuerpos de Lewy, frontotemporal... donde el signo de alarma no suele ser una pérdida de memoria, sino otro tipo de afectación como los trastornos de conducta, pero con el mismo significado patológico.

Igualmente, cualquier persona, a partir de la juventud, va a tener pérdidas de memoria, dado que comienza a disminuir la capacidad cerebral, y esto se acentúa más con el envejecimiento por una serie de cambios fisiológicos asociados a dicho proceso. Estos cambios son asociados a la edad y se trata de olvidos leves, que aunque nos preocupen, no van a interferir en el normal desarrollo de las actividades de nuestra vida diaria.

Existe además el llamado Deterioro cognitivo leve, entre esos olvidos asociados a la edad y la aparición de una demencia. Sería, por lo tanto, una especie de paso intermedio, que nos debe alertar de unos fallos más importantes que los correspondientes a su rango de edad y que deben ser monitorizados y reevaluados periódicamente, pero que en el momento actual, no interfieren en la actividad de la persona como para determinar un diagnóstico de demencia.

Debemos además tener en cuenta que el nivel cognitivo de cada persona estaría determinado por la interacción de su capacidad cerebral y el aprendizaje a lo largo de su vida, de forma que podríamos hablar de una parte no modificable o determinada genéticamente y de una posible y real modificación a lo largo de la vida en función de los factores medioambientales.

¿QUÉ ES LA MEMORIA?

Habitualmente hablamos sobre ella, en las consultas, en la calle, en los medios de comunicación... Actualmente constituye, probablemente, una de las mayores preocupaciones en las personas mayores y no tan mayores, y está en boca de todos, con remedios más o menos efectivos para “mantenerla”, para “mejorarla”, para “no perderla”... Pero ¿sabemos realmente qué es la memoria?, ¿qué tipos de memoria hay, en qué consiste, para que sirve y cómo potenciarla?

La memoria es la capacidad de registrar, retener y recordar información. Esta capacidad es fundamental para poder desenvolvernos en nuestra vida diaria y llevar a cabo con éxito las actividades que desempeñamos habitualmente.

Con demasiada frecuencia escuchamos frases como esta: “es que tengo muy mala memoria”... ”se me olvida todo”... y no sólo en nuestros pacientes mayores, sino en personas más jóvenes, incluso ¿cuántas veces nos lo hemos oído decir a nosotros mismos como profesionales, como cuidadores?

Hay que tener en cuenta que la memoria se puede cambiar y mejorar y que en cualquier momento y edad podemos aprender y poner en práctica estrategias para potenciarla.

Tipos de memoria

Existen diferentes tipos de memoria y se han desarrollado diferentes clasificaciones, pero la más generalizada y aceptada es la siguiente:

1. Memoria a corto plazo.
2. Memoria a largo plazo.

1. MEMORIA A CORTO PLAZO:

Capacidad para aprender y retener pequeñas cantidades de información, durante segundos o minutos. Está integrada por la memoria sensorial, memoria inmediata y memoria de trabajo.

- Memoria sensorial: a través de ella registramos la información que nos llega a través de los sentidos (vista, tacto, oído...). Con frecuencia no somos conscientes de esta información dada la cantidad de estímulos que recibimos habitualmente a través de los sentidos y la podemos olvidar fácilmente en décimas de segundo. Existe la memoria icónica para la información visual y la memoria ecoica para la información auditiva.
- Memoria inmediata: “lugar de paso” donde se almacena la información durante unos segundos. Aquí se combina la información visual y la auditiva, todo ello unido a que el tiempo de permanencia es mayor, confiere una mayor capacidad de recuerdo que en la memoria sensorial. Este tipo de memoria es limitada, y si la información recogida no es transferida a la memoria a largo plazo, acaba olvidándose. Sólo puede retener una capacidad de información determinada entre 5 y 9 elementos.
- Memoria de trabajo: sistema capaz de retener y manipular temporalmente la información mientras participa en tareas cognitivas, como el aprendizaje, comprensión, razonamiento y actividades. Precisa un nivel de atención voluntario para no perder la información, necesita de la memoria a largo plazo.

2. MEMORIA A LARGO PLAZO:

Capacidad para aprender grandes cantidades de información y retenerla durante más tiempo. Se trata de un almacén ilimitado donde parte de la información que recibimos permanece durante mucho tiempo e incluso permanentemente. Constituida por:

- Memoria declarativa o explícita: incluye episodios, listas, relaciones, hechos, datos, registros que han requerido un aprendizaje previo por nuestra parte y es accesible al recuerdo consciente. Se manifiesta cuando al ejecutar una determinada tarea conlleva recopilar de forma consciente experiencias previas para su correcta ejecución.

  Es la primera en deteriorarse. Integrada asimismo por:

  – Memoria episódica: a través de ella recordamos hechos concretos (qué ocurrió hace una semana, el día de nuestro cumpleaños, boda, nacimiento de hijos...). la información aquí almacenada tiene un carácter personal y autobiográfico.

  – Memoria semántica: Conocimiento general que la persona tiene sobre el mundo sin la referencia espacio-tiempo. Se almacenan los conocimientos a nivel general que hemos aprendido (en el colegio, lectura, prensa...). Supone información organizada como conceptos y vocabulario.

- Memoria procedimental o implícita: está automatizada. Se trata de habilidades, destrezas motoras y cognitivas adquiridas, a las que sólo podemos acceder a través de realizar una acción. Por ejemplo: cómo montar en bici, patinar, atarse los cordones, cepillarse los dientes...

¿Cuáles son las etapas en la memoria?

El adecuado funcionamiento de la memoria sigue tres pasos. Estos pasos son necesarios para que a posteriori seamos capaces de recordar la información.

1. Registrar: percibir y comprender la información que queremos guardar en la memoria, ya que si algo no es percibido, no podremos memorizarlo. Así, el primer paso para que podamos recordar algo, es percibirlo a través de los sentidos (vista, oído...).
2. Retener: consiste en ordenar y estructurar la información que hemos recibido. Esto se puede llevar a cabo ordenando los elementos (en categorías, de forma jerárquica...) o a través de la repetición del material que debemos recordar.
3. Recordar: recuperar o acceder a la información que hemos registrado y almacenado previamente. Debemos buscarlo y localizarlo en nuestra memoria para posteriormente extraerlo. Es la mayor dificultad en el proceso de la memoria a partir de la mediana edad. Contamos con diferentes formas para recuperar la información:

   – Reconocimiento: de lo que pretendemos recordar entre varios elementos representados.

   – Rememoración o recuerdo libre: recuerdo directo de un elemento.

– Reaprendizaje: evidentemente resulta más fácil aprender algo por segunda vez que la primera vez que tenemos contacto con algo.

¿POR QUÉ TENEMOS OLVIDOS?

Existen múltiples causas que pueden justificar los olvidos habituales de hechos, acontecimientos, datos. Algunas de estas causas se recogen en la Tabla 1.

TABLA 1
Olvidos cotidianos

1. Olvido provocado por el significado negativo al que el recuerdo puede estar asociado	Sucesos desagradables, acontecimientos traumáticos en nuestra vida, que olvidamos para que no nos afecten emocionalmente.
2. Olvido por un inadecuado registro de la información debido a interferencias	"Dificultad en atender a dos cosas a la vez". Es muy importante prestar atención a una sola tarea o información a la vez para poder recordarla con nitidez.
3. Problemas de atención debido a la falta de hábito	Si queremos realizar algo aprendido hace mucho tiempo y que no practicamos habitualmente, será muy complicado llevarlo a cabo, incluso imposible (ejemplo: divisiones con decimales, ecuaciones que aprendimos en el colegio...).
4. Situaciones de ansiedad, estrés	Se bloquea el recuerdo (por ejemplo en un examen). Es posible que la información pueda recuperarse cuando nos tranquilicemos.
5. Ánimo bajo, tristeza, aislamiento	Cuando tenemos problemas de ánimo, afectivos y en caso de depresión, resulta más complejo poder recordar datos.
6. Preocupación por algún problema	Estamos centrados únicamente en ese problema, lo que dificulta el recuerdo de otra información, ya que no podemos prestar la suficiente atención.

Todos tenemos en algún momento fallos de memoria, y normalmente en el momento más inoportuno, cuando no recordamos el nombre de alguien, cuando olvidamos a qué hemos entrado en una habitación, dónde hemos dejado las llaves, cuando olvidamos el cumpleaños de un ser querido o una cita... así infinidad de situaciones cotidianas en las que ¿quién de nosotros no se ha visto reflejado alguna vez, joven o anciano?

Los olvidos cotidianos son habituales, frecuentes, pueden ocurrirle a cualquier persona y no deben preocuparnos, no tienen significación patológica.

Los olvidos que se pueden presentar con más frecuencia son los siguientes:

- Autobiográficos: en relación con los hechos concretos de nuestra vida pasada y los acontecimientos que tuvieron lugar.

- Información antigua: referente a hechos sociales o históricos.
- Memoria espacial: dónde ha dejado aparcado el coche, donde se guarda algún objeto en casa...
- Actividades: en relación con actividades rutinarias del día a día: cerrar el gas, cerrar con llave la puerta...
- Olvido de las ubicaciones inusuales: ¿qué ocurre a veces cuando queremos guardar algo en un sitio distinto del habitual, para que nadie lo encuentre? Alguna vez ni siquiera somos capaces de encontrarlo nosotros ("lo he guardado tanto que no lo encuentro") porque olvidamos la ubicación del objeto.
- Olvido de las caras de personas que hemos visto antes.

¿Qué olvidos podrían alertarnos de que algo va mal y no se trata de problemas de memoria "normales"?:

- Olvidarse de las cosas con una frecuencia mucho mayor de lo previo.
- Marcada dificultad para aprender cosas nuevas.
- Repetir frases o relatos, historias dentro de la misma conversación.
- Olvidarse de cómo hacer cosas que previamente ha realizado en múltiples ocasiones y está habituado a las mismas.
- Dificultad para elegir opciones, tomar decisiones que previamente no constituían un problema, manejar dinero, realizar gestiones que realiza habitualmente.
- No ser capaz de estar al tanto de lo que ocurre a diario a su alrededor, en su entorno más próximo.

Con lo expuesto hasta ahora, conocemos un poco más sobre qué es la memoria, cómo funciona, cuál es su proceso, y cuáles pueden ser los motivos, que en condiciones normales, pueden influir en que nuestra memoria no funcione a pleno rendimiento, y alguna noción sobre los olvidos más frecuentes. La siguiente cuestión es: ¿qué ocurre con el envejecimiento?

CAMBIOS CEREBRALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Con el proceso de envejecimiento se producen ciertos cambios a nivel cerebral, al igual que en el resto de los sistemas, que van a limitar su funcionamiento y mermar su capacidad. Estos cambios son fisiológicos, asociados a la edad, y pueden ser considerados como "normales".

Antes de nada, aclarar una cuestión fundamental. La Enfermedad de Alzheimer o cualquier otro tipo de demencia, y los problemas de memoria que conllevan, en ningún momento pueden ser consideradas como asociadas a la edad sin más, no se trata de cambios fisiológicos, sino de una enfermedad y las alteraciones provocadas, aunque relacionadas normal-

mente con la edad y degeneración a nivel cerebral, siempre van a ser patológicas. No estamos hablando en el caso de una demencia de "envejecimiento normal" ni "cambios asociados a la edad", estamos hablando de un síndrome y como tal, de una situación patológica.

Pero, ¿qué ocurre en nuestro cerebro con la edad?

El envejecimiento debe ser entendido con unos criterios dinámicos. Se trata de un proceso continuado que se inicia en el mismo momento en que nacemos y que culmina con la muerte.

En el momento del nacimiento, disponemos de alrededor de 50 billones de neuronas, cada una de ellas establece alrededor de 100.000 conexiones con otras neuronas.

Durante los primeros años de vida el cerebro va modelando la arquitectura neuronal condicionada por la respuesta a la estimulación medioambiental. Se generan nuevas neuronas y conexiones entre ellas. Esta capacidad disminuye gradualmente después de la primera década de la vida. Aunque dicha plasticidad neuronal disminuye con la edad, aún a edades avanzadas, está preservada en algunas áreas del cerebro como el hipocampo. A esto se une una serie de cambios a nivel del cerebro, tanto morfológicos como funcionales, que se resumen en la Tabla 2, y que podemos considerar como "envejecimiento normal o fisiológico".

TABLA 2

Cambios fisiológicos en el envejecimiento cerebral

CAMBIOS MORFOLÓGICOS	• Pérdida de peso del cerebro (10% entre los 20-90 años). • Disminuye la cantidad de sangre que irriga el cerebro (25 % a los 70 años). • Reducción del consumo de oxígeno y glucosa a un 10%. • Disminuye el número de neuronas (25-45% a nivel de la corteza cerebral). • Aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales. • Fibrosis, calcificación y osificación de las meninges. • "Encogimiento neuronal" (retracción de la neurona con pérdida de su capacidad funcional). • Fenómenos de neuroplasticidad (neoconexiones dendríticas). • Cambios en la membrana citoplasmática de las neuronas. • Modificaciones estructurales a nivel de las neuronas y sus conexiones: cuerpos de Lewy, ovillos neurofibrilares, placas seniles... (hallazgos "patológicos").
CAMBIOS FUNCIONALES	• Alteraciones en todos los sistemas de neurotransmisores: acetilcolinérgico, dopaminérgico, serotoninérgico... • Pérdida de la sensibilidad vibratoria, discriminatoria y táctil. • Pérdidas en la capacidad de coordinación y de control muscular. • Reducción en la cuantía y calidad del sueño y aumento de los despertares nocturnos. • Pérdidas en la adaptabilidad al medio.

DETERIORO COGNITIVO ASOCIADO A LA EDAD

Por todo lo reflejado en el apartado anterior, simplemente en relación con el proceso de envejecimiento va a existir una afectación a nivel cognitivo, que vamos a considerar normal para la edad del paciente. Estas alteraciones estarían englobadas dentro de los cambios fisiológicos, "esperados" para determinada edad, no tienen significación patológica, en absoluto podemos integrar estos fallos dentro de la clínica de la Enfermedad de Alzheimer o cualquier otro tipo de demencia, y no van a interferir o limitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria y la independencia del paciente.

El envejecimiento suele ir acompañado de una serie de modificaciones en el funcionamiento cognitivo, dichas modificaciones son las siguientes:

- Problemas de memoria reciente, a corto plazo, en relación con la afectación del hipocampo. Está conservada la memoria a largo plazo y la inmediata.
- Disminución de la velocidad de procesamiento en relación con afectación de la sustancia blanca y de las vías frontales.
- Enlentecimiento motor y pérdida de flexibilidad mental.
- Si se realiza una batería neuropsicológica, para objetivar lo fallos a nivel cognitivo, no encontraremos diferencias significativas en relación a la capacidad para mantener dígitos en orden directo, pero sí en la repetición de dígitos en orden inverso, por declive en la memoria de trabajo.
- La memoria episódica está alterada, la memoria semántica se preserva o incluso puede mejorar con los años.
- El lenguaje, sobre todo su aspecto léxico-semántico, no sólo se mantiene con la edad, sino que puede mejorar con los años. El vocabulario puede mantenerse o mejorar con la edad, mientras que la fluencia verbal que depende de la velocidad, la atención y de la producción motora, suele disminuir.

Por lo tanto, con la edad, nuestra memoria se afecta, se va deteriorando, tenemos cada vez mayor dificultad para recordar hechos recientes, resulta en ocasiones difícil recordar el nombre de alguna persona conocida, algún objeto (el famoso "lo tengo en la punta de la lengua"), se nos olvida qué vamos a hace en ese momento ("¿qué venía a hacer yo aquí?"). Aunque estos olvidos ocasionan un cierto trastorno en nuestro funcionamiento habitual, no suponen realmente una limitación de nuestra capacidad para las actividades de la vida diaria y no empeoran la capacidad para mantenernos de forma independiente en nuestro entorno habitual. Si estos fallos aparecen en una persona joven, se atribuyen a un "despiste", pero en alguien de mayor edad, empiezan a generar cierta preocupación, atribuyéndoselo a la edad y lo que es peor, a que pueda existir un problema de memoria más serio y que constituya el inicio de una demencia.

Las alteraciones asociadas a la edad son lentas en su aparición, tienen un curso continuo, las pequeñas pérdidas en ciertas áreas se compensan con las mejores ejecuciones obtenidas

para otras funciones cerebrales y no existe repercusión en las actividades de la vida diaria, como se refleja en la Figura 1:

FIGURA 1

ENVEJECIMIENTO CEREBRAL "NORMAL"

- Modificaciones de tipo lineal
- Modificaciones lentas en su presentación
- Curso continuo

Pequeña afectación de algún área

COMPENSACIÓN

Buenos resultados en otras funciones

Resultado global satisfactorio en el anciano

No repercusión en actividades básicas de la vida diaria

Los ancianos presentan mayor dificultad para aprender nueva información y necesitan más tiempo para recordar las cosas. Además, la falta de atención que suele aparecer también dificulta la capacidad para recordar. Pero ello no quiere decir que sean incapaces de aprender y emprender, simplemente, es más costoso. De ahí la importancia en dicha población de mantenerse activo cognitiva y físicamente y de seguir potenciando su memoria y el resto de capacidades cognitivas.

Dentro del envejecimiento normal, podemos encontrar estos fallos, sin que supongan una señal de alarma ni el inicio de una demencia. Dichos fallos están basados en un concepto de normalidad, es decir, los individuos que reunen tales requisitos son sujetos que se podrían encuadrar en el envejecimiento fisiológico. Conceptualmente implican un carácter de estabilidad aunque no se excluye el declinar cognitivo progresivo.

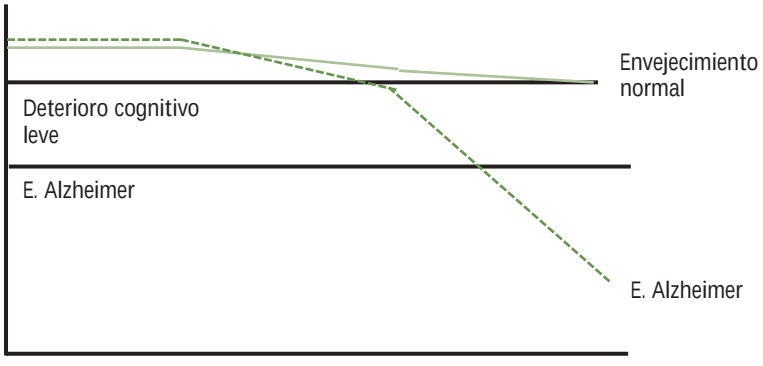
DETERIORO COGNITIVO LEVE. ¿ENTRE LA NORMALIDAD Y LA DEMENCIA?

En los últimos años existen evidencias que avalan la hipótesis de que existe una prolongación de la fase preclínica en la Enfermedad de Alzheimer o de otra demencia. En esta fase los sujetos afectados no son distinguibles de sujetos normales si no se realiza una valoración exhaustiva para determinar de forma objetiva los fallos cognitivos que presentan. Su rendimiento diario continúa siendo normal o los fallos no generan alarma al paciente o sus familiares, pero puede tratarse ya de un paso más en el declinar de las capacidades cognitivas.

La Academia Americana de Neurología (AAN) en los parámetros prácticos publicados en el año 2001, concluía que las personas que cumplen criterios para Deterioro Cognitivo Leve presentaban un mayor riesgo de progresar clínicamente a Enfermedad de Alzheimer y deberían realizar revisiones periódicas. Actualmente no existen tratamientos para prevenir o evitar dicha conversión, pero cuanto antes sea diagnosticada, antes se podrá intervenir sobre su progresión y síntomas.

Un paciente con EA a lo largo de su deterioro pasa por fases en las que es indistinguible de un individuo no afecto de la enfermedad, siguiendo a otra en que muestran sutiles cambios en el rendimiento cognitivo que son compatibles con la normalidad, posteriormente atravesará una etapa con cambios cognitivos más evidentes pero que podrían ser compatibles con un deterioro cognitivo asociado a la edad, para finalmente presentar cambios cognitivos claramente sugerentes de la enfermedad. Es a este recorrido cognitivo que se presume en la Enfermedad de Alzheimer, entre la normalidad y la demencia, al cual conceptualmente se refiere Petersen cuando introdujo el concepto de deterioro cognitivo leve (Figura 2).

FIGURA 2



Modificado de Petersen

Los criterios para diagnosticar el deterioro cognitivo leve serían los expuestos en la Tabla 3:

TABLA 3

Deterioro cognitivo leve. Criterios clínicos

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE
• Quejas cognitivas subjetivas (normalmente de memoria), confirmadas por un informador.
• Deterioro objetivo de memoria comparado con personas de similar edad y educación.
• Función cognitiva global normal. Pueden existir déficits leves en otros dominios cognitivos al realizar la evaluación, pero no son lo suficientemente severos para constituir una demencia.
• Normalidad en actividades de la vida diaria, no existe interferencia en su rendimiento habitual.
• No cumple criterios de demencia.

Quizá de todos los criterios el más importante sea el último, tras realizar una evaluación exhaustiva, el profesional no considera que el paciente cumpla criterios para ser diagnosticado de demencia. Dicho individuo se mantiene de forma independiente en su entorno y no se objetiva un deterioro en su capacidad para manejarse en su actividades habituales ni en la resolución de problemas o situaciones que se presenten en su vida cotidiana, aunque realmente, en la evaluación realizada, se objetivan fallos cognitivos mayores de los que debería presentar por su rango de edad y nivel educativo.

En los casos en que se diagnostique de deterioro cognitivo leve es básico realizar un seguimiento y reevaluaciones periódicas, explicando al anciano y a su familia o cuidadores la naturaleza del trastorno y la importancia de tener una visión dinámica del proceso, aclarando que de la evolución del mismo se derivarán diferentes estrategias de intervención. Hay que tenerlo en cuenta porque se trata en parte de un "cajón de sastre" con pronóstico e historia natural desconocida, y su relevancia radica en que entre el 50-75% de los individuos diagnosticados de deterioro cognitivo leve van a desarrollar una demencia en los próximos cinco años de evolución posteriores al diagnóstico, continúa siendo una entidad de difícil diagnóstico, si no se realiza una evaluación completa y especializada y constituye un reto en la práctica clínica diaria de los profesionales dedicados al complejo mundo de la memoria.

Aunque no podemos referirnos a esta entidad con total precisión como la antesala de la demencia, sí es cierto que en muchos de nuestros pacientes constituye la fase previa a dicha enfermedad, de ahí que cuanto más precoz sea el diagnóstico, antes podremos poner en marcha las estrategias a nuestro alcance para tratar de frenar su evolución en la medida de lo posible y aleccionar al paciente y cuidadores para enfrentarse a ello.

DEMENCIA. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Concepto de demencia

Síndrome clínico plurietiológico, que implica deterioro intelectual respecto al nivel previo, crónico, normalmente irreversible y progresivo. Implica afectación de la capacidad funcional del sujeto, suficiente para interferir sus actividades sociolaborales, el control emocional, y las actividades de la vida diaria.

Su evolución es compleja, con variación interindividual, con muchas complicaciones y una tendencia progresiva a una dependencia cada vez mayor de los pacientes. Se trata de una patología incapacitante, con una duración media entre 8-12 años, aunque algunos pacientes pueden vivir hasta 20 años con dicha enfermedad.

Para hacernos una idea de lo devastadora que resulta esta enfermedad expondremos unos datos realmente alarmantes: es la principal causa de incapacidad, institucionalización y reducción de la supervivencia en los ancianos. Se trata de una enfermedad terrible para los pacientes y sus familias ya que supone una sobrecarga física, emocional y socioeconómica. En el año 2001 aproximadamente 21 millones de personas estaban afectadas a nivel mundial. Según las estimaciones, esta cifra podría duplicarse cada 20 años, pasando de 42 millo-

nes de personas afectadas en el año 2020 y si la progresión continúa igual, en el año 2050 habrá 100 millones de personas afectadas en el mundo. Cifras realmente alarmantes.

Actualmente España es el quinto país más envejecido a nivel mundial, en el año 2020 se estima que 20 de cada 100 habitantes serán mayores de 65 años y en el año 2050 podemos llegar a convertirnos en el país más envejecido del mundo.

Patogenia de la Enfermedad de Alzheimer

En la patogenia y origen de la enfermedad parecen hallarse varias alteraciones que sin ser patognomónicos, son característicos de la EA:

1. Degeneración neurofibrilar formando ovillos o haces neurofibrilares integrados por una forma anormal de la proteína tau (proteína tau fosforilada) que altera la estructura de los microtúbulos.
2. Placas seniles. Son esféricas, extracelulares, compuestas por fibrillas de una proteína B-amiloide y se forman por un proceso anómalo a partir de una APP: proteína precursora del amiloide. Sobre todo en hipocampo y corteza. Niveles altos de B-amiloide se relacionan con niveles reducidos de acetilcolina y además puede alterar los canales de sodio, potasio y calcio.
3. Además, en la patogenia de la enfermedad intervienen fenómenos oxidativos y procesos inflamatorios.

Factores de riesgo de la Enfermedad de Alzheimer

Actualmente se considera que las posibles causas de la Enfermedad de Alzheimer son múltiples y es el resultado de la confluencia e interacción entre ello. Todavía no las conocemos en su totalidad. Dentro de los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, hay que tener en cuenta factores genéticos, medioambientales y enfermedades concomitantes. La edad avanzada y la susceptibilidad genética son los dos factores de riesgo bien establecidos.

Dichos posibles factores de riesgo están expuestos en la Tabla 4:

TABLA 4

Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer

• Edad avanzada • Sexo femenino • Hipertensión arterial • Enfermedad cardiaca • Diabetes mellitas • Hipercolesterolemia • Traumatismos craneoencefálicos • Enfermedad cerebrovascular • Hipotiroidismo	• Educación (bajo nivel educativo) • Otros: nivel socioeconómico, lugar de residencia... • Factores psicosociales: personalidad previa, depresión, estrés, aislamiento • Estilo de vida sedentario, poca actividad (física e intelectual) • Dieta y nutrición inadecuada • Tabaquismo • Obesidad

Prevalencia e incidencia de la Enfermedad de Alzheimer

- La prevalencia de una enfermedad es el número de casos en una población en un momento dado. La prevalencia de la demencia aumenta con la edad, las cifras se duplican cada 5 años desde el 1-2% a los 65 años hasta el 30% en mayores de 85 años, incluso hay estudios que hablan de prevalencias del 70% en los ancianos "muy ancianos".
- La incidencia de una enfermedad es la frecuencia de aparición de nuevos casos de la enfermedad en un periodo de tiempo determinado. Las tasas de incidencia aumentan de forma exponencial, pasando de menos del 1% en el grupo de los 65-70 años al 6,9% en el de más de 85 años.

El tipo más frecuente de demencia es la Enfermedad de Alzheimer. Los datos recogidos en estudios internacionales reflejan que es la causante del 48-66 % de las demencias.

En cuanto a la distribución por sexos, parece que no existen diferencias a nivel global, pero las mujeres parecen tener una incidencia mayor de la EA en edades más avanzadas.

Tipos de Enfermedad de Alzheimer

- La Enfermedad de Alzheimer precoz, en la que puede haber un componente genético significativo, suele aparecer antes de los 55-60 años. Aproximadamente supone el 6-7% de la totalidad de los casos. Se han identificado varias mutaciones causantes de la Enfermedad de Alzheimer precoz, en varios genes:
  - Gen de la proteína precursora del amiloide (gen PPA, cromosoma 21), el gen de la presenilina 1 (cromosoma 14) y el de la presenilina 2 (cromosoma 1).

Los test genéticos predictivos existen actualmente para las mutaciones en estos genes, pero sólo son considerados útiles para un pequeño número de familias, en adultos de riesgo, en aquellos en que uno de sus padres es portador de dicha mutación o con una historia familiar de Enfermedad de Alzheimer a edad precoz (en menores de 60 años) en varias generaciones. No se recomienda el screening en individuos asintomáticos en la población general. En muchos casos de Enfermedad de Alzheimer precoz, no se identifica una mutación genética de este tipo.

La mayoría de los pacientes y familiares no se beneficiarán de realizar un test genético, porque la mayor parte de los casos de Enfermedad de Alzheimer son esporádicos (el 95 %) y aparecen a edades más avanzadas:

- En la Enfermedad de Alzheimer de aparición tardía se han identificado varios genes (gen ubiquitina, ApoE-4, SORL1 implicado en el procesamiento de la proteína precursora del amiloide...), el más importante es el alelo de la apolipoproteína e4 (ApoE-4), en el cromosoma 19, que es una proteína que transporta el colesterol.

Determinar el genotipo de la apolipoproteína no puede considerarse hoy en día en líneas generales como test diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer, ya que algunas personas que no poseen el alelo e4 desarrollan la enfermedad y viceversa, se utiliza sobre todo en investigación.

Aproximadamente entre el 40-70% de los enfermos de Alzheimer no son portadores del alelo E4 lo que indica que otros genes pueden estar implicados en el desarrollo de la enfermedad y se está investigando sobre ello, al igual que ocurre con los factores ambientales.

Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer

El diagnóstico de la demencia es clínico. El diagnóstico definitivo histopatológico donde se demuestren las lesiones típicas de la enfermedad, se obtiene únicamente mediante necropsia. Por lo tanto, el diagnóstico será probable o posible (según los criterios que se exponen en la Tabla 5) y es fundamentalmente clínico, basándose en la entrevista con el paciente, familiar, los tests neuropsicológicos y las pruebas complementarias que descartan otra serie de patologías que puedan causar trastornos de memoria. Se debe basar en una valoración integral, individualizada y mutidisciplinaria.

Criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer

Los criterios que se suelen utilizar son los del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition) y los del NINCDS-ADRDA (Nacional Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke/Alzheimer´s Disease and Related Disorders Association).

TABLA 5

Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
1. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PROBABLE	• Demencia establecida por un examen clínico y confirmadas con tests neuropsicológicos. • Déficit en dos o más áreas cognitivas. • Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones. • Ausencia de trastornos de conciencia. • Comienzo entre los 40-90 años, más frecuente a partir de los 55 años. • Ausencia de otras enfermedades que expliquen la demencia.
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER POSIBLE	• Demencia en ausencia de otros trastornos neurológicos, psiquiátricos o sistémicos que pueden ser causa de demencia, con variaciones en el inicio, presentación o curso clínico. • Presencia de una enfermedad sistémica o cerebral que puede provocar demencia, aunque no se considere como la causa de la misma. • En estudios de investigación, cuando se identifique un deterioro cognitivo progresivo y grave en ausencia de otra causa identificable.
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER DEFINITIVA	• Cumplir los criterios de EA probable. • Evidencias histológicas obtenidas por necropsia o biopsia.

Cabe destacar los siguientes puntos en la valoración para el diagnóstico de la demencia:

1. Historia clínica: se deben recoger datos sobre antecedentes familiares (historia de demencia en la familia) y personales, situación basal, situación funcional, hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico y datos sobre el motivo de consulta y enfermedad actual (síntoma inicial y síntomas actuales, tiempo de evolución, forma de evolución: progresivo, fluctuante, síntomas cognitivos y no cognitivos, cambios a nivel funcional). Además es muy importante conocer el nivel educativo previo y situación sociolaboral.

Dados los déficits cognitivos que pueden presentar los pacientes, y la tendencia en los estadios iniciales a ocultar o negar dichos fallos, resulta de gran importancia obtener información fiable a través de un familiar o cuidador.

2. Exploración física exhaustiva prestando especial importancia a la exploración neurológica. Destacar en la exploración física los siguientes puntos:

- Peso, talla, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca.
- Auscultación cardiaca (soplos, arritmia), y carotídea (soplos).
- Pulsos periféricos.
- Palpación del tiroides (patología tiroidea).
- Piel y mucosas (deshidratación, palidez mucocutánea...).
- Abdomen: descartar la existencia de masas, tacto rectal si hay sospecha de impactación fecal, descartar retención aguda de orina...

Exploración neurológica: es muy importante para descartar la existencia de otra serie de procesos que puedan estar provocando la alteración cognitiva (accidentes cerebrovasculares, hidrocefalia a presión normal, enfermedad de Parkinson...):

- Nivel de conciencia.
- Signos meníngeos.
- Lenguaje (comprensión, emisión, fluencia...).
- Signos de liberación frontal: grasping o de prensión, plantar, succión, hociqueo, glabelar, palmomentoniano... (si son vivos indica deterioro significativo).
- Signos focales motores (paresia, plejia...).
- Pares craneales, fondo de ojo (HIC), pupila (signo de Argyll-robertson en PGP luética), campimetría por confrontación.
- Signos extrapiramidales: temblor, mioclonías, rigidez, reflejos de actitud y posturales alterados, que nos indique afectación subcortical.
- Alteraciones de la marcha y del equilibrio.

3. Valoración multidimensional: cognitiva, psicológica-conductual, funcional, social, sobrecarga del cuidador, estadio evolutivo.

- En la valoración cognitiva se deben valorar las siguientes áreas:

Conciencia	Memoria
Lenguaje (Afasia)	Orientación
Atención	Trastornos práxicos (apraxia)
Trastornos gnósicos (agnosia)	Funciones ejecutivas
Capacidad visuoespacial	Pensamiento abstracto
Capacidad de juicio	

- Los síntomas no cognitivos, psicológicos y conductuales (SPCD) habitualmente son más disruptivos para el paciente y familiares, con gran impacto en la calidad de vida de ambos, generan un sufrimiento emocional que provoca la sobrecarga del cuidador, aumentan la dependencia funcional de los pacientes, el uso de restricciones físicas y farmacológicas, el riesgo de caídas, el índice de hospitalización, y la institucionalización precoz de los pacientes, generando además un incremento de los costes económicos. Son muy frecuentes en la demencia, recurrentes y pueden fluctuar a lo largo de la evolución. Son más frecuentes en fases moderada y severa de la enfermedad, aunque pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad, y cada vez con mayor frecuencia constituyen el primer motivo de consulta.

- En relación a la valoración psicológica y conductual, debemos incidir en la existencia de los siguientes síntomas:

Delirios	Alucinaciones
Inquietud y agitación psicomotriz	Reacciones catastróficas
Agresividad	Irritabilidad
Depresión	Ansiedad
Labilidad emocional	Euforia
Desinhibición	Apatía
Conducta motora aberrante	Trastorno de la conducta sexual
Trastorno del sueño	Trastorno de la alimentación

- Valoración funcional:

Debemos conocer la capacidad funcional previa, y si existe declinar entre la previa y la actual. Recoger datos sobre:

Actividades básicas de la vida diaria: actividades que permiten al individuo vivir de forma independiente en su entorno habitual. Son necesarias e imprescindibles para asegurar su supervivencia en su medio (baño, vestido, aseo, deambulación).

Actividades instrumentales de la vida diaria: son actividades que presentan un nivel mayor de complejidad para su realización y aseguran la independencia de la persona en su entorno: (manejo de dinero, medicación, gestiones, transporte...).

Actividades avanzadas de la vida diaria: estas actividades presentan todavía un nivel mayor de complejidad, no son imprescindibles para el funcionamiento independiente de la persona en su medio, pero sí tienen importancia a la hora de la interacción social de esa persona y capacidad para mantener su actividad intelectual, relaciones sociales y actividades de ocio (aficiones, reuniones sociales, actividades culturales, religiosas, viajes...).

- Valoración social: conocer el entorno que rodea al paciente, los apoyos y recursos sociofamiliares y económicos. Además es importante incidir en la posible "sobrecarga del cuidador", dado que esto va a dificultar el abordaje y el tratamiento del paciente.
- Estadio evolutivo: es muy importante conocer en qué fase de la enfermedad se encuentra el paciente para poder asesorar correctamente a la familia, poner en marcha los recursos necesarios en dicha fase y anticiparnos a las necesidades futuras. Las fases en la demencia se explicarán en un próximo apartado.

TABLA 6
Escalas de valoración en la demencia

VALORACIÓN COGNITIVA	• Test screening: Mini-Mental State Examination (MMSE) Test del Reloj Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) Test de los 7 minutos • Batería neuropsicológica: (propuesta de batería a utilizar): Test de los 7 minutos Test de recuerdo selectivo Test de denominación de Boston abreviado Test de Strip Dígitos de Wais Fluencia verbal fonética y semántica
VALORACIÓN PSICOLÓGICO-CONDUCTUAL	Escala de depresión de Yesavage (Geriatric depresión Scale) Cornell scale for depresión in dementia Neuropsychiatric Inventory (NPI)
VALORACIÓN FUNCIONAL	Índice de Katz Índice de Barthel Índice de Lawton Escala de incapacidad física de Cruz Roja
VALORACIÓN SOCIAL	Escala de recursos sociales OARS Escala de sobrecarga del cuidador: Escala de Zarit
ESTADIAJE	CDR (Clinical Dementia Rating) GDS (Global Deterioration Scale) FAST (Functional Assessment Staging)

Esta valoración se puede realizar mediante entrevista abierta con el cuidador y paciente, mediante preguntas dirigidas y a través de tests y escalas de valoración.

Dichas escalas tienen como ventaja el que los resultados son cuantificables, nos sirven para establecer comparaciones y valorar cambios de forma objetiva a lo largo de la evolución y la respuesta al tratamiento, nos proporcionan un guión dirigido, para no olvidar ningún item a la hora de valorar la afectación de estos pacientes, pero no debemos olvidar una cuestión fundamental, estas escalas son un elemento de apoyo, de ayuda para el diagnóstico, pero no nos dan el diagnóstico, este siempre se va a ser clínico y se va a basar en la historia del paciente.

4. Pruebas complementarias: analítica de sangre completa (incluyendo hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico), analítica de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma, prueba de imagen estructural (TAC o RMN) y en algunos casos una prueba de imagen funcional (PET y SPECT). En ocasiones, puede ser de ayuda también la realización de un EEG, o de otro tipo de pruebas complementarias si se sospecha alguna otra patología añadida que contribuya al deterioro cognitivo.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la demencia se debe establecer sobre todo con las siguientes entidades:

- Síndrome confusional agudo o delirium: aunque puede aparecer en el curso de una demencia o ser la forma de inicio de la misma o agravarla, se diferencia de ella por la alteración del nivel de conciencia. El curso es agudo o subagudo.

TABLA 7
Criterios para el diagnóstico del cuadro confusional agudo

Criterios para la detección del cuadro confusional agudo (Confusional Assessment Method)
• Criterio 1: Comienzo agudo y fluctuante • Criterio 2: Desatención • Criterio 3: Pensamiento desorganizado • Criterio 4: Nivel de conciencia alterado

- Depresión: con frecuencia, los pacientes con depresión refieren múltiples quejas subjetivas de memoria. En general, tienden a magnificar esas quejas ("no me acuerdo de nada", "se me olvida todo"...), y el rendimiento en los tests suele ser mejor de las quejas referidas. Aparece humor triste, lentitud en el flujo de ideas, falta de motivación y disminución en la atención, con fallos en el registro. A veces una depresión es el inicio de una demencia, e incluso, en los estadios iniciales, en que los pacientes son conscientes de sus déficits cognitivos, dichos déficits pueden generar un trastorno del ánimo y coexistir en una depresión.

- Retraso mental leve o moderado: no existe un nivel previo superior al actual por fallo en la adquisición de hitos. También puede añadirse una demencia a un retraso mental objetivándose un decaer en la capacidad previa del sujeto (demencia en el Síndrome de Down).
- Rendimientos cognitivos anormalmente bajos debido a un medio social con graves carencias. No interfieren en las actividades de la vida diaria. Siempre es fundamental conocer el nivel educativo previo del paciente, así como su entorno socieconómico, para poder comparar sus resultados con los considerados dentro de la "normalidad" para el grupo de características similares a las del paciente.
- Deterioro cognitivo leve: No existe interferencia importante en las actividades de la vida diaria como ya se ha expuesto previamente en este capítulo.

Evolución de la Enfermedad de Alzheimer

La Enfermedad de Alzheimer es un proceso con una serie de estadios clínicos identificables, en otros tipos de demencias no resulta tan claro este estadiaje. Estos estadios existen en un continuum con el proceso normal de envejecimiento.

Según la propuesta de Reisberg (GDS: Global Deterioration Scale y FAST: Functional Assessment Staging), podemos identificar 7 estadios en su evolución: (Reisberg 1999)

1. Estadio 1 (normal)

A cualquier edad, las personas pueden potencialmente estar libres de fallos objetivos o subjetivos a nivel cognitivo o funcional, así como de alteraciones conductuales o de la personalidad. Las capacidades funcionales en las áreas ocupacional, social o familiar permanecen intactas.

2. Estadio 2 (déficit cognitivo muy leve: deterioro cognitivo asociado a la edad)

Más de la mitad de la población mayor de 65 años presenta quejas subjetivas de fallos de memoria. Presentan subjetivamente dificultades para concentrarse y encontrar la palabra adecuada cuando hablan. Estos fallos no son corroborados por los familiares o si lo son, no les parece preocupante, y son benignos.

No existe compromiso de su vida sociolaboral ni de las actividades de la vida diaria.

3. Estadio 3 (deterioro cognitivo leve)

Manifiestan déficits subjetivos, corroborados por los familiares cercanos.

Suelen aparecer fallos repetidos, dificultad en la capacidad de realizar funciones ejecutivas. En aquellas personas que continúan trabajando, pueden sufrir una disminución en su rendimiento laboral, evidente para sus compañeros de trabajo y presentan mayor dificultad en aprender nuevas habilidades o tareas en el trabajo.

En personas que no trabajan, pero que organizan eventos sociales, reuniones familiares, viajes, pueden presentar déficits en sus capacidades. También puede aparecer dificultad en la concentración.

Conservan la capacidad de realizar tareas rutinarias (compras, economía doméstica, viajes a lugares conocidos...) y las actividades básicas de la vida diaria.

Hasta aquí, podemos identificar claramente lo expuesto previamente en este capítulo sobre los fallos de memoria que no llegan a poder incluirse como indicativos de demencia.

A partir del estadio 4 de Reisberg, se describen las diferentes fases de la Enfermedad de Alzheimer ya desarrollada:

4. Estadio 4: Déficit cognitivo moderado (Enfermedad de Alzheimer leve):

Los fallos se hacen evidentes en esta fase. Olvidan hechos recientes y detalles importantes de su vida diaria, (visitas de familiares, un viaje, lo que han comido...). Aparecen dificultades para recordar el día, mes, año. Generalmente pueden recordar bien su dirección. Suelen recordar datos de personajes importantes. Estos pacientes pueden todavía potencialmente vivir de forma independiente en la comunidad en su entorno y rutina habitual (es capaz de asearse, elegir su ropa, trasladarse a lugares conocidos...). Sin embargo, aparecen ya fallos importantes en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, que requieren cierto nivel de complejidad (asuntos del banco, pago de rentas, realizar compras...), lo que suele alertar a la familia.

Muchas veces los pacientes no son conscientes de sus déficits, y en caso de serlo, resulta tan doloroso y angustioso, que utilizan el mecanismo de negación y tratan de ocultar sus fallos al resto. Además, tienden a reducir su participación en actividades, conversaciones, para ocultar esos fallos.

5. Estadio 5. Déficit cognitivo moderado grave (Enfermedad de Alzheimer moderada)

En este estadio los pacientes ya pueden manejarse correctamente para continuar viviendo de forma independiente. Si siguen viviendo sólos, generalmente existe algún familiar o conocido que se encarga de las tareas más complejas como compras, cocina, pagos de rentas, estado de las finanzas.

A nivel cognitivo, los pacientes no recuerdan acontecimientos importantes y aspectos de la vida diaria como su propia dirección, datos personales, si es de día o de noche... característicamente algunos aspectos de la vida actual son recordados, pero otros no.

Se afecta también la memoria remota, igualmente la orientación, no recuerdan el año exacto. Son manifiestos los déficits en el cálculo.

A nivel funcional tienen ya dificultades con las actividades básicas de la vida diaria. Es característica la dificultad para elegir de forma independiente su ropa, y para su autocuidado (baño, aseo...).

En esta fase aparecen con más frecuencia los síntomas psicológico-conductuales. Aparecen trastornos emocionales, trastornos del sueño y de conducta.

6. Estadio 6. Deterioro cognitivo grave (Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave):

En esta etapa está comprometida la capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Se divide en 5 subestadios:

a) Presentan dificultad para ponerse la ropa de forma adecuada (en el orden correcto, prendas del revés, dificultad para calzarse, abotonarse...), pueden perder la capacidad para ajustar la temperatura del agua para el baño, aparece miedo al baño.

b) Aparecen dificultades para bañarse sólos, además presentan problemas en la higiene diaria, como puede ser cepillarse los dientes.

c) Presentan dificultades en el aseo (colocar los utensilios de aseo, WC).

d) Incontinencia urinaria.

e) Incontinencia fecal.

Los déficits cognitivos son tan severos en este estadio que desconocen aspectos tan importantes de su vida actual como su propia dirección o las condiciones climáticas. Pueden conocer sus nombres, pero ya empiezan a confundir a su cónyuge con otras personas (familiares fallecidos...) y confundir la identidad de personas, incluso familiares muy directos en su entorno habitual.

Aparecen cambios emocionales de forma más frecuente en esta etapa. Estos cambios están muy relacionados con la reacción psicológica del paciente ante sus circunstancias.

Debido a sus déficits, los pacientes no pueden convertir sus energías en actividades productivas. Por ello, a menos que se maneje correctamente, el paciente comienza a presentar actividad motora aberrante moviendo objetos de un lado a otro, abriendo y cerrando cajones, presenta vagabundeo. Pueden presentar inquietud, agitación e incluso mostrarse agresivos verbal y físicamente. Puesto que no pueden vivir de forma independiente, presentan miedo a "quedarse sólos".

Al final de este estadio el paciente es dependiente para todas las actividades de la vida diaria, presenta incontinencia doble y comienza a manifestar dificultades en la habilidad de articular el lenguaje. Aparecen neologismos y otros trastornos del lenguaje.

7. Estadio 7: Déficit cognitivo muy grave (Enfermedad de Alzheimer muy grave)

En este estadio, el paciente precisa asistencia permanente para las actividades básicas de la vida diaria. Se identifican 6 subestadios a lo largo de esta fase con un deterioro progresivo.

a) Se limita el lenguaje, aproximadamente a 6 palabras o menos.

b) Se limita el lenguaje a 1 palabra inteligible.

c) Se pierde la capacidad para deambular de forma independiente. De todas formas, la capacidad de deambular suele estar comprometida al final de la fase 6 en relación con la patología concomitante, déficit en los cuidados, efectos secundarios de la medicación y otras causas.

d) Incapacidad para mantenerse sentados de forma independiente, pueden caerse de la silla aunque tenga reposabrazos y un respaldo adecuado si no tiene sujección.

e) Pierden la capacidad para sonreir.

f) Se pierde la capacidad de sostener la cabeza de forma independiente. Con unos cuidados adecuados esta etapa final puede durar años.

En este último estadio de la enfermedad se manifiestan cambios físicos y neurológicos: aparece rigidez en las articulaciones que en muchos pacientes son precursoras de otras deformidades físicas en forma de contracturas, que dificulta la movilidad de las articulaciones. A medida que avanza esta fase y en los últimos subestadios, casi la totalidad de los pacientes inmovilizados van a manifestar contracturas en distintas extremidades.

También aparecen cambios en los reflejos neurológicos en esta fase. Son muy llamativos los reflejos primitivos que están presentes en la infancia, pero desaparecen con el desarrollo (reflejos de succión, palmomentoniano, Babinsky).

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer con frecuencia fallecen durante esta fase a consecuencia de complicaciones concomitantes con la enfermedad. La causa más frecuente es la neumonía, sobre todo por aspiración, y otro tipo de infecciones (infección de orina, úlceras por presión...).

Resulta de gran importancia identificar los estadios finales de la enfermedad (podríamos considerar como uno de los criterios para la inclusión en la fase terminal el estadio 7 c o mayores), ya que estos pacientes se podrían beneficiar de los programas de cuidados paliativos que asegurarían el control sintomático, apoyo a la familia y un seguimiento continuado y cercano del paciente.

Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer

Hace años, se relacionaban más las pérdidas de memoria con la edad y en muchas ocasiones no se consultaba por ello, porque el anciano lo atribuía a su edad y su familia también. Incluso desde el punto de vista de los profesionales, la tendencia era a “no hacer nada”, ya que la enfermedad no se puede curar y “nada se puede hacer”. Por suerte, esta actitud nihilista está cambiando, gracias a una mayor concienciación social, la alarma que crea el envejecimiento progresivo de la población y sus enfermedades asociadas y el interés e incremento en los estudios sobre esta enfermedad por parte de la comunidad científica.

La tendencia hoy en día es a utilizar todo el arsenal terapéutico a nuestro alcance, para frenar en lo posible está enfermedad. Ello implica combinar el tratamiento farmacológico con las medidas no farmacológicas.

Tratamiento farmacológico

Actualmente no existen fármacos que puedan prevenir el desarrollo de la enfermedad ni disponemos de un tratamiento curativo para la misma.

El tratamiento actual es sustitutivo, sintomático, trata de controlar los síntomas asociados (cognitivos, psicológicos y conductuales), minimizar sus efectos en la calidad de vida del

paciente y cuidadores y estabilizar o frenar en parte el desarrollo de la enfermedad y el deterioro que origina, tratando de mantener en la medida de lo posible y durante el mayor tiempo, la autonomía del paciente, retrasando la discapacidad. Se basa en los déficits en los distintos neurotransmisores que se producen en el cerebro en relación con la enfermedad.

Actualmente para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer existen cuatro fármacos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) y la EMEA (European Medication Agency): los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y un antagonista selectivo del receptor NMDA del glutamato (memantina). Aunque la eficacia de los distintos IACEs en términos globales es similar, podemos añadir, para perfilar mejor el tipo de paciente, que el donepezilo estaría indicado en la Enfermedad de Alzheimer probable (sin otra causa que justifique los síntomas), la galantamina cuando existe patología vascular asociada y la rivastigmina en aquellos casos en los que predominen los trastornos de conducta.

Los IACE están indicados en la fase leve y moderada de la enfermedad, y la memantina en la fase moderada y severa, aunque estas son las indicaciones aceptadas, consideramos que cualquiera de los cuatro fármacos puede ser efectivo a lo largo de toda la evolución de la enfermedad, independientemente de la fase, incluso en otros tipos de demencia (vascular, mixta, frontotemporal...). De hecho, y dado que actúan sobre diferentes neurotransmisores, el uso de tratamiento combinado IACE + memantina puede mejorar los resultados al incidir sobre dos vías distintas y potenciar su efecto terapéutico.

Dichos tratamientos han demostrado que en ocasiones pueden mejorar, con frecuencia estabilizar y sobre todo enlentecer la evolución de la enfermedad, en términos globales, a nivel cognitivo, funcional y también, aunque existen menos estudios, en relación con los síntomas psicológicos y conductuales.

Por el contrario, y según los estudios realizados hasta la fecha, no podemos recomendar el uso de estrógenos en mujeres o vitamina E, tampoco antiinflamatorios ni estatinas, ácido fólico o vitamina B12 como terapia para prevenir la enfermedad o como tratamiento de la misma.

En relación con los síntomas psicológicos y conductuales, adquiere gran relevancia el uso de psicofármacos. En los ancianos, dada su mayor sensibilidad y cambios en la farmacocinética y farmacodinamia, el uso de fármacos debe ser lo más cauto posible, siempre bajo indicación médica, con la dosis mínima efectiva y el tiempo estrictamente necesario, revisando periódicamente la indicación de continuación del tratamiento y el cumplimiento del mismo.

Actualmente existen varios ensayos clínicos en marcha para la prevención primaria, y tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer. Existen muchas posibles dianas para la investigación de nuevos tratamientos: placas neuríticas, ovillos neurofibrilares, amiloide soluble, neurotransmisores, inflamación, estrés oxidativo... y el esfuerzo de los investigadores es ímprobo para lograr una prevención efectiva y un tratamiento curativo para esta devastadora enfermedad.

TABLA 8

Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia

TTO. FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA DEMENCIA	
Trastornos de conducta y de la percepción	• Neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina, clozapina...). • El haloperidol sólo debería usarse en pacientes en situaciones agudas que precisen uso parenteral.
Depresión	• Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): paroxetina, sertralina, escitalopram. Evitar en pacientes con demencia la fluoxetina. • Trazodona. • Mirtazapina. • Venlafaxina (sobre todo si predomina ansiedad).
Trastorno de la conducta sexual	• Paroxetina. • Neurolépticos atípicos.
Ansiedad	• Benzodiacepinas de vida media corta (loracepam...). • Evitar benzodiacepinas de vida media larga (diazepam, cloracepato dipotásico...).
Trastorno del sueño	• Hipnóticos (clometiazol, zopiclona, zolpidem). • Benzodiacepinas de vida media corta. • Trazodona.
Apatía	• Metilfenidato • Antidepresivos ISRS, trazodona, mirtazapina o venlafaxina.
Moduladores del ánimo, trastornos de conducta refractarios...	• Antiepilépticos (carbamacepina, gabapentina, pregabalina, topiramato...)

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico comprende el conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos bio-psico-sociales del paciente con demencia con fines rehabilitadores de las capacidades cognitivas y modificadores de conducta. Debe fundamentarse en una evaluación neuropsicológica.

Los objetivos de la terapia no farmacológica son los siguientes:

- Identificar los déficits funcionales.
- Identificar los déficits socioambientales.
- Identificar síntomas a tratar, factores desencadenantes y repercusión en el paciente, cuidador y calidad de los cuidados.
- Investigar y tratar los posibles déficits auditivos y visuales.
- Realizar un plan de cuidados en el que se implique el cuidador y modificarlo si es preciso. Establecer objetivos realistas y crear planes de actuación conjuntamente con la familia y el paciente.
- Entrenar a los cuidadores para autorrecompensarse y recompensar al paciente cuando se alcanzan los objetivos establecidos.

- Evaluar y modificar los planes de actuación continuamente para adaptarlos a nuevas situaciones y estadios del paciente.

Las premisas a tener en cuenta en relación con las terapias no farmacológicas se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. Iniciar tratamiento no farmacológico a partir de una evaluación y un diagnóstico lo más preciso posible.
2. La actividad psicomotriz mejora la coordinación, el tono muscular, la deambulación y el equilibrio.
3. El deterioro cognitivo es agravado por la disminución o carencia de estímulos del medio.
4. La experiencia de intervención en pacientes con demencia ha sido positiva a nivel cognitivo, calidad de vida del paciente y cuidadores, socialización, integración grupal y actividades de la vida diaria.
5. Se pretende crear un medio estimulante, protésico y socializante, ya que sin dicho medio, las medidas farmacológicas no sirven.
6. Los programas deben ser adaptados al nivel cognitivo y al grado de tolerancia a la frustración de cada paciente.
7. La demencia es progresiva, a pesar de las intervenciones terapéuticas que se apliquen. Ante ello, el tratamiento, en especial el no farmacológico, deberá evolucionar con el tiempo y adaptarse a las necesidades.

Las técnicas de terapia no farmacológica pueden ser:

- Globales: Intervenciones, que, aunque dirigidas específicamente a satisfacer una determinada necesidad, inciden positiva y simultáneamente sobre varias áreas de la estructura funcional de la persona (ej: las técnicas de mantenimiento de las AVD pueden facilitar la relación social...).
- Selectivas: Intervenciones con un fin eminentemente selectivo, dirigidas al mantenimiento de una capacidad: memoria, comunicación...

Dentro de las terapias no farmacológicas, destacar las siguientes:

- REMINISCENCIA:

Es bastante utilizada en los medios residenciales y centros de día. Orientada a las emociones y se trata de una técnica y una actividad de comunicación, que se centra en la memoria intacta o en los recuerdos del paciente, y constituye una forma placentera de debate o charla para cuidadores y usuarios. Recuerdo de su “trayectoria de vida”, acontecimientos importantes (boda, nacimiento de hijos, nietos...).

- TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

La orientación a la realidad es el modelo más utilizado en el cuidado de la demencia en nuestro entorno, de tal forma que la mayoría de los centros, residencias y unidades de media y larga estancia incluyen alguna de la técnicas de orientación a la realidad en su programación.

Tres grandes bloques:

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO: información sobre el día y la hora.

ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO: dónde se encuentra, tipo de lugar...

ORIENTACIÓN EN PERSONA: nombres de cuidadores, amigos, familia...

Las técnicas se realizan de 2 formas:

24 horas de OR: señalizaciones, carteles, calendarios, grandes relojes...

Sesiones estructuradas de OR: donde la información es más intensiva y dirigida según el estado de deterioro.

- PSICOMOTRICIDAD/CINESITERAPIA:

Terapia a través el movimiento consciente.

La estimulación cognitiva a través de la psicomotricidad intenta aprovechar la relación existente entre las acciones (movimientos) y los procesos psíquicos, intelectuales y orgánicos. El deterioro se produce en diferentes capacidades:

Espasticidad-distonías.

Apraxia de la marcha y otras actividades motoras.

Pérdida progresiva del esquema corporal.

Por tanto, el enfoque de la actividad psicomotora debe estar orientado por estos déficit.

- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA:

Se fundamenta en los paradigmas de la psicología del aprendizaje, de modo que la psicopatología se considera una conducta que puede modificarse mediante unas técnicas adecuadas.

- ACTIVIDADES OCUPACIONALES:

Se realizan en residencia, centros de día, unidades de psicogeriatría... Lo más frecuente es referirse a la laborterapia o manualidades, aunque no sean las únicas, pues se pueden incluir juegos, terapias artísticas...

Los efectos que se persiguen con las terapias manuales son:

- Mantenimiento de praxias manuales.
- Ejercitación de la coordinación óculomanual.
- Ejercitación de la motricidad fina.
- Mantenimiento de la concentración y la atención.
- Interacción con el grupo.
- Refuerzo de la autoestima.
- Ocupación el tiempo.

- MANTENIMIENTO/REENTRENAMIENTO DE LAS ABVD (actividades básicas de la vida diaria):

La capacidad del autocuidado beneficia la autonomía del enfermo, sus posibilidades de participación social y su equilibrio emocional, siendo un factor que contribuye mucho a la calidad de vida del enfermo y el cuidador. Ante los déficits o pérdidas de alguna de las AVD, es fundamental un programa específico de reentrenamiento de las AVD afectadas, igualmente es muy importante la prevención del posible deterioro.

- ESTIMULACIÓN COGNITIVA/ENTRENAMIENTO CEREBRAL

Técnica selectiva. Se trata de una estimulación lo más individualizada posible y, por lo tanto, adecuada a las capacidades funcionales residuales que la permitan su ejercicio y el despertar de aquellos olvidos abandonados.

Se dirigen a rehabilitar funciones mentales superiores: orientación, memoria, atención, lenguaje, gnosias, praxias, cálculo.

Modificación de la conducta

- La psicología del aprendizaje postula que, si se incide sobre los antecedentes o los consecuentes, es posible influir sobre la conducta y cambiarla (ABC: antecedent-behavior-consequence).
- Se utilizan principalmente para reducir o evitar las conductas problemáticas: vagabundeo, agresividad, agitación...
- Dentro de su aplicación: 1º descripción cuidadosa de la conducta en cuestión, incluyendo el lugar y el momento en que se produce y la frecuencia con que se da. 2º Valoración de los antecedentes específicos y las consecuencias de cada conducta problemática, que a menudo sugerirá estrategias específicas para la intervención.
- Esencial equiparar el grado de demanda que se hace al paciente con la capacidad real de éste, evitando tanto la infantilización como la frustración, y modificando el entorno en la medida de lo posible para compensar los déficit y potenciar los puntos fuertes del paciente.

- TERAPIA DE VALIDACIÓN:

Significa aceptar la desorientación de las personas mayores que ahora viven en el pasado para ayudarles a recapitular y resolver los conflictos de su vida.

- TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN:

Aromaterapia	Fototerapia
Masajes	Ejercicio físico
Arte-terapia	

- ACTUACIONES SOCIALES:

Consejos para la convivencia con el paciente demenciado:

- Adaptar el domicilio para evitar accidentes domésticos.
- Simplificar los hábitos sociales y hacerlos de carácter rutinario.
- Utilizar frases cortas y directas para el diálogo. Utilizar un tono de voz suave, que le dé confianza.
- Si se desencadena una reacción catastrófica ante un estímulo, no intentar convencer al paciente, abandonar la actividad y esperar para reiniciarla.
- Reforzar positivamente las actividades básicas e instrumentales que aún conserva.
- Evitar ambientes estresantes.
- Acercarnos al paciente siempre de frente, donde pueda visualizarnos.

Ayuda al cuidador

No debemos olvidar que el cuidador es un actor principal en todo este proceso y nuestro mayor aliado al enfrentarnos a esta enfermedad. Es imprescindible "cuidar al cuidador".

1. Programas de atención domiciliaria sanitaria y social.
2. Programas de información sobre los servicios sociosanitarios de ayuda disponibles.
3. Programas educativos.
4. Programas psicoterapeúticos (terapia individual y grupal).
5. Grupos de autoayuda.

Y, para finalizar, ¿qué podemos hacer para mantener nuestra memoria y en la medida de lo posible, prevenir el desarrollo de la enfermedad o si esta ocurre, retrasar su desarrollo? Ante todo, mantenernos activos, intelectual y físicamente, la actividad es la mejor prevención para la pérdida de cualquier capacidad. Además, sería recomendable seguir los siguientes consejos, que aunque en este caso, van dirigidos a las personas mayores, nunca es dema-

siado pronto para empezar a prevenir, y son útiles para cualquier persona que quiera conseguir un envejecimiento activo y con éxito.

Consejos para una buena memoria

1. Seguir una dieta adecuada. "Comer lo justo pero bien": Dieta variada, baja en grasas. Consumir pescado. Evitar el exceso de calorías. Aumentar el consumo de antioxidantes (vitamina E, A, Beta-carotenos) en frutas y verduras.
2. Realizar habitualmente ejercicio físico: caminar diariamente, correr moderadamente, montar en bicicleta, nadar... Grupos de gimnasia, Yoga, taichi...
3. Evitar tóxicos: evite el tabaco. Consumo de alcohol sólo moderadamente. Controlar cifras de glucemia y colesterol. Realizar análisis periódicos.
4. Seguir indicaciones médicas en cuanto a dieta y el tratamiento prescrito por su médico.
5. Controlar la tensión arterial: medir la tensión arterial periódicamente. Controlar la dieta y realizar ejercicio periódico. Si precisa tratamiento seguir las recomendaciones de su médico y asegurar un correcto cumplimiento.
6. Prevenir accidentes. Evitar traumatismos.
7. Mantener la actividad mental. Estimular la mente. "Aprender algo todos los días": Leer, hacer crucigramas, escribir, puzzles, juegos de cartas, Internet... Prensa, radio, televisión... Talleres de memoria: en Centros de Mayores, Centros de Salud, Centros de Servicios Sociales. Universidad del Mayor.
8. Participación en la comunidad, aficiones, vida social activa. "Ocupar el tiempo libre". Reunirse con amigos. Rutas culturales. Viajes. Actividades de voluntariado. Actividades religiosas... Evitar el aislamiento y el estrés.

Bibliografía

Ribera Casado, J. M. (2007): "Fisiología del envejecimiento". En: *Avances en Geriatría*. Dirección científica. GAFOS.

M. Franco Y. Bueno, T. Orihuela y V. Merino (2007): *La memoria. Conocerla para mejorarla*. Colección Neuropsicología. Fundación Intras. EDINTRAS Valladolid.

MD Consult (2008): *Memory loss, aging and patient education*. American Academy of Family Physicians.

Brendan, J.; Kelley, M. D. y Petersen, R. C. (2007): PhD, MD. Alzheimer´s disease and Mild Cognitive Impairment. *Neurol. Clin.* 25 577-609.

Demencias en Geriatría (2005): *Grupo de Demencias-Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. Natural Ediciones. Madrid.

Guías en Demencias (2003): *Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con Demencia. Revisión 2002*. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Editorial Masson.

Gil Gregorio, P.; Sánchez Martín, J. y Ramirez Díaz, S. (2003): La Enfermedad de Alzheimer: un reto sanitario. En: *Guía de Actuación en la Enfermedad de Alzheimer*. Natural Ediciones.

Reisberg, B. y Franss, E. (1999): Clinical Stages in Alzheimer´s Disease. The Enciclopedia of Visual Medicine Series. *An Atlas of Alzheimer´s Disease*.

G. Waldemar, B. Dubois, M. Emre y J. Georges (2007): Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer´s disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European Journal of Neurology*, 14: e1-e26.

MD Consult: *Alzheimer´s Disease: Comprehensive version: Patient education*.

J. Peña-Casanova: *Intervención cognitiva. Fundamentos y principios generales*. Fundación La Caixa.

www.alzheimer.org (Alzheimer´s Disease Education and Referral Center).

www.nia.nih.gov (National Institute of Ageing).

www.alzforum.org (Alzheimer´s Research Center).

Web AFAL (Asociación de familiares d Alzheimer). http//www.afal.es.

Web CEAFA (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias). http//www.ceafa.org.

Web Fundación Alzheimer. http//www.fundacionalzheimeresp.org.

Memoria. Revista de Alzheimer España. www.fundacionalzheiemr.org.

8

Las personas ancianas en urgencias

Por Cristina Bermejo Boixareu
Especialista en Geriatría
Hospital Puerta de Hierro. Madrid

Jaime Rodríguez Salazar
Especialista en Geriatría
Hospital de Leganés. Madrid

1. INTRODUCCIÓN

Nos gustaría empezar este capítulo exponiendo los beneficios y las ventajas de implantar unidades de geriatría en las urgencias de todos nuestros hospitales. Pero por desgracia, la situación actual en España, bien entrado ya el año 2009, es que solamente alrededor de un tercio de los hospitales ofrece asistencia geriátrica a nuestras personas ancianas (porque no lo olvidemos, son *nuestras personas mayores*). Y muchas veces no se trata de un Servicio de Geriatría conformado como tal, con sus distintas unidades asistenciales geriátricas, sino solamente de algún geriatra aislado, al que se suele contratar inicialmente como interconsultor.

Pero sabemos que convencer a nuestros compañeros y "a los de arriba" de nuestra eficacia es solamente cuestión de tiempo, dado el respaldo científico actualmente disponible en este sentido.

¿Cuándo y cómo nació la Geriatría moderna? Tenemos que remontarnos a 1935, en realidad no hace tanto tiempo, cuando la doctora Marjorie Warren (1897-1960) es contratada para atender a los pacientes ancianos ingresados en el West Middlesex Hospital, hasta ese momento un "Hospital de Pobres". Pronto se da cuenta y se queja a las autoridades del gran número de personas mayores atados a las camas; y de enfermos crónicos, en su mayoría de edad avanzada, en los que el esfuerzo diagnóstico era limitado y el tratamiento insuficiente, además de deficientes la supervisión médica, el trabajo en equipo y el esfuerzo rehabilitador. Eran pacientes considerados como incurables debido a su edad o a la pluripatología que presentaban y por este motivo se les negaban las atenciones médicas o rehabilitadoras. Al demostrar la Dra. Warren que muchos de estos pacientes respondían a un tratamiento adecuado y que su patología médica podía ser reversible, puso la primera piedra para que naciera en Inglaterra la especialidad de Geriatría.

Nuestra intención en este capítulo es exponer el potencial de la Geriatría en los servicios de urgencias, como paradigma de asistencia a la persona anciana gravemente enferma, rompiendo mitos que rondan en la cotidianidad; y exponiendo brevemente los principios de una especialidad incomprendida por muchos, pero admirada y respetada por los que la conocen.

¡Empezamos!

2. MITOS DE LA PERSONA ANCIANA EN URGENCIAS

Mito 1: "No se puede hacer geriatría en urgencias".

Mito 2: "No se pueden prevenir los síndromes geriátricos en urgencias".

Mito 3: "Urgencias no es lugar para hacer una valoración geriátrica en condiciones y además no reporta beneficios".

Mito 4: "No hace falta geriatría en urgencias, es un lugar de paso".

Mito 5: “Con poner un geriatra en la urgencia sería suficiente”.

Mito 6: “Los geriatras son conservadores, no pintan nada en una urgencia”.

Mito 7: “Las personas mayores, frecuentemente, son abandonadas en la urgencia”.

Mito 1: “No se puede hacer geriatría en urgencias”

Rotundamente falso. Se puede hacer geriatría en todos los ámbitos asistenciales donde se disponga de un equipo con formación adecuada y un paciente geriátrico. La filosofía de la geriatría es la *atención integral* (valoración de *todos* los aspectos que influyen en la salud y bienestar del paciente anciano). Se puede hacer geriatría en muy diversas situaciones y niveles asistenciales, pero allí donde las actuaciones van a ser más decisivas es más importante acertar en el enfoque del paciente. Y parece claro que el servicio de urgencias es el nivel asistencial más decisivo.

En urgencias se puede y se debe obtener una historia clínica detallada con una correcta *valoración geriátrica*, que incluye situación *social* - ¿vive sólo?, ¿viene de una residencia?, ¿tiene apoyo familiar? ¿cuando reciba el alta hospitalaria, habrá alguien que se encargue de que se cumplan las prescripciones médicas?... - situación *funcional* -¿anda sólo?, ¿es independiente para su autocuidado?, ¿es continente?... - *mental* -¿tiene algún tipo de deterioro cognitivo? ¿presenta trastornos del comportamiento? ¿está deprimido?... – y, sobre todo en un servicio de urgencias, *valoración clínica* - ¿presenta disnea (ahogo) de esfuerzo? ¿tiene dolor articular mal controlado?... -; podremos y deberemos también intentar crear un ambiente adecuado para su diagnóstico y tratamiento y no caer en negligencias, abusos ni otras formas de maltrato a la persona mayor. Todos los profesionales sanitarios deben de estar pendientes de intentar hacer las cosas bien y no *perjudicar* aún más a la persona anciana frágil que acude al servicio de urgencias.

Muchas veces el motivo por el que una persona mayor acude a urgencias es clínico (infección respiratoria, disminución de fuerza en miembros, confusión, taquicardia...), pero lo característico del paciente geriátrico es que estos problemas se acompañen de deterioro funcional (presentando marcha torpe o dejando de andar...), mental, incapacidad de cuidarse en su domicilio o *claudicación familiar*. Esto es con frecuencia más llamativo que la clínica, que puede ser insidiosa. De ahí la necesidad de una valoración *integral* de la persona anciana cuando llega a urgencias.

Otras veces, este motivo de acudir a urgencias es “menos clínico”: trastorno del comportamiento, claudicación familiar, derivación no necesaria desde otro medio sanitario... y sólo podremos “diagnosticar” estas situaciones si pensamos en ellas y somos sistemáticos en nuestra valoración. En la persona mayor, además, las enfermedades tienen con frecuencia diferentes formas de manifestación. Muchas veces, la causa de lo que vemos está oculta. Por ejemplo, una persona anciana que deja de andar por tener una infección de orina.

Mito 2: “No se pueden prevenir los síntomas geriátricos en urgencias”

¿Y quién dice que no? Puede faltar el conocimiento, el tiempo, las instalaciones, los medios o, sobre todo, el personal necesario para llevar a cabo esta importante tarea. Pero poder, *se puede, y además, se debe hacer*.

¿Pero qué son los síndromes geriátricos, “*los gigantes de la geriatría*” que no paran de nombrar los geriatras? ¿Cuáles son? ¿Por qué son tan importantes?

Al principio se conocían como síndromes geriátricos aquellos problemas que presentaban con más frecuencia las personas mayores ingresadas en unidades de geriatría o en residencias, que en otros servicios hospitalarios.

Previo al nacimiento de la Geriatría se pensaba que eran problemas propios de la vejez, y no se consideraban como algo patológico sobre lo que era necesario actuar. Actualmente, sin embargo, se consideran un conjunto de condiciones, muy frecuentes en la persona anciana, que suelen aparecer en el contexto de una o varias enfermedades. Los más frecuentes son: inmovilidad; inestabilidad y caídas; incontinencia urinaria y fecal; estreñimiento e impactación fecal; demencia; síndrome confusional agudo; malnutrición; alteración de la vista y oído; e iatrogenia (diversos problemas debidos a medicamentos).

Se sabe que si estos síndromes no se tratan, se predispone al paciente a un gran número de complicaciones médicas, nuevas enfermedades, problemas sociales, mayor incapacidad funcional y riesgo de dependencia entre otros.

En definitiva, más vale prevenir que curar. Hay que pensar en ellos para poder detectarlos en caso de que aparezcan, y si lo hacen, tratarlos enérgicamente para que no empeoren o se hagan permanentes.

Veamos con un poco más de detenimiento los síndromes geriátricos más importantes:

1. Inmovilidad: según la Real Academia Española, hace referencia a algo o alguien que no se mueve. El síndrome de inmovilidad suele estar causado por varios factores y es en principio reversible y, sobre todo, se puede prevenir. En urgencias, el paciente mayor permanece inmovilizado en la mayoría de los casos, casi sistemáticamente. Por lo tanto, para evitar este síndrome hay que intentar que el paciente se movilice lo máximo posible: son vitales los cambios posturales a pacientes “encamados”, que sean acompañados al baño cuando lo solicitan, habilitar sillas al lado de cada cama para alternar cama-sillón como ocurre cuando son ingresados en otros servicios, y permitirles (dentro de lo posible para mantener la organización del servicio) caminar; la mayoría de las enfermedades por las que las personas ancianas acuden a urgencias no exigen la indicación de “reposo en cama”. Está demostrado que el inmovilismo conlleva mayor riesgo de complicaciones durante el ingreso (neumonías; enfermedad tromboembólica; úlceras por presión en zonas de apoyo, que tanto aparecen como empeoran en las urgencias; hipotensión; delirium...), así como de incapacidad al alta, y por lo tanto, de dependencia y de institucionalización. Y sí, como se ha expuesto, es un síndrome peligroso y potencialmente prevenible ¿por qué no lo hacemos?

2. Caídas: es, en la mayoría de los servicios de urgencias, el único síndrome geriátrico que verdaderamente se intenta evitar; en el momento en que un paciente anciano solicita o hace ademán de levantarse de la cama más de una vez, o de infiltrarse entre las barras de seguridad como si de un agente secreto en misión especial se tratara, se le ata a la cama y arreglado. Es posible que en su prevención influya la mayor posibilidad de denuncia por parte de los familiares ante la caída de un enfermo que ante el desarrollo de cualquier otro de los síndromes geriátricos.

3. Incontinencia urinaria y fecal: todos los que hemos trabajado en urgencias hospitalarias conocemos la frecuencia con que se colocan apósitos de incontinencia a las personas mayores, independientemente de si habitualmente son capaces o no de controlar la orina. Cuando el paciente solicita ayuda para ir a orinar, se le informa, como si no lo supiera ya, que tiene puesto un *pañal*. Si sigue insistiendo y refiere que no desea hacerlo en el *pañal*, se le proporciona una cuña o una botella. Y si se enfada y se levanta por su cuenta para ir al servicio, se le sujeta a la cama para que no lo haga *(restricción física)*. ¿Y por qué no se les acompaña al baño? Se argumenta básicamente la sobrecarga de trabajo asistencial, así como que no se pueden levantar porque están enfermos; sin embargo, la realidad es que la mayoría de las enfermedades agudas por las que una persona anciana acude a urgencias no contraindican el levantarse de la cama para ir al baño. De hecho, ¿por qué no se coloca el *pañal* al adulto joven que viene a la urgencia, si precisa estar en cama? ¿es que las enfermedades de las personas mayores tienen indicación de reposo absoluto y las de los jóvenes actividad física libre? Sería inimaginable que a una persona de 25 años que sufre un cólico renal, se le pusiera un *pañal* a regañadientes, una sábana que le atara por la cintura a la silla, y se le espetara: *"si tienes ganas, orinas en el pañal"*. Si no se le hace esto a la gente joven... ¿por qué a la persona anciana sí? No es difícil imaginar lo mal que se puede encontrar una persona cuando acude a urgencias y se le añade la incomodidad de soportar un *pañal* manchado y húmedo. En el caso de las personas mayores, además, no se trata solamente de una cuestión de comodidad; implica que al paciente a quien no se acompaña al baño, se le favorece la aparición de una serie de complicaciones: infecciones de orina, lesiones cutáneas, aparición de incontinencia establecida a partir de ese momento, y por tanto mayor dependencia, ansiedad, depresión y aislamiento social.

4. Estreñimiento e impactación fecal: es tan frecuente el estreñimiento que algunos lo consideran de forma errónea como un problema irremediablemente asociado al envejecimiento. Si no se trata puede ocasionar impactación fecal, con dolor abdominal, síndrome confusional agudo, fiebre, nauseas, vómitos y hasta precisar cirugía para su resolución. Las principales causas del estreñimiento son la inmovilidad, enfermedades agudas, deshidratación y dieta baja en fibra, por lo que la urgencia representa un lugar de riesgo elevado para que se produzca, si no se toman las medidas preventivas oportunas.

5. Delirium o síndrome confusional agudo: es una alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente. La alteración aparece en días o en horas y es de curso fluctuante. Podría ser erróneamente definida como una "*demencia aguda o transitoria*" debida a muy variados desencadenantes: infección o enfermedad aguda, toma de fármacos, deshidratación, retención de orina, o

cualquiera del resto de síndromes geriátricos, entre otras muchas causas. Para su diagnóstico es importante conocer el estado mental previo del paciente; la aparición brusca de un deterioro no existente anteriormente es indicativa del síndrome confusional agudo relacionado con una causa desencadenante, cuyo tratamiento adecuado permitirá la reversión del delirium. Existen síndromes confusionales *hiperactivos*, con agitación del paciente, gritos y agresividad verbal y/o física; y también *hipoactivos*, con ausencia de reacción ante estímulos y personas. Éstos últimos se pueden confundir con mayor frecuencia con demencias establecidas y condicionar errores en el tratamiento de las enfermedades de base, sobre todo en el sentido de restricción de actuaciones consideradas *"agresivas"*. El tratamiento principal es etiológico, sobre las causas que hayan podido producir el delirium; y conductual, intentando orientar al paciente, explicándole donde está, qué le ha pasado, quiénes somos los profesionales que le atendemos. Las restricciones físicas y farmacológicas (fármacos tranquilizantes), están contraindicadas en primera instancia, dada la posibilidad de que provoquen un empeoramiento del cuadro confusional, particularmente las ataduras.

6. Malnutrición: el aporte nutricional aumenta su importancia en situaciones de enfermedad, puesto que el organismo precisa más nutrientes de lo habitual. Particularmente es el caso de las personas mayores, muchas de los cuales llegan ya desnutridos a la urgencia. ¿Se le da la importancia que tiene la nutrición en este servicio hospitalario? ¿o se limita la actuación al tratamiento farmacológico? Los fármacos tienen la ventaja de que son más fáciles de administrar, en cambio la alimentación en la persona anciana agudamente enfermo, con frecuencia requiere un tiempo que con frecuencia no es fácil de encontrar. Una persona mayor atada, confusa y que apenas come el "*túrmix*" estándar, inicia o acentúa ya en la urgencia un ciclo de inmovilismo, desnutrición e hipercatabolismo con nefastas consecuencias a corto y medio plazo.

7. Alteración de la vista u oído: *si eres una persona mayor y debes acudir a urgencias por favor no olvides ni el audífono ni las gafas*. Este sería un consejo que cualquier profesional sanitario daría a un familiar anciano agudamente enfermo. Si este paciente no contesta a las preguntas que le hacen, lo más probable es que piensen que tiene algún grado de demencia, y si no ve bien, posiblemente nadie le explicará quién es, ni lo que sucede, ni le acompañará al baño si no puede ir solo. En la urgencia falta tiempo para estas cosas.

8. Iatrogenia: el paciente anciano es más vulnerable cuantos más fármacos consuma, los tenga prescritos o no. El problema de la polifarmacia es especialmente importante en los servicios de urgencias, donde acude la persona mayor por un problema agudo o por agudización de una enfermedad crónica y precisará la administración de nuevos fármacos, añadidos a los que presumiblemente ya venía tomando. En estas circunstancias, resulta vital evitar los fármacos que no estén absolutamente indicados: por ejemplo, en pacientes que están agitados, se debe buscar y tratar la causa de la agitación antes de prescribir un sedante, como ya se ha expuesto. O bien dar cambios posturales a un paciente anciano antes de tratar con analgésicos un dolor de cuello o espalda. Un gran número de fármacos contraindicados en las personas mayores pueden favorecer el síndrome confusional agudo, mareos, retención de orina, caídas y otras muchas complicaciones. Resulta necesario recordar aquí una vieja máxima de la Geriatría: *el fármaco cuya prescripción no está absolutamente indicada, está contraindicado.*

Mito 3: “Urgencias no es lugar para hacer una valoración geriátrica en condiciones y además no reporta beneficios”

¿Qué es la *Valoración Geriátrica Integral*? ¿Para qué sirve? ¿Es imprescindible? ¿Y si no se hace, qué pasa?

La Valoración Geriátrica Integral es un *proceso* asistencial que parte del estudio de la situación previa y actual del paciente en diversos dominios o ámbitos: en el clínico o médico (enfermedades o síntomas); funcional para conocer su grado de movilidad y capacidad para realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria; mental, en la que se interroga si hay déficit cognitivo o patología psiquiátrica; y social para conocer qué apoyo tiene la persona mayor.

Esto permite detectar y cuantificar los problemas, riesgos, necesidades y capacidades de la persona mayor en las cuatro esferas, para elaborar un plan de actuación a corto (indicado en las urgencias hospitalarias), medio y largo plazo. Servirá para poder decidir qué prevenir, qué pruebas solicitar, qué diagnóstico realizar, qué tratamiento (no sólo farmacológico) seguir, cuál será la evolución más probable y cuáles las posibles necesidades futuras. Los geriatras la utilizamos siempre. Se ha demostrado que es la única manera de que la persona anciana sea atendida de forma correcta.

Es imprescindible para la toma de cualquier decisión diagnóstica y terapéutica. Son numerosos los estudios que determinan la gran cantidad de fallos que se producen al no realizar esta valoración integral en las personas mayores. En la urgencia no se utiliza de forma habitual y ello conlleva numerosos errores.

El grado de minuciosidad al recoger los datos necesarios en la valoración integral variará en función del nivel asistencial donde se encuentre la persona anciana; por lo tanto, en función del tiempo de que disponga el equipo asistencial. Resulta obvio que en urgencias bastará con una idea aproximada de la situación funcional, mental y social del paciente, siendo en cambio la valoración clínica la que exigirá una mayor atención por parte de los profesionales.

Vamos a conocer un poco más en detalle cada uno de estos apartados:

FUNCIONAL: la valoración funcional se centra en conocer el grado de movilidad de la persona mayor, las actividades de la vida diaria que es capaz de realizar por sí solo, tanto básicas (deambulación, vestido, grado de incontinencia si existe, transferencias –levantarse / acostarse en la cama–, aseo, ducha, alimentación...), como instrumentales, si queremos afinar más (uso de dinero, teléfono, medios de transporte...).

En la práctica clínica es todavía demasiado frecuente que se decida operar o no a una persona mayor, ingresarla o no en la UCI, reanimarla tras un paro cardiaco o no, según su edad. Existe evidencia científica de que lo que determina que la evolución, el riesgo de complicaciones, la respuesta a un tratamiento o a cirugía, sea más o menos favorable, depende de la situación funcional previa del paciente y no de la edad. Es decir, va a responder mejor a cirugía una persona anciana de 90 años que sale todos los días a la calle y lleva una vida activa, que uno de 70 que precisa una silla de ruedas. Por tanto, es más importante preguntar a la persona mayor en urgencias el grado de movilidad que tiene, que su edad.

Muchos médicos de urgencias no preguntan cuál era la situación previa, sino que la deducen de forma errónea por cómo ha entrado el paciente por la puerta, en el mejor de los casos. Es decir, el que entra en camilla de ambulancia no camina, el que entra en silla de ruedas algo camina y el que entra andando está fenomenal. Esto puede ser tremendamente engañoso. Los geriatras hemos aprendido a desconfiar de la apariencia inicial del paciente. Alejandro Rodríguez Molinero demostró que los médicos no conocían la situación basal de sus pacientes en un estudio que realizó en distintos servicios de urgencias. Observó que los médicos, al no preguntar explícitamente por la situación basal del paciente, no valoraban de forma correcta el grado de *agresividad terapéutica* (realización de determinadas pruebas complementarias diagnóstico, terapéuticas, criterios de valoración quirúrgica, o derivación a unidades especiales como unidad coronaria o de cuidados intensivos). El concepto es evidente: es imprescindible preguntar por la situación funcional previa.

MENTAL: valora la situación cognitiva, emocional y la presencia de trastornos psiquiátricos. Cuando las personas mayores tienen alguna enfermedad aguda padecen con frecuencia el síndrome confusional agudo, antes comentado, como único síntoma, por lo que si no valoramos la situación mental previa, podemos pensar que es una persona con demencia a quien no le pasa nada más. Esto también puede suceder en pacientes con demencia y enfermedad aguda: el único síntoma de una nueva enfermedad puede ser el empeoramiento de su situación mental.

SOCIAL: se preguntará, entre otras cuestiones, con quién vive, si tiene hijos y qué grado de apoyo le dan. Si acude a algún centro de día, si recibe ayuda social o privada, si dispone de teleasistencia, si vive en residencia pública o privada, y desde hace cuánto tiempo. También identificaremos al cuidador principal y haremos un despistaje de posible sobrecarga de cuidados. El grado de apoyo social y familiar del paciente anciano determinará la viabilidad de seguir tratamientos complejos en domicilio. Si vive en una residencia las infecciones y enfermedades serán distintas de las que tiene una persona mayor que vive en su domicilio, por lo que antibióticos y medicamentos han de ser distintos.

CLÍNICA O MÉDICA: preguntamos con qué síntomas vive el paciente de forma habitual y cuáles son nuevos. Los más frecuentes y específicos de la persona anciana que acude a un servicio de urgencias son el dolor (artrosis, neuralgias...), los síntomas relacionados con la insuficiencia cardiaca o respiratoria, el *deterioro* inespecífico o bien funcional o mental, los mareos, pérdida de fuerza en algún miembro...

Los síntomas de las enfermedades en las personas mayores son distintos, con frecuencia más leves y se presentan de forma diferente, por lo que es importante conocer el más mínimo cambio. Una persona anciana con tan solo unas décimas de fiebre puede sufrir una infección ya muy extendida, una simple alteración de la marcha puede estar indicando un infarto cerebral, un insomnio puede ser manifestación de una infección de orina...

Mito 4: “No hace falta geriatría en urgencias, es un lugar de paso”

¿De paso? ¿Una situación crítica en la que puedes estar tres días si no más? De vez en cuando se ven pacientes que llevan una semana en la misma cama en urgencias y no hacen otra cosa sino acumular papeles en la mesilla de sus pies con la repetición de una frase –“sin cambios, misma actitud”– y “haloperidoles” (una especie de sedantes) en sus brazos... Los pacientes que permanecen mucho tiempo en urgencias se van asemejando más, día tras día, a un mueble, dejando de ser “interesantes” para todos. El de la cama de al lado es joven, guapo, simpático, con familia que no para de preguntar por él y tiene una enfermedad “poco frecuente”.

Existen distintos niveles asistenciales en función de las distintas necesidades, sanitarias y sociales, que plantean las personas mayores, según la fase evolutiva de la enfermedad y que garantizan el tipo y calidad de los cuidados necesarios en cada momento.

La clave para una asistencia geriátrica adecuada se encuentra en el grado de desarrollo, coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, sanitarios y sociales. Veamos con un poco más de detalle cada uno de ellos:

Niveles asistenciales sanitarios:

– Unidad de Agudos: son unidades de hospitalización de pacientes con patología aguda que cuentan con un equipo multidisciplinar, una valoración geriátrica integral con otros objetivos aparte de la resolución del proceso agudo como son: disminuir dependencia, polifarmacia, complicaciones, institucionalización, inmovilidad... y prevención de complicaciones asociadas al proceso agudo. Estas unidades reciben un grado de recomendación A. En estudios realizados con pacientes ancianos se objetivó que al alta existía una reducción significativa del deterioro funcional y de la institucionalización. En otros se objetivó una reducción de la mortalidad y de la estancia media. Un estudio pormenorizado de los costes demostró que la intervención no era más cara que los cuidados convencionales. Estudios posteriores confirmaron la eficacia de estas unidades que alcanzan sus máximas cotas cuando el personal está especializado en el manejo de personas mayores.

– Unidad de Media Estancia/Convalecencia: son unidades en las que el objetivo principal es una recuperación funcional perdida por un episodio clínico concreto. Los pacientes más frecuentes son los que han sufrido una fractura de cadera, un infarto cerebral (ictus) o un deterioro funcional tras un ingreso hospitalario. En algunos hospitales se han desarrollado unidades de recuperación funcional específicas para determinadas patologías, como son las Unidades de Ictus y las Unidades Ortogeriátricas donde el trabajo multidisciplinar incluye la participación de otros especialistas además de geriatras (neurólogos, traumatólogos, rehabilitadotes, etc.). Estas unidades también tiene un grado de recomendación A.

– Hospital de Día: proporciona tratamiento integral en régimen diurno a pacientes principalmente con deterioro funcional o cognitivo. Se fundamenta en la recuperación funcional, la valoración multidisciplinar y el manejo de los síndromes geriátricos. Grado de recomendación B.

– Equipos de Atención Geriátrica Domiciliaria: sirven de apoyo a los equipos de Atención Primaria para el manejo conjunto de pacientes pluripatológicos que no pueden acudir a consulta por su movilidad limitada. Se ocupan de establecer la coordinación entre la atención hospitalaria y extrahospitalaria, seguimiento de pacientes tras alta hospitalaria y contribuyen a establecer la continuidad de los cuidados. Grado de recomendación B para paciente paliativos.

– Equipos interconsultores hospitalarios que sirven de apoyo al manejo de pacientes complicados ingresados en unidades no geriátricas. Han demostrado muy buenos resultados para el manejo de complicaciones de cirugías de traumatología. (Grado de recomendación B en este caso).

– Unidad de neurogeriatría: estudio y seguimiento de pacientes principalmente con deterioro cognitivo.

– Consultas Externas: estudio y tratamiento de la patología clínica específica de la persona anciana y de los síndromes geriátricos. Las consultas externas agilizan enormemente al resto de las unidades asistenciales, permitiendo controles postalta y reduciendo la estancia media del resto de unidades. Además, los controles ambulatorios evitan una cantidad nada despreciable de reingresos y más en pacientes mayores en los que el seguimiento clínico y farmacológico debe hacerse de cerca e ir modificando según la evolución al mismo.

Por ejemplo, un paciente que tiene un infarto cerebral con una disminución de fuerza en un lado del cuerpo puede pasar por varias unidades geriátricas:

- Unidad de agudos en la fase aguda de la enfermedad.
- Unidad de Media Estancia posteriormente para tratamiento rehabilitador y de las áreas afectadas: depresión, disfagia, úlceras, recuperación de continencia e independencia de las actividades básicas de la vida diaria, prevención y tratamiento de complicaciones.
- Hospital de Día para continuar el tratamiento de recuperación funcional una vez dado de alta de UME e integrado en su domicilio.
- Consultas externas para seguimiento de sus problemas clínicos concretos.

Niveles asistenciales de atención a la persona anciana que dependen de los servicios sociales:

– Servicios Sociales comunitarios:

Ayuda social domiciliaria.

Centros de Día.

Servicio de Teleasistencia.

Otros con irregular nivel de desarrollo: Comidas a domicilio, lavanderías a domicilio.

– Servicios sociales institucionales:

Residencias oficiales de la Comunidad.

Estancias temporales en residencias.

Plazas concertadas (Comunidad/Residencias privadas).

El servicio de urgencias sería un lugar idóneo para decidir el plan de actuación con cada paciente, pudiendo reducir así la estancia media hospitalaria y la prevención de complicaciones.

Es difícil imaginar un lugar donde más falta haga una adecuada asistencia geriátrica que en urgencias. En las situaciones "límite" o "críticas", es donde más se necesita una actuación geriátrica en las personas mayores.

El hecho de que no haya geriatría en los servicios de urgencia priva a las personas ancianas del derecho a una atención especializada: como si los niños enfermos no dispusieran de pediatras en los hospitales.

Mito 5: "Con poner un geriatra en la urgencia sería suficiente"

Poner un geriatra en la urgencia es necesario si queremos ofrecer al paciente anciano la atención más adecuada: es decir si queremos ofrecer calidad asistencial. Desde luego, poner un geriatra en cada urgencia estaría muy bien. Pero sería muy insuficiente. La geriatría no es un médico aislado en el campo de batalla aunque es nuestro hábitat más frecuente. La geriatría es además de multiasistencial: multidisciplinar ¿Qué es esto de multidisciplinar? La persona mayor tiene múltiples frentes a los que prestar atención. Dicen que las cadenas se rompen por el eslabón más débil.

En geriatría ocurre lo mismo:

- Es necesario un médico con una amplia visión que realice un diagnóstico correcto y paute el tratamiento más adecuado para el paciente anciano, que no siempre sería el mismo que para un adulto.
- Un equipo de enfermería y auxiliares con una formación especializada que traten con detalle y mimo a la persona anciana, que realicen prevención y curas de úlceras si es preciso, que vigilen si existe disfagia (dificultad para tragar) o riesgo de atragantamiento, que tengan paciencia en la administración de medicación y alimentos, que fomenten la continencia y deambulación, etc.
- Unos celadores que presten especial cuidado en las transferencias de estos pacientes, vigilando los miembros patéticos, cambios posturales...
- Unas trabajadoras sociales que evalúen desde el principio al paciente y gestionen los recursos existentes de manera adecuada y eficiente para ofrecer al paciente y su familia lo que más necesiten en caso de precisarlo.

- Otros profesionales como terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas, siendo vitales en otros niveles asistenciales en geriatría, cobran menos importancia en este momento.

La suma de todos estos profesionales juntos es mayor que la suma de todos ellos por separado. Haciendo referencia a un eslogan conocido por todos podríamos decir eso de "Geriatría, la suma de todos".

Mito 6: "Los geriatras son conservadores, no sé que pintan en una urgencia"

Por desgracia, aún hoy en día, la geriatría es desconocida incluso entre nuestros colegas (otras especialidades médicas). Es una lucha día a día mostrar nuestra "otra manera de hacer las cosas". La visión más frecuente que se tiene del geriatra (de la geriatría en general), es que nos encargamos de los "abuelos abuelos", complicados, con demencia, en los que ya quedan pocas cosas por hacer, les damos un analgésico, un antidepresivo si se nos antoja, y poco más, al centro de día a jugar a las cartas.

La geriatría es muchísimo más que eso. Cada vez que algún compañero (la mayoría médicos) me comenta esa "visión conservadora" que creen que tenemos contesto lo mismo: no es que los geriatras seamos conservadores, si no que somos los que mejor sabemos cuándo hay que ser conservadores y cuándo no. Durante nuestra residencia rotamos por los servicios de cardiología, neurología y cuidados intensivos, aparte de un año mínimo en planta de agudos de geriatría. Al margen de eso, según el servicio donde se haga la residencia, realizamos guardias de puerta (urgencias), hasta la mitad según casos, de la totalidad durante los cuatro años de formación. Con esto quiero decir, que tras estos cuatro años saldremos geriatras versátiles para muchas y diferentes actividades: algunos nos dedicaremos a unidades de recuperación funcional, otros a unidades de agudos, otros se subespecializarán en psicogeriatría, llevando temas como la demencia y la depresión, un mundo aparte en sí mismo; otros podrán llevar unidades centradas en cuidados paliativos, larga estancia, residencias... y finalmente, otros acabaremos en urgencias.

Tenemos la suerte de salir preparados para poder llevar a cabo cualquiera de estas funciones, y de hecho, lo más normal es ir rotando entre ellas a lo largo de nuestra carrera profesional.

Hay dos términos que aunque ya se conocían, se han puesto de moda en los últimos tiempos. Estos son, por un lado el encarnizamiento y por otro el nihilismo terapéutico. El primero de ellos sería una realización de acciones médicas con el único fin de prolongar la vida y creando situaciones crueles para el paciente, es decir, no reportando beneficios y sí incomodidades a éste. El nihilismo es el otro extremo, serían situaciones en las que no se realizan actos médicos a pesar de que puedan reportar beneficios al paciente. Ante estas situaciones no existe un algoritmo, como pudiera existir en el tratamiento de una arritmia, ya que son situaciones únicas en cada caso. Para evitar caer en el encarnizamiento terapéutico, los clínicos que nos enfrentamos a estas situaciones realizamos lo que llamamos "limitación del

esfuerzo terapéutico", es decir, actuar pero sólo hasta que las consecuencias de nuestros actos dejen de beneficiar al paciente en su globalidad. El primer paso es realizar una exhaustiva evaluación del paciente en TODOS sus aspectos (por ejemplo, valoración geriátrica integral) para que las decisiones que se tomen inclinen la balanza hacia el platillo de los beneficios en lugar de hacia el de los inconvenientes. Quien no hace esta valoración del paciente, no está en condiciones de tomar la decisión más adecuada para cada caso. Para tomar decisiones hay que respetar los cuatro principios que sostiene la bioética: beneficiencia, no maleficiencia, autonomía y justicia.

Dicen que los médicos nunca dejamos de estudiar, y es cierto. Abarcar tantas posibilidades de trabajo y estar preparados para ellas en un periodo de formación menor (cuatro años frente a cinco) que varias de nuestras especialidades amigas hace que nunca dejemos de avanzar por un camino que no tiene fin: saberlo todo. Por eso nos encanta aprender de nuestros hermanos internistas, cardiólogos, neurólogos, médicos de familia... por poner tan sólo unos ejemplos, y a su vez, ayudarles en lo que podamos. Por fortuna, trabajar en equipo no nos coge de sorpresa.

Conclusiones: los geriatras no sólo estamos preparados para trabajar en una urgencia, sino que somos unos de los especialistas mejor formados para hacerlo dada la edad de población que acude a unas urgencias generales.

Mito 7: "Las personas mayores, frecuentemente, son abandonados en la urgencia"

No es cierto. Por desgracia, esta situación aparece, de forma excepcional, pero aparece. Aún así es muchísimo menos frecuente de lo que a veces nos quieren hacer creer los programas de "actualidad" de televisión.

La situación que tantas y tantas veces vemos en la urgencia no es otra que la claudicación familiar. Es decir, cuando los principales cuidadores se ven desbordados en el cuidado de su familiar y al no saber qué hacer, cómo hacerlo, por qué, o porque el sistema no les ofrece otras alternativas, les traen a urgencias. Muchas veces el paciente no presenta ninguna patología aguda en ese momento, sino que simplemente está en su situación basal, sólo que llegado un punto, la situación se hace insostenible en el domicilio. Normalmente por trastornos del comportamiento que inestabilizan la convivencia familiar, otras por aparición de complicaciones como úlceras por presión que los familiares se ven superados para sus curas, etc., y otras, simplemente por agotamiento.

Hay cuidadores principales que dedican su vida al cuidado de su padre, su madre... y apenas dejan tiempo de descanso para ellos. ¿Quién cuida al cuidador principal?

La claudicación que acaba en urgencias no es sino la punta del iceberg, una manifestación de fallo del sistema. Ayudas a domicilio sin presupuesto para aumentar sus servicios, ley de dependencia más usada como arma política que como ayudas reales a los pacientes y sus familias, centros de día sin plazas, residencias oficiales con listas de espera de más de un año, residencias privadas con precios inalcanzables para muchas de las familias...

Esto es nuestra historia de todos los días para los que nos dedicamos a esto de la geriatría. Por fortuna trabajamos codo con codo con trabajadoras sociales que se encargan de optimizar los recursos que haya para ofrecer la mejor salida a cada paciente.

Un servicio de geriatría en urgencias debería contar con la ayuda de una trabajadora social. Cuanto antes se identifique la fragilidad social y se pongan en marcha las gestiones y solicitudes de los recursos, antes se solucionará el problema, evitando complicaciones y reingresos.

3. POTENCIAL DE LA GERIATRÍA EN URGENCIAS

Una vez visto todo lo anterior creo que es obvio la importancia de disponer de atención geriátrica en todo servicio de urgencia. Teniendo en cuenta que el 68% de los hospitales españoles no tienen asistencia geriátrica... ¿Cuántas urgencias la tienen? En España, se cuentan con los dedos de la mano. Más frecuente es encontrar a un geriatra aislado que no encuentra trabajo en un servicio de geriatría como tal y que desempeña su función como "urgenciólogo".

Tenemos un largo camino para conseguir que en las urgencias podamos atender adecuadamente a las personas mayores, pero la idea ya existe y en algunos centros está empezando a ponerse en marcha.

El primer paso es contar con un servicio potente de geriatría en el hospital o en el área de influencia. Este servicio de geriatría deberá disponer como mínimo, de unas camas de agudos para ingresar a los pacientes que lo precisen. Si además se dispusiese de consultas externas y una parte del servicio dedicada a atención geriátrica a domicilio, sin duda se potenciarían, y de manera muy importante, el resto de unidades asistenciales. Con esta base, crear una *nueva unidad geriátrica en urgencias* no es un sueño, es una necesidad que exige la población (y el resto de profesionales, ya que estaríamos encantados de atender a pacientes que son algo "complejos" para nuestros compañeros). Nuestra valoración integral en el paciente anciano permite que seamos capaces desde el principio de planificar la atención asistencial más adecuada y completa para cada paciente y agilizar así la siempre atascada urgencia.

Pero las ventajas no se quedan en la propia urgencia. Una coordinación con el resto de unidades geriátricas, reportaría beneficios al hospital entero. Las unidades de agudos que reciban pacientes valorados por geriatras en la urgencia, sin duda tendrían gran parte del trabajo hecho, y con un enfoque adecuado desde el principio la estancia media se vería disminuida de forma importante. Un sistema de consultas externas agilizaría estas dos unidades previas. Muchos pacientes podrían ser dados de alta con modificaciones en su tratamiento y revisados a los pocos días en consultas. Si además se contase con un equipo de Asistencia Geriátrica a Domicilio (AGD), unidades de recuperación funcional (Unidad de Media Estancia, Hospital de Día), cerraríamos el ciclo y podríamos ofrecer a las personas mayores la asistencia que precisan.

Sabemos que son demasiados cambios, demasiados cambios de "chip", pero en los sitios en los que, al menos en parte, funciona este sistema las ventajas no dejan lugar a dudas. Es una

inversión inicial que al poco tiempo no dará más que resultados favorables para todos, tanto para los pacientes, como para los gerentes. Por suerte, a día de hoy, ya no hace falta demostrar esto, ya está demostrado.

En otros países en los que la geriatría lleva más años de desarrollo, las autoridades sanitarias lo tienen claro. Los hospitales terciarios estás dotados de amplias unidades de agudos para absorber a todos los pacientes ancianos candidatos que ingresen desde urgencias. Estos servicios están además, perfectamente coordinados con centros dotados de unidades de recuperación funcional, unidades habilitadas para pacientes con trastornos del comportamiento, acceso a unidades geriátricas para el estudio de demencia, Enfermedad de Parkinson... lugares con auténtica mentalidad multidisciplinar, médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas... todos cuidan con celo a los pacientes con un objetivo en común: ofrecerle la mejor atención posible y exprimir las posibilidades de recuperación que tenga.

CONCLUSIONES

1) La persona anciana es *diferente,* especial, requiere una atención y un estudio individualizado, y un tratamiento específico, que si no se realizan de forma correcta, aparecen innumerables complicaciones secundarias a una mala actuación y no a la edad, como se le echa la culpa siempre: ha fallecido porque tenía 90 años o porque era muy mayor, ¡no! La edad no es causa de ninguna enfermedad ni de muerte.

2) La geriatría es un derecho y no un privilegio que debería tener el paciente geriátrico, incluido en urgencias, puesto que al ser una situación decisiva para el paciente es muy importante contar con un geriatra y su equipo. Al no tener todos los hospitales un servicio de geriatría implantado (68% sin geriatría), limita el potencial de una unidad de geriatría en la urgencia en donde ambas se benefician mutuamente.

3) Por desgracia, en España todavía estamos en una época en la que hay que intentar convencer a las autoridades y a nuestros compañeros de la eficacia y necesidad (económica, calidad, social...) de la geriatría a pesar de la amplia evidencia científica existente. ¿No es discriminatorio que al joven/adulto con un infarto de corazón le vea un cardiólogo, al que tiene un infarto cerebral le vea un neurólogo, al que tiene algo en los ojos le vea un oftalmólogo, y a la persona mayor no le vea un especialista? Sobretodo cuando se ha demostrado ya en innumerables ocasiones que las cosas no se hacen bien cuando no estamos.

4) La geriatría es una especialidad multidisciplinar y multiasistencial (varios especialistas en varias unidades forman una red de atención integral a la persona anciana para cubrir todas sus necesidades). Las ventajas, menos errores de diagnóstico, en el tratamiento y prevención más eficaz de las complicaciones.

5) Es necesario humanizar un servicio de urgencias para que no sea un paso tan traumático para el paciente. Todos los que trabajamos con gente mayor sabemos lo horrible que es

su paso por la urgencia, son pocos los que no lo recuerdan como algo traumático. Con frecuencia se ven casos en consulta de gente que llega con un infarto cerebral o una patología muy severa que han preferido esperar 3 semanas a la cita antes que acudir al servicio de urgencias. La causa de esto es la fuerte deshumanización de las urgencias. Por el hecho de ser una persona anciana, se priva a estos pacientes en muchas ocasiones de sus derechos más fundamentales de intimidad y autonomía. No es extraño que no quieran ir, en palabras textuales de muchos pacientes que hemos conocido, "prefieren morir que volver a ese infierno". Por algo será. Cambiarían tanto las cosas si simplemente, dispusiésemos algún minuto más para hablar con ellos...

6) En una sociedad envejecida no es la persona mayor quién debe adaptarse al sistema sanitario sino que es ésta, quien debe hacerlo a la persona anciana. Recordemos que el 40% de las estancias hospitalarias corresponden a pacientes ancianos.

7) La persona mayor es nuestro principal interés y el objetivo número uno. Y además, lo más importante, nos apasiona trabajar con personas ancianas.

Bibliografía/lectura recomendada

Fernández F., M. y Solano, J. J.: *Niveles asistenciales en Geriatría*, págs. 83-89. Tratado de Geriatría para Residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Baztán, J. J.; Suárez, F. y García, F. J.: Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. SEMEG.

Rodríguez-Molinero, A. *et al.* (2006): "Functional assessment of older patients in the emergency department: comparison between standard instruments, medical records and physicians' perceptions". *BMC Geriatrics*, 6:13 doi:10.1186/1471-2318-6-13.

Bermejo, C. y Rodríguez, J. *et al.* (2006): "Specific Functional and Cognitive Scales of Emergency Room Compared to Traditional Geriatric Scales". *Annual Scientific Meeting Abstract Book*. Journal of American Geriatrics Society. Volume 54. Number 4. April, 73-74.

Baum, S. A. y Rubenstein, L. Z. (1987): Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 35:398-404.

Gómez Pavón, J.: "Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales Españoles: periodo 2003-2005". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 2006;41(1): 77-80.

O'Neill, D. (2002): "Retos, oportunidades y función de la existencia sanitaria especializada en personas mayores". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 37(6): 342-346.

Aminzadeh, F. y Dalziel, W. B. (2002): "Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions". *Ann Emerg. Med.*, 39:238-247.

Duaso, E. *et al.* (2005): "Valoración geriátrica en un servicio general de urgencias hospitalarias". Original Rev. Mult. Gerontol. 15(1):40-49.

9

Mitos en torno al final de la vida

Por Dr. Humberto Kessel Sardiñas
Especialista en Geriatría
Dr. Nicasio Marín Gámez
Especialista en Medicina Interna
Hospital Torrecárdenas SSPA Almería

A MODO DE INTRODUCCIÓN

Si existen algunos temas sobre los que se han vertido ríos de tinta, tanto en la literatura médica como en la prensa escrita, son los que tienen que ver con el final de la vida. Son discusiones en el que todo el mundo da su opinión, debate, y a veces enjuicia. Para colmo, el concepto de que la vida casi puede convertirse en infinita a la luz de los avances de la tecnología médica, provoca que en mayor o menor grado siempre esté implicado el personal sanitario en cada uno de los comentarios.

Por si no existían ya bastantes mitos alrededor de la muerte, la mayoría intrínseca y ancestralmente arraigados en nuestra cultura, ahora la cuestión se complica bastante más con la introducción de nuevos conceptos, nuevos enfoques de planteamientos filosóficos y sociales, una nueva dinámica familiar y social, la diferente distribución de las pirámides poblacionales, y la sempiterna presencia de los medios de comunicación creando estados de opinión desde posiciones muchas veces sensacionalistas, y alejadas del meollo del problema, lo que no permite llegar a conclusiones contundentes.

La muerte siempre ha sido la misma (y siempre lo será), pero los actores han cambiado en los últimos tiempos, y eso modifica sus connotaciones. Alrededor del que va a morir, protagonista indiscutible del hecho, se sitúan familiares cercanos, lejanos y personas que sin ser familiares directos también pueden poseer influencia en las decisiones y conductas, como es el caso de las parejas de hecho, o los amigos cercanos a un anciano institucionalizado. Alrededor de este primer círculo está el personal sanitario, indisolublemente ligado a las acciones del final de la vida. Pero también han ido ocupando su lugar como actores las aseguradoras, los servicios sanitarios, y los abogados, algunos con bastante protagonismo sobre todo de cara a la familia. Los Bancos y los servicios religiosos también han encontrado su sitio en estos momentos difíciles para el que va a morir. Y como es de suponer, mirando sin perder detalle, siempre estará fiscalizando la Hacienda Pública, dispuesta a pasar la correspondiente factura. Como se aprecia, los actores han cambiado. Y mucho.

Intentaremos a continuación analizar algunos de los mitos alrededor del final de la vida, aportando una interpretación lo más cercana posible a la realidad científica, tratando en el menor grado posible, de interferir con las opiniones personales del que suscribe.

LA MUERTE VISTA DESDE LA SOCIEDAD

Y me parece importante especificar lo de “no interferir con opiniones personales”, porque la visión de la muerte varía bastante con cada persona, y no es intención de este capítulo enfrentar posturas, ni generar polémicas, pero hay que tener muy claro que el fenómeno de lo que sucede al final de la vida es un hecho profundamente personal, irrepetible e intransferible, con trascendencia social, en el que participan diferentes actores, y que muchas veces se emiten juicios de valor sobre tal o cual asunto, cuando el verdadero protagonista ya no puede dar su opinión. Y entonces empiezan a aflorar los mitos.

Otra consideración es que la muerte puede tener diferentes contextos y por tanto, diferentes interpretaciones por parte de la sociedad. Cuando se produce un desastre natural o un accidente, la muerte se ve de una manera, y cuando un anciano está en el hospital o en una residencia atravesando el final de sus días, la interpretación y las repercusiones son diferentes. Y aún más, dentro de cada uno de estos escenarios cada persona atravesará la misma experiencia de diferente manera. Lo malo es que no pueden contárnosla después de vivirla.

A nuestra cultura no le gusta la muerte ni creo que a alguien le guste morir. Esto es una verdad. El uso de eufemismos con tintes técnicos como "calidad de muerte", "atención al final de la vida", etc., intentan poner otra cara a *la parca*, siempre representada como una figura negra, sin cara y guadaña en ristre. Cuando hablamos de la muerte la tratamos como un hecho que le puede suceder a los demás, pero no a nosotros (aunque esta connotación es vista de otra manera por los ancianos), y se asocian la niñez, la juventud y la adultez, con vida y no con muerte. Si bien es cierto que la población más joven se muere menos, no cabe duda de que la muerte es la más fiel compañera de la vida en todo momento. Y es que la única verdad absoluta es que si nacemos, moriremos, y este dogma implica una serie de consideraciones necesarias sobre qué va a pasar en esos momentos, sobre todo con los que nos rodean, nuestras cosas pendientes, y con el propio escenario del final donde seremos los protagonistas.

Esta "tanatofobia social" puede estar influenciada por muchos factores que dependen de la persona que va a morir, de sus familiares, de los profesionales sanitarios, y de la sociedad en que vivimos. La persona teme a la muerte, a la incertidumbre, al dolor, a la soledad, a la pérdida de la conciencia y la autonomía, a la instrumentalización hospitalaria, a la asfixia y a la ansiedad. Los familiares temen al sufrimiento del ser querido, al dolor emocional, a la pérdida, a la culpa. A los sanitarios no nos gusta esta enemiga, y seguimos pensando que fallamos cuando no podemos mantener vivos a nuestros pacientes. En ocasiones tememos a la responsabilidad, a la posibilidad de problemas legales, al manejo de la información, al uso de determinados fármacos que muchas veces empleamos poco y con poca eficacia, y a nuestro propio desconocimiento del proceso de morir. La sociedad tiene una imagen aferrada a la "eterna juventud"; sus valores se fundamentan quizá demasiado en conceptos materiales, considerando que en última instancia, los avances tecnológicos en medicina "no pueden fallar". Si tenemos en cuenta estos factores y muchos más que confluyen alrededor de la muerte, y los analizamos desde diferentes concepciones filosóficas, se entiende que la controversia esté servida.

En resumen, que todos vamos a morir algún día, que la vida no es eterna, y que hay que intentar tener el camino lo más despejado posible cuando llegue el momento.

EL TEMPO DEL TIEMPO

Seguramente nos ha pasado a más de uno que cuando quedan un par de días para que terminen las vacaciones, nos parece que se nos han quedado por hacer todas las cosas que pensábamos realizar al principio. Algo similar puede pasar cuando la muerte se avecina, y

eso afecta tanto a los que van a morir como a los familiares y seres queridos que están a su lado. O sea, que el tiempo, esa categoría invariable medida arbitrariamente por el hombre para establecer los ciclos vitales y el desarrollo de las cosas, cambia su percepción cuando simplemente se nos está acabando; parece como si hubiera ido demasiado rápido, pero más aún al final, y que no nos da tiempo para resolver todo lo que queda pendiente y no hicimos en su momento.

Los más ancianos, provenientes de otra generación, han tenido siempre presente que esta especie de "planificación del final" se prepare en las mejores condiciones y con la suficiente antelación, haciendo falso el refrán aquél de... "no tiene ni donde caerse muerto". Y para eso se han tomado su tiempo. Es raro el anciano que no tenga planificado y al día su "seguro de los muertos" como suelen llamarlo, disponga bastante antes de morir o siquiera enfermar el nicho que va a ocupar, qué familiar a familiares tendrá cerca, si se orienta al sur o al norte, y hasta en algún caso que he personalmente conocido, qué tipo de respiradero debe tener el mismo. La calidad del ataúd, su revestimiento, o en caso de incineración, donde reposarán las cenizas, son otros factores que no se les escapan, y que son planificados con una previsión de años, aún cuando supuestamente la muerte no está tan cercana. También encuentra lugar en los planes la herencia, que por supuesto tiene que ser equitativamente distribuida. Luego cuando llega la muerte, es vivida con otro *tempo*.

Por supuesto que dentro de esta consideración hay que tener presente que cuando una persona padece una enfermedad crónica que mantenga su capacidad mental, como por ejemplo una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, las largas horas inmovilizado delante de una bombona de oxígeno suplementario dan para pensar y planificar muchas cosas. Sin embargo, si padecemos una demencia que nos incapacita, ya no pensaremos en lo mismo aunque pasemos mucho tiempo sin otra cosa que hacer que vivir en "nuestro mundo". El tipo de patología que condiciona el final de la vida también permite establecer los *tempos* del tiempo.

Nuestra generación se preocupa de otras cosas bien distintas, y se aferra a la vida como valor supremo. En el mejor de los casos nos preparamos un plan de pensiones, sujeto por supuesto a sustos y vaivenes, cambiamos de casa, resolvemos múltiples préstamos bancarios, planificamos las vacaciones un par de meses antes de las mismas, adquirimos lo último en tecnología, y vamos viviendo cada día como tal, viendo el final como un hecho lejano o ni siquiera pensando en ello. Algunos firmamos documentos de donaciones de órganos, cosa que por otra parte tiene una profunda connotación social y solidaria, y los menos, preparan un documento de testamento vital, a veces, sin haber arreglado siquiera el reciente divorcio o quién pagará la hipoteca en caso de que no estemos. Vivimos la vida o intentamos hacerlo lo mejor posible. Pero tal vez no tenemos presente que la muerte forma parte de la vida misma, y es entonces, al final, cuando nos invaden las preocupaciones, el desasosiego.

Este agobio del final también ayuda a generar mitos.

EL MITO DE LA "CALIDAD DE MUERTE"

¿Qué es tener una muerte con calidad? Mucho podríamos especular sobre este concepto, partiendo de la base de que en sí mismo y como dice el fulminante jaiku japonés, "Los poemas a la muerte son un engaño: la muerte es la muerte"; y en este contexto hablar de calidad establece muchos matices. "La buena muerte es la muerte sin dolor"; "Solo me interesa que no sufra"; "Que se tengan en cuenta sus preferencias", son opiniones con las que nos encontramos a diario, e intentan definir este concepto de calidad para un hecho dramático. Las cosas no son tan sencillas y se impone un análisis de algunos conceptos y consideraciones.

Aunque parezca que pueden entrar en conflicto, los dominios de calidad de cuidados al final de la vida, calidad de vida al final de la vida, y calidad de muerte pueden teóricamente distinguirse en la clínica. Al hablar de *calidad de vida al final de la vida* enfatizamos la experiencia de una vida satisfactoria cuando nos enfrentamos a una enfermedad en fase terminal. Nos referimos a la situación funcional o el mantenimiento de las necesidades esenciales para vivir aún, cuando la persona está cerca de la muerte, con especial énfasis en que pueden o no ser reconocidas por el paciente, sus familiares o cuidadores. La *calidad de cuidados al final de la vida* se dirige al cuidado y la satisfacción con el mismo por parte del paciente. *Calidad de muerte* constituye un dominio específico, que se define como la evaluación personal de la experiencia de la muerte como un todo, incluyendo la evaluación subjetiva de las expectativas y valores del paciente, así como el momento de morir.

El problema de estos sofisticados y expertos conceptos que dirigen a veces el abordaje y las decisiones que aplicamos con los enfermos, es que los mismos pueden no corresponderse o ser identificados de igual manera por todas las personas.

Para empezar, el lugar de la muerte también determina la calidad de la misma, aunque quizá no sea por el sitio en sí, sino por el tipo de cuidados que se brinda en cada uno de ellos.

La mayoría de las muertes suceden en el hospital y como resultado de patologías. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, las muertes violentas se sitúan en el decimocuarto lugar dentro de todas las sucedidas en nuestro país. Un estudio canadiense que utilizó bases de datos de la región de Québec, encontró una frecuencia de muertes en domicilio del 6,9%, mientras que el 69,6% de las mismas se sucedían en camas de agudos de los hospitales. El 16 % de los fallecimientos ocurría en Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). Incluso aunque la mayoría de la personas en diferentes estudios manifiesten que quisieran morir en su casa, por muchas razones siguen muriendo en los hospitales.

Parece claro que las muertes de pacientes en fase terminal en las UCP, tienen más calidad que las que se producen en salas de hospitalización de agudos. Estudios como el SUPPORT, el HELP, o en nuestro medio "56 muertes", han documentado que muchos pacientes fallecen en los centros hospitalarios con una muerte dolorosa, un alto grado de sufrimiento y recibiendo una terapia cara, muchas veces no deseada y poco eficaz.

En nuestra serie de 56 muertes hospitalarias consecutivas, el 70% de los pacientes agonizaban sin ayuda médica suficiente: un 30% sin analgesia o sedación de ningún tipo, y un 40%

con analgesia/sedación, pero limitadas, no centradas en "el paciente", y manifiestamente mejorables. Salvo una rara excepción, todos soportaron un grado variable de instrumentación invasiva a menudo prescindible. El soporte tecnológico invasivo continuado, pese a la ausencia de expectativas vitales, contrastó con el minimalismo analgésico o sedativo. Aunque la muerte era previsible en todos los casos, solo se documentó orden de "no reanimar" en, aproximadamente, la mitad (51,7%). El personal de Enfermería estaba avisado de la muerte esperable en 29 casos, pero no en el resto (48,3%), de ahí que se hubieran realizado tres reanimaciones cardiopulmonares, ciertamente prescindibles por intempestivas e inútiles.

El pacto "bienintencionado" de silencio fue la práctica habitual: cuatro pacientes eran conscientes de su final, y retuvieron su autonomía y dignidad. Con ellos la muerte fue "más dolorosa" desde el punto de vista médico, pero –tal vez– murieron menos angustiados. Esta negación del hecho de la muerte no por habitual deja de ser dramática. Los familiares cercanos conocían el final en el 57,1%, pero el resto (42,9%) no habían sido informados de la muerte, y ello exigió "un esfuerzo agudo" en aclaración de los hechos, explicación de los acontecimientos, o discusión de las preferencias, a menudo por médicos ajenos al paciente y en un marco francamente angustioso.

Si esto es así, parece que el hospital no es un sitio idóneo para ofrecer la calidad que estamos esperando al final de nuestros días.

Las muertes razonablemente libres de disconfort, (entendiéndose incluidos el dolor y la disnea), de acuerdo con los deseos y preferencias del paciente, dentro de unas líneas profesional y éticamente aceptadas, y en el contexto de las creencias y tradiciones culturales de cada uno, pueden considerarse "muertes de calidad". Por lo que la práctica traduce, parece más fácil saber qué no queremos para nosotros a la hora de morir, que lo que queremos para tener una "buena muerte". Y esto es lógico. Cada ser humano posee un amplísimo campo de intereses que se ponen en juego, más cuando la vida va a terminar, y esto permite tener claro qué no se quiere para el final. Por supuesto que la muerte siempre es la muerte, pero lo que deseamos para ese momento, muchas veces está en manos de otros que pueden proveerlo o no. Esto la mayoría de las veces es tarea de los sanitarios que por lo general sabemos mucho de por qué mueren las personas, pero muy poco o nada de cómo mueren las personas; y es que los médicos también estamos influenciados por este rechazo a la muerte, aún por encima de nuestra profesionalidad.

Considerar las preferencias de los pacientes debe ser un elemento fundamental para aportar "calidad de muerte", pero muchas veces, proyectamos nuestras preferencias a la hora de atender enfermos en situación terminal y de tomar decisiones, pensando que son las más justas, o las que los pacientes nos demandarían, pero esto no está tan claro. En mi opinión, por una razón obviamente inherente a nuestro trabajo y por mucho que no lo deseemos, los médicos ofrecemos una visión fundamentalmente biotécnica de los intereses del paciente que va a morir.

Existen algunos estudios (no muchos) que investigan lo que para cada cual es importante. El grupo de Karen Steinhauser llevó a cabo una encuesta en la que se investigaba cuáles, de entre 44 atributos, eran importantes para conseguir una "buena muerte", según el criterio

de pacientes gravemente enfermos, familiares, médicos, y otros cuidadores. Los resultados son sorprendentes.

Todos los participantes ubicaron el morir sin dolor como lo más importante, y el morir en casa como lo menos importante. Más del 70% de los encuestados en cada grupo consideró importantes 26 ítem, entre los que se encontraban la preparación para la muerte, conseguir un acuerdo en las actuaciones, las decisiones sobre las preferencias terapéuticas, y el ser tratado como un ser humano. Sin embargo, 8 ítem fueron significativamente considerados muy importantes por los pacientes y no así por los médicos, y estos incluían estar mentalmente consciente, tener preparado el funeral, no ser una carga, o estar en paz con Dios. Del "ranking" global, tener las finanzas en orden fue ubicado en el número 6 por los pacientes, y en el 8 por los médicos, mientras que sentir que la vida tuvo un significado, fue ubicado en el cuarto puesto por los médicos y en el séptimo por los pacientes. Aunque este estudio traduce preferencias concordantes con la cultura norteamericana, sus resultados deben tenerse en consideración.

Aunque la muerte sea una experiencia íntima y personal, cuando se sucede en un contexto donde coinciden: el sufrimiento expresado como síntoma insoportable para el individuo (dolor, disnea, ansiedad, hemorragias, mioclonías, vómitos, astenia...), la incertidumbre, entendida como el desconocimiento de lo que sucede, va a suceder, y se hará con la persona, o la pérdida del control sobre las decisiones, la soledad, referida no sólo a la falta de familiares y personas de confianza, sino a la ausencia de un punto de referencia profesional, o que éste se mantenga distante, la angustia entendida como sufrimiento psicológico, y el que no se "salden cuentas" espirituales, familiares, personales o económicas, la indignidad humana, violando el respeto y el decoro, y por último la agonía, prolongada a través de la instrumentalización médica, hablamos de una mala muerte. Alivio y confort han sido las solicitudes de los moribundos, pero estos conceptos deben incluir no sólo consideraciones biomédicas, sino personales y espirituales para que podamos hablar de una muerte con calidad. Y aunque existen diferentes escalas para evaluar síntomas en el moribundo, los médicos finalistas sabemos si la muerte está sucediendo con calidad o no, tan sólo mirando la cara del paciente que está muriendo.

Por último un apunte sobre el lugar de la muerte. A pesar de lo que hemos comentado anteriormente, algunos colectivos consideran que la muerte en el domicilio, "como ha pasado toda la vida" es la más confortable. Como hemos dicho, esto no concuerda con la realidad cotidiana, ni a la luz de la encuesta de Steinhauser, con las preferencias de los pacientes, que al menos no lo consideran tan importante. No sería justo a mi modo de ver, comparar la forma de morir de hace 100 años, ni los cuidados que se podían aportar en esos tiempos, con las posibilidades existentes en el momento actual siempre que se utilicen con cordura, sensatez, y sentido común. Tal vez al enfermo le de igual morir en cualquier sitio donde, eso sí, esté con quien le apetece, sea atendido como él quiere, con la dignidad que él estime, con el grado de control de síntomas que él considere, y con la tranquilidad y el sosiego que crea necesario. En mi opinión, esto habría que investigarlo.

En fin, parece más fácil definir qué es una mala muerte, que qué es una buena muerte y esto no sólo hace referencia al control del dolor o la categorización conceptual. Hablar de cali-

dad de muerte incluye hablar de las preferencias previas del paciente (y esto precisa ofrecerle una información clara y veraz de lo que va a sucederle), o sea, establecer un plan de preparación para la muerte que lógicamente, debe tener en cuenta a los familiares o personas queridas por el enfermo, y al personal que va a atender al moribundo.

MITOS SOBRE EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

"¿Qué mi padre tiene un cáncer? no se lo diga Usted"; "No quiero que mi madre se entere que padece una Enfermedad de Alzheimer"; "Seguro que si sabe que tiene un cáncer se suicida". Con toda seguridad estas frases y muchas más muy similares se escuchan en ambientes sanitarios, después de que tras múltiples pruebas analíticas y/o de imagen, y de emplear un tiempo más o menos considerable, se llega a un diagnóstico definitivo sobre la dolencia de un enfermo. Y todas estas expresiones excluyen sistemáticamente y salvo honrosas excepciones, los deseos de los pacientes.

La ocultación o camuflaje de la información constituye una de los mitos más arraigados en nuestra cultura, y forma parte de ese proteccionismo paternalista, de ese secretismo que nos distingue en relación con los anglosajones por citar un ejemplo. Y lo más destacable es que incluye en muchas ocasiones al propio personal sanitario, que se erige en "cómplice" de este secretismo "bienintencionado".

Pero ¿en realidad es eso lo que quieren los pacientes?

La primera cuestión a considerar es que los pacientes pueden estar enfermos, pero a todas luces, no son ciegos, ni ajenos a lo que les rodea. Una persona con un dolor torácico de cierta evolución que se hace resistente a diferentes analgésicos, que se fatiga con dar un paso, que a veces escupe sangre o tiene heces negras, que ha perdido seis kilos de peso en un mes, que no tiene apetito ni fuerzas para levantarse de la cama, y que ha peregrinado por diferentes consultas, escáneres, punciones pleurales, broncoscopias, y alguna interconsulta al Oncólogo, posiblemente no sepa que tiene un cáncer del pulmón, pero sabe, seguro, que nada bueno está padeciendo. Esto puede ser más crítico cuando se acerca el momento de la muerte: todo el mundo sabe que se está muriendo cuando se está muriendo. Luego lo del secretismo suele ser absolutamente innecesario e injusto.

Por supuesto que suele haber excepciones, por lo que habría que ver qué quieren los pacientes.

Un estudio realizado por nuestro equipo sobre 203 ancianos portadores de enfermedad crónica o con enfermedad cancerosa terminal confirmada, que acudían a consulta externa de Geriatría y Paliativos, preguntó a los mismos si les gustaría recibir la información en el caso de que padecieran una enfermedad que pudiera terminar con su vida en los próximos seis meses. Asimismo preguntamos cuántos estaban informados por su familia o por su médico sobre la patología que padecían en la actualidad (concordara o no con la realidad). Los resultados fueron evidentes: del total de pacientes con patología el 73,4% desearían ser informados en primera persona sobre su dolencia aún considerando que la muerte podría llegar en los próximos seis meses. En el caso de los pacientes cancerosos terminales este porcen-

taje subió hasta el 76,9%. Sólo habían sido informados por su médico sobre su situación patológica, el 46,1% del total de pacientes, y el 34,6% de los oncológicos, y tan solo el 23% de todos los grupos habían recibido alguna información de sus familiares. En el mismo estudio preguntamos a los encuestados si les gustaría que se prolongara su vida de forma artificial, empleando recursos tecnológicos, sabiendo que podrían encontrarse en situación de irreversibilidad, y el 75% de los mismos rechazó el que se aplicaran medidas de soporte vital llegada esta situación.

El manejo de la información en pacientes con patologías sin posibilidad de curación, y que conduzcan a la muerte o la incapacidad en determinado periodo más o menos largo de tiempo, debe ser individualizada y contextualizada teniendo en cuenta múltiples factores como el entorno familiar, la situación socio-educacional, la personalidad del enfermo, el grado de empatía entre médico y paciente, etc., pero nunca anteponiendo nuestros criterios o los de la familia al derecho de los mismos a la información. Y un aspecto muy importante. Brindar la información de lo que padece a un enfermo no se debe limitar a "dar la noticia y ya está", sino a llevar a cabo un trabajo planificado, escalonado, y de equipo, que incluya la familia, y con medidas específicas para conducir la angustia, la incertidumbre, lo que el enfermo quiera saber en cada momento, y el final de los días, hacia un destino más confortable.

EL MITO DE LAS "TANASIAS"

Si nos adentramos en el mundo de las "tanasias" posiblemente salgamos con muy pocas ideas claras. Los conceptos sobre las actuaciones activas o pasivas que buscan terminar con la vida, se mezclan con los que buscan aliviar el sufrimiento, la agonía y los síntomas de la muerte, y esos, con conceptos jurídicos, posiciones filosóficas, medios de comunicación, y hasta, tal vez, algún político avispado. Este cóctel no puede ser bueno por definición, ni nos lleva a resolver ningún problema, todo lo contrario, genera contradicciones y callejones sin salida. Luego habría que considerar las cuestiones derivadas de cada una de las actuaciones, y no nos quedaría más remedio que entrar en un sinfín de consecuencias, bondades, virtudes, detracciones... toda una infinita tela de araña.

Intentemos analizar cada elemento desde lo más sencillo a lo más complejo, para ver si hablando el mismo idioma nos ponemos un poco más de acuerdo. Aunque hay que reconocer que el tema es posiblemente el más peliagudo con diferencia dentro de los concernientes al final de la vida. Y el que más mitos genera.

Si vamos a la etimología de la palabra *eutanasia*, ésta hace referencia literal a la "buena muerte", una muerte dulce y tranquila alejada de la agonía, el sufrimiento y la desesperanza. Pero resulta que éste término, no muy entendido por la opinión pública, los medios de comunicación y algunos políticos y profesionales sanitarios, es utilizado para identificar una conducta intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que padece una enfermedad terminal o irreversible, para directamente acabar con la vida de una persona.

Se distinguen dos posibilidades: eutanasia activa y eutanasia pasiva, refiriéndose a la acción positiva que provoca la muerte del paciente, o a la de dejar morir por omisión de cuidados o tratamientos. Si las medidas poseen el consentimiento del enfermo se habla de eutanasia voluntaria, y de involuntaria cuando no se cuenta con esa aprobación.

Pero hay más "tanasias". La omisión de cuidados médicos que prolongarían artificialmente la vida define la *ortotanasia*; la *distanasia* identifica la práctica que mantiene artificialmente la vida con técnicas y equipos de soporte vital sin las cuales ésta sería inviable, y la *adistanasia* haría referencia a la desconexión de los mismos.

Hay otros tres conceptos que sí considero fundamentales. El *encarnizamiento terapéutico* define aquellas prácticas diagnósticas o terapéuticas obstinadas, que no benefician realmente al enfermo y le provocan un sufrimiento innecesario, nada rentable para su pronóstico. El término *futilidad* se refiere a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que si bien han demostrado utilidad en determinada patología, no son útiles para determinado paciente. Y por último hablamos de *sedación terminal* cuando se induce el sueño de un paciente moribundo para que no sienta determinados síntomas de agonía y disconfort en los últimos momentos.

Como puede apreciarse esta compleja trama terminológica puede prestarse a interpretaciones a veces contradictorias o erróneas, y generar mitos que al final desvirtúen el objetivo principal o inicial de las acciones que generaron estas nomenclaturas. Por ejemplo, la distinción entre eutanasia activa y pasiva ha sido considerada por algunos un concepto fallido, al ser en sí mismas contradictorias y carentes de relevancia desde el análisis ético, al mantenerse en ambas la intención y el resultado.

Pero aún queda más.

El debate se inició en los Estados Unidos con los casos de Quinlan, Cruzan y Bland. En el año 1997, y tras algunos recursos judiciales y dos referendums, el estado norteamericano de Oregón puso en marcha la llamada "Acta para la Muerte con Dignidad" o "Iniciativa Oregón", que incluía el suicidio asistido como una opción para los pacientes terminales que así lo decidieran. El reflejo llegó a Europa y se implementó una ley de eutanasia y suicidio asistido en los Países Bajos. Por último, los estados del norte de Australia aprobaron una ley muy similar.

La controversia continuó con la publicación en el *New England Journal of Medicine* en febrero del 2000, de cuatro artículos singulares en un mismo número: un informe especial con el análisis de los resultados del segundo año de la puesta en marcha de la iniciativa Oregón, las experiencias de los médicos en el manejo de los pacientes que se suman a esta iniciativa, el análisis de los problemas clínicos de la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido en los Países Bajos, y un reflexivo análisis del Dr. Sherwin B. Nuland, en forma de editorial, que no solamente contrasta los puntos de vista de los precedentes, sino que nos abre los ojos hacia el futuro. No fue casual que en el mismo número del *Journal*, aparecieran cuatro artículos juntos tratando este tema, ni que el Dr. Nuland lo catalogara como "de debate nacional".

El análisis de estas experiencias merece algunos comentarios. Por supuesto, el suicidio asistido puede ser elegido en estos países como opción solamente por pacientes mentalmente competentes, con enfermedad en situación terminal, y que sean físicamente capaces de ingerir medicación con independencia. En el caso de Oregón, y por el contrario de lo que vaticinaban los detractores de esta iniciativa, las muertes por esta vía constituyeron menos del 0,1% por año. Adoptar esta decisión en estos pacientes, obedeció a la pérdida de autonomía, pérdida de control sobre sus funciones corporales, pérdida de la habilidad para disfrutar la vida, y un largo proceso de muerte. El dolor nunca constituyó en los mismos la razón principal para la elección, y la depresión nunca fue un elemento de confusión.

Los resultados de la experiencia del norte de Australia concuerdan bastante con los americanos. Se aplicó la eutanasia al 1,8% de los enfermos; el suicidio asistido constituyó el 0,1% de las muertes, el 28,6% de los pacientes terminales justificaron su decisión de adherirse al programa por rechazo a los tratamientos que prolonguen la vida, y la solicitud expresa del paciente de acabar con su vida se documentó en el 4% de los mismos.

Intentar importar a nuestro entorno las experiencias de estos países que hemos citado, sólo nos permitiría llegar a la conclusión de que para bien o para mal, nos separan todavía bastantes años de distancia. De todos es conocido que en el momento actual, la práctica de la eutanasia en cualquiera de sus versiones, o el suicidio asistido, son ilegales y por tanto punibles en nuestro país. El tribunal Europeo de Derechos Humanos, con sede en Estrasburgo, tampoco contempla el "derecho al suicidio asistido" aunque esta recomendación no ha sido óbice para que se implantaran las leyes de los Países Bajos.

El caso de Ramón Sampedro desencadenó la polémica, si bien ya conocíamos enfrentamientos entre "defensores de la vida" y "defensores de la buena muerte". No obstante la posibilidad de abrir un debate a raíz de los hechos alrededor del Sr. Sampedro, no fue quizá bien aprovechada, y se perdió en las cortinas de los medios de comunicación y el sensacionalismo. Lo que afloró fueron las grandísimas contradicciones que en España afectan y dificultan el que se llegue a un consenso sobre estos temas.

Durante los días sucesivos a la muerte de Ramón Sampedro, discutimos la noticia en nuestro trabajo, en la cafetería, en los pasillos y con los amigos, como si fuera un caso único e irrepetible, como una rareza, sin analizar sus consecuencias, sus implicaciones, y sobre todo, sin darnos cuenta de que nos puede tocar atender a algún caso similar, porque estos casos siempre han estado aquí, y el problema es antiquísimo. Sófocles manifestó en el año 406 antes de Cristo "La muerte no es la peor de las enfermedades: es peor el deseo de morir y no poder consumarlo" y Séneca decía en el año 4 de la era cristiana: "La muerte es un castigo para algunos, un regalo para otros y para muchos un favor".

La ley fue la primera en manifestar sus contradicciones y sus vacíos, como muestran las resoluciones del Juzgado y la Audiencia Provincial de Barcelona ante las demandas del Sr. Sampedro, insistiendo en que, "...si quiere, el Sr. Sampedro se puede dejar morir de hambre" y en que, "esta es una facultad natural y esencial integrada en el contenido jurídico de la propia persona"; más adelante se expone "no es función de los tribunales suplir o llenar vacíos u omisiones del ordenamiento jurídico". Visto así, y aún a la luz del nuevo Código

Penal, me plantearía que nuestra legislación está desfasada con respecto a los retos éticos que deberíamos asumir y asimilar, en tanto que la técnica se nos va por delante y nos lo exige, que se reconoce el vacío del ordenamiento jurídico, y que se está quedando rezagada y muda ante determinadas demandas de una parte de la población.

La Iglesia Católica, parte con indiscutible peso en los planteamientos éticos de nuestra sociedad, es tajante al expresar: "...cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa... es moralmente inaceptable". Alternativamente "el uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana, si la muerte no es pretendida". Y este planteamiento que con ligeros matices es básico para todas las religiones monoteístas, me crea la pregunta de saber cómo enfocamos el asunto con un Budista, o un agnóstico, o a un ateo, que no se sienten vinculados a las exigencias y normas dictadas por las religiones para su comunidad de creyentes, y viven en el marco de una sociedad no confesional como es la nuestra. Sus patrones de moral y dignidad quizá no sean los mismos. Por otra parte, el problema no empieza cuando al paciente le quedan días u horas de vida; se inicia con el primer síntoma, porque desde ese momento piensa y vive lo que le sucede.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial plantea: "La eutanasia u homicidio por compasión son contrarios a la ética médica. En caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar". La revisión del año 1999 no modificó este planteamiento. Y me pregunto ¿qué es aliviar?, ¿incluye este concepto la satisfacción de la demanda del paciente para erradicar lo que considera su sufrimiento principal?, ¿especifica los límites?, ¿puede la compasión suplir a la honestidad?

Posiciones tan diferentes y tan reales en la práctica médica diaria, como encontrarse con individuos que optan por la ética del deber o por la finalista, podrían ubicarnos a veces en conflictos que el "primum non nocere" no resuelve, porque podría ser bastante superficial suponer, que porque no se hace nada por adelantar la muerte no se sea partícipe de ella. En estos casos pienso que no hacer nada ya es hacer algo, es decidir la conducta a seguir, igual que en cualquier acción. Entonces ya estaríamos situados en uno de los lados.

Nuestra formación profesional, y la filosofía asistencial que hemos adquirido durante la misma, no incluye los temas del final de la vida ni de la muerte en el periodo de formación de pre y postgrado, ni en los libros de texto, excepto en el caso de que el paciente sufriera una parada cardiorrespiratoria, susceptible de reanimación cardiopulmonar. Inconscientemente esta situación nos aboca a rechazar estos asuntos, y limitarnos mayormente a ofrecer la opción del servicio religioso, donde a semejanza de los antiguos médicos de cabecera del siglo XVII, son los sacerdotes los que sostienen la mano del moribundo, porque a veces, y sobre todo en el medio hospitalario, los familiares "deben" abandonar la habitación en este momento de despedida.

Pero cuando el dolor físico migra de un músculo a otro de un día a otro, cuando reverberan en la mente las mismas ideas durante años, cuando la cabeza funciona bien y por tanto no podemos dormir al enfermo si él no lo desea, cuando la aflicción moral corroe la existencia, cuando no hay medidas eficaces para tratar la enfermedad de base, cuando las complica-

ciones repiten los ingresos, y las punciones arteriales y venosas, y los sondajes, cuando se han agotado todos los tratamientos antidepresivos, o el enfermo los rechaza porque su problema no se resuelve con fetiches terapéuticos y él lo sabe, cuando la morfina se maneja poco, mal, salvando trabas para su dispensación, y a criterio personal de los médicos, y cuando el paciente se dedica a meditar mes tras mes mirando el mismo paisaje, hasta que pide que se acabe con una vida que considera inútil para sí mismo, que se dé fin a lo que él entiende como su sufrimiento, tenemos un caso como el del Sr. Sampedro, y además un problema.

En nuestra era postmoderna, deseablemente plural, en la que no existe una razón universalmente aceptada, y con una tradición de dominio religioso considerado sectario ahora por muchos, se impone un pacto básico de lucidez entre todas las partes implicadas, que dé solución a las demandas de todos.

En vez de repetir discusiones atrincheradas, de intentar resolver con imposiciones filosóficas las diferencias de posiciones y creencias por otra parte lícitas en la individualidad del ser humano, en vez de comentarios de cafés, y de la búsqueda de rentabilidad política adaptada a las demandas partidistas de diferentes comunidades, que por otra parte aumenta las diferencias entre los ciudadanos, en vez de utilizar el enfrentamiento comparativo del sufrimiento de unos y la resignación de otros como titulares, en vez de buscar la máxima audiencia de un programa televisivo donde intercalar la mayor cantidad posible de publicidad, y en vez de intentar obtener beneficios de la manipulación del desconocimiento por parte de la opinión pública de temas con una trascendencia especial, y que no pueden ser equiparables más allá del modo de pensar de cada individuo, quizá sería más oportuno y beneficioso el llevar a cabo una reunión de consenso nacional con todas las partes implicadas, donde lejos de hablar de "eutanasia sí/eutanasia no", se establezca un pacto que sirva de base para ofrecer al ciudadano un marco legal donde todas las opciones tenga cabida con el mismo peso, donde se establezcan las garantías éticas, sociales, personales y legales necesarias, y donde se defina claramente cuál es el papel de los protagonistas y del resto de los actores.

Pensar que este asunto se va a resolver en "la próxima legislatura", o que la ola ya llegará a la costa y se extinguirá por sí sola, es aplicar la solución del avestruz de esconder la cabeza debajo de la tierra y dejar fuera el resto del cuerpo. Más temprano que tarde no quedará más remedio que sentarse a debatir estos temas sin fuego y sin resoplidos. El resto es perder el tiempo.

Y lo peor es que las posiciones distan mucho de la realidad en la actualidad, que el espíritu con que se enfocan estos asuntos es profundamente hipócrita, paradójico y sin ninguna intención de buscar soluciones. Y si no, a ver cómo se explica que en mi experiencia personal, haya oído decir a más de un político, a algún defensor del "derecho a la vida", y hasta a algún religioso en el transcurso de una comida de trabajo, que "para vivir así (como Ramón Sampedro) mejor morirse".

LOS MITOS SOBRE LA SEDACIÓN TERMINAL

Para los más radicales enemigos de las prácticas que alteran el ritmo de lo que llaman "muerte natural", la sedación terminal se ha convertido también en objetivo. Se ha tachado de alternativa a la eutanasia activa, de eutanasia encubierta, de eutanasia lenta, de homicidio por compasión, y hasta algún profesional ha sido llevado a los tribunales, o incluido en estigmatizadoras páginas webs de "eutanasistas", recomendando por supuesto a los enfermos que huyan de la asistencia de estos sanitarios. Claro está que morir con dolor y sufrimiento, por natural que sea, tiene muy mala "imagen social", y en este caso los detractores de la sedación terminal han intentado maquillar soluciones que a su juicio, no interfieren con el proceso de morir. Quizá el argumento más utilizado en contra de esta práctica es el que se refiere a que acorta la vida, a que "mata" antes de tiempo. Y la pena es que este razonamiento ha trascendido a la población general, generando razonables dudas por desconocimiento a la hora de tomar decisiones sobre sí mismo, o familiares.

Aunque algunos de los estudios españoles que contemplaron la sedación terminal se dirigieron principalmente a enfermos oncológicos, y las definiciones presentan ciertos matices diferenciales entre unos y otros, la sedación terminal se define como la *intención deliberada de inducir y mantener una sedación profunda –pero no la muerte– en circunstancias muy precisas y bien definidas, relacionadas con síntomas intratables de otro modo, y con el sufrimiento insoportable de una persona que, en todo caso, "va a morir" –terminal– en un plazo estimado muy breve.* Es, de hecho, una extensión de los cuidados paliativos al final de la vida. Partiendo de este concepto el objetivo de esta práctica no incluye en momento alguno el terminar con la vida del individuo, ni a través de acciones directas ni indirectas, sino aportar confort al momento de morir.

De forma general, existe un tácito acuerdo social sobre la aceptación de la sedación terminal, señalando que está permitida siempre que no se busque la muerte como objetivo principal, sino el control sintomático. Pero esto nos lleva de nuevo a indefiniciones, fronteras poco establecidas, y contradicciones, toda vez que la vivencia de estos últimos momentos (decimos una vez más), es individual, personal y no transpolable, como también lo son los valores de cada persona, que tienen mucho que ver en las decisiones de última hora.

En el año 2002 nuestro equipo de investigación puso en marcha un estudio aplicando un protocolo de sedación terminal sistematizado a un grupo de pacientes portadores de diferentes patologías. Se incluyeron un total de 36 enfermos moribundos (20 hombres, 55,5%; y 16 mujeres, 44,6%), con una edad media de 70,47, afectos de una diversidad de condiciones médicas avanzadas e irreversibles (fallo respiratorio: 30%; neoplasia extensa: 23,3%; fallo cardiaco: 11%; fallo renal: 11,6%; etc.). Recibieron vía parenteral: bien propofol (5 pacientes, 13%, con un rango de dosis de 8 a 480 mgs.; dosis media 164 mgs.), bien midazolam (13 pacientes, 36,1%, rango de dosis 2 a 100 mgs., dosis media: 19,6 mgs.), y/o cloruro mórfico (23 pacientes, 64%, rango de dosis 5 a 600 mgs., dosis media 156 mgs.), como intervención de sedación destinada a superar el último y extremo sufrimiento. Todos los pacientes contaron con garantías sistemáticas que incluyeron tanto el consentimiento informado (autonomía), como la proporcionalidad, la segunda opinión, y un registro estandarizado

documentado según protocolo escrito. Se obtuvo el consentimiento –expresado como n (%)– en 25 enfermos (69,4) a través de familiar en primer grado; 8 (22,2) mediante directiva verbal avanzada; y 3 (8,3) directamente por el propio paciente aún lúcido.

¿Fue bien la sedación terminal en todos nuestros casos? ¿Todas las intervenciones de sedación terminal tuvieron éxito? ¿Hubo discrepancias? Con una dosificación centrada en el enfermo, sin techo establecido, guiada por "síntomas", y salvo en un caso –una anciana afecta de linfoma refractario cuya familia denegó, inicialmente, la autorización para sedar aunque aquella había expresado verbalmente su preferencia– todos los pacientes alcanzaron el confort necesario consistente en un estado de inconsciencia farmacológicamente inducido y mantenido. Una vez logrado este objetivo, se prescribió una perfusión endovenosa, y un opcional incremento de la dosis del 30 % como posibilidad de rescate, y se dejó orden expresa de "no reanimar". Aunque la reversión mediante antídotos era posible (midazolán/flumacenilo; opiáceos/naloxone), sencillamente no se aplicó: nadie rechazó el confort conseguido.

¿Y a cambio de esto hemos reducido la vida de nuestros pacientes? La primera consideración es que la vida no es capaz de ser pronosticada a través de un cálculo matemático. El pronóstico es una prospección estadística que nos permite establecer un techo que, sumado a la experiencia y las condiciones clínicas, aporta una idea de lo que puede pasar, pero el futuro en salud, como en muchas otras cosas, no puede ser adivinado.

Pero la principal disquisición a mi juicio, no se centra en si se acorta o acelera el desenlace de un proceso patológico irreversible y en situación de fallo de más de tres sistemas vitales, o no. Las preguntas que nos deben inducir a la reflexión quizá deberían ser: ¿se acorta la vida o se acorta la muerte?, ¿se resta tiempo de vida, interpretada en el más amplio sentido, o se limita el sufrimiento y la agonía?, ¿se elimina la angustia o se eliminan las horas de angustia? ¿se ofrece confort y un final sosegado a cambio de tiempo de sufrimiento?

En nuestros pacientes, tras un tiempo medio de 40 horas, la muerte siguió a la sedación, y el rango osciló entre 1 y 216 horas. Probablemente actuamos incorrectamente en el caso "1 hora": debimos actuar antes. En el estudio internacional multicéntrico citado por Faisinger, el rango osciló entre 1 y 6 días (1 y 5 días en el subgrupo de Madrid); y la media varió entre 1,9 días y 3,2 días. La mediana, en nuestra serie, fue levemente inferior (22,5 horas) respecto al subgrupo israelí (3 días), de Madrid (2 días), o catalano-balear (2 días).

La dosis media empleada de midazolán fue 19,6 mgs., apenas diferente a las publicadas en la serie internacional referida: 21 mgs., 23 mgs., 27 mgs.; 67 mgs. en el subgrupo Madrid, pero superponible a la media de los escasos estudios publicados potencialmente comparables: 20 mgs. Los casos que recibieron propofol alcanzaron una profunda sedación a una dosis media de 164 mgs. La mayor dispersión, como era previsible, la observamos con cloruro mórfico, rango 5-600 mgs.; dosis media de 156 mgs. No ha de extrañar, dado que la morfina, aún endovenosa, es un analgésico, y su efecto sedante mero secundarismo. Las diferencias entre dosis o las elecciones de fármacos reflejaron, probablemente, la variabilidad interpacientes, y médicos.

No podremos saber con certeza cuánto acortamos las vidas que se extinguían, pero honestamente, la sedación terminal tal y como la practicamos, es más un indicador de muerte cercana que causa de muerte prematura, en lo que coincidimos plenamente con lo afirmado por Stone y colaboradores.

Una cuestión fundamental por resolver es el "tempo" del que hablábamos, "el momento adecuado", "lo tempestivo" del inicio de la intervención médica y la sedación terminal: una cuestión difícil. Y sobre todo, considerar que estas decisiones, aún estando protocolizadas, sistematizadas, plagadas de garantías (para el paciente y el personal sanitario), estructuradas, y más que revisadas, siguen siendo un patrimonio insustituible de cada persona, con independencia de lo que piensen los demás. Si un individuo no puede decidir qué quiere en el último momento de su vida, y si este momento no se identifica como el acto privado casi por excelencia, y va a tener que someterse en esas circunstancias a las consideraciones y normas "sociales", el concepto de autonomía debe ser revisado. Y el de democracia.

LOS MITOS DEL FINAL DE LOS QUE NO PUEDEN DECIDIR

Hasta aquí hemos revisado algunos de los mitos del final de la vida que más destacan, o que públicamente más trascendencia tienen, pero si hay un campo donde tanto los médicos, como los bioeticistas, como los legisladores, se enfrentan a una difícil controversia, es el caso del final en las enfermedades neurodegenerativas, entiéndanse como estrellas del grupo, las demencias. Y a ellas nos referiremos principalmente, porque todos los cuadros neurodegenerativos convergen al final, con finos matices, en una situación de incapacidad psicofísica total, de dependencia, y de abolición de la capacidad de decidir.

Si un individuo puede elegir sobre la adhesión o no a un protocolo, si quiere suicidarse o no, si decide solicitar o no el suicidio asistido allí donde sea legal, si quiere establecer por voluntad propia un techo para la sedación, y si en resumen, quiere administrar el tempo de su final, lo podrá decidir de la manera que quiera. Sencillamente es una persona lúcida, en plenitud de sus facultades mentales que asume una decisión. No es casual que el estado de lucidez mental sea el primer requisito solicitado por el estado norteamericano de Oregón, para que el paciente en concreto pueda ser incluido en el Acta para la Muerte con Dignidad. No valen la opinión ni el deseo de las familias, amigos o tutores. Pero en el caso en que el deterioro cognitivo anule la capacidad de decidir, las cosas son bastante más complicadas, con excepción de las escasísimas personas que en el momento actual establecen un plan de voluntades anticipadas años antes de ser diagnosticados, allí donde estas voluntades son legalmente vinculantes.

El conflicto de la asistencia al final de la vida de estos pacientes, y de la eficacia de las medidas a tomar, se intenta resolver en base a datos estadísticos médicos, a la evidencia científica, a los estudios llevados a cabo en diferentes países y culturas, a las decisiones previamente expresadas de forma verbal, y a las situaciones patológicas que condicionan el pronóstico vital en el momento final. También son tenidas en cuenta, o deberían, los principios básicos de la ética médica, las opiniones de los tutores, los protocolos vigentes en los

centros hospitalarios, la opinión de las comisiones de bioética de los mismos, y en resumen, el sentido común de los profesionales sanitarios. Como se puede suponer, todas y cada una de estas variables pueden estar sujetas a modificación.

Pero el problema se complica aún más, cuando nos tenemos que plantear los criterios de terminalidad de estos pacientes. ¿Cuál es el momento para asumir la decisión de que ha llegado el final? ¿Se podrían considerar determinadas medidas como encarnizamiento terapéutico o prolongación fútil de la vida? ¿Es vida en su concepto general, el mantenerse encamado, lleno de úlceras por decúbito, sin reconocer el entorno, con dolorosas articulaciones rígidas, sin poder deglutir, con secreciones respiratorias que nos asfixian porque no sabemos expulsarlas, con ingresos reiterados hospitalarios por infecciones resistentes, y sin poder decir si uno como individuo considera que ya ha llegado el momento de no sufrir más? Y por el contrario, ¿Cuándo llega el momento en que estos pacientes no disfrutan de la visita de un nieto? ¿Cuándo el momento en que se acaba la felicidad de su propio mundo? Y lo más difícil, ¿Quiénes somos los profesionales sanitarios o las familias para decidir el punto justo del final en estas condiciones? ¿Para erigirnos en jueces? ¿Para mantener o finalizar una "vida"? Y lo más difícil todavía: ¿Dónde están los límites?

El uso de conceptos como los llamados QWALYs, heredados de la economía y que intentan definir los años de vida "con calidad", se estrellan en la cabecera de la cama de un paciente como el que hemos descrito. La estadística funciona poco, y se lleva muy mal con la individualidad, que aún en esas condiciones descritas, mantienen las personas. Y con su historia. Y con su trascendencia. Y con el valor intrínseco del enfermo terminal para los que siguen vivos.

Considerando estos aspectos, y dentro de la dificultad del tema, vamos a intentar exponer lo que se considera de forma más o menos generalizada, como lo más aceptable para el final de los pacientes con patologías neurodegenerativas, los aspectos en los que existe mayor consenso a día de hoy.

Lo primero es intentar definir el pronóstico y los predictores de mortalidad en pacientes con este tipo de patología. La evolución de las demencias hasta las últimas fases obliga a realizar un cambio de rumbo, tanto en los planteamientos diagnósticos como terapéuticos, y en el enfoque de las situaciones del individuo, de cara al propio paciente, a los familiares, e incluso al personal que lo asistirá.

El establecimiento de predictores específicos de mortalidad en demencias no es una tarea fácil, y sigue siendo uno de los aspectos más debatidos, y donde más referencias bibliográficas se encuentran. Cito algunas.

Un estudio realizado en Residencias de ancianos, concluye que "...las variables asociadas a trastornos relacionados con la propia demencia como la neumonía, la deshidratación y la caquexia, fueron las mayores causas de muerte. Las variables relativas a la severidad del trastorno funcional, la afasia y el menor tiempo desde la incorporación al estudio, predijeron menos tiempo de vida de la población de dementes estudiada". Otro trabajo llevado a cabo en atención primaria llega a la conclusión de que "...la esperanza de vida de los ancianos dementes depende en primer lugar, de la severidad de la demencia, la edad del pacien-

te y su estado físico general. La influencia de otros factores clínicos sobre los que se han desarrollado hipótesis como indicadores específicos, se relacionan más con la severidad de la enfermedad".

El estudio de Gambassi, realizado en Residencias de ancianos, concluye que la edad, el sexo, el grado de incapacidad funcional, y la malnutrición, se establecen como fuertes predictores de mortalidad en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. No obstante, no se llega a documentar la existencia de asociación entre la severidad de la demencia y la mortalidad. Posiblemente sea en ésta última área donde la investigación se ha llevado a cabo con más intensidad; prácticamente el mismo número de trabajos concluye que esta asociación existe, y que no.

En mi opinión, no es posible en la mayoría de los casos uniformar los resultados de los estudios que se han llevado a cabo. Las diferencias en cuanto a metodología, tipo de demencia, estadio evolutivo de las mismas, gravedad, tiempo de estudio, síntomas y signos que se evaluaron, diferencias poblacionales o incluso la ubicación física del enfermo en medio residencial o en la comunidad, hacen extremadamente difícil la adopción de conclusiones extrapolables. Sumemos a esto, la evolución no lineal de la demencia, aún en estadios finales, el grado de comorbilidad, los criterios utilizados para el despistaje de la severidad, y la variedad en la definición de factores usados como predictores. No es tarea fácil, y necesitamos más estudios para obtener conclusiones fiables.

Los que intentan establecer predictores de mortalidad dependientes de la severidad, incluyen la presencia de afasia, depresión, signos extrapiramidales, y reflejos de liberación frontal; y también, predictores independientes que incluirían la ubicación en un estadio 7c del FAST (la pérdida del lenguaje, de la movilidad y la inmovilización en cama), la edad, y la incapacidad funcional. El demente que presente un FAST 7c casi con toda seguridad, habrá llegado al estadio terminal de su enfermedad, y hago referencia a este test, porque ya desde unos años antes, la puntuación del universalmente utilizado Minimental habrá bajado de 2, y su eficacia es menos específica. El Minimental Severe, también podrían ubicar éste límite.

Desde un punto de vista práctico, podemos decir que si un individuo puede deambular con independencia y comunicarse con otros, su demencia aún no es severa; la pérdida de independencia en la deambulación, y la necesidad de asistencia para la alimentación, lideran el inicio del estadio severo de la demencia, que de vivirse lo suficiente, desembocará en la característica inhabilidad para deambular aún con ayuda, la inmovilidad total, la dificultad para deglutir, y el profundo trastorno del lenguaje de la demencia en fase terminal. Estos síntomas anuncian un final más o menos cercano.

A pesar de los ingentes esfuerzos para desarrollar modelos que permitan predecir la muerte del demente en fases avanzadas, y de ubicar un "punto final" dentro de los seis meses siguientes, emitir un pronóstico preciso sigue siendo una tarea difícil, y casi imposible en la práctica. Ni siquiera los americanos que regulan el ingreso en los "hospicios" utilizando principalmente este criterio cronológico, pueden emitir pronósticos certeros. Las guías de la "National Hospice Organization" (NHO) estadounidense, señalan que "aún en dementes severos el pronóstico puede sobrepasar los dos años." El estadiaje de la enfermedad valora-

do por FAST no es ordinal, y muchos pacientes con síntomas de demencia avanzada no presentan todos los síntomas del estadio correspondiente, coexistiendo con otros grados menos avanzados.

Varios son los factores que determinan que esto sea así. Aunque se estima que el tiempo usual desde el diagnóstico de demencia hasta la muerte es de aproximadamente 10-12 años, con una duración de 2 a 3 años del estadio final, existe una gran variación en el curso de la enfermedad entre individuos, y la pérdida de capacidades y el desarrollo de los síntomas graves o avanzados no progresan de una forma uniforme ni predecible. Algunos individuos sobreviven todavía durante seis años una vez alcanzada la fase final GDS y FAST 7. Esto condiciona que el estadio clínico se convierta en un elemento poco fiable para definir el pronóstico de la enfermedad. Por otra parte, las causas de muerte más frecuentes de estos pacientes son las infecciones, y éstas no se pueden predecir. La neurodegeneración persistente no da al traste con la vida, sino las complicaciones que se suman al deterioro, la vulnerabilidad, y la inmovilidad.

Y llegados a estas conclusiones, quizá tengamos que plantearnos que el factor tiempo-pronóstico vital no es tan importante, y empezar a pensar en la calidad de vida que puedan disfrutar estos pacientes hasta que llegue el momento de la muerte. No es casual que existan encuestas que hayan detectado que las personas temen más a padecer el proceso de la demencia y sus consecuencias finales, que a la muerte en sí misma.

La infección intercurrente no es una complicación de la demencia terminal, es una consecuencia inevitable de éste proceso. La neumonía es la causa más común de muerte en dementes, y la evidencia científica refleja el limitado efecto de los antibióticos en estos pacientes. Por tanto podría ser planteable no administrar tratamiento con estos fármacos a pacientes portadores de esta patología y con neumonías de repetición, sobre todo aspirativas. Pero la decisión de tratar o no tratar a un demente terminal en estas circunstancias se acompaña de consideraciones éticas y legales. Hay que tener en cuenta las preferencias del paciente (de existir éstas), y/o el beneficio terapéutico que podríamos aportar con tratamientos agresivos “versus” el disconfort que generamos, pero conociendo que se ha demostrado que la terapia antibiótica no prolonga la supervivencia de los dementes que no son capaces de deambular y han perdido la capacidad de hablar. Además, no se han encontrado diferencias significativas en la supervivencia entre dementes FAST 7c que fueron tratados o no con antibióticos, lo que indica que este tratamiento no es necesario para mantener el confort de los ancianos dementes terminales.

Tampoco parece ser la unidad de agudos del hospital, con sus habituales procedimientos causantes de dolor y disconfort (hemocultivos, gasometrías, venopunciones...), el sitio adecuado para el tratamiento de la neumonía del demente terminal. Las tasas de supervivencia y mortalidad encontradas en los estudios realizados, son comparables si el paciente es tratado en el hospital o en una unidad de larga estancia, pero tras el alta, los beneficios recaen en éstas últimas. A las seis semanas del alta la mortalidad resultó del 18,7% para los no hospitalizados, y del 39% para los hospitalizados; y a los dos meses del inicio del proceso, una mayor proporción de los hospitalizados había perdido más capacidad funcional o habían muerto.

La dificultad deglutoria y el rechazo alimentario son condiciones generadoras de mucho estrés para los cuidadores y familiares. El paciente demente terminal puede llegar a ser incapaz de abrir la boca o tragar espontáneamente como una consecuencia de su proceso de morir, y eso no traduce que esté sufriendo por la sed o el hambre. De cancerosos terminales se ha obtenido ésta experiencia, y la sensación de disconfort se centra en la sequedad de boca, que puede aliviarse con cubitos de hielo, o sprays humidificadores.

La disyuntiva del uso o no de sonda nasogástrica o alimentación por gastrostomía endoscópica percutánea, ha llenado muchos folios de revistas médicas con conclusiones disímiles. El procedimiento médico señalado por pacientes ancianos sin deterioro cognitivo como más inconfortable, ha sido el sondaje nasogástrico, más que el uso de respiradores. En tercer lugar, la restricción física. Por lo general, el demente terminal puede sufrir dos de estos tres factores. No existe evidencia de que la nutrición asistida sea beneficiosa para pacientes con demencia terminal o avanzada, no previene la aspiración recurrente, ni la úlcera por presión, ni incrementa la supervivencia, ni mejora la situación nutricional o funcional aunque mejoren las cifras de albuminemia, añadiendo sufrimiento al paciente por las restricciones físicas o farmacológicas, necesarias frecuentemente para mantener implantados estos dispositivos.

Un cuidadoso estudio de cohorte llevado a cabo en Estados Unidos, que siguió durante 24 meses a 1.386 ancianos de Residencias, con progresión reciente hacia un trastorno cognitivo severo, concluyó que no hay beneficio en cuanto a supervivencia asociado a la alimentación enteral por tubo, en comparación con los resultados obtenidos en residentes similares que recibieron alimentación manual por boca. Los resultados diferentes encontrados en otros trabajos, probablemente se deban a que los criterios de inclusión no se hayan establecido en estadios verdaderamente terminales, o a que no exista uniformidad metodológica. No obstante, y tras los resultados de estudios realizados en Residencias de ancianos españoles, se está llevando a cabo en el momento actual un estudio de mayor volumen, para dilucidar estos resultados contradictorios.

Imaginemos ahora que tenemos un paciente concreto delante en estadio terminal, acompañado por su esposa que lo ha estado cuidando celosamente durante los últimos años, sin reemplazo, sin vacaciones, y durante todos los días con sus noches, que ha soportado vagabundeo, irreconocimiento personal, griterío, incontinencia, ingresos hospitalarios, vigilancia de síntomas de alerta, cambios posturales... que ha tenido que vivir que su esposo haya dejado de ser el que era y lo que era. Imaginemos que al lado está la única hija que aunque no es conviviente, ha ayudado a su madre en lo que ha podido, ha sacrificado sus relaciones personales, su trabajo, ha implicado a su esposo y sus hijos y ha tenido que readecuar la economía familiar para hacer frente a la situación de su madre y de su padre que ha dejado de ser el que era y lo que era. Imaginemos que le exponemos esa retahíla de escalas, estudios, pronósticos, prospecciones, evidencias... aún con el más sencillo de los lenguajes. Después de todo esto, en este escenario, la esposa plantea sencillamente: “Pero mi marido no come; ¿es que lo vamos a dejar morir de hambre y de sed?, y la hija: ¿es que no va Ud. a tratar la neumonía? ¿Pero si lleva así el último año de su vida y siempre nos lo hemos podido llevar a casa? Y ahora imaginemos la cara que se nos queda. Y es que en nuestra cultura, la

alimentación se identifica con salud y la hidratación con bienestar, y esos bastiones son casi inamovibles. Han llegado los mitos.

Aún teniendo en cuenta que existen opiniones sobre el beneficio de la sueroterapia en el demente terminal, en lo referente a que favorece el aumento de secreciones respiratorias y gástricas, y las aspiraciones, en mi opinión la pregunta se responde desde un punto de vista filosófico más que técnico. Existen publicaciones que hacen referencia al tiempo de vida que se "acorta" si una persona no bebe o no come. Estos argumentos analizan la respuesta del organismo a este tipo de carencias, basándose mayormente en experiencias con soldados perdidos en el desierto que han sido rescatados, y aducen el elemento placentero y de "desconexión" que producen las endorfinas corporales en estas situaciones. En el caso de dementes en la última fase sería mejor entrar en la reflexión de si lo que se acorta verdaderamente es tiempo de vida, o de muerte, y eso depende de lo que cada persona considere, o haya considerado. Y en esta circunstancia sobre todo, el médico no puede parecer inseguro. En cualquier caso, la paciente hidratación oral a pequeños sorbos o la hidratación endovenosa, deben considerarse y pactarse con los familiares, para no generar angustias innecesarias. Me manifiesto contrario a las hipodermoclisis utilizadas por algunos, por considerarlas extremadamente dolorosas e ineficaces en un paciente que va a morir a corto plazo.

Aún conociendo, por la evidencia, que no existen beneficios con la hidratación, la alimentación, o el tratamiento de infecciones respiratorias en la fase terminal de pacientes con enfermedad neurodegenerativa, la aplicación real de estos preceptos es complicada delante de un paciente concreto y su familia. No se pueden romper los mitos de un plumazo, y menos cuando se ha dedicado mucho tiempo a la atención y cuidado de estos enfermos. Podríamos frustrar una trayectoria. Otro factor que dificulta estas decisiones podría ser el de la continuidad del vínculo asistencial entre el médico-paciente-familiares. Cuando el médico que expone estos elementos es el que ha venido tratando ininterrumpidamente al paciente durante los últimos años, la familia se siente más segura, más tranquila, más confiada y asimila mejor los razonamientos; por el contrario, si el médico que aporta estos argumentos es la primera vez que ve al paciente, se genera bastante angustia entre los familiares, cierto grado de lógica desconfianza, y mucha desazón, por muy afamado que sea el facultativo en el entorno hospitalario.

La mejor medida, si no se ha podido contar con las preferencias previas del enfermo, consiste en ir preparando a los cuidadores y familiares desde el principio, o al menos cuando el paciente no ha llegado a la incapacidad total, sobre la evolución de la enfermedad, los problemas que existirán al final, y el análisis de las decisiones cuando llegue el momento en que sea necesario aplicarlas. La empatía, y el que se sientan acompañados en esta parte tan dura del final del camino, genera la confianza necesaria para que un familiar no perciba que ha perdido su tiempo, que su esfuerzo no ha valido para nada, toda vez que el enfermo va a morir sufriendo.

Lógicamente también hay que aportar garantías de que el paciente no va a sufrir dolor, no va a sufrir disnea, no va a ser sometido a analíticas, radiografías, o sondajes innecesarios, y va a contar con la dignidad y el confort indispensables en los últimos momentos de su vida.

EL GRAN MITO: ¿Y DESPUÉS DE LA MUERTE... QUÉ?

Posiblemente el área que menos estudiada y documentada está, sea la de lo que sucede después de la muerte de pacientes con enfermedad terminal, y en mi caso genera bastantes dudas e interrogantes.

Por supuesto que aunque el enunciado pueda hacer pensar en que mi duda está en si hay vida después de la muerte, en que cuando estamos muriendo vemos un túnel de luz que nos guía, y otros aspectos utilizados por programas de esoterismo y películas para adolescentes, no me estoy refiriendo a eso. Tampoco al análisis de planteamientos filosóficos que se alejan del objetivo de este capítulo. Me refiero a la creencia absoluta de que los sentimientos de pérdida y duelo afectan por igual A TODOS los cuidadores y familiares de pacientes terminales que fallecen.

Sería entrar en especulaciones, pero quiero de esta manera despertar el interés por este aspecto que todavía permanece bastante oscuro.

Por supuesto que existen muchos factores que tienen que ver con la forma en que cada persona asimila la pérdida de un familiar, y por supuesto que aunque la mayoría, inmensa mayoría de las veces, este familiar que se pierde es un ser querido, otras veces no lo es tanto. También existen múltiples recursos psicológicos para afrontar las pérdidas, y lógicas compensaciones, que se ponen en marcha tras el fallecimiento; pero también existen otros sentimientos como el agotamiento físico y mental, la sensación de descanso para el enfermo y los familiares, el deseo de acabar con un prolongado sufrimiento, la necesidad de retomar el ritmo de la vida y la estabilidad, que juntos podrían definir lo que pasará después.

Lo fundamental es que los cuidadores tengan la tranquilidad de que se ha hecho todo lo que había que hacer por su familiar, en el momento en que había que hacerlo, en el sitio en que se debía, y que la muerte no ha sido un proceso doloroso para el difunto. Esto permite que el duelo sea más fisiológico y que la pérdida se admita desde el sosiego. Pero evidentemente no siempre ocurre así, y pueden existir sentimientos contradictorios dentro de una misma familia, y al final, generar enfrentamientos. Y eso que no añadimos los elementos herencia, tutela, testamento etc. en el caso de que el fallecido dispusiera de medios económicos apetecidos por más de uno.

Sólo tengo conocimiento de un programa puesto en marcha en España para la atención de familiares de enfermos terminales después de la muerte del mismo. Se intentaba establecer contacto telefónico con los mismos para interesarse por ellos, para brindarles la ayuda necesaria, psicológica, de apoyo general... La adhesión resultó bajísima, y muchos rechazaban el abordaje de estos temas.

Todos conocemos de casos, sobre todo de familiares de primera línea y mayores, que solicitan atención médica tras la muerte de seres queridos a los que han atendido durante mucho tiempo, por depresión, sensación “de vacío”, o simplemente por no poder superarlo. Pero esto no nos permite inferir que el proceso de duelo ocurra de modo universal. Quizá también exista un poco de hipocresía social en el asunto, pero esto no está estudiado.

¿Sufrimos la pérdida del ser querido, o al fin "nos hemos quitado el problema de encima y que descanse en paz"? Y lo más importante, ¿cómo deberíamos abordar este asunto para no generar mayor pesar y conflicto en los familiares de primera línea, a los que sí duele la pérdida? Ahí dejo esas preguntas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La muerte sigue siendo la gran incógnita de todas las filosofías, el proceso de morir sigue siendo una vivencia personal que desgraciadamente nadie que la experimente puede contarnos. La muerte sigue siendo la menos deseada por los vivos, la más rechazada, y tanto sus primeros momentos como su proceso siguen siendo intrínsecamente desconocidos. Puede ser que por este desconocimiento, la muerte posea sus propios rituales en cada cultura. Si sumamos desconocimiento y rituales, ya tenemos los ingredientes principales para que se generen mitos.

Podríamos haber analizado muchos más aspectos controvertidos, pero la lista podría ser interminable, porque interminables son los matices de cada ser humano, la vida de cada ser humano, la dinámica de cada familia, y las consideraciones éticas, morales y legales de cada sociedad.

No se trata de enfrentar a la filosofía con la ciencia; no se trata de imponer creencias religiosas o agnosticismo; no se trata de modular las leyes a nuestro antojo; no se trata de buscar grandilocuentes titulares de prensa; se trata de un ser humano con su dignidad y con su historia, de la angustia de familiares, de la última despedida, del último momento, de no volver a ver nunca más a alguien que se quiere. En esas circunstancias hay que ser muy cautelosos con el manejo de los mitos.

Lo que no podemos pasar por alto es que en el proceso de la muerte, al final de la vida, el protagonista es y seguirá siendo la persona que va a morir. Si no perdemos ese horizonte, si aplicamos el sentido común, si entregamos lo mejor en esos momentos y no entramos en consideraciones de pasado, o en enjuiciar probables actitudes más o menos negativas del moribundo, si somos coherentes con su forma de pensar durante los años de su vida, y si correspondemos con sinceridad, recabando lo mejor que la ciencia nos pueda aportar en estos casos, el viaje al más allá será una parte más de la vida, un viaje sereno que nos dejará la tranquilidad necesaria a todos los actores.

Si estas líneas han servido como una reflexión inicial, de la que pueda obtenerse un debate que aporte luz, habré cumplido mi objetivo.

Bibliografía recomendada

Boersma, F.; van den Brink, W.; Deeg, J. H.; Eefsting, J. y van Tilburg, W. (1999): "Survival in a population-based cohort of dementia patients: predictors and causes of mortality. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 14 (9): 748-753.

Faisinger, R. L.; Waller, A. y Bercovivi, M. et al. (2000): A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patientes. *Palliat. Med.* 14: 257-65.

Gagnon, B.; Mayo, N. E.; Hanley, J. y MacDonald, N. (2004): "Pattern of care at the end of life: does age make a difference in what happens to women with breast cancer? *Clin. Oncol.* 2 (17): 3458-65.

Gambassi, G.; Landi, F.; Laplane, K. L.; Sgadari, A.; Mor, V. y Bernardi, R. (1999): "Predictors of mortality in patients with Alzheimer´s disease living in nursing homes". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 67: 59-65.

Ganzini, L.; Nelson, H. D.; Schmidt. T. A.; Kraemer, D. F.; Delorit, M. A. y Lee, M. A.: (2000) Physicians´ experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N. Engl. J. Med.* 342: 557-63.

Groenewoud, J. H.; van der Heide, A.; Onwuteaka-Philipsen, B. D.; Willems, D. L.; van der Maas, P. J. y van der Wal, G. (2000): Clinical problems with the performance of euthanasia and physician- assisted suicide in the Nederlands. *N. Engl. J. Med.* 342: 551-6.

Kessel, H.; Pageo, M. y Marín, N. (1994): Preferencias respecto a la información médica y directrices sobre soporte vital en una población geriátrica española. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*. 29 (2): 79-83.

Luchins, D. J.; Hanrahan, P. y Murphy, K. (1997): "Criteria for enrolling dementia patients in hospice". *J. Am. Geriatr. Soc.* 45: 1054-1059.

Marín-Gámez, N.; Kessel-Sardiñas, H.; Rodríguez-Galdeano, M.; Lazo-Torres, Ana; Barnosi-Marín, Ana y Amat-Berenguel, E. (2003): Sedación terminal: el último recurso ante una mala muerte. *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol*. 38: 03-09.

Marín-Gámez, N.; Rodríguez-Galdeano, M.; Kessel-Sardiñas, H.; Lazo-Torres, A.; Cervantes-Bonet, B. y Barnosi-Marín, A. C. (2003): "La Muerte Española" según los profesionales sanitarios no médicos. *Investig. Clin.* 6: 130-132.

Marín, N.; Kessel, H.; Barnosi, A.; Rodríguez ,M.; Lazo, A. y Collado, A. (2002): "Cincuenta y seis muertes". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 37 (5): 244-248.

Martin, M. (2002): "Palliative and agressive end-of-life care for patients with dementia". *Psychiatric Services*.

Mitchell, S. L.; Kiely, D. K. y Lipstiz, L. A. (1997): "The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment". *Arch. Intern. Med.* 157: 327-332.

National Hospice Organization Medical Guidelines Task Force (1995): *Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases*. Arlington, VA. National Hospice Organization.

NULAND, S. B. (2000): Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *N. Engl. J. Med.* 342: 583-584.

PATRICK, D. L.; ENGELBERG, R. A. y CURTIS, J. R. (2001): "Evaluating the quality of dying and death". *J. Pain Symptom Manage.* 22: 717-726.

PATRICK, D. L.; CURTIS, J. R.; ENGELBERG, R. A.; NIELSEN, E. y MCCOWN, E. (2003): "Measuring and improving the quality of dying and death". *Ann. Intern. Med.* 139 (2): 410-415.

PORTA, J.; GUINOVART, C. e YLLA-CATALÁ, A. et al. (1999): Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Med. Pal.* 6: 153-58.

QUILL, T. E. y BYOCK, I. R. (2000): Responding to Intractable Terminal Suffering: the role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids. *Ann. Inern. Med.* 132: 408-414.

QUILL, T. E. (2004): Dying and Decision Making-Evolution of End-of-Life Options. *N. Engl. J. Med.* 350: 2029-2032.

SCHÄUFELE, M.; BICKEL, H. y WEYERER, S. (1999): "Predictors of mortality among demented elderly in primary care". *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 14 (11): 946-956.

SHUSTER, J. L. (2000): "Palliative care for advanced dementia". *Clin. Geriatr. Med.* 16: 2.

SOMOGYI-ZALUD, E.; ZHONG, Z.; LYNN, J. y HAMEL, M. B. (2000): "Elderly persons´ last six months of life: findings from the Hospitalized Elderly Longitudinal Project". *J. Am. Geriatr. Soc.* 48: 131-139.

STEINHAUSER, K. E.; CLIPP, E. C.; MCNEILLY, M.; CHRISTAKIS, N. A.; MCINTYREL y TULSKY, J. A. (2000): "In search of a good death: observations of patients, families and providers". *Ann. Intern. Med.* 132: 825-832.

STEINHAUSER, K. E.; CHRISTKIS, N. A.; CLIPP, E. C.; MCNEILLY, M.; MCINTYRE, L. y TULSKY, J. A. (2000): "Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers". *JAMA.* 284: 2476-82.

STEWART, A. L.; TENO, J. M.; PATRICK, D. L. y LYNN, J. (1999): "The concept of quality of life of dying persons in the context of health care". *J. Pain Sympton Manage.* 17: 93-108.

STONE et al. (1997): A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice. *Palliat. Med.* 11: 140-49.

SULLIVAN, A. D.; HEDBERG, K. y FLEMING, D. W. (2000): Legalized physician-assisted suicide in Oregon-the second year. *N. Engl. J. Med.* 342: 598-604.

SUPPORT Principal investigators (1995): "A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients". *JAMA* . 274: 1591-1598.

TENO, J. M.; CASEY, V. A.; WELCH, L. C. y EDGMAN-LEVITAN, S. (2001): "Patient-focused, family-centered end of life medical care: views of the guidelines and bereaved family members". *J. Pain Symptom Manage.* 22: 738-751.

VOLICER, L. (2001): "Management of severe Alzheimer´s disease and end-of-life issues". *Clin. Geriatr. Med.* 17 (2).

2ª Parte

Reflexiones desde las Ciencias Humanas y Sociales

10

Pensando la vejez y la felicidad

Por Javier Sádaba
Catedrático de Ética y Filosofía de la Religión
Universidad Autónoma de Madrid

1. EL CONCEPTO DE VEJEZ

En principio, nadie dudaría en afirmar de algunas personas que son ancianos, viejos o mayores. Porque se trata de algo evidente, que salta a la vista y, por tanto, parece fuera de discusión. Los abuelos y los bisabuelos, nada digamos de los tatarabuelos, suelen ser considerados como personas mayores. Y difícil sería no llamar mayores a los que pasan de los ochenta o noventa años. Desde un punto de vista intuitivo, por tanto, el ser mayor es un dato de la experiencia y, dentro de los grados o variedades de la ancianidad, ésta se nos manifiesta con una claridad semejante a lo que ocurre cuando juzgamos la niñez, la adolescencia o la madurez. Todo esto es cierto y necio sería negarlo. En consecuencia, conviene huir de las definiciones cerradas o de conceptos que tienden a absolutizarse. Y es que los humanos, jóvenes o viejos, nos movemos en el arco que componen la naturaleza y la cultura. Ambas, naturaleza y cultura, exigen que relativicemos qué es lo que entendemos por ser mayor, anciano, viejo o viejísimo. La vida se va alargando en las sociedades desarrolladas gracias al bienestar generalizado y, sobre todo, a causa de los extraordinarios progresos de la medicina. De ahí que quien, en otra época, era considerado un anciano, hoy ya no lo sea. Por otro lado, las culturas miden de distinta forma el tránsito del estado adulto a la vejez. Si, por ejemplo, el mayor es el que cristaliza la sabiduría de la tradición será contemplado como figura a venerar. Si, por el contrario, se le describe como alguien que ha perdido sus capacidades para ser útil a la comunidad, se convertirá en un estorbo que no se sabe en dónde colocar. Comencemos, en consecuencia, dando algunas notas que caractericen qué es lo que habría que entender por "ancianidad", esa época en la que se han alcanzado los años suficientes para recibir el nombre de "mayor" o "viejo". Y, para ello, nada mejor que recordar algunos datos que sitúen en su justo lugar los problemas de los que vamos a tratar y sus intentos de solución.

La esperanza de vida en EE.UU., por tomar el ejemplo de un país desarrollado desde el punto de vista tecnocientífico, era de 47 años en 1900. En el año 2000, superaba los 70. Y esta progresión no ha hecho sino aumentar. Algo semejante sucede en países, también con un progreso tecnológico alto, como Japón o los pertenecientes al núcleo de la Europa económicamente más poderosa. Y en España, en concreto y en la actualidad, colocada ya entre las naciones avanzadas, la media de longevidad, combinando la mujer y el hombre, se sitúa por encima de los ochenta años. A principios del siglo XX, sin embargo, pasar de los 40 lo conseguían relativamente pocos. Por contraste, en regiones miserables del mundo y que cubren más de la mitad del planeta, la tasa de longevidad, comparada con lo que acabamos de ver, es ridículamente baja; casi a la altura, podríamos decir con aire entre terrible y dramático, de los primeros estadios del Homo Sapiens Sapiens. En otro orden de cosas y como indicamos, algunas culturas adelantan o atrasan, respecto a nosotros, el tránsito de la juventud a la edad adulta y de ésta a la ancianidad. Todo ello, en función de las tradiciones o costumbres ancestrales, los mitos religiosos o el clima. Si nos volvemos de nuevo a nuestras sociedades, a la llamada tercera edad y que comienza aproximadamente con los 65 años, se ha añadido la también llamada "cuarta edad" y cuyo inicio solemos colocar a los 80. Pronto habrá que mencionar la "quinta". Biólogos como Haseltine sostienen que estamos a punto de alcanzar los 120 años con una notable calidad de vida. Y es que la ingeniería genética,

entre la ficción y la realidad, empieza a prometernos un aumento tan extraordinario de vida que hace que se tambaleen nociones hasta ahora bien establecidas en relación con la vejez. Pensemos en las hormonas de la juventud; y, en un paso más, en la telomerasa. Esta enzima se comercializó ya a finales de los ochenta y, teóricamente, prolongaría *sine die* nuestra vida. Estaría en nuestro poder, en consecuencia, alcanzar el "efecto Matusalén", probar la flor de la eterna juventud e, incluso, ir más lejos en la prolongación de ese segmento con el que podemos representar nuestra estancia en este mundo. Así, G. Morata y J. Harris sostienen que, manipulando nuestros genes y logrando una indefinida y controlada división celular, no estaríamos lejos de lo que, con mayor o menor precisión, se conoce como inmortalidad. La inmortalidad habría pasado de ser un deseo, reflejado en leyendas y literatura, a una palpable realidad. Si a todo ello sumamos el hipotético dominio de enfermedades como el alzhéimer u otras relacionadas con la senilidad del cerebro, por medio de las, todavía sólo un motivo de esperanza, células madre, nuestra heredada idea de vejez titubea y pide revisión. Y, a propósito de esa extraña, devastadora y desconocida en sus causas, enfermedad de Alzheimer, notemos que a los 65 años la probabilidad de padecerla es de uno a cien, mientras que a los 85 es de uno a seis, un reto, por consiguiente, a la ilusionada concepción de una vida larga y buena.

Como vemos, el efecto "Peter Pan" empieza a estar servido en la imaginación, bien ayudada, ciertamente, por la propaganda y el incansable negocio. Además y para acabar con la puesta en cuestión de una definición rígida de vejez, tengamos en cuenta que nuestros criterios varían en función de determinadas habilidades. Se es viejo para jugar al fútbol ya en la treintena, pero a esa edad se es muy joven en la vida pública, de los negocios o del pensamiento. Nadie llamaría joven a Sófocles o a Russell cuando escribieron, pasados los ochenta años, algunas de sus obras más relevantes. Pero nadie les diría que lo escrito es producto de una mente débil, decrépita o minada por alguna enfermedad senil. Y una observación adicional, dijimos antes que nos estamos refiriendo a la que se llama "civilización occidental". En ésta, la vida se concibe como medio círculo; es decir, se nace, se llega al cenit y se desciende hasta la vejez y, por último, la muerte (para los creyentes religiosos es precisamente con la muerte cuando comienza la verdadera vida; opinión opuesta a los que, guiados sólo de la racionalidad, son ateos o agnósticos). Se trata de una manera realista de describir lo que es el fenómeno, entre maravilloso y terrible, de la vida. En Oriente, sin embargo, la existencia tiene forma circular. Y la razón es que, siguiendo una religión preindoeuropea, se cree que nos reencarnaremos a modo de pago de una culpa y que, únicamente saliendo de la rueda de las reencarnaciones, alcanzaremos la liberación, logrando así la paz de una, para nosotros extraña, bienvenida extinción.

¿Qué conclusión tendríamos que sacar de lo que hemos expuesto hasta el momento y que servirá de base a lo que desarrollaremos a continuación? Antes de nada, que conviene relativizar el concepto de vejez, a pesar de los hechos duros que nos entrega la biología. Y es que ésta no puede por menos que encuadrarse en decisivos factores antropológicos, sociológicos y culturales; por no citar los científicos. Y, en segundo lugar, que no hablaremos de ser viejo para realizar esta o aquella tarea. Por ejemplo, para jugar al ajedrez o para ser consejero espiritual o consejero genético. Nos referiremos, a pesar de todo el relativismo que es necesario tener a la vista, a la vejez del Homo Sapiens Sapiens en cuanto tal; esto es, a ese

punto de no retorno de las personas, que con una especial patología o sin ella, han entrado en el periodo o tramo final de la existencia. Porque las células se han desgastado y, por eso, todos los miembros del cuerpo y la capacidad neuronal se han debilitado hasta el borde de la destrucción. Dicho en otros términos, nos encontramos con individuos que, habiendo sido niños, jóvenes y adultos como los demás, ahora se mueven con una debilidad física y psíquica incuestionable, necesitan ayuda para lo más elemental y son incapaces de realizar trabajos que, en otro tiempo, llevaban a cabo con toda normalidad. Es obvio que hay grados en lo que llamamos "vejez". Sin duda. Pero existe una franja que podemos contemplar como anciana y que es la que se separa de las actividades de los que, con todo su vigor aún, mantienen vivo el fuego de una comunidad que produce y reproduce sus bienes y sus males.

Es desde aquí desde donde nos vamos a fijar en tres aspectos que pensamos son decisivos para captar qué es la vejez hoy y cómo hemos de orientarnos a la hora de enfrentarnos con ella. Primero nos detendremos en la menor capacidad del mayor y, consecuentemente, trataremos de la dependencia, en general, y de la familiar, institucional y social, en particular. Enseguida nos preguntaremos por la actitud que hay que tener, dada su necesidad de protección, en nuestro contacto diario con ellos. Y, finalmente, nos haremos la decisiva pregunta de cómo puede ser feliz el mayor. Si a algunos no les satisface la palabra "felicidad", a consecuencia del deterioro y trivialización que ha sufrido a lo largo del tiempo, utilizaríamos los términos "bienestar" o "calidad de vida". Se habrá observado que las dos últimas partes entran en lo que se podría denominar con propiedad "ética de la ancianidad". Como se habrá observado también que, por lo expuesto a modo de introducción, nuestra intención no es otra sino pensar, de manera real pero sin perder nunca de vista cierto horizonte utópico, la insuperable, en una vida larga, vejez.

2. LA DISCAPACIDAD DEL MAYOR

Suele observarse, contra los cantos que lamentan la llegada de la vejez, que en culturas milenarias el anciano es respetado si no como un semidiós, sí como alguien a quien se debe un respeto especial. El consejo de ancianos o del anciano, la experiencia de los longevos e, incluso, el resto etimológico que aún resuena en nuestra palabra "Senado" mostrarían que en tales culturas no es verdad que el viejo sea un ser inútil y cuya presencia estorba en la comunidad. La conocida frase de Diógenes el Cínico de que no hay cosa más miserable que un viejo pobre no dejaría de ser sino una ocurrencia de una extravagante secta y que pertenece a la base de nuestra civilización. La realidad, sin embargo, patentiza un rostro menos risueño para los que han cumplido más o muchos más años que los demás. Y es que nuestra imaginación tiende a sublimar lo que sólo son aspectos parciales de una determinada cultura; en concreto, de la cultura oriental. Habría que recordar que, ya en la antigua India, la iluminación o conversión de Buda se debió a la contemplación de las tres caras del sufrimiento: enfermedad, vejez y muerte. No en vano uno de los personajes de una novela de Diderot, y que representa la visión del mundo no contaminada por la civilización, afirma que la única enfermedad incurable es la vejez. Y esta concepción se ha acentuado extraordinariamente en una sociedad hiperutilitarista, competitiva *ad nauseam*, ultraproductiva y des-

piadada. Dicha sociedad es la nuestra, la que dice arropar al viejo, una vez que lo ha expulsado de su núcleo, la que, en democracia, busca desesperadamente su voto porque aún es un número, la que lanza mensajes de comprensión de forma paternalista y sin excesiva convicción. Todos sabemos, además, que el envejecimiento de la población, debido especialmente a las nuevas tecnologías y a la biomedicina, está planteando una serie de problemas económicos y sociales hasta ahora inéditos. El hecho es que el número de ancianos aumenta. En España, por ejemplo, el 35% de la población supera los 65 años. Y en Europa, en su versión más reducida y rica, existen alrededor de cien millones de ancianos. En muchos casos el gasto del último año de su vida es superior a todo lo que ha gastado a lo largo de su existencia. De ahí las dificultades en la gestión sanitaria y la preocupación ante un horizonte disfuncional. Y es que aumenta el número de personas a las que hay que cuidar, mientras disminuye el de las que están aún en la edad de trabajar. Una parte de la inmigración debería ser analizada bajo la mirada de una sociedad opulenta y recelosa que necesita, sin embargo, mano de obra y rejuvenecerse. Un ejemplo de esta preocupación, sólo que desde la orilla descaradamente capitalista, nos lo ofrece Fukuyama en su libro El fin del hombre. Allí se nos describe un desolador panorama en donde el mundo se va convirtiendo en una legión de ancianos que devoran el presupuesto de los Estados. Curiosamente poco se dice de éste o de aquel anciano, de una persona con nombre propio y muchos años. Los análisis son globales, cuantitativos, sometidos al rigor supuestamente científico, que no puede por menos que generalizar. Se debe, no obstante, dar un paso más y colocarnos de la parte del anciano, ponernos en su piel. Y, desde ahí, preguntarnos qué es lo que le sucede a quien ha traspasado la barrera de la autosuficiencia, entrando en la zona en la que uno no se basta a sí mismo en las necesidades más elementales o sencillamente ha sido despojado del título de miembro activo de la sociedad. ¿Cuál es la realidad de ese anciano? Nos hemos deslizado así en la más o menos progresiva discapacidad de la persona mayor.

Efectivamente hacerse mayor va parejo con convertirse en dependiente. Digamos, por tanto, alguna palabra sobre la discapacidad que rodea, cómo no, al anciano. Al discapacitado se le ha presentado muchas veces como lo atípico, lo anormal, lo que se sustrae a las categorías habituales de "bueno" o de "malo". De ahí que haya gozado de cierta ambivalencia, tanto en la imaginación literaria como en la vida real. Es por eso por lo que se le ha temido y se le ha envidiado al mismo tiempo. El dios griego Hefaistos, a pesar de ser cojo, se casará con tres de las diosas más bellas del Olimpo. Y el loco, en el Medioevo, era considerado un mediador entre el cielo y la tierra. Tales mitificaciones han sido borradas, por supuesto, en el pensamiento moderno. Y, en concreto, el anciano no es ni siquiera un arquetipo sino que se revela como la anormalidad de una normalidad (permítasenos el juego de palabras) que, se quiera o no, ataca a los humanos; es decir, lo que presagia el destino ineludible de la cesación. Sucede, no obstante, que la presencia masiva del anciano ha hecho en nuestros días que se le comience a pensar en sus aspectos más problemáticos. Aunque no tanto, quizás, como se debiera. Observa el filósofo alemán Höffe que hasta hace muy poco tiempo la vejez no figuraba entre los problemas prácticos de la filosofía, no se la teorizaba desde un punto de vista moral. Si comparamos todo lo que se escribe sobre lo que nace y puede nacer (piénsese en todos los temas relacionados con los embriones), y lo que se escribe sobre lo que está a punto de perecer, lo primero gana escandalosamente. En este sentido, se puede afirmar que

la gerontología moral es muy reciente. Y, nobleza obliga, la Bioética, en su explosiva difusión, ha hecho que la vejez ocupe un lugar nada periférico en los estudios actuales. El anciano, en cualquier caso, se sitúa en la misma franja en la que se encuentran los discapacitados.

¿Qué es lo que nos posibilita hablar de la discapacidad? La respuesta estándar contesta afirmando que se trata de una "conducta atípica", expresión, por cierto, que procede de la etología. El discapacitado, y más allá de las distintas maneras de medir cuánto se aparta de lo que se considera típico o normal, es minusválido en alguna función. Y lo es porque se sitúa en la parte inferior de una escala que puntúa de máximo a mínimo. Y lo puntúan en las valoraciones que hacemos de nosotros mismos y a las que enseguida volveremos. Subrayemos, de momento, que el discapacitado no causa, obviamente, admiración sino, más bien, pena o lástima mostrándose, además, necesitado de ayuda. De ahí que rápidamente pase a ser considerado una carga social, una mercancía averiada o caduca, carente de potencialidad. Y en el anciano, en concreto, tal minusvalía se acentúa ante los ojos de los demás. Porque en su progresiva degeneración, al revés que en el niño o en el joven, el futuro nada podrá mejorarle. Será la muerte la única salida a esa situación de descenso físico y psíquico fatal. En este sentido, la vejez añade, en relación al minusválido, la cercanía del límite total que es la cesación o muerte.

Nos referimos antes a las valoraciones que hacemos sobre nosotros mismos en la sociedad en la que nos movemos. ¿Desde dónde valoramos? Porque surge la pregunta sobre si la capacidad es un dato natural o cultural, si se debe a causas ajenas a nosotros o es una construcción social. La Organización Mundial de la Salud, recogiendo el sentir de no pocos, ha pasado a considerar la salud no sólo un fenómeno biológico o accidental sino algo que remite al contexto social en el que el discapacitado vive. Otro tanto ocurriría con el viejo o muy viejo. Este dilema entre lo natural y lo cultural ha abierto un debate en el que se enfrentan dos posturas extremas. Para algunos, la causa de la discapacidad y, en concreto, de la vejez es casi exclusivamente biológica. Se trataría del final de un organismo pluricelular, sometido a procesos de degradación de las células y del ADN que contienen. Para otros, sin embargo, se trata de un fenómeno exclusivamente social. Según estos últimos, en una sociedad en la que todos fuéramos sordomudos, por ejemplo, no habría ningún problema. Más aún, en una sociedad en la que casi todos fuéramos sordomudos y sólo unos pocos oyeran y hablaran con la normalidad a la que estamos acostumbrados, tampoco se daría ningún problema. Y los que hablan y oyen acabarían adaptándose al lenguaje de los sordomudos. De manera análoga, en una sociedad en la que únicamente existieran viejos o la mayoría estuviera compuesta por mayores o muy mayores, y si tal hipótesis fuera posible, no habría problema alguno con la vejez. Ambas posturas, como ha puesto de manifiesto el filósofo y bioético, antes citado, J. Harris, pecan por exageración. Y es que, habría que recordarlo, somos mitad naturaleza, mitad cultura. Que la cultura es decisiva en todo tipo de valoraciones es evidente. Porque es en el reino de la libertad en donde creamos los valores a través de los cuales nos orientamos. Pero necio sería olvidar o negar nuestra base natural, el componente genético del que dependemos; sólo que sin exagerarlo, como ocurre en algún genetista de élite o provocador. Tanto es así, en lo que a esta exageración provocativa respecta, que en los últimos tiempos una desviada concepción de la genética ha caído en un determinismo inaceptable. Y eso no es de recibo. Poca o mucha, la libertad es uno de

nuestros poderes. La libertad, por cierto, no es un ente metafísico que esté a nuestras espaldas. Las ocasiones en las que somos libres tienen su origen en la capacidad de un organismo como el nuestro, que no actúa automáticamente sino autónomamente. Conviene, en cualquier caso, que nos detengamos en el aspecto sociocultural, aunque siempre abiertos a lo que pueda aportarnos el acelerado progreso de la genética y sus posibles aplicaciones a la vejez. Somos, o si se prefiere, tenemos cuerpo. Una interesada propaganda y una no menos interesada educación han idealizado, de forma atemporal, el cuerpo; un cuerpo que tendría que ser apolíneo, de foto fija y reflejo de los modelos que nos presenta una industria que no cesa de halagarnos engañándonos. Todos, en fin, estaríamos llamados a ser jóvenes para siempre y bellos sin defecto alguno.

¿Cómo podríamos superar tales estereotipos en los que estamos atrapados? Y, más concretamente, ¿con qué medios contamos para hacer que el mayor, en lo posible, no se sienta dependiente o que, para cuando lo sea de forma aguda, le ayudemos de tal manera que resplandezca su dignidad y la nuestra? Las respuestas, como es obvio, son de diverso tipo. Algunas afectan a la capacidad subjetiva que hemos de tener para tratar con el mayor y, así y a través de él, ir cambiando nuestra visión del mundo en este terreno concreto. Otras, a los medios materiales para satisfacer de manera real a las personas que han entrado en el umbral de la vejez y que alguien, en frase acertada, los ha llamado "guardianes o centinelas de la muerte". Comencemos por las primeras.

Recordemos lo expuesto anteriormente respecto a la necesidad de relativizar nuestra idea de vejez o ancianidad. Sin quitar un ápice al tributo que hemos de pagar a los genes, puesto que sería ir contra los duros hechos de nuestra dependencia biológica, vimos que el concepto de vejez es elástico. Y no sólo desde un punto de vista objetivo; es decir, porque cambian las circunstancias externas como es, especialmente, la esperanza de vida. Tal aumento, y permítasenos repetirlo aunque luego volveremos sobre ello, de las expectativas para continuar viviendo revolucionará la sociedad entera. La edad de jubilación, las pensiones, la productividad, la red asistencial, los profesionales dedicados a cuidar a los ancianos, las ayudas estatales y un largo etcétera atañen a este aspecto que nadie podría negar. Más aún, buena parte de las propuestas de lo que se llama la medicina gestionada o la a veces brutal irrupción utilitarista en el campo de la asistencia médica están en relación directa con esta prolongación de la vida que se ha producido en las últimas décadas. Pero existe otro aspecto, que es esencial, a la hora de conformar nuestra idea de lo que es ser mayor y que tiene consecuencias decisivas en su inserción en la sociedad que nos ha tocado vivir. Hablamos antes de una perversa imagen que se apodera de nosotros de forma que tiende a expulsar a todo lo que no se aproxime a lo que no es joven y bello. Es ésta una invasiva imagen de la que es necesario desembarazarse. Porque necesitamos flexibilizar los conceptos relacionados con el cuerpo y, concretamente, con la vejez. El cuerpo humano se extiende en el espacio y en el tiempo. A un interesante filósofo actual se debe la aparentemente trivial expresión: "Para una cosa que se extiende ser significa estar presente en algún lugar en el espacio durante cierto tiempo". No hay trivialidad alguna. Estamos tejidos de temporalidad, es ésa nuestra sustancia. De ahí que esté también en nuestro poder acotar cada una de las fases por las que pasamos y vivirlas según su especial momento. Y más hoy, puesto que en un mundo globalizado nuestros viejos esquemas se rompen. Necesitamos, por eso, un nuevo modelo

de lo que es ser mayor; una manera de mirar la ancianidad en la que ésta pase a ocupar un lugar central o, expresado en otros términos, en la que no se la vea como la parte deteriorada de un segmento; un segmento que expresa el punto de partida y el de llegada de la vida humana. Para ello, repitámoslo, es necesario modificar, no menos, nuestra inercia, romper con una pedagogía insulsa en la que el mayor es sólo lo caduco, lo que se orilla, lo que se contempla, si no con desdén, sí con falsa ternura o mera condescendencia; y eso, en el mejor de los casos. Necesitamos, en suma, vernos de manera distinta a nosotros mismos. Con más sentido dionisiaco, sabiendo que en todo momento existe, mientras estemos en vida, un instante a gozar, una tarea, por mínima que sea, a cumplir, una ocasión para reír o sonreír, una posibilidad de entrar en contacto activo y receptivo con los otros. De esta manera no se elimina, por arte de magia, la dependencia. Pero se la puede ir situando en un lugar bien alejado de lo que hasta ahora ha sido. Porque, si se da la flexibilidad mentada, el mayor es capaz de aumentar la estima de sí mismo, de presentarse a los ojos de los demás como una persona que aún tiene una palabra que decir, como un individuo que cuenta en medio de todos los que componen, al igual que en un puzzle, la comunidad.

Unido a lo anterior, habría que saber integrar a los ancianos en la vida cotidiana. La palabra "integración" se usa con excesiva frecuencia como un comodín que acaba perdiendo cualquier significado. Si queremos de verdad integrar al mayor y hacerle más independiente o con una dependencia que no lesione la estima que ha de tener de sí mismo, es preciso tomarle como uno más. Los ancianos han de saber, sin duda, estar entre ellos, comunicarse de la misma forma que lo hacen los jóvenes entre sí. Pero existe otro tipo de comunicación transversal en la que tendrían que superar el cerco de la familia, del pequeño gueto, de la residencia, en el caso en que se encuentren allí, y circular con normalidad entre nosotros. Eso, sin duda, no les va a eliminar su inevitable dependencia de la noche a la mañana, porque la palabra no hace milagros. Pero la palabra, el saber compartir el tiempo, escuchar sus quejas o sus historias, estar a disposición para, conjuntamente, realizar lo que no pueden llevar a cabo solos es una forma de hacerles mucho menos dependientes. O, para ser más exactos, es una forma de que su dependencia, entendida como incapacidad, sea subsumida en la comunidad. Todo ello exigiría, por un lado, una pedagogía que nos enseñara a ser mayores. Es ésta una asignatura que, no se sabe bien por qué, no se nos enseña nunca. Pero es necesario preparar a todo el mundo para ser anciano. Y, por otro, tendríamos que ser mucho más sensibles con los que son de edad avanzada y tomarles en serio. "Tomarles en serio" quiere decir que, junto al respeto que se merecen, habría que aprender a reír con ellos, a compadecerse con ellos y, en suma, a estar prontos para asistirles, incluso en aquellos casos nimios en los que parece que poco hay que hacer. Escribía un ya desaparecido filósofo que "Dios habita en los detalles". Podríamos traducirlo diciendo que "lo bueno habita en los detalles". Y el detalle es esencial con el anciano. Éste se sentirá al mismo tiempo arropado y satisfecho con ser mayor, aunque tenga que depender, de facto, como nunca de los demás.

Es obvio que lo expuesto no soluciona el problema real de la dependencia del mayor. Por mucho que nos acerquemos a él, permanece la dificultad que tiene quien ha consumido mucho de su propia vida. Más aún, si únicamente nos quedáramos en la necesidad de flexibilizar el concepto de ancianidad y su integración en la vida cotidiana, se nos podría acu-

sar, con razón, de no pasar de una cierta retórica. Efectivamente se necesitan medidas objetivas que complementen lo dicho hasta el momento. Lo dicho, en cualquier caso, nos parece sustancial. Porque sustancial es ir mejorando nuestra comprensión de la vejez y desterrar para siempre la idea del viejo como un inválido absoluto. Pero esto nos lleva a la tercera parte. Esto nos lleva a la protección de ese anciano que, dado el discurrir de los años, es dependiente en grado sumo de los demás.

3. LA PROTECCIÓN DEL MAYOR

En esta tercera parte trataremos de la protección que necesita el mayor dependiente. Y ello nos obliga a añadir dos palabras sobre la ética de la ancianidad. Y es que alguien podría preguntarnos por qué merece ser atendido justamente una persona que ya no es útil, desde cualquier punto de vista, al resto de sus congéneres. Permítaseme aquí citar estas palabras del filósofo R. Valls: "...el caso de la vejez hace patente la insuficiencia del criterio de utilidad como determinante último de las decisiones morales. ¿No puede ser socialmente muy útil la eliminación de los viejos o, al menos, su disminución mediante el recurso, por ejemplo, de limitarles la asistencia sanitaria?" (Valls, 2003: 212-213). Obviamente la respuesta que demos a la vejez dependerá del tipo de moral que defendamos. Y una sociedad extremadamente utilitarista no es la más adecuada para mirar cara a cara al anciano y tratarle no sólo como a los demás sino incluso con el plus de atención que requiere quien conjunta en su vida el trabajo acumulado y la situación de indefensión. Por eso, cuando hablemos de los deberes para con los ancianos, nos referiremos a una ética que no se reduce a intercambio de utilidades o a mera teoría egoísta de juegos en los que sólo se calculan las ganancias y las pérdidas. Una ética que cuida al mayor es una ética fuerte en la que lo que cuenta no son los resultados sin más sino la consideración de todas las personas que están en este mundo; y, muy especialmente, de las que están más necesitadas. Dicha ética se fija en el núcleo de las personas, establece relaciones internas entre los humanos y muestra una compasión e, incluso, un amor universal que va más allá de lo que habitualmente y por desgracia tomamos como moneda al uso. Por eso, a la necesidad de cambiar nuestros esquemas sobre la vejez hay que añadir la necesidad de vivir una ética intensa, en la que estemos motivados para obrar bien, más por satisfacción de la propia conciencia que por puro cálculo o estrategia. Y es que los humanos no somos instrumentos u objetos sino personas que nunca perdemos la dignidad. Incluso cuando actuamos mal. Una ética o moral como la descrita, y siempre en relación con la vejez, debería desarrollar los siguientes aspectos. Por un lado, una ternura específica. Además, el sentido de deuda con el anciano. Y, finalmente, una serie de medidas prácticas en las que se haga carne la actitud que estamos defendiendo.

¿Qué significa tener ternura con el anciano? Antes de responder a la pregunta, demos un rodeo para situar el sentimiento de ternura. Hemos hablado de ética o moral, que como sinónimos emplearemos los dos términos. La ética tiene una parte teórica. Y es lógico, puesto que hemos de justificar por qué se debe o no, por ejemplo, ayudar a los demás. O por qué se debe o no torturar (obviamente no se debe). La ética no se reduce a pura emoción. La doctrina conocida como "emotivismo", y que tuvo una efímera existencia, puso de manifiesto

las carencias de una ética que se reducía a ser mera expresión emotiva. Porque cualquier juicio moral que hagamos está expuesto a la pregunta de por qué eso es bueno y debe hacerse, o malo y debe evitarse. Hemos de dar, en suma, razones de nuestras acciones morales. Pero ésa es sólo una parte, importante sin duda, de la ética. Y es que la ética se inserta en la persona entera, se inscribe en el todo de la vida de cada uno de los individuos. En ese todo vital, los sentimientos juegan un papel esencial. Ante la injusticia deberíamos tener el sentimiento de indignación y, ante lo que realizamos en contra de nuestras propias convicciones, deberíamos avergonzarnos. Son los citados dos sentimientos morales de la mayor importancia. Existen otros que dan el tono de lo que es una rica actitud moral. Entre éstos se encuentra la ternura hacia el anciano, viejo o mayor, al igual que respecto a todos aquellos que muestran una evidente debilidad. Nietzsche estaría en contra de lo que acabamos de decir. Nosotros, por nuestra parte, estamos, en este caso, completamente en contra de lo que Nietzsche dice. Apresurémonos a añadir que no sólo existe la moral que nos obliga en relación al anciano sino que éste tampoco ha perdido sus obligaciones morales. Porque estamos refiriéndonos no a un individuo en estado de coma, crioconservado o cosas por el estilo. Estamos contemplando a una persona que se encuentra disminuida y, en este sentido, sus obligaciones serán proporcionales a sus capacidades. Pero en modo alguno le concebimos como exento de obligaciones morales. El peso de la actitud moral, sin embargo, se desplaza hacia aquellos que no son mayores o ancianos. Y es que en una relación asimétrica, algo insinuamos antes al hablar de la indefensión de los minusválidos, somos los que nos encontramos en la plenitud de nuestras facultades los que hemos de suplir lo que en ellos, en ese momento de su vida, falta. Ahí se inserta la ternura. Es probable que a algunos oídos la palabra les suene entre débil y romántica, por lo que pronto la apartarán de un manotazo considerándola de poco interés. No tendría que ser así. La ternura, que etimológicamente quiere decir lo que es suave y se opone a lo rígido, es sumamente importante en nuestra vida. Somos tiernos con los niños y nadie nos acusa por ello de ser blandos. Pedimos al profesional sanitario que sea tierno con los pacientes y no por ello, todo lo contrario, le acusamos de blando. Decimos que hay que ser tierno en el amor y no por ello nos reímos o pensamos que, quien así se comporta está cayendo en el ridículo. Precisamente una poesía de Pessoa muestra hasta qué punto un amor sin ternura no es un amor de enamorado. Los escolásticos, tan estirados en sus especulaciones teológicas, hablaban, no obstante, de conciencia tierna en el terreno moral. Se referían, con toda razón, a los que son sensibles en sus relaciones con los demás, no son indiferentes al dolor ajeno; y son, en suma, personas que no hacen gala de una dureza de corazón sino que tienen, más bien, una piel que vibra con la de los otros. Y se atribuye a un pretor romano el epitafio que parece en la tumba de un niño en el que se pedía que la tierra fuera leve y suave con él, como lo había sido el niño en sus pisadas sobre la tierra en el breve espacio de tiempo que había habitado sobre ella. La ternura para con el anciano, en consecuencia, es la puesta en marcha de un sentimiento moral apropiado a una determinada situación. Tal sentimiento no produce, como bálsamo mágico, una cura total y milagrosa de las heridas de la vejez. Es, sin embargo, una manera de proteger al anciano de la depresión, de la tristeza y de la soledad.

Junto a la ternura, como arropamiento protector, es necesario tener en cuenta hasta qué punto la idea de deuda es importante para tratar de hacer de la vida del anciano algo digno

de ser vivido; incluso aunque sus fuerzas sean escasas. Por deuda hay que entender lo que les debemos, dada su aportación a la sociedad en general. El niño o el joven están en un estado potencial. Hay que cuidarles por sí mismos, pero sabemos que pronto serán una inyección de vida en las tareas de la comunidad. En el caso del anciano, la situación se invierte. Debemos mirarlos como aquellos que han logrado que la comunidad posea lo que ahora gozamos. Escribía el sociólogo Compte que la historia es la historia de los muertos. Quería decir que cabalgamos a hombros de lo que nos han entregado las generaciones anteriores. En ellas nos apoyamos y ellas, en nosotros, se perpetúan. Con el anciano sucede algo similar. Sobre sus hombros actuamos. De ahí que merezcan nuestro reconocimiento. No sólo el reconocimiento que hay que otorgar a cualquier persona, sino un reconocimiento basado en los años acumulados. La acumulación de tiempo en sus vidas es la que posibilita las nuestras. Por eso, el concepto de deuda está en su lugar. Una deuda que tendríamos que pagar, antes de nada, con la protección a la que nos venimos refiriendo. La idea de deuda tiene connotaciones comerciales y el filósofo Nietzsche, antes citado, especuló con ella de forma que parecería inapropiado aplicarla a los ancianos. Pero no tiene por qué ser así. Porque la deuda no es sólo la obligación de pagar. Deuda, como deudo, nos aproxima, nos hace parientes de nuestros deudos. Es en ese sentido en el que la deuda recubre y protege al anciano. Y nos lo coloca ante nuestra mirada como alguien al que, en vez de alejarlo de nosotros, hemos de introducirlo, en lo posible, en nuestras vidas. Son la ternura y la deuda dos actitudes fundamentales, lo venimos viendo, respecto a los mayores. Naturalmente que no abarcan todos los sentimientos que tendrían que rodearles. Aun así, son decisivos y, en buena parte, incluyen otros que, sin duda, podríamos contemplar. Lo que sucede es que, llegados a este punto, nos podemos preguntar si lo expuesto sobre la protección al mayor es suficiente. Porque proteger al anciano no sólo exige que nuestra actitud hacia ellos sea como la que acabamos de proponer. Exigiría, sobre todo, medidas prácticas de tal forma que las actitudes y sentimientos aterricen en la existencia de todos los días del anciano. Exigen, en suma, medidas concretas que garanticen su protección. Tal protección posee sus grados y dichos grados hacen referencia a las distintas capas que rodean al anciano en la sociedad en la que viven. Nos fijaremos en concreto en los familiares, en los profesionales sanitarios y en el Estado.

Los familiares tienen una responsabilidad directa en lo que atañe al cuidado y protección de los mayores. Y, entre los familiares, los hijos, parientes más cercanos en la línea evolutiva, son los primeros que deberían ocuparse de ellos. Cuando nos referimos a los deberes u obligaciones de los hijos para con los padres, o a los de otros parientes en orden descendente, no hay que apoyarse sólo en la costumbre o en la relación genética, ésta bien obvia, puesto que recibimos 23 cromosomas de cada uno de nuestros progenitores. Es claro que en determinadas sociedades la costumbre de atender a los padres está bien arraigada. Es lo que todavía ocurre en España en comparación con otros países cercanos. Conviene recordarlo porque el rumbo de las sociedades occidentales, incluida la nuestra, no es precisamente ése, sino ir abandonándolos o colocándolos en residencias, enseguida volveremos sobre ellas, en las que el afecto de los más próximos languidece. Y es claro, lo repetimos una vez más, que la continuidad de la especie, que se basa en la procreación, hace que los hijos sean el producto del padre y de la madre. Aunque en este punto tal vez no esté de más hacer un par

de precisiones. En primer lugar, una hipotética clonación haría que los genes provinieran sólo del padre o de la madre. Ha sucedido ya en los mamíferos y quién sabe cuándo se podrá realizar en los humanos. Y, en segundo lugar, la cadena de la especie no es lo decisivo. Unos hijos adoptados tienen las mismas obligaciones que los hijos naturales. En cualquier caso, cuando hablamos de obligaciones no nos fijamos en las costumbres recibidas o en una mecánica relación natural. Estamos hablando de la moral en cuanto tal. Y es que se poseen más obligaciones en unos casos que en otros. Yo tengo más obligaciones con los que me son próximos que con los que me son más lejanos, aunque ambos entran en el amplio campo de los derechos y deberes universales. En otros términos, la moral, por una parte, consiste en superar el estrecho marco de los más cercanos para incluir a todos los humanos. Y, por otro, fija deberes en casos determinados en razón de las relaciones específicas que mantengamos, dado el orden social. Los próximos, los parientes han de estar, por lo tanto, especialmente sensibilizados respecto a sus mayores. Es uno de los deberes que se imponen, moralmente, en la comunidad.

Por eso es penoso contemplar a hijos y parientes cercanos, quitándose de encima a los padres y recluyéndolos en "reservas indias", son palabras del citado Höffe, mientras ellos disfrutan de una confortable existencia. Desgraciadamente a veces la hija o el hijo político tiran de la cuerda del desentenderse por la incomodidad que les supone interesarse por los que no son sus padres naturales. Pero es ahí en donde prevalece la capacidad de argumentación y, sobre todo, de decisión, del hijo o de la hija. Dos palabras más, en este contexto, sobre las residencias. Es indudable que hay muchos casos en los que el mayor es mejor que esté en algún tipo de residencia. Piénsese en un alzhéimer avanzado y en donde no existe posibilidad alguna de comunicación entre los que le rodean y el paciente. A causa de su incapacidad total para interaccionar con los demás o por la imposibilidad material de la familia para hacerse cargo de una situación tan extrema no hay más remedio que recurrir a algún centro que acoja al mayor. Habría que desear, digámoslo de paso, que algún día gocemos de tal estado de bienestar que las zonas dedicadas a los ancianos sean como la prolongación de la casa o del hogar familiar. Aunque para ello no sólo tendría que mejorar el reparto equitativo de los recursos sino nuestros antes citados sentimientos morales. Hoy eso no es así. Las residencias públicas ni son suficientes ni poseen el calor humano que necesita el anciano. Por eso, el que puede recurre a las privadas. Y éstas, bajo la fachada de un buen lugar, son caras y con frecuencia deficientes desde el punto de vista profesional. Se convierten fácilmente en simple negocio. Es éste, desde luego, un tema delicado y complejo. Pero eso no obsta para que se enfoque con sinceridad y claridad.

Detengámonos ahora en la relación de los profesionales de la medicina, entre los que estarían enfermeras, enfermeros y médicos, con el mayor. Existe una célebre distinción ente cuidar (care) y curar (cure) que recorre toda la labor sanitaria. Fijémonos en el cuidar. Se trata, en el caso del anciano y sin olvidar en lo posible el curar, de cuidarlo, de desarrollar aquellas atenciones, tales como la capacidad de escucha y la paciencia, que hacen la vida agradable al mayor. Todavía más, en los últimos años se ha escrito con profusión sobre la ética de las profesiones. No es cuestión de reavivar la noción de "vocación", introducida por el sociólogo M. Weber, ni afirmar que un profesional sanitario tiene que parecerse a Teresa de Calcuta. Pero sí es cuestión de otorgar la mayor seriedad a la profesión dedicada a la salud

y bienestar de las personas, se encuentren en la etapa de la vida en la que se encuentren. Y tal profesión implica tratar a los mayores según las pautas de conducta antes reseñadas. Algunos sostienen, es el caso de Mary Warnock, que el médico tiene unos deberes morales adicionales respecto a otras profesiones. No es lo mismo cuidar la salud de los seres humanos que construir una casa o cultivar cebollas. Si esto es así, al profesional de la medicina habría que pedirle, además de conocimientos específicos sobre los que han pasado ya el umbral de la madurez, una actitud que se traduce en considerar que el mayor no sólo no ha perdido dignidad sino que necesita más afecto.

Antes de acabar este apartado no estará de más añadir un par de observaciones sobre el Testamento Vital o Biológico, también conocido como Voluntades Anticipadas, y que tiene su origen en EE.UU. bajo el nombre de Living Will. En 1976 se acepta, en Chicago, el Acta de Muerte y pronto será legal en 50 estados de Norteamérica. De allí pasa a Europa y, ya en España, también es legal en 16 autonomías y lo ha refrendado el Parlamento español. Tal testamento consiste en un documento en el que, ante notario o con tres testigos, se pide que no se continúe dando soporte vital en el caso de encontrarse en situación de no poder decidir. Piénsese en un coma profundo o en un afectado avanzado de alzhéimer. Por soporte vital suele entenderse medicación, nutrición, hidratación, diálisis renal, etc. Corresponde al potencial paciente determinar cuáles serían las diferentes circunstancias en las que debería serle aplicado. El Testamento Vital se apoya en textos como la Ley General de Sanidad o la reciente Ley de Autonomía, y en las que se subraya la autonomía del paciente. Es dicho paciente el titular de su cuerpo y en su libre voluntad está enfocar la enfermedad del modo que considere más apropiado. Aunque en el año 2007 un Real Decreto anuncia la creación de un Registro de Voluntades Anticipadas, sería una buena idea incluir el Testamento Vital en el historial clínico de los pacientes. En relación al testamento en cuestión, el médico ha de estar atento a él, cuando exista, y ser respetuoso con la voluntad, libremente expresada, del enfermo. Es cierto que el Testamento Vital tiene perfiles oscuros, puesto que es discutible dónde se sitúa el deterioro físico o intelectual, o cuánto dura la fase terminal. El médico, sin embargo, no puede sustraerse a los problemas de la vida y de la muerte. Es obvio que el testamento adquiere su validez cuando uno está en sus plenas facultades y que afecta a mayores y no mayores. Pero es claro que la incidencia en estos últimos es mucho más decisiva. Como es claro que se trata, no siendo aún anciano, de preparar lo que uno desearía que se hiciera con su cuerpo si, siendo mayor, no puede ya decidir. Y absurdo sería tomarlo como una eutanasia encubierta. Esto ni siquiera los más ortodoxos lo consideran así. Además, se piense lo que se piense de la eutanasia activa y voluntaria, lo que se intenta es que cada uno, en el caso concreto que nos ocupa, conciba su vejez dentro del fundamental concepto de vida buena; o, si queremos expresarlo con otras palabras, dentro del concepto supremo de felicidad humana o bienestar general. Hemos tocado un concepto clave. Y es el que vamos a desarrollar, para acabar, en lo que sigue.

Antes de entrar en el último apartado, conviene que hagamos referencia al deber del Estado en lo que atañe a la protección del mayor. Las distintas administraciones de los distintos gobiernos se sustentan en ideologías que van desde un desnudo liberalismo hasta un exagerado intervencionismo. Sin entrar en el debate de cuál es la ideología más adecuada, sí debemos sostener que una comunidad moralmente sana hace justicia a sus mayores. Y el

Estado, como representante de tal comunidad, está en la obligación de atenderles en sus necesidades. Los Derechos Humanos no se reducen a los Civiles. Incluyen también los Económicos y Sociales. Son muchos, entre otros el nuestro, los que han suscrito pactos para cumplir esos Derechos. Por eso, en un Estado mínimamente respetuoso de la justicia, los presupuestos han de contemplar partidas dedicadas a la vejez. Y, en consecuencia, deben mejorar la red de residencias, los medios sanitarios, los profesionales en gerontología, el acceso a los medicamentos y todo aquello que les posibilite vivir dignamente. Sabemos cómo la familia acostumbra a ser el colchón que suple lo que tendría que venir del dinero que todos aportamos. Recientemente y en España, se ha aprobado la Ley de Dependencia. Es una buena idea. Pero se quedará en papel mojado y se caerá en nuestra eterna manía de decretar una ley y cruzarse de brazos si no se la dota con suficiencia económica. O si, por ejemplo, no alcanza a aquellos inmigrantes que, no regularizados, llevan sobre sus hombros una gran parte de la tarea de cuidar a los ancianos. Pero es hora ya de pasar a la última parte.

4. VEJEZ Y FELICIDAD

Felicidad y vejez, ¿son dos conceptos que se excluyen? En una primera impresión parece que sí. Veremos que hay que corregir esa primera impresión. Para ello, antes de nada, detengámonos en la idea de felicidad. Aunque nadie ha conseguido darnos una definición que a todos contente o aunque algunos piensen que deberíamos borrar la palabra de nuestro vocabulario, nadie desconoce un significado mínimo por todos compartido. La felicidad, lo escribía Aristóteles al comienzo de su fundamental *Ética a Nicómaco*, no consiste sino en alcanzar el máximo bien que nos sea posible. Y eso no hay nadie que no lo entienda. Los problemas surgen cuando se especula con la manera más adecuada de delimitar qué sea la felicidad. Es ahí en donde podemos encontrar detractores de ella. Goethe, por ejemplo, decía que la felicidad es de plebeyos. Y Simone de Beauvoir escribía que quien es feliz no tiene historia. A lo que estos autores se refieren es a la confusión de ser un simple o un inconsciente con ser feliz. Pero, una vez evitada la confusión, a ellos, como a todos, les iba de su propia vida, de aprovechar lo que la naturaleza ha puesto a disposición y de sacar jugo a lo que podamos en el momento histórico en el que nos toque vivir. Ahí todos concordamos. Esa felicidad, por otro lado, posee dos componentes. Uno es más elemental y está en la línea de nuestras capacidades naturales. El otro se refiere a la conquista que es posible obtener en función de una vida digna de vivirse. Son dos niveles distintos, aunque ambos importantes y que, sumados, nos otorgarían los mayores bienes que está en nuestras manos alcanzar. En el primer nivel, se encontrarían todos los placeres situados a nuestro alrededor. Por ejemplo, la contemplación de la naturaleza, la sexualidad, el amor, el arte y un largo etcétera que cualquiera imagina sin dificultad y nos pueden producir placer simplemente porque nuestro cuerpo forma parte del mundo. No es un placer puramente pasivo sino que se requiere habilidad para sacar partido a lo que la naturaleza, con sus estímulos, nos proporciona. Pero el segundo nivel es más decisivo y típicamente humano. Se trata de la felicidad digna o merecida. Y esta felicidad se construye en razón de nuestras aptitudes morales. Una conciencia satisfecha, el gozo del deber cumplido y de hacer aquello que creemos que tenemos que hacer es el máximo de felicidad a la que puede aspirar el ser humano. Naturalmen-

te que la conjunción de los dos niveles nos daría la felicidad suprema. Conviene, sin embargo, hacer inmediatamente una precisión que, si no se tiene en cuenta, se cae en una idea necia de felicidad. Y es que, por mucha que fuera nuestra felicidad, siempre será limitada. Los humanos no somos ni dioses, ni ángeles, ni "supermanes". Y estamos expuestos a los dolores, las enfermedades, la erosión del tiempo y la muerte. Es ésa la causa de que tantas personas, decepcionadas por no lograr una felicidad perfecta, se agarren a la promesa de otro mundo en el que se cumplirían sin trabas todos nuestros deseos. El paraíso coronaría nuestra vida. Es lo que ofrecen las diversas religiones que pueblan este planeta y que difícilmente dejarán de acompañarnos. La felicidad o bienestar, en suma y contemplada en términos intramundanos, será mayor o menor, pero nunca nos colmará hasta decir basta. Por otro lado y en el supuesto de que nuestra vida se alargara, como antes indicamos, alcanzando muchos años más, es probable que la angustia ante la muerte permaneciera y que, al llegar a una edad avanzada, tuviéramos los mismos miedos o agobios que podemos tener ahora. Contra la ilusión, puesta en circulación, entre otros, por Marcuse, de que una larguísima vida cambiaría nuestros deseos, tiene todo su sentido afirmar que tal vida extensa poco iba a modificar la visión de un final inevitable. Y es que la estructura humana sería la misma y, por lo tanto, difícil es pensar que el deseo se viera definitivamente satisfecho. La felicidad, bienestar o calidad de vida, en fin, son relativos. Lo cual no quiere decir que no debamos esforzarnos por llenar el vaso que a nuestra disposición esté.

¿Cómo conciliar el estar bien o felicidad con un cuerpo que padece el paso del tiempo de manera implacable? Es cierto que no existe una receta general o que dependerá de si se es más o menos mayor, o si los achaques le han respetado más o menos a uno. Es posible, sin embargo, hacer alguna propuesta que ligue la felicidad y la vejez. Por lo menos, aquella felicidad que puede ir pareja con la vejez. En este sentido, convendría, desde jóvenes, ir aprendiendo a ser mayores. Raramente se enseña a ello y no deja de ser una deficiencia en la educación de la persona. Aceptar el destino de hacerse mayor, más que resignación, otorga cierta paz de espíritu. Tener siempre funcionando nuestras neuronas, no decaer en la lectura, estar atento a lo que sucede, no perder la curiosidad por nada, hablar sin descanso con los demás, mantener el contacto con los jóvenes o hacer ejercicio son algunas de las actividades que es necesario practicar desde muy pronto, cultivar durante toda la vida y mantener en la vejez. De ahí que la cultura sea el oxígeno para respirar mejor en la parte más desgastada de la vida. Es necesario hacer acopio de energías; no sólo de energías físicas sino, sobre todo, intelectuales y emocionales. En otro plano, habría que hablar de las pequeñas satisfacciones o de los goces apropiados a la edad. Una persona adulta no se ríe con lo que entusiasma a un joven. Una persona mayor no tiene por qué gozar con los mismos momentos que un adulto. El mayor puede disfrutar con el paseo sosegado, con la conversación relajada, con el recuerdo melancólico, con lo que escucha de los otros, con lo que ve a su alrededor. Un anciano con un niño, y si éste es un nieto aún más, tiene en sus manos un enorme placer. Es verdad que con excesiva frecuencia se explota a los abuelos y se les hace trabajar indebidamente a favor de los hijos y con poca recompensa. Pero no es menos verdad que el círculo que describe la vida del anciano y del niño, de alguna manera, se tocan. Son de una delicadeza y sugerencia extraordinarias las escenas del film de Bergman El silencio, en donde un anciano y un niño, en distintos idiomas, juegan con la alegría con la que podrían

jugar dos niños pequeños. La imaginación tiene la capacidad de retrotraernos a otros estadios placenteros, recuperar el tiempo que ya se ha perdido, abarcar, en suma, el arco de las experiencias que todavía conservan su huella en el cerebro.

El anciano ha sido en las sociedades arcaicas el que mantiene en la memoria las leyendas de la comunidad, el transmisor de la sabiduría, la referencia de lo que ocurrió y que a todos, ahora, nos afecta. En este sentido, los mitos van unidos a la figura de los mayores, de los que tocan aún casi con la mano generaciones que ante los nuevos ojos están sepultadas en el olvido. En una sociedad que fuera más ágil de lo que es la nuestra y en la que no se despreciara como inútil lo que no es groseramente productivo, un anciano debería estar en los lugares en donde comienza la enseñanza de los más jóvenes relatándoles no tanto cuentos sino historias. Hemos degradado este tipo de actividades convirtiéndolas en bufonadas, como si fueran las típicas "batallas del abuelo". Y es un error. El viejo, el anciano, el abuelo son piezas de una misma sociedad y en ella han de desarrollar las capacidades a su alcance, contando siempre con esa tolerancia que hace de nosotros personas y no cosas. Existen, además, otra serie de actividades en las que el mayor podría aportar su quehacer y, al mismo tiempo, sentirse entroncado en la comunidad en la que vive. En jornadas cortas, trabajos especialmente suaves, tareas que requieran más experiencia que fuerza y con ocupaciones escalonadas (el voluntariado en una ONG sería un ejemplo), los mayores no tendrían que ser reducidos al aburrimiento o al estorbo. Una sociología de la vejez o una ética aplicada, hoy al uso, deberían dar cuenta de todas estas posibilidades en una sociedad en cambio constante y en donde la producción adquiere formas diversas y los servicios se multiplican. No deja de ser patético escuchar, por boca de jubilados, que su actividad más importante a lo largo del día se reduce a ir a la compra bajo la supervisión del ama de casa. Es verdad que cuando la vejez se agudiza, las posibilidades de trabajo se igualan a cero y la calidad de vida disminuye a niveles mínimos. Incluso en estos casos, sin embargo, hay que animar al anciano; no con falsas promesas. La mentira o el elogio ficticio a la ancianidad (Bobbio comparaba esta flor marchita, arrojada al anciano, con el bellum dulce inexpertis de Erasmo; es decir, sólo al que no vive la desgracia le puede parecer dulce la guerra) están de sobra. De lo que se trata es de mostrar que siempre, mientras la vida dure, es posible encontrar instantes en los que algún gozo está a nuestro alcance. Para ello se necesita decisión por parte del que sufre y disposición por parte de quien ayuda a evitar el sufrimiento y dar, siquiera en dosis proporcionales al trozo de vida que la realidad ofrezca, cierta felicidad. Y cuando nada hay ya que hacer, nada hay que hacer. A no ser que exclamemos, como lo hacía el filósofo Wittgenstein: "Así es la vida humana".

Vamos a acabar con tres observaciones que completen lo que hasta ahora hemos expuesto. La sexualidad de los mayores es objeto de estudio en los últimos tiempos con una profusión notable. Desde las técnicas propias de la edad hasta los fármacos, la sexualidad en la vejez está recibiendo un espaldarazo que supera los moldes a los que estábamos acostumbrados. Como escribió el filósofo gruñón, Schopenhauer, la sexualidad nos acompaña hasta la muerte. No obstante, la revolución sexual de la ancianidad no consiste en más viagra. Consiste, por encima de todo, en la valoración de la caricia y de la antes citada ternura. Es ahí en donde el mayor se sentirá a gusto con su cuerpo o con los otros cuerpos, sean éstos mayores o más jóvenes. Por otro lado, la edad debería procurar una determinada paz interior. No es cuestión de ir de taoístas, pero nos vendría bien a nosotros, occidentales, descentrar nues-

tro "yo", concebirnos como una parte más del universo y no como sus dueños. Todo ello nos colocaría en nuestra auténtica dimensión, incluida, por supuesto, la sexualidad. De esta forma el anciano está en disposición de contemplar su vida entera como una aportación a la armonía universal. Escribía Aristóteles en el libro de ética antes citado que una vida se juzga no por este o ese acto sino por su totalidad. Y el anciano es así como tiene que verse a sí mismo. Desde ahí, y con la vista hacia atrás, es probable que se llene de melancolía. La melancolía, sin embargo, no es tristeza. Más aún, existe lo que podríamos llamar la "dulce melancolía" y que consiste en el saborear lo que se tiene porque se tuvo. Finalmente, retomemos lo dicho antes sobre la vida buena. Es ése el mandato supremo de nuestra existencia. Es cierto que sólo se cumple en contacto recíproco con los demás. Pero supone el cuidado del cuerpo de cada uno. Tal cuidado no es ni egoísmo ni autismo. Se trata, más bien, de los deberes para con uno mismo. Y eso nos compete a todos; y, cómo no, al anciano. A éste habría que quitarle de la cabeza esa monserga tradicional de que la vejez es como un aparcamiento en donde nada se hace y sólo se espera el fin. La lucha por estar bien, el deseo de gozar hasta el final no se debe perder sino porque efectivamente llegue lo que a todos llega: el final.

Se ha escrito, lo señalamos al principio, que el anciano es "el guardián de la muerte". Habría que matizar la expresión y afirmar que es "el guardián de la vida". Vida y muerte son dos caras de la misma moneda. Nos vigila con el consejo, nos enseña con lo que ha hecho y nos ayuda con su ejemplo. Sólo que, para que esto ocurra, nuestra mirada ha de ser mucho más pura y desinteresada de lo que acostumbra a ser. La ancianidad nos interpela. Y en ese desafío nos medimos, en primer lugar, con el anciano. Y, después, nos medimos también y especialmente con nosotros mismos. Dime cómo tratas al mayor y te diré quién eres. E incluso cómo serás de mayor. Cicerón nos contó, en un muy divulgativo libro, la historia de su vejez, al menos de manera implícita, y de la vejez en general. Bobbio, de forma más atropellada, ha hecho recientemente lo mismo. Esos testimonios siempre son bienvenidos. Porque la vejez habla por su boca. Y porque nada más necesario que preparar el final. No el final del final, que de ése no nos encargamos nosotros. De ése sí que se encarga la naturaleza. Escribió Bergamín que "al final no todo es igual". Como escribió también un filósofo actual, si la vida es como una novela con varios capítulos, a uno le pertenece escribir el último. Nadie nos puede quitar la posibilidad de decidir cómo han de ser esas páginas finales.

Bibliografía

Bobbio, N. (1997): *De senectute*, Taurus, Madrid.

Cicerón, M. T. (2001): *De senectute*, Triacastela, Madrid.

Fukuyama, F. (2002): *El fin del hombre*, Ediciones B, Barcelona.

Gazzinga, M. S. (2006): *El cerebro ético*, Paidós, Barcelona.

Hoffe, O. (2002): *Medizin ohne Ethik?,* Suhrkamp, Frankfurt.

Mosterín, J. (2005): *La naturaleza humana*, Espasa, Madrid.

Sádaba, J. (1991): *Saber morir*, Libertarias Prodhufi, Madrid.

Valls, R. (2003): *Ética para la Bioética*, Gedisa, Barcelona.

11

Hacia una nueva cultura de envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente

Por Gonzalo Berzosa Zaballos
Psicólogo y Gerontólogo
Director de INGESS
Instituto de Gerontología y Servicios Sociales

La gestión del conocimiento es la gestión del saber compartido y en estos últimos años muchos profesionales que trabajan con personas mayores están reflexionando y desarrollando programas de intervención social que redundan en el bienestar de este colectivo. Compartir conocimiento y experiencias tanto en Master y Cursos de especialización como difundir proyectos y actividades hace que la gerontología hoy sea un tema novedoso porque no es ajeno al cambio que acompañan los procesos sociales. Vivimos en una sociedad que se define por sus cambios acelerados. Si recordamos la historia de la humanidad podemos asegurar que siempre ha habido cambios en la sociedad, pero en la actualidad son muy rápidos, a veces inesperados y casi siempre globales.

Estas tres características de los cambios (acelerados, inesperados, globales) se han convertido en elementos fundamentales del final del siglo XX y del comienzo del siglo XXI, que afectan también a las personas mayores, a las personas que envejecen, ya que se encuentran sin pautas para envejecer de manera distinta a como lo hicieron sus padres y abuelos. Porque han cambiado los modelos de ser joven, de ser adulto, de ser soltero, de ser casado, de formar una familia, incluso de ser niño, pero no han cambiado los modelos de ser mayor. Todavía predomina la idea de envejecer rodeado de nietos, cuando conviven hoy diferentes modelos familiares donde la natalidad ha disminuido notablemente y se ha retrasado la edad a la que se accede. También nos encontramos con personas mayores que demandan como obligación ser atendidas por las hijas prescindiendo que la mujer joven se haya incorporado al mundo laboral. Por eso no es difícil encontrar algunas personas de edad que todavía repiten los cánones de envejecimiento que vivieron sus padres hace muchos años. Posiblemente todo esto ocurre porque no tenemos en la sociedad nuevos modelos de ser persona mayor y ante ese vacío en la vida lo fácil es repetir y lo difícil cambiar haciendo realidad el refrán que dice “más vale malo conocido que bueno por conocer.” Que aunque es falso justifica lo que se hace.

INTRODUCCIÓN A MANERA DE CUENTO

Según cuentan los libros de texto y muchas tradiciones familiares, no hace mucho tiempo las personas mayores envejecían rodeadas de un ambiente familiar donde los hijos se repartían las tareas de atención, cuidado y cariño de estos seres queridos a los que llaman cariñosamente con diminutivos que envolvían el rol de abuelo y abuela. Cuando su salud era cada día más penosa los servicios sanitarios se sumaban al cuidado familiar. De esta manera, las familias sabían que las necesidades de las personas mayores siempre estarían cubiertas por las mujeres más jóvenes que formaban el entramado familiar. Esto ya lo habían visto hacer a sus padres y estaban seguros que se repetiría con ellos. Era lo tradicional y la manera más fácil de envejecer.

En general todo se resumía en permanecer donde uno había vivido siempre, compartiendo los afectos en medio de un bullicio creado por la prole que paliaba las situaciones de fragilidad. El abuelo, la abuela eran punto de referencia de la dinámica familiar y estaba obligada su presencia en los numerosos acontecimientos sociales de los que eran protagonistas

sus nietos. Y así transcurría la mayoría de las vidas de los mayores. Envejecían con los hijos y casi no se notaba que pasaba el tiempo porque nacían nuevos niños y niñas que aportaban ilusión, novedad y comentario cotidiano. Había que dejar pasar los días y la vida iba teniendo tiempo y sentido.

Pero, aunque la situación anterior era la predominante, también había otras personas mayores que no tenían cerca una familia, bien porque no la habían constituido o porque se habían distanciado de ella o porque los hijos no tuvieron más remedio que emigrar en búsqueda de trabajo. Su número no era muy significativo. Envejecían en una situación de mayor soledad y cerraban sus vidas en silencio, muchas veces acompañados por vecinos o conocidos. Estas personas eran, de alguna manera, afortunadas porque había otro grupo de personas mayores que a la carencia de relaciones familiares añadían la escasez de recursos económicos y una situación de salud cada día más precaria que les hacía altamente dependientes. Estos terminaban sus días en un centro apropiado para ellos que llamaban asilo y que se mantenía por la asistencia cotidiana de una Congregación Religiosa con el aporte de la fría y lejana ayuda de personas pudientes, que hacían caridad.

Esta breve descripción nos recuerda cómo envejecían antes las personas mayores, que casi siempre se repetía de la misma manera: *a medida que crecían en edad les esperaba su propia familia, el lejano asilo o la soledad de su casa*. Así fue durante mucho tiempo. Las personas mayores no planteaban grandes problemas a la sociedad ya que no eran un colectivo muy numeroso en relación al resto de la población. Fueron tiempos en los que la sociedad se aglutinaba fundamentalmente en torno al mundo rural y las personas mayores permanecían activas aportando su experiencia en las tareas del campo, donde siempre había algo que hacer, mientras acompañaban el crecimiento de sus hijos y nietos desde el balcón familiar.

Esta mirada hacia tiempos pasados refleja cómo ha cambiado la situación de las personas mayores hoy. La edad, que era un parámetro fundamental en nuestros antepasados, ya no significa lo mismo en la sociedad actual. Todos conocemos personas que tienen una edad cronológica que responde a los años que dice su documento de identidad y otra edad que responde a una actitud mental abierta, positiva, dinámica y comprometida con la vida. Esta segunda edad no se mide por años sino por la vivencia de emociones, sentimientos, deseos y proyectos. Por eso podemos decir que hoy las edades de una persona no coinciden y que no tienen una relación directa los años con los proyectos que se desean realizar. Una persona puede cumplir 80 años y estar participando en una organización en la realización de un proyecto de voluntariado con dimensión de futuro. Hay mayores que con 70 años inician un proceso de formación para ponerse al día en temas de informática, internet, arte, filosofía.

Si bien es verdad que ser persona mayor al comienzo del siglo XXI supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, también hay que reconocer que algunos de estos cambios afectan directamente a las personas mayores y repercuten en el modelo familiar en el que pensaban que iban a envejecer. Los cambios exigen adaptarse a ellos pero algunas personas mayores no disponen de los recursos necesarios para vivir situaciones nuevas que superen modelos antiguos de ser mayor. Adaptarse a los cambios es un buen síntoma de salud psicosocial. La pregunta que nos hacemos quienes trabajamos con perso-

nas mayores hoy es, ¿cuáles son los modelos alternativos a la imagen de vejez en la que se han socializado los mayores cuando eran niños pequeños? Quienes cumplen muchos años tiene en su memoria que a lo largo del tiempo, la vejez ha tenido más peso familiar que social, más cobertura sanitaria que comunitaria, más presencia individual que asociativa.

NUEVA CULTURA DE ENVEJECIMIENTO

Pero este modelo ya no es válido, hoy está cambiando. Hasta finales del siglo XX, hemos considerado el envejecimiento como un fenómeno social negativo. Se ha orientado la intervención más hacia el envejecimiento patológico que hacia el normal. Predominaban los aspectos clínicos que hacían referencia a enfermedades, deterioros, pérdidas, sufrimientos. La imagen social se asociaba a pasividad, demanda de recursos, marginación... con el consiguiente coste económico. En lo personal los medios de comunicación resaltaban bolsas de pobreza, soledad, aislamiento y dependencia.

Este modelo que todavía predomina en nuestra sociedad convive con un modelo emergente que se fundamenta en un nuevo enfoque gerontológico que está incorporando aspectos más positivos de la vejez. Quienes se incorporaran hoy al colectivo de personas mayores en España aportan nuevas actitudes ante su vida que se manifiestan en comportamientos que quieren ser más activos que pasivos, más protagonistas que espectadores de su vida, más agentes comunitarios que pacientes sociales. Este nuevo modelo de envejecimiento, que incorpora aspectos positivos, cuestiona los estereotipos que la tradición popular arrastra en las definiciones de la vejez y va ir consolidando una nueva cultura de envejecimiento satisfactorio.

Un aspecto que engloba la construcción de esta nueva cultura de envejecimiento se refiere a entender que envejecer es un proceso individual, pero envejecer bien, es un proceso social, porque somos seres en relación. Para conseguirlo se requiere poder acceder tanto a los servicios sociales y sanitarios como disfrutar de los recursos culturales y asociativos. Porque el envejecimiento satisfactorio se consigue tanto a través de proyectos como de vínculos, relaciones, encuentros y acompañamientos mutuos. Por eso el entorno en el que vivimos y por lo tanto envejecemos es determinante para la realización de proyectos personales y para consolidar relaciones estables. La sociedad y quienes nos rodean constituyen el contexto en el que tiene sentido nuestra vejez.

En relación con la nueva cultura de hay dos palabras que definen el entorno que envuelve la vida cotidiana de las personas mayores al comienzo de este siglo XXI: cambio y autonomía. La primera hace referencia a una sociedad dinámica en constante transformación que exige una continua adaptación para estar al día y la segunda se refiere a la necesaria independencia personal que hay que mantener cuando las personas se hacen mayores. Es decir, a la vez que cambia la sociedad en sus formas de organizarse, en sus redes de relación y en sus modelos de convivencia, las personas mayores también están cambiando los roles tradicionales que desempeñaban en la familia y en la sociedad para construir un nuevo modelo de persona mayor más activa, más relacionada y más comprometida socialmente. Este

nuevo rol está extendiéndose por la geografía de nuestro país siendo socialmente valorado por las generaciones más jóvenes.

El desempeño de nuevos roles de la vejez no es fácil porque si bien todo cambio genera resistencias en el modelo social de persona mayor se destacan tres resistencias que frenan y desvirtúan la conquista de algunos colectivos. El primer lugar está la resistencia personal a algo desconocido. Al no disponer de imágenes sociales que reproduzcan nuevos modelos de ser mayor la aventura individual se frena por la amenaza de lo desconocido. En segundo lugar hay una resistencia, que surge del entorno en el que viven las personas mayores, que se circunscribe muchas veces a su familia y al vecindario. El contexto determina el modelo que deben seguir porque demandan viejas tradiciones y repetición de modelos anteriores. Esta segunda resistencia afecta directamente a muchas mujeres mayores que han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un secular papel social de "cuidadoras" de padres, suegros, maridos e hijos. Han llegado a edades avanzadas con pocos recursos económicos y carentes de redes sociales. Se han realizado en el ámbito privado y ellas, que han sido el apoyo natural de muchos durante largos periodos de su vida, se encuentran ahora con que sus hijos y sus familiares están dispersos y lejos, por razones laborales o afectivas, y no pueden apoyarse en ellos, como siempre habían esperado que algún día les sucediese. Esta resistencia es fruto de la dispersión familiar que nuestra sociedad industrial conlleva y de los diversos modelos de familias que se han establecido en el siglo XXI. La tercera resistencia al cambio se plasma a través de los medios de comunicación que muchas veces repiten imágenes del pasado y refuerzan con su lenguaje visual los modelos que hay que superar.

Es necesario resaltar un cambio importante que hace referencia a cómo ha pensado la sociedad hasta ahora que eran los mayores. Todos recordamos algunos clichés con los que se ha referido siempre la sociedad a las personas mayores, unas veces como viejos cascarrabias o gruñones, otras como abuelos bondadosos y placenteros, en definitiva, eran estereotipos que simplificaban la realidad social y que sirvieron durante muchos y muchos años pero que hoy son radicalmente falsos. Algunos otros estereotipos, ya pasados de moda, hacen referencia a clichés tan rígidos como afirmar que vejez es igual a enfermedad o jubilación es igual a vejez. O cuando se decía que las personas mayores son todas iguales y que no pueden aprender o cambiar. Algunos otros estereotipos eran más negativos cuando afirmaban que la vejez tiene que ser triste y desgraciada o que las personas mayores son pasivas, egoístas, gruñonas y que no se interesan por lo que ocurre a su alrededor.

Hay otro cambio que se presenta como algo nuevo en el proceso del envejecimiento y al que se tienen que enfrentar todos los mayores: la disponibilidad de tiempo libre. Antes las personas mayores no tenían tiempo para ellos, bien porque trabajan hasta el final de sus días o porque las tareas del hogar no contaban con el apoyo de los electrodomésticos. Hoy ya no es así. El envejecimiento es una conquista de nuestra sociedad y todos vamos a disponer de mucho tiempo que tendremos que organizar para dar sentido a nuestra vida. El ocio ya no puede ser la madre de todos los vicios, sino un tiempo para vivir, para compartir, para disfrutar. La vida, que es dinámica y por eso cambia, demanda planificar nuevos proyectos cuando nos hacemos mayores porque la sociedad ya no admite que el modelo de

envejecimiento sea la pasividad, el alejamiento de lo que sucede en el entorno y matar el tiempo.

Estos y otros cambios están posibilitando que convivan en nuestra sociedad diversos modelos de envejecimiento, el que mantiene pautas del pasado repitiendo la imagen familiar del abuelo y la abuela, el modelo de persona mayor joven al servicio de los hijos e hijas y el que se apoya en las conquistas de mayores niveles de autonomía y bienestar que se manifiesta, entre otros aspectos significativos, en los deseos de disfrutar del ocio empleando su tiempo libre en actividades independientes de la vida de sus hijos. Este último aspecto está marcando nuevas tendencias en los modelos de ser mayor en el siglo XXI, porque muchos han hecho realidad el eslogan de "envejecer en casa", en su propia casa, continuando con la dinámica cotidiana que han desarrollado en los últimos años, visitando a los hijos, saliendo con amigos, organizados en asociaciones, teniendo un amplio programa de actividades culturales y dedicando tiempo para ayudar a otros a través de programas de voluntariado social o cultural.

Este último modelo es el que responde a la gerontología actual, que afirma que se envejece más rápidamente cuanto más se apartan las personas mayores de la realidad que les rodea, que les genera estímulos, que les afecta, porque posiblemente *"se empieza a envejecer patológicamente cuando se deja de aprender".* Si aprender para quienes asisten a clase significa incorporar algo nuevo en sus vidas, aprender para las personas mayores significa estar abiertas al mundo que les rodea, seguir atentas a lo que pasa a su alrededor, tener curiosidad por las cosas nuevas que aporta la sociedad y preguntarse cuál es el papel que deben y pueden cumplir hoy en la familia y en la sociedad. Quienes así piensan han hecho suya la reflexión de Bernard Baruch cuando afirmó: "Nunca seré viejo. Para mí la vejez es y será siempre tener diez años más de los que tengo".

El fenómeno de la vejez en nuestros días es muy complejo, es deseado y es temido, conviven a la vez la pasividad y el aislamiento con el cambio y la adaptación, no es difícil encontrar el deterioro y la marginación en unas personas mayores y el crecimiento y la satisfacción personal en otras. Esto nos lleva a afirmar que la vejez no es un concepto unívoco, que se envejece como se ha vivido, que las personas mayores son diferentes y que para comprender el fenómeno de la vejez hay que tener en cuenta cuatro aspectos diferenciados:

- dónde se envejece,
- cuál es la biografía de quien se hace mayor,
- cómo es su contexto relacional y
- qué proyectos orientan su vida cotidiana.

La gerontología siempre ha entendido la vejez como un fenómeno bio, psico, social, con pérdidas y ganancias, con pasado y presente que se desarrollaba en un proceso personal diferenciado. Pero la nueva cultura del envejecimiento aporta un elemento más: el futuro. Si bien hasta hace poco tiempo las personas que envejecían sólo tenían pasado y presente y así se les entendía, hoy hay que incorporar la palabra futuro, porque se ha retrasado la vejez,

porque viviremos muchos años y porque el fututo requiere la realización de proyectos. Tres palabras acompañan la nueva cultura de envejecer satisfactoriamente: autonomía, proyectos, futuro.

Estos tres conceptos responden a los nuevos modelos de ser mayor que se van consolidando en nuestra sociedad. La autonomía es salud, la enfermedad es dependencia, por eso muchas personas mayores tienen como valor mantener vidas independientes accediendo a recursos sociales y mantenido sus capacidades personales para prolongar la autonomía que les ha acompañado como adultos. A su vez se apuntan a proyectos personales y sociales para continuar relacionándose con el entorno y así seguir cultivando en su vida cotidiana los vínculos y afectos anteriores. Esto conlleva no desengancharse de lo que ocurre en el contexto más próximo y obliga a seguir desarrollando actitudes personales activas en lo físico y en lo mental.

ENVEJECER BIEN ES POSIBLE Y MUCHO DEPENDE DE UNO MISMO

Todas estas ideas fundamentan la importancia de ir construyendo un nuevo modelo de ser mayor en el que la actividad sea el aspecto que diferencie a otros modelos de llegar a mayor. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de "envejecimiento activo". Activo para conservar la vitalidad, activo para sentirse útil, activo para participar en la vida social. Activo como persona, activo como grupo de mayores, activo como ciudadano. Para conseguir que muchas personas mayores se apunten a este modelo de "envejecimiento activo" disponemos de una serie de recursos que además de atender las necesidades básicas, sanitarias, de pensión digna y de centros y residencias, responden también a otras necesidades como la de estar informados, mantener relaciones y vínculos, desarrollar actividades formativas y de ocio, participar en la vida comunitaria y acceder y disfrutar de los bienes sociales y culturales.

Respondiendo a los mayores niveles de autonomía personal y bienestar social las nuevas generaciones de personas mayores manifiestan sus deseos de disfrutar del ocio empleando su tiempo libre en actividades independientes de la vida de sus hijos. Este aspecto está marcando nuevas tendencias en los modelos de ser mayor porque muchos han hecho realidad el eslogan de "envejecer en casa", en su propia casa, continuando con la dinámica cotidiana que han desarrollado en los últimos años, visitando a los hijos, saliendo con amigos, organizados en asociaciones, teniendo un amplio programa de actividades físicas, culturales, lúdicas y dedicando tiempo para ayudar a otros a través de programas de voluntariado social o cultural.

Este colectivo que se da igual en una ciudad, un pueblo grande o pequeño está construyendo un nuevo modelo de ser mayor en el que el desarrollo de actividades personales y sociales es el aspecto que diferencia a otros modelos de envejecer en épocas anteriores. Están construyendo un modelo de envejecer con vitalidad, experimentando que siguen siendo personas útiles y participando en la vida social. Útiles como personas y activos como grupo de ciudadanos mayores, desempeñando un rol activo y socialmente valorado.

Ser "mayor activo" requiere ser protagonista de la propia vida y estar presentes en todo lo que sucede a su alrededor. Es decir, seguir activo sabiendo que participar es vivir. Para cumplir esta tarea las personas mayores tienen hoy muchas oportunidades, como por ejemplo, asistir a programas formativos, culturales, lúdicos, de actividad física y viajes que ofrecen la mayoría de los municipios, los centros de mayores y las asociaciones de jubilados. Pero existe uno que cumple una finalidad especial y es importante destacar. Nos referimos al voluntariado.

LAS OPORTUNIDADES QUE DA LA EDAD PARA PARTICIPAR EN PROGRAMAS SOCIALES

Muchas personas mayores encuentran hoy a través del voluntariado un camino para demostrar su compromiso con la sociedad llevando a la práctica valores y actitudes de disponibilidad, entrega, participación, relaciones sociales y sentimiento de utilidad. El voluntario mayor se caracteriza fundamentalmente por dos aspectos: la *solidaridad* con las necesidades socioafectivas de otras personas que viven cerca de ellas y el *compromiso* personal de atender esa necesidad. Estas dos palabras son claves para entender su utilidad en la sociedad y sus aportaciones al bienestar personal y social del colectivo de personas mayores.

Hoy, más que nunca, todos necesitamos que instituciones, grupos o personas nos ayuden en algún momento de nuestras vidas. La sociedad es cada día más compleja y nuestro bienestar depende de la disponibilidad, del acceso y del disfrute de los recursos sociales, culturales y sanitarios que nos rodean. La persona mayor puede desempeñar un papel importante en este voluntariado de ayuda a otros porque tiene experiencia, y dispone de tiempo libre.

Por eso la acción voluntaria es un campo privilegiado de actuación con y para las personas mayores, en concreto desde tres perspectivas:

- para impulsar un ROL ACTIVO en la sociedad una vez jubilados,
- para fomentar la CONVIVENCIA y mantener vínculos con grupos,
- para generar un sentimiento personal de UTILIDAD social.

Llevar adelante programas de voluntariado de y con personas mayores requiere en primer lugar, por parte de los profesionales de centros y asociaciones, tener claros los objetivos, metodologías y técnicas de intervención con los adultos mayores para desarrollar programas de acción voluntaria que les motiven y gratifiquen, y en segundo lugar, saber optimizar las posibilidades de un colectivo que hasta su jubilación ha tenido el tiempo organizado, ha trabajado en equipo, ha sabido ayudar a familiares y amigos y ahora están disponibles para escuchar sin agobios y acoger las demandas de otras personas.

Voluntariado y envejecimiento activo son dos caras de la misma moneda en la vida de las personas mayores, que se resumen en la participación social. Participar –tomar parte– se puede hacer desde distintas plataformas sociales, políticas, religiosas y culturales porque la solidaridad no tiene edad y porque todo lo que se hace por otros termina beneficiando a

uno mismo. Ya lo dice el refranero popular, que de eso saben mucho los mayores, ¿manos que no dais, qué esperáis?

Cuando las personas mayores participan en programas de voluntariado social y de atención a otros mayores en estado de soledad física o emocional, o cuando emplean su tiempo para pertenecer a una asociación como responsables voluntarios en su junta de gobierno, o cuando se apuntan a asociaciones ecologistas, artísticas, culturales y de vecinos, en las que comparten las actividades con otros ciudadanos más jóvenes que ellos, están enfrentándose a los problemas derivados tanto de su tiempo libre como de la vivencia de verse apartados de la vida social.

Esta es la razón por la que apuntarse al voluntariado puede ser una solución a los sentimientos de inutilidad, a la actitud pasiva que muchas veces genera la edad avanzada y a los desánimos y pequeñas depresiones que la agitada y cambiante vida social puede producir a las personas mayores que, ya son definidas con un lenguaje anticuado y perverso por las administraciones públicas, como "clases pasivas".

Cuatro aspectos generales enmarcan el voluntariado que se define por el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas mayores, que reúnen los siguientes requisitos:

- tienen un carácter altruista y solidario,
- se realizan libremente,
- se desarrollan a través de organizaciones,
- su finalidad es ayudar a otras personas.

Al desarrollar tareas como voluntarios a través de las cuales atienden y solucionan necesidades de los demás se sienten útiles y organizan parte de su tiempo libre, recibiendo a su vez de la sociedad el reconocimiento por ser mayores solidarios, activos y útiles para la comunidad en la que viven. Por eso el voluntariado es un recurso social en el que las personas mayores pueden participar y del que se pueden beneficiar.

En definitiva podemos asegurar que el voluntariado es saludable para las personas mayores porque beneficia la salud física y psíquica ya que posibilita que:

- permanezcan activas,
- aumenten las relaciones sociales,
- descubran nuevos estímulos y
- realicen proyectos que obliguen a salir de uno mismo.

Participar en lo que nos rodea es un camino para el envejecer bien y para sentirse mejor. De esta manera las personas mayores vivirán en este siglo XXI una jubilación útil a los demás y gratificante para uno mismo. Recordemos las palabras que Vicente Aleixandre escribió cuando ya tenía 80 años:

"Vivir es conservar la capacidad de entusiasmo. Seguir vibrando por toda la vida que sientes a tu alrededor y participar en ella. Vivir es saberse vivo hasta el instante final. Los años sólo enriquecen. Yo veo la vejez como un enriquecimiento; como un acumular saberes y experiencias. Pero también es una conservación de la vida. Y mientras se vive, se mantiene la capacidad de vivir, de sentir. La capacidad de entusiasmo. Esos viejos que se sientan a esperar la muerte, ya no viven. Mientras se vive hay que esperar la vida".

PENSAR BIEN PARA SENTIRSE MEJOR

Para poder construir esta nueva cultura de envejecimiento que genere modelos sociales tenemos el recurso de cambiar nuestros pensamientos, es decir, los modelos que tenemos en nuestro imaginario mental y que nos llevan automáticamente a repetir lo que han hecho nuestros padres cuando llegaban a edades adultas que ordinariamente era el mismo modelo que habían vivido sus padres. Decía Epicteto, "Lo que me preocupa no son las cosas en sí mismo, sino las opiniones que tenemos sobre las cosas". Sabemos que gran parte de nuestra realidad la construimos con nuestro diálogo interno. Muchas situaciones personales que vivimos en armonía o desarmonía dependen de los mensajes que nos decimos a nosotros mismos. A menudo lo que nos agrada o desagrada de una situación depende de lo que pensamos sobre ella. Porque la mente como cualquier ordenador, es siempre obediente y está dispuesta a hacer exactamente lo que se le diga. Si se le programa dándole instrucciones para disfrutar, disfrutará. Si se le dice "estoy lleno de desgracias, que triste es envejecer", la mente obediente procesará el programa y la persona que así piensa se sentirá desgraciada y triste.

El poder de la mente es tan fuerte que cuando se les pregunta a los atletas que han conseguido ganar, superar una marca o establecer un nuevo record en una competición atlética, todos aseguran que se han imaginado ese triunfo con anticipación, que llevan meses y meses pensando en cómo iba a ser ese momento, de qué pasos iban a dar para triunfar. De la misma manera podemos afirmar que la garantía de un envejecimiento satisfactorio se basa en planificar con antelación lo que queremos hacer

Con la palabra planificar en relación al envejecimiento se quiere decir que hay que hacer un ejercicio de pensar en cómo se van a desarrollar los años de una persona mayor cuando ha terminado el periodo laboral, cuando los hijos ya no viven en el hogar familiar, cuando la distribución del tiempo ya depende fundamentalmente de uno mismo. Planificar en definitiva es determinar lo que se propone hacer, es analizar los recursos y el tiempo disponible que se tiene, es realizar las acciones oportunas para iniciar la actividad y finalmente revisar de vez en cuando si se va consiguiendo lo que la persona mayor se había propuesto. Ante esa nueva y larga etapa de la vida, que para muchas personas se inicia con la jubilación, todos tenemos un recurso propio que es la preparación mental, es decir, imaginar lo que queremos y podemos hacer.

Pero mantener esta actitud abierta, que posibilite una adecuada adaptación al cambio, no es fácil porque hay que vencer muchas resistencias, superar expectativas que se han pensa-

do desde años jóvenes y apuntarse a una nueva cultura de envejecimiento activo y saludable del que todavía no predominan modelos sociales. Más bien estamos viviendo algunos cambios que frenan el proceso de adaptación porque afectan directamente al colectivo de personas mayores ya que han irrumpido por sorpresa en la sociedad y no han dejado tiempo para asimilarlos.

LA JUBILACIÓN OPORTUNIDAD O CONFLICTO

La jubilación es una conquista social conseguida en el siglo XX a la que cada vez llega un mayor número de trabajadores debido al incremento de la esperanza de vida. La jubilación como conquista social permite obtener una renta de forma regular una vez que se ha producido el cese de la actividad profesional gracias a un sistema público de pensiones. Recordemos que en los países desarrollados, hasta la Segunda Guerra Mundial, los trabajadores no tenían otra alternativa que permanecer en su empleo tanto tiempo como fueran capaces. La puesta en marcha del sistema público de pensiones inaugura una nueva etapa en la que por primera vez, los trabajadores tras cumplir un amplio número de años activos en el mercado laboral y contribuir con sus cotizaciones al mantenimiento de dicho sistema pueden, tras la jubilación, disfrutar de un tiempo de ocio remunerado.

Las diferentes etapas de la vida en relación con el trabajo: formación que da paso a la producción para concluir en la jubilación, están sufriendo una profunda modificación de sus límites. Hoy la formación debe ser una constante a lo largo de toda la vida. La jubilación como etapa ha adquirido relevancia debido, entre otros factores, a su mayor duración y a las saludables condiciones personales con las que llegan los nuevos jubilados.

La vida laboral de las personas cada vez es más corta, entre otros motivos debido a las prejubilaciones, lo que conlleva un tiempo más largo sin trabajar en la edad adulta y en la vejez. Por ello, la jubilación es hoy una etapa de la vida que ofrece posibilidades para el crecimiento y desarrollo personal. Y para conseguirlo es indispensable analizar y asimilar los cambios por los que se van a pasar para poder planificar serenamente qué podemos hacer con el tiempo del que ahora disponemos. De la misma manera que hemos sido decisivos como trabajadores para su sociedad, ahora podemos ser también indispensables para saber disfrutar de nuestra vida y seguir contribuyendo al desarrollo de nuestro entorno más inmediato.

Quienes se jubilan hoy han superado la imagen antigua que mostraba la jubilación como una etapa en la que la persona ya no era productiva y a la que se llegaba en un estado físico con achaques y enfermedades que obligaban a ser retirado del mercado laboral. Hoy ya no es válido justificar la jubilación por razones de “incapacidad para seguir trabajando”, ni se puede relacionar ya con el final de la vida de una persona que se merece un descanso. Los hechos demuestran todo lo contrario. Ahora las personas viven más y en mejores condiciones. La esperanza de vida en España ha aumentado significativamente, lo que implica que cuando una persona se jubila le queda un tercio de su vida por delante, en la mayoría de los casos con buena salud, suficientes recursos económicos y mucha capacidad para realizar actividades productivas para la sociedad y para sí mismo.

Por lo tanto la jubilación puede ser igual de productiva que cualquier etapa de la vida, para ello es necesario que quienes se van a jubilar se mentalicen de que su papel en la sociedad también puede ser importante cuando no estén trabajando. La diferencia estriba en encontrar la manera de realizar actividades gratificantes para uno mismo y que contribuyan además al desarrollo de las comunidades en las que se vive. Para algunos jubilados esta nueva etapa supone un callejón sin salida en la que disminuyen los estímulos personales. Matar el tiempo es una frase resumen de la situación en la que se encuentran algunas de estas personas, pero olvidan que se nos jubila de la actividad laboral, pero no de la actividad comunitaria y social.

Esto nos plantea la necesidad de preparar bien el futuro, porque los hechos demuestran que la jubilación no es sólo dejar de trabajar para pasar a realizar otras actividades. Estamos ante un cambio cualitativo que afecta a todas las esferas de la vida, tanto a la persona que se jubila como a su familia y su entorno. La vida del jubilado ya no se organiza a través del trabajo, sino a través de las actividades que cada uno se planifique.

En esta etapa de la vida se manifiesta con fuerza que participar es vivir, por eso vemos que muchas personas cuando se jubilan se reúnen más, están metidas en múltiples asociaciones, organizan actividades y participan en los acontecimientos culturales, sociales, festivos, religiosos y políticos. Con una adecuada preparación, la jubilación puede ser un tiempo agradable, gratificante y productivo, ya que los problemas de la juventud están superados, las responsabilidades familiares han disminuido y la búsqueda de la propia realización personal puede intensificarse.

Si bien es verdad que la jubilación es un fenómeno social porque afecta a todo el colectivo de trabajadores, no repercute de la misma manera a todos los trabajadores. Depende de muchos factores, entre otros resaltamos los siguientes:

- los recursos económicos propios,
- las expectativas personales de ocupación del tiempo,
- estado de salud personal,
- el trabajo realizado hasta la fecha de la jubilación,
- las actividades extralaborales realizadas,
- y la experiencia de vida asociativa.

Es cierto que la jubilación conlleva cambios asociados en muchos aspectos de la vida de una persona y que los cambios generan resistencias (frenos, dificultades); pero estas resistencias se pueden superar con una adecuada información, la reflexión personal y la planificación de alternativas que podamos poner en práctica. Según los estudiosos del tema, las personas que se jubilan atraviesan por una serie de etapas desde el momento del cese del trabajo hasta que se asume la jubilación como cambio decisivo en la vida. A continuación presentamos un cuadro que los ejemplifica:

Dos reflexiones nos ayudarán a entender este proceso de cambio. La primera se refiere a nuestra manera de pensar y dice que nuestra “mente” funciona de la siguiente manera: está

siempre activa, todo lo que dice es verdad para nosotros, por lo tanto condiciona lo que sentimos y determina lo que hacemos, por eso el juicio más decisivo no es el que hacemos a otra persona sino el que nos hacemos a nosotros mismos.

La segunda reflexión nos plantea que la persona psíquicamente sana es aquella que: vive el presente, asume su pasado y piensa en el futuro. El futuro es la realización de proyectos que responden a intereses, actividades, deseos e ilusiones. Esta es la razón por la que la persona mayor que realiza proyectos demuestra que tiene salud y fuerza, que tiene deseos e ilusiones, en definitiva que piensa en el futuro.

Nuestro cerebro tiene la capacidad de automatizar gran cantidad de información; los pensamientos automáticos se producen por la repetición de lo que nos decimos. Automatizamos la información ya sea favorable o desfavorable. El comportamiento automático no se produce conscientemente y es difícil de evaluar y controlar. Existen automatismos que pueden perjudicarnos, que pueden generar actitudes inadecuadas y acciones que no son adaptativas. Por ejemplo con el tiempo una persona ha podido automatizar (en base a lo que ha aprendido decir a otras personas importantes de su entorno) que cuando uno comete un error tiene que culpabilizarse y sentirse mal, de modo que sin darse cuenta ante los errores que cometa pensará que es "horrible" lo que ha hecho "que no vale para nada"... y esta interpretación influirá negativamente en su autoestima y en su conducta, ya que estos pensamientos le paralizarán y no le ayudarán a poner en funcionamiento estrategias para resolver, en la medida de lo posible, el problema.

Podríamos definir de esta forma a los pensamientos negativos, como formas de pensar que hemos automatizado, que representan formas dogmáticas o categóricas de interpretar la realidad ("esto es horrible", "solo son problemas lo que me rodea", "estar feliz no depende de mi"...) que no se apoyan en hechos objetivos y que no nos ayudan a hacer frente a situaciones problemáticas o conflictivas en nuestra vida cotidiana.

Por el contrario ser positivo no implica negar los problemas, sino que, por el contrario, implica reconocerlos y analizarlos, pero desde una perspectiva de solución o de valorar cómo adaptarse a la situación cuando la solución no depende de la propia persona. También implica ser sensible a lo positivo que nos rodea en forma de posibilidades, situaciones, personas, actividades. Aprendemos durante toda nuestra vida, de modo que si hemos aprendido a automatizar formas de pensar inadecuadas, en base a repetirnos continuamente las mismas, podemos aprender otras formas de pensar con este mismo mecanismo. Es decir, repitiéndonos formas de pensar más adaptativas. Para ello el primer paso es tratar de catalogar con qué tipo de pensamientos podemos encontrarnos y cómo podemos combatirlos. Es decir, hay que analizar los diversos tipos de pensamientos negativos, tal y como los podemos pensar en la vida cotidiana y aprender qué preguntas podemos hacernos para cuestionarlos.

Para reducir los miedos y las falsas interpretaciones hacia la jubilación, hay que realizar una preparación psicológica encaminada a mejorar la toma de conciencia de las muchas opciones que puede ofrecer la vida a partir de este momento. Supone incorporarse a la nueva etapa a través de un proceso de aprendizaje en el manejo de nuevas situaciones y formas de relacionarse con las personas y su entorno. También es necesario reconocerse a uno

mismo entre los posibles tipos de personalidad que existen para saber qué actividades son las que nos van a llenar nuestro tiempo libre. Si bien para un observador externo la jubilación puede ser vista como un momento idealizado de tiempo libre para hacer todo aquello que no pudimos hacer durante nuestra vida laboral activa, en muchas ocasiones se convierte en una obligación impuesta e inesperada que nos viene dada por imperativos socioeconómicos, no teniéndose en cuenta las consecuencias personales y sociales de la misma. Los seres humanos nos tenemos que sentir útiles para poder sentirnos satisfechos con nosotros mismos. Por eso, sólo las personas jubiladas que saben llenar su tiempo libre con actividades se sienten útiles y satisfechas con su vida, porque superan la crisis de la pérdida del trabajo con la ocupación en otras actividades elegidas voluntariamente por ellos.

Aunque es cierto que las consecuencias de la jubilación se encuentran fuertemente condicionadas por la vida anterior de la persona previa a su abandono de la actividad laboral, existen una serie de aspectos comunes que afectan en mayor o menor medida a todos los jubilados que se relacionan con las ambigüedades que surgen en torno a su posición social. Entre las características a las que puede afectar de manera directa el proceso de la jubilación, los expertos señalan las siguientes áreas:

Impacto a nivel cognitivo: el impacto previo a la jubilación viene determinado tanto por la información recibida, bien de manera formal (empresa, sindicatos, administración) o de manera informal (amigos y conocidos que ya han pasado por la misma situación) como por la capacidad del sujeto para afrontar el hecho social de la jubilación.

Impacto a nivel comportamental: son relevantes todas aquellas conductas de preparación para afrontar adecuadamente el momento crítico, como la búsqueda de información, la participación en cursos de preparación, las conductas de relación social, las conductas saludables (ejercicio físico adecuado, la evitación de la soledad, etc.), la búsqueda de satisfacción a través de actividades reforzantes, la capacidad y aprovechamiento creativo del tiempo libre, etc.

Impacto a nivel psicoafectivo: en cuanto al sentimiento que aparece previo a la jubilación, fluctúa desde la ansiedad previa a lo desconocido el temor a tener que empezar de nuevo, a tener que reestructurar el esquema vital hasta el sentimiento de deseo por lograr un estado de bienestar, en muchos casos idealizado, lo cual puede ser un detonante de depresión por la disonancia existente entre ese nivel cognitivo y psicoafectivo y la realidad por las consecuencias que este determine a nivel comportamental. También hay que tener en cuenta los intereses previos, la personalidad y el apoyo social disponible y percibido.

Impacto en las relaciones sociales**:** quizá sea en el ámbito de las relaciones sociales donde mejor pueden observarse los cambios provocados como consecuencia de la jubilación. De manera especial afecta al menos a tres dimensiones fundamentales:

> En primer lugar**,** la jubilación puede conllevar la pérdida de relación con los antiguos compañeros de trabajo. Resulta por tanto necesario que el jubilado planifique el tipo de actividades que realizará a partir de la jubilación a fin de evitar en lo posible el aislamiento social.

En segundo lugar, también puede ocurrir que debido al aumento del tiempo libre el jubilado realice nuevas actividades que no desarrollaba cuando estaba trabajando, lo que hará aumentar sus relaciones sociales con nuevos contactos. La posibilidad de abrirse a relaciones con personas de otras edades, así como formas de pensar, lugares de origen diferentes, etc., es muy provechosa.

La tercera dimensión, hace referencia al área familiar. Debe tenerse claro que la jubilación no es un proceso que afecte únicamente al trabajador que sale del mercado laboral, sino también a los que conviven con él. El efecto principal de la jubilación debería ser la reestructuración de la relación de pareja, en tanto que se pasa de una relación limitada en tiempo diario, a una relación de veinticuatro horas al día. Este drástico cambio hace que ya no sirvan en muchas ocasiones los patrones de relación anteriores a la prejubilación, reparto de tareas domésticas y familiares, de compartir el tiempo libre, etc., y sea necesaria una reorganización de todos estos ámbitos.

No podemos olvidar que todo esto no es fácil porque son situaciones nuevas que vivimos sin modelos alternativos. Es cierto que la jubilación aumenta el tiempo personal, y cobra un nuevo valor el tiempo compartido. El tiempo de mañana (proyecto) depende de mí. Lo importante es que el tiempo libre se convierta en tiempo creativo, útil y gratificante. Este cambio tan importante es crucial en la vida de los jubilados: aprender a utilizar y dar sentido al tiempo donde antes tenían trabajo. El uso del tiempo libre será un termómetro del estado de salud personal. Cuando se llega a la edad de jubilación es necesario tomarse la vida de manera más relajada y disfrutar del tiempo llenándolo de actividades que nos gusten. La actividad es un aspecto muy importante de nuestra calidad de vida porque previene enfermedades y fomenta nuestro bienestar personal (mejora la autoestima, la autonomía, nuestro sentimiento de autorrealización, nos sentimos bien con nosotros mismos).

Cuando estamos activos tenemos una actitud positiva ante la vida y normalmente esto nos hace más felices. No olvidemos que gran parte de lo que nos pasa, lo construimos en nuestro diálogo interno. Continuamente interpretamos la realidad y hacemos juicios sobre nuestra experiencia. Podemos tomarnos las cosas por el lado positivo o por el negativo. Lo positivo nos ayuda a ser felices. Lo negativo a ser desgraciados. Al llegar a este momento de nuestra vida es de gran utilidad pensar con criterios positivos y hacer un esfuerzo por destacar los aspectos positivos de nuestra vida frente a los negativos.

Para jubilarse bien hay que planificar con antelación qué queremos hacer una vez incorporados a la nueva etapa. Si no lo hacemos la jubilación puede presentarse más como una etapa llena de dificultades que como una etapa llena de oportunidades. Los expertos plantean que hay tres reglas de oro para jubilarse con garantía de vivir en bienestar:

La primera no vivir la jubilación como una pérdida. Es necesario reflexionar y esforzarse por conocer las posibilidades que en todos los campos ofrece esta nueva etapa vital. La segunda, afrontar la jubilación con una actitud positiva. Plantearse la oportunidad de realizar los proyectos personales que no hemos podido alcanzar por exigencias de nuestro

horario laboral. Y la tercera, evitar la pasividad y las imágenes negativas de la jubilación tales como "yo ya a descansar", "total ya para qué hacer nada", "ya soy mayor para intentarlo", "no merece la pena".

Toda esto se puede resumir en la necesidad de elaborar y desarrollar proyectos personales. Plantearse metas y objetivos que respondan a diversos intereses y a variadas actividades. La salud, el éxito, la riqueza, son medios que nos ayudan a crear un clima propicio para que la jubilación sea una etapa positiva en nuestra vida, pero a veces no es suficiente. El Bienestar exige también sentirse útil, realizado y con ganas de realizar proyectos. Acordémonos de lo que dijo Séneca: "No hay vientos favorables para el que no sabe a dónde va". Esto supone convertir la jubilación impuesta por la edad en una situación deseada.

Este tipo de pensamientos se pueden aglutinar en pensamientos más globales que representan filosofías de vida que nos impiden resolver problemas, ser felices. Como contrapartida tenemos que incrementar las filosofías de vida que nos ayudan a estar mejor y a disfrutar de las muchas cosas buenas que nos rodean. Esta nueva cultura del envejecimiento que se va construyendo en nuestra sociedad se puede sintetizar en tres ideas básicas:

En primer lugar supone entender que la vida es desarrollo, que envejecer es cambiar. Pero aunque algunos mayores piensan que lo mejor es "dejar paso" a otros, "apartarse" del mundo que han construido y "aislarse" encerrados en los recuerdos del pasado, otros reconocen que no debe ser así. Las personas mayores que envejecen con vitalidad saben que dar sentido a sus vidas significa "seguir activos y comprometidos socialmente".

En segundo lugar el planteamiento anterior exige que las personas mayores sean protagonistas de su vida y quieran estar presentes en la vida social. Participar es vivir. Para cumplir esta tarea tienen muchas oportunidades. Pero hay una que merece la pena destacar: participar en los programas de animación cultural y de voluntariado porque a través de ellos:

* se mantiene la capacidad de ser útil,
* se participa en los acontecimientos sociales,
* se desarrolla la convivencia y la solidaridad.

Y finalmente esto supone reconocer la participación como elemento fundamental del buen envejecer. Las personas mayores están cuidando su salud física y psíquica porque permanecen activas, aumentan las relaciones sociales, se descubren nuevos estímulos y se realizan proyectos que obligan a salir de uno mismo. Por eso participar en lo que nos rodea es un camino para comprometerse, para ser solidario y para sentirse mejor. De esta manera las personas mayores del Siglo XXI vivirán una jubilación útil a los demás y gratificante para ellos mismos.

12

Personas mayores y ciudad: vivencias y significados del espacio

Por Teresa del Valle Murga
Catedrática Emérita de Antropología
Social de la Universidad
del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Una reflexión sobre el espacio y las personas mayores me va a llevar en primer lugar a la contemplación y valoración de la diversidad espacial para dar un salto y ver la relación que existe entre las necesidades de las personas y el reconocimiento de la complejidad y diversidad que ofrecen las ciudades. La aproximación a la ciudad que propongo, defiende la centralidad de las personas que habitan, participan, en la ciudad y simultáneamente, la complejidad de dicha aproximación. Esta abarca la acción continua de la práctica y expresión de la ciudadanía que incluye la constatación de problemáticas cuyo abordaje incluye entre otras variables: edad, clase social, género, lugar de origen. En esta aproximación se piensa en la ciudad como el lugar de la confluencia de la diversidad y donde los derechos humanos están en la base de la medición de la representatividad diversa. Se trata de una ciudad inclusiva en la que se articule lo físico con lo social y lo formal con lo informal (Corti 2007:2, 9).

La identificación de espacios tiene relación con la importancia que ello tiene en la presencia activa del colectivo de personas mayores. Al hablar de personas mayores se ha resaltado tradicionalmente la importancia del espacio de la casa por ser la representación del ámbito de las relaciones familiares y no por una asociación estática con dicho entorno. Así, además de la centralidad de dicho espacio, es necesario ampliar dicha reflexión a otros espacios que por quedar fuera del entorno doméstico-familiar, no tienen la consideración que les corresponde, especialmente en momentos de cambio. También porque en la actualidad aparece una sensibilidad al examinar las condiciones existentes para que la edad no sea una barrera para la movilidad de las personas mayores, siempre teniendo en cuenta sus necesidades como colectivo diverso y las especificidades de sus vidas. Y ello porque se observa que las orientaciones hacia el desarrollo y cambios en las ciudades se centran en parámetros económicos, en la primacía del automóvil y en las exigencias del mercado laboral y por ello de la población activa; y menos en las necesidades reales provenientes de una ciudadanía amplia. Cuando se habla de un bien básico como es la vivienda se piensa en el colectivo de las personas jóvenes y en sus necesidades y no se tiene en cuenta el abanico de personas mayores con situaciones específicas. Las hay que viven en situaciones precarias, otras con necesidades de adaptar sus espacios a los efectos del paso del tiempo y a exigencias de un cuidado adecuado. En la cultura occidental con frecuencia despojamos a las personas de sus papeles y de su participación social activa y esperamos que desempeñen principalmente aquellos roles que tienen "relación con la esfera privada, dentro de la familia –siguen siendo padres o madres, algunos esposos/as, abuelos/as y hasta bisabuelos/as. A este nivel, la dificultad se presenta en que su estatus como individuo social ha ido desapareciendo. El desempeño de actividades durante la tercera edad y después de haber dejado el mercado laboral –si es el caso–, debe ser sinónimo de compromiso y responsabilidad". Es evidente que la responsabilidad genera posiciones de integración en el interior de la comunidad, la sociedad y la familia." (Osorio 2006:179).

Sin embargo, una sociedad que se precia de ir progresando debe tener una visión amplia que contemple su población con realismo, lo que implica asumir las necesidades cambiantes propias de los procesos socioeconómicos que hacen que conceptos como niñez, juventud, edad adulta, envejecimiento tengan distintos significados así como nuevas necesidades y deseos. Por ello es preciso reflexionar sobre la necesidad de mantener una articulación entre las capas que permanecen activas en el mercado laboral y aquellas que ya lo dejaron con la

jubilación. Jubilarse del trabajo no es sinónimo de jubilarse de la vida ciudadana sino ejercerla desde una realidad diferente y de ahí, con otras preocupaciones y problemáticas. Implica considerar que la persona mayor o si se quiere utilizar el término de tercera edad, no es una categoría homogénea. De la misma manera que cuando pensamos en la niñez, en la juventud, ninguna de ellas lo es, lo mismo puede aplicarse a las personas mayores. La diversidad abarca desde lo físico hasta sus aspiraciones de cómo se enfrentan a la vida en la cotidianeidad así como sus aspiraciones, planes a corto, medio y largo plazo. Hay veces que esa categoría de la tercera edad sirve para acortar un tiempo como si la vida de dicho colectivo tuviera la presencia de la muerte como un final que estuviera presente ya desde que la persona siente que ha quedado socialmente incluida en dicha categoría. Esta consideración lleva a reclamar que sean las personas las que vayan experimentando los ritmos de sus tiempos y sus consecuencia, en vez de imponérselos.

La reflexión sobre la situación del envejecimiento de la población Europea y dentro de ella la española hace que tengamos que cambiar los significados de las categorías que hemos diseñado. Por ejemplo el cómo situar a personas en la cohorte de los 50-60 que salen del mercado laboral para entrar en la jubilación anticipada. Sus necesidades serán muy diferentes de aquellas que están en la de los 70-80. Y aún dentro de cada una de de ellas existirá una gran variedad. Por ello conviene reflexionar sobre la asociación del mercado laboral con la vida y actitud activa y la entrada en la tercera edad como resultado de la jubilación. Hay que pensar que las personas tenemos capacidad para elaborar nuestras propias etapas y que ello está en consonancia con una perspectiva social activa que teniendo como valor a las personas, puede proporcionar maneras de ir diseñando futuros en base a incentivos de participación individual y grupal.

En esta preocupación por el reconocimiento de aquellos elementos que mantienen a la persona en la ciudadanía activa hay que tener presente la existencia de lagunas generacionales. Es frecuente constatar que la existencia de una cultura juvenil potenciada a su vez por los medios de comunicación como si fuera una entidad aislada, hace que en el imaginario social, la juventud, se encuentre totalmente desligada de los mayores y de su historia. Así las imágenes que se construyen "giran en torno al mito de vivir el presente y el instante sin importar orígenes o la proyección hacia el futuro, su bandera es la independencia y constituir redes sociales a base de relaciones funcionales, incluso al interior de la misma familia" (Osorio Ibíd.: 180).

Por el contrario el concepto del envejecimiento activo y productivo se propone como "una conjunción de deberes o responsabilidades individuales y sociales y el ejercicio de derechos, para no ser excluido del entorno de la toma de decisiones. De ahí la necesidad de generar políticas sociales sobre la base de un paradigma de envejecimiento activo y ciudadano que provea de los mecanismos necesarios para una real inclusión y participación ciudadana a hombres y mujeres mayores. A nivel individual es tener la certeza de que la vida de uno no es solo sobrevivir. Hay diferentes factores que permiten –o dificultan– que la experiencia de la tercera edad sea significativa. La participación social y la satisfacción consigo mismo, son claves. Es cargarla de significado y sentido para uno mismo y para los demás. Es decir, que aquel significado se traduzca en un compromiso permanente" (Osorio Ibíd.:184). Debe de ir

acompañado del reconocimiento y valoración de la contribución que hacen las personas mayores, tanto en el ámbito familiar, como comunitario y social. Las instituciones deben ofrecerles las oportunidades de contribuir y participar activamente. De lo contrario, muchas sentirán que sus habilidades, conocimientos de aportar están siendo despilfarradas por quienes les rodean y por la sociedad en general. (Osorio Ibíd.).

Una perspectiva integradora del medio, tanto en las áreas urbanas como rurales, requiere identificar las necesidades de las personas mayores, su ubicación y trayectorias de desplazamiento de manera que los servicios públicos de los que son usuarios y usuarias estén a su alcance (San Román 1992: 177).

LA EXPERIENCIA CAMBIANTE DEL ESPACIO EN LA TRAYECTORIA VITAL

En la aproximación a las necesidades de las personas mayores conviene situar los cambios espaciales tanto en las trayectorias individuales como en las más generales. Estas últimas corresponderían a los procesos de los ciclos de vida. Así los cambios espaciales que pueden experimentar las personas mayores no son circunstanciales a esa edad, sino que forman parte de los cambios espaciales presentes en las trayectorias vitales de las personas y de los grupos. De ahí que una panorámica de cambios relacionados con los ciclos de vida sea clarificadora, ya que a lo largo de nuestra vida aparece como una constante de la cotidianeidad la experiencia de habitar diferentes espacios, con lo que implica de extrañamiento y adaptación. Sí que hay diferencias en los grados de movilidad de las trayectorias vitales pero suele responder a un abanico de variables en las que la edad sería una de ellas. Por ejemplo se piensa que la juventud es más movible al asociarla con necesidades de abrirse a nuevas experiencias, curiosidad ante lo desconocido, energía física. Sin embargo podemos encontrar que la seguridad asociada con la madurez propicia el que muchas personas inicien cambios radicales mientras que los y las jóvenes busquen la seguridad en la posesión de un trabajo, una vivienda, un coche y en sus amistades. De hecho una sensibilidad básica para recoger narrativas de gente mayor muestra experiencias, cotidianas unas veces y extraordinarias otras, de cambios. Muchas personas que apenas han experimentado desplazamientos largos de ocio en sus vidas se atreven a realizar viajes que han sido unas veces soñados y otras considerados inalcanzables. Las *Aulas de la experiencia* posibilitan en muchas localidades realizar estudios que se pospusieron muchas veces, o que no entraron en los planes, unas veces por dificultades económicas, lejanía, prejuicios sociales de la época, principalmente en el caso de las mujeres. En la actualidad se articulan como espacios de conocimientos y de una sociabilidad fuera del entorno habitual. La responsabilidad asumida por la institución universitaria de responder a nuevas necesidades sociales se hace patente en las 30.000 personas de entre 55 y 85 años que cursan en la actualidad estudios en las universidades españolas. Muchas de ellas están jubiladas pero muestran su interés en la adquisición de conocimientos. Así cabe destacar: la preferencia del alumnado hacia las Humanidades y las Ciencias Sociales, conocimientos de gran aplicabilidad para la comprensión de una sociedad en cambio y el interés de las mujeres que representan el 70% del alumnado (Vila,

2007:24-27). Tanto la incorporación de colectivos que antes no habían tenido la oportunidad de estudiar así como el valor que le conceden al conocimiento pueden considerarse indicadores de progreso.

En la perspectiva de cada vida los cambios pueden abarcar desde el paso de la socialización intensa en el medio familiar, al de una sociabilidad más amplia con la entrada en la escolarización primaria; el cambio más tarde al instituto que en muchos casos supone una mayor autonomía y la experiencia de nuevas amistades. La entrada en ciclos superiores y especialmente en la universidad es para la juventud un salto de autonomía donde cambian las referencias que podían haberles servido en las anteriores etapas: familia, profesorado, organización de la enseñanza y por supuesto, el tener que transitar por espacios más amplios y con frecuencia más despersonalizados. De ahí que las evocaciones de la escuela, instituto, facultad tendrán en la memoria del futuro unas características diferenciadas.

Otros cambios presentes pueden ocurrir en el paso del campo a la ciudad, de una ciudad de provincias a la capital por razones de: emigración permanente, temporal, exilio. También el traslado de una zona a otra en la ciudad o el pueblo. Otros cambios tienen relación con la edad, es decir, con el devenir de cada persona como pueden ser el paso de la vida laboral activa a la jubilación con lo que implica abandonar la mesa, el escritorio, el despacho, el puesto en la fábrica, vinculado todo ello a jornadas laborales mantenidas durante mucho tiempo. El pasar de un piso a otro más pequeño, con más comodidades como pueden ser el ascensor, calefacción o cercanía con familiares, amigos, la plaza, el parque. Se han podido dar circunstancias en las que han ido saliendo de la casa hijas e hijos o un hermano o hermana con los que se convivía. El paso a un apartamento tutelado, a un Centro de Día, a una residencia. Pero aunque muchas veces resulte difícil, en algunos casos hasta traumático, no es la primera vez que cambiamos de espacio, sino que ha sido una constante a lo largo de toda nuestra vida. Es en la mirada retrospectiva que como ejercicio ocurre en cualquier momento de la vida, cuando se descubren los movimientos y con ellos las valoraciones que según las experiencias presentarán ritmos y apreciaciones diferentes. Pero que puede ser importante a la hora de pensar en que la movilidad ha podido estar más presente de lo que pensamos; especialmente cuando nos enfrentamos a posibles cambios en etapas relacionadas con el envejecimiento. Una mirada atrás puede evocar las situaciones en las que el cambio fue difícil, en otras en las que a pesar de las dificultades se superó y luego resultó positivo. Por ello es preciso situar dichos cambios y otros que se hayan vivido a lo largo de la vida para también descubrir que han estado presentes aún cuando en el recuerdo varíe la intensidad, frecuencia, sus consecuencias. Cabe pensar en la movilidad experimentada y dentro de ello, en lo que representaron: facilidades, dificultades, ascenso económico, apertura a nuevas amistades u añoranza de las que se dejaron, descubrimientos externos, oportunidades de nuevas redes, conocimientos o lo contrario. La reflexión sobre aquellos elementos o personas que facilitaron los cambios así como las capacidades personales para hacerlo, pueden resultar de utilidad de cara a la ocurrencia de movimientos espaciales en el futuro.

Con esta aproximación a la movilidad en el espacio que vista a distintos niveles, micro y macro, permite ver su variabilidad o permite descubrir que lo que se pensó que había sido

una vida lineal en el mismo lugar con pocos cambios, vemos que aparece con otra diversidad al fijarse en el detalle de sus pormenores. Se trata de algo similar a lo que aparece cuando se aplica una lupa y la sorpresa en muchos casos de lo que revela.

LOS ESPACIOS DEL CUIDADO

En el imaginario y en la práctica están principalmente asociados con el espacio de la casa de manera concreta y de forma más amplia con el de las relaciones familiares. De ahí que cueste pensar en otros espacios como son los Centros de Día o las Residencias ya que implica deslocalizar y/o desterritorializar el cuidado.

En esta misma reflexión están los espacios que tienen que ver con cuidados realizados en centros hospitalarios donde por un lado se establece una relación con el ámbito de lo doméstico y simultáneamente se escenifican con gran intensidad las principales dimensiones del cuidado, así como el peso de la naturalización y las estructuras de poder influenciadas por los mandatos culturales así como otras dimensiones satisfactorias del cuidado: afecto, cercanía, reconocimiento... tal como lo demuestra magníficamente Aurora Quero en su tesis *Los cuidados familiares en el hospital Ruiz de Alda de Gran*ada (2007). Ahí puede verse la importancia que adquiere el espacio desde la perspectiva de cuidadoras/cuidadores por las vivencias emanadas del cumplimiento de unas obligaciones definidas desde la obligatoriedad de las relaciones de parentesco, matrimonio que les llevan a entrar en el sistema sanitario para dedicar muchas horas del día y de la noche con una permanencia que representa una deslocalización o emigración a ese espacio donde la organización institucional no había contado con ello. De la misma manera entran también en un tiempo cuyos ritmos son totalmente diferentes a los que marcan las relaciones familiares, de amistad, de trabajo, de ocio.

La importancia atribuida al cuidado en el contexto de la casa, tanto en su sentido físico como en su acepción simbólica, se erige en un elemento muy poderoso, más aún, se convierte en un referente cargado de distintas connotaciones que aparecen como favorables. Es más, suelen enaltecerse hasta adquirir ciertas características sacralizantes que anulan la valoración de lo que acontece fuera de la casa familiar y por ello, la obligación de contextualizar necesidades y soluciones en el ámbito de la responsabilidad institucional y ciudadana.

En muchos casos se imponen por encima de lo que pueden ser las circunstancias reales. Por ejemplo, esa casa como paradigma del escenario por antonomasia del cuidado puede ser un lugar en el que la persona no tenga cubiertas las necesidades de desplazamiento para la vida cotidiana: puertas por donde no cabe una silla de ruedas; falta de ascensor de manera que no pueda desplazarse fuera de su piso; calefacción deficitaria, por citar algunas. Todo ello parece quedar supeditado a lo que sería la fuerza del cariño a través del cuidado en el entorno familiar o la seguridad de la permanencia en el marco habitual. Pero también existen circunstancias donde la permanencia en la casa favorece un aislamiento, por ejemplo cuando hay dificultades de movilidad o carencia de apoyos y redes sociales o descuidos de atención básica.

En la idealización tienen una gran fuerza aspectos tomados de mandatos culturales y otros del peso de la religión. En un trabajo anterior (del Valle 2005) me fijé con detenimiento en ello, especialmente a partir de la obra de la historiadora Marina Warner (1991) que de una manera magistral va desgranando a través de la historia la manera en que la figura de la Virgen María ha ido recibiendo acepciones diferentes y especialmente se han ido recalcando virtudes que configuraban referentes a imitar por las mujeres y que se centraban principalmente en el cuidado. Al hilo de la sacralización del ámbito doméstico cabe resaltar la fuerza de la Virgen María exaltada en su rol de madre de familia como modelo para la cohesión. La madre dolorosa como modelo para la realización a través del dolor. También actúa la imagen de la familia considerada "sagrada" en la que María, San José y Jesús niño, adolescente, joven configuran un trío de armonía perfecta.

Otras representaciones laicas también tienen su sesgo naturalizador, como sucede con los anuncios en torno a la Navidad donde aparecen las personas mayores en un entorno idílico de casas acomodadas, rodeadas de distintas generaciones, bien en torno a una mesa o delante de la chimenea encendida. Cierta idealización de las relaciones familiares y de la casa aparece también en campañas patrocinadas por entidades de ahorro, compañías de seguros. Algunas de ellas sí que están presentando otros modelos donde personas con discapacidades desarrollan su cotidianeidad en Centros de Día, Residencias y responden a estímulos y cuidados amables. Pero aún no consiguen comunicar de una manera real y accesible distintas soluciones a las necesidades propias de la edad o de altibajos de salud.

Las representaciones se perciben de diversas maneras, pero hay campos de la experiencia humana que producen representaciones poderosas como es el caso de la religión. El calado que tenga una representación tendrá mucho que ver con las emociones que suscite. Así representaciones de la niñez vinculadas a la emoción de las relaciones materna y paterna filiales tienen en general un peso específico. Cuando tienen su apoyatura en el peso normativo de la emocionalidad religiosa es difícil hacerles frente y el proceso tendrá que abarcar el conocimiento de los orígenes, la racionalización de su interiorización y apoyos, experiencias emocionales que puedan equilibrar la hondura de la experiencia. No entro para ello en el campo de los psicológico sino que hablo de procesos que pueden darse de manera grupal, a través de lecturas, en el conocimiento de lo que han representado éstos procesos a través de los tiempos y a través de estudios realizados especialmente desde una óptica feminista.

EL EJERCICIO SOCIAL DEL PROTAGONISMO EN LAS DECISIONES

Tal como afirma Teresa San Román (1992) tanto el conocimiento como la experiencia de la naturaleza cambiante de la sociedad así como su diversidad la tenemos que aplicar también en la consideración de las necesidades de las personas mayores, ya que sus necesidades y expectativas, al no ser iguales, tampoco pueden ser las respuestas. "Proceden de contextos culturales, sociales, económicos y políticos diferentes; entre ellos hay grandes distancias en su capacidad de controlar y disponer de recursos; las propias características y limitaciones

adjudicadas socialmente a la vejez cambian en tiempo y lugar porque lo hacen las capacidades concretas que se valoran socialmente, porque varían los roles sociales y las actividades. Son también diferentes las unidades de soporte como la familia, la comunidad, el barrio, el pueblo, la asociación o la iglesia, tanto en su estructura como en la naturaleza y los niveles de integración y solidaridad, y con ellas varía también el potencial de ayuda a diferentes ancianos. Son distintas las aportaciones que diferentes ancianos hacen a su unidad de soporte y a su entorno social, y en consecuencia suele variar también la atención que reciben y cómo la reciben. Son igualmente distintas las biografías de los viejos y sus características personales." (Ibid.: 177-178)

El tratamiento del espacio tiene distintas dimensiones que en un abanico van desde el más primordial como es la vivienda habitual hasta los espacios tanto privados como públicos por los que las personas transitamos a lo largo de la vida. San Román insiste "en la necesidad de recursos económicos de tantos y tantos ancianos, de manera que tengan acceso a la titularidad de un contrato de arrendamiento o de compra de una vivienda que posibilite su independencia o simplemente que actúe de soporte en las relaciones necesariamente desiguales que ahora se ve obligado a mantener" (San Román, 1992: 177). Insiste la autora en segundo lugar "en la urgencia de proporcionar a los ancianos espacio doméstico que sepa conjugar una gran intimidad, que es imprescindible, con la necesidad imperiosa de no estar ni sentirse aislados" (Ibíd.). "La vivienda, por ser el entorno más próximo a las personas, constituye la expresión suprema de la humanización del medio ambiente que nos rodea. Es el sitio donde nos sentimos cómodos, donde la intimidad se hace realmente efectiva, el espacio para el descanso reparador, donde los sentimientos de pertenencia ocupan un lugar de privilegio. Aunque también puede convertirse en un sitio complejo y hostil para las relaciones de convivencia y de la vida personal" (Nivardo Vicente Gainza, p. 1). Entre las características que se deben considerar en la vivienda de confort, independencia, intimidad y personalización se insiste en la importancia que tiene para el mayor la integración con la comunidad para poder mantener su comunicación con el mundo exterior y sentir la integración social. Rescato dos aspectos como son el tiempo y el espacio. A medida que nos hacemos mayores necesitamos más tiempo para realizar las mismas tareas y menos espacio para desenvolvernos en la vida diaria. También la casa tiene relación con la memoria y se expresa de las formas más variadas (Ibíd.: 1-3).

En las decisiones sobre cómo habitar y recorrer el espacio, es importante mantener, gestionar el protagonismo que como seres sociales nos corresponde. De ahí que sea importante su desarrollo de manera que seamos seres autónomos. El conocimiento del grado de autonomía de las personas mayores es algo importante a tener en cuenta. No solo desde sus capacidades sino también desde las experiencias a lo largo de su vida y especialmente en la edad adulta. Una persona puede tener una capacidad de autonomía grande y sin embargo sentirse perdida en un nuevo espacio, como puede ocurrir en los cambios cuando se da un cuidado rotativo en el que cada cierto tiempo pasa a convivir con la familia, por ejemplo de su hija o hijo. A pesar de la condiciones físicas y mentales de una gran autonomía, el cambio puede conllevar miedos, inseguridades y por ello es preciso una etapa de adaptación en la que tendrá que encontrar su lugar, que es más que un espacio físico. Aquí el sentido de "lugar" de Marc Augé (1995) como experiencia de identidad y de referencia personalizada se

presenta una vez más como un concepto fecundo que nos permite desgranarlo desde su aplicabilidad a esta reflexión.

Dentro de la consideración de lo que van suponiendo los cambios a lo largo de la vida y especialmente cuando por razones y circunstancias diferentes haya necesidad de introducir algunos que puedan resultar costosos, es importante resaltar el protagonismo que le corresponde a la persona mayor. Su aproximación, como sucede en muchos otros apartados de este texto, es altamente cualitativa, donde ciertas capacidades como la empatía, respeto, etc., tienen que equilibrarse con otras provenientes más de conocimientos sanitarios y gerontológicos. Y aquí también entra la capacidad de la persona protagonista para tomar decisiones y una vez tomadas, implementarlas. Pero cabe también pensar que al no poder darse ni lo primero ni lo segundo sea necesario seleccionar sobre quién recae la delegación. Cuando este es el caso se trataría ya de un protagonismo delegado. Pero en la delegación y dependiendo del grado de comunicación que pueda darse con la persona dependiente, la empatía a la que he aludido antes juega un papel muy significativo ya que hay que combinar lo que son las necesidades actuales con los deseos, la forma de ver la vida, en un intento de hacer traducciones encaminadas al bienestar de las personas dependientes. Aquí también entra el examen del contexto donde se produce el cuidado. Si se lleva a cabo en la familia y bajo la responsabilidad de familiares es preciso observar cómo afecta la situación, así como también los cambios espaciales que se vayan introduciendo. Lo mismo que cuando consideramos la infancia y la juventud tenemos en cuenta los apoyos, las personas que ejercen distintas responsabilidades, así deben de estar presentes en el acompañamiento que proporcionamos a las personas mayores. La organización del cuidado depende de varios factores como: autonomía económica, poder de decisión, capacidades tanto físicas como mentales, fuentes de apoyo afectivo, grados de autonomía y o de dependencia y las respuestas a ello.

En la consideración del espacio y las personas mayores hay ciertas características que obligan a establecer las diferencias entre mujeres y hombres. En relación a las primeras aparecen características de contraste que no pueden obviarse a la hora de analizar su situación y la importancia que ello tiene en este ejercicio que realizo acerca de la relación entre espacio y vejez.

Respecto a las mujeres aparecen características que inclinan la problemática negativa hacia ellas. Son más vulnerables a la pobreza porque tienen una expectativa de vida más amplia, porque la situación laboral ha sido más precaria y ello incide en la cuantía de las pensiones. Se debe a que hay muchos casos en los que por haberse dedicado al cuidado de los demás no han estado en el mercado laboral o lo han hecho de manera más precaria y temporal, de modo que muchas de ellas perciben únicamente pensiones de viudedad, lo que en éstos momentos significa el 52% de lo que percibía el marido, y también porque tienen más posibilidades de vivir solas, lo que aumenta el riesgo de aislamiento, soledad y exclusión social. Sin embargo y tal como veremos más adelante, las mujeres mayores hacen frente a esas deficiencias con bastante eficacia (Ramos 2006: 191-92). Unas veces con capacidades que refuerzan habilidades adquiridas previamente, otras como resultado de nuevos conocimientos, adquiridos a través de nuevas socializaciones provenientes en su mayor parte de su incorporación a distintas formas de asociacionismo como se verá más adelante.

LA CAPACIDAD DEL ESPACIO PARA GENERAR IDENTIDADES

La interpretación antropológica del valor de un espacio tiene en cuenta aspectos cualitativos. Clave para ello es la evidencia de que a través de las relaciones que las personas establecen con el espacio pueden convertirlo en lugar, es decir, un espacio personalizado y vivido donde se producen la identidad y la memoria. Son indicadores que nos ayudan en la reflexión de lo que supone el cambio de un espacio a otro, por ejemplo, cuando una persona mayor deja lo que ha sido su lugar para incorporarse a otro espacio. Puede ser porque se muda a un piso más pequeño que el de su residencia habitual. O cuando se pasa a uno de alquiler diferente que reúne mejores condiciones que le pueden proporcionar un mayor bienestar. También cuando se sale de dicho espacio de manera temporal para pasar horas en un Centro de Día. O cuando en un sistema de responsabilidad compartida entre distintas personas de la familia, la persona mayor se desplaza para pasar un tiempo, generalmente meses, en un piso de algún familiar. O si debido a exigencias de salud y por ello de cuidado, sea conveniente el ingreso en una Residencia. Todas estas posibilidades requieren de una reflexión en la que se combine lo que implica el espacio a nivel general y lo que supone para una persona concreta. Es a partir de ello cuando se podrá pensar, de una manera más ajustada, en lo que hay que tener en cuenta para que el cambio se dé en las mejores condiciones. Pero en dicho proceso, lo mismo que en otros en los que se quiera actuar con una conciencia clara de las necesidades, derechos y bienestar de la persona, es preciso emplear el tiempo debido para pensar, para la comunicación. Es importante el acompañamiento en todo el proceso que va más allá del momento puntual del cambio y que culmina cuando el nuevo espacio llega a ser para la persona un lugar: ese espacio donde pueda sentirse cómoda. En el trasfondo está la creencia acerca de la capacidad humana de crear distintos lugares a través de nuestra trayectoria vital y ello hasta en situaciones deficitarias de confort y salubridad. Por ello, desde las responsabilidades del cuidado, hay que pensar que lo que es el lugar para una persona también se ajuste a sus necesidades de salud y bienestar psíquico.

La identificación de nuestros espacios tiene relación con nuestra manera individual y social de cómo nos situamos en la vida, de ahí que tengamos interés en cuidarlo de manera que también exprese esa ubicación vital. Se plasma en la distribución de los muebles, así como en las formas de expresar recuerdos a través de fotografías, cuadros, plantas, flores que añaden cualidades estéticas. Se acentúa en la vivienda pero también se expresa en lugares de trabajo y de ocio. En la vivienda principalmente almacenamos recuerdos del pasado y del presente, ausencias y presencias, pero en la manera de vivirlo expresamos lo que queremos que sea nuestra vida que al tener conciencia de que transcurre de manera ininterrumpida, queda inserta en la relación del espacio con el futuro que deseamos. La presencia del pasado puede dar seguridad, necesidad que se acrecienta con la edad y es fácil que la persona mayor se vuelva conservadora y resistente a los cambios. Lo mismo que en la infancia se cuidan los pasos que se dan hacia nuevos espacios y se enfatiza acompañar al niño, la niña cuando va por primera vez a la guardería, o nos preocupa cuando les decimos adiós en un mes de julio para su primera experiencia en una colonia de verano, también cabe recordar esa experiencia de estreno que ofrecen los nuevos espacios. A muchas personas les causa

placer pero también en determinados momentos de la vida pueden resultar cambios hostiles en los que bien el temor o la experiencia de inseguridad pueden estar presentes, causando incertidumbre, rechazo.

La versatilidad del espacio puede articularse con la diversidad de la vejez tal como se ha recogido anteriormente. El espacio está en movimiento continuo a pesar de la definición dominante del espacio atendiendo a la dimensión física y a resaltar dicha dimensión como el elemento principal de su continuidad. Las dimensiones del espacio: física, simbólica, emocional, relacional (interactiva, virtual son las que definen la capacidad cambiante del espacio. De ahí que podamos pensar en la polivalencia de sus usos ya que al poner en juego cada una de las dimensiones podemos pensar y contemplar el espacio en su diversidad, de manera que a la vez que se examinan sus características, puedan aplicarse a responder a las necesidades individuales y grupales.

No se trata de construir una vida social activa exclusivamente de mayores sino que en la medida en que se alarga la vida es necesario abrir y desarrollar para incluir formas sociales de agrupación, disfrute, con la seguridad que precisan. Ni tampoco de construir viviendas para las personas mayores aisladas del flujo social. Lo mismo puede decirse de las Residencias, que deben ser accesibles tanto para los que las visitan como para sus residentes. Que sean ellas y ellos los que decidan su grado de integración en la ciudad pero que no se queden aislados. El espacio de las personas mayores no debe ser un área aislada, como muestran proyectos surgidos en ciudades norteamericanas y que se trasladan a contextos de nuestra geografía con una total descontextualización social y cultural. Las residencias de la tercera edad, los apartamentos tutelados no pueden ser apéndices de la articulación espacial ni enclaves autónomos de lujo. En la planificación urbana se deben conjugar las necesidades de las personas mayores con su lugar en la dinámica social de las distintas generaciones. De ahí que no puedan instituirse como proyectos aislados, lo mismo que la integración se tiene en cuenta al planificar guarderías, escuelas, institutos, centros de formación profesional, por citar ejemplos que respondan a instituciones vinculadas a distintas etapas generacionales.

EL POTENCIAL DEL ESPACIO PARA GENERAR EMOCIONES Y SOCIABILIDAD

Las emociones y cómo las percibimos y experimentamos: alegría, dolor, odio, coraje, solidaridad, paz y la asociación de cada una de esas experiencias emocionales con espacios descubre el capital de una ciudad, un pueblo, barrio para articular sectores diversos de una población. Las personas mayores deben permanecer en la centralidad de su dinámica, ya que en muchos casos los cambios acelerados las han sacado anticipatoriamente del mercado laboral y muchas veces sus aportaciones han quedado olvidadas, con resultados negativos de desplazamientos identitarios.

El espacio proporciona la interacción y con ello la asociación con actividades que construyen y desarrollan el tejido social. Las posibilidades de promover inclusión o exclusión se dan

a través de la experiencia de los límites, así como de su permeabilidad, porosidad. Como ejemplo viene al caso una reflexión acerca de una clase de espacio en torno a la fiesta pública ya que tanto en los ámbitos rurales como en los urbanos los espacios de la fiesta son espacios de sociabilidad donde se crean y afianzan las redes sociales intergeneracionalmente. Tomo como ejemplo el carnaval de Tolosa en Gipúzkoa, una ciudad de 18.000 habitantes donde el carnaval, cumbre del ciclo festivo, se ha venido celebrando de manera ininterrumpida y con una participación masiva desde tiempos lejanos. Para ello me fijo en lo que acontece la mañana del lunes de carnaval con sus características de vivencia urbana y participativa en la que se da una simbiosis entre distintos segmentos de la población y de ésta con la que se desplaza de zonas limítrofes. Y donde las personas mayores pueden participar en las celebraciones que marcan los ritmos festivos de una población asumiendo para ello distintos tipos de protagonismo.

Así describo para ello la mañana de ese lunes carnavalero de 2007. Tolosa era una fiesta que tenía como eje central la calle Rondilla en el Casco Viejo y su continuación en la plaza del Triángulo y en la Avenida de San Francisco. Era un hervidero de gente multicolor ya que tanto los integrantes de las comparsas como muchos de los espectadores iban disfrazados: familias enteras, cuadrillas así como individuos que se paseaban disfrutando de su disfraz entre la muchedumbre. Como es habitual iban pasando las carrozas diseñadas y construidas por grupos, asociaciones que habían trabajado intensamente a lo largo del año. Las carrozas son el soporte de las actuaciones de los grupos que escenifican parodias, bailes y donde cada actuación es seguida por la multitud y aplaudida en complicidades múltiples. La multitud en éste lunes proviene principalmente de Tolosa y de sus alrededores y de gente joven que se desplaza desde Donostia, ya que en muchas escuelas y facultades universitarias suele ser un día festivo. Está el abanico amplio de todas las edades y mucha gente mayor que disfruta de los disfraces y se identifica con la fiesta al contemplar las carrozas y sus actuaciones. Puede decirse que la ciudad entera se abre a la sociabilidad por encima de cualquier adscripción. Todas las generaciones están presentes como protagonistas con disfraz, como participantes cómplices que captan los significados de las parodias y transmiten el reconocimiento hacia sus creadores. Representa en su fiesta principal un ejemplo de ciudad abierta donde se expresa la diversidad con que hombres y mujeres de todas las edades viven la fiesta.

Datos recogidos a través de múltiples observaciones ponen de relieve que la gente identifica los espacios que sirven para su disfrute. A la gente mayor le gusta en invierno los lugares soleados de ahí que los bancos al sol sean los preferidos. Algo sencillo de pensar pero que muchas veces no se tiene en cuenta y los bancos aparecen precisamente en los lugares más sombríos y al sol en los meses de verano. El ver pasar la gente mientras se disfruta del sol otoñal o del placer de ese sol inesperado del invierno es algo que al preguntar a mayores lo indican como preferente. También los espacios abiertos donde confluye gente y donde a través de una presencia participativa, pueden disfrutarlos como lugares seguros lo mismo que aquellos convertidos en zonas peatonales.

Una buena sugerencia es que cuando se urbanice una zona, se planifique una plaza, se haga una consulta popular que abarque a la diversidad de las personas que habitan la zona. Se

dice a veces que es más costoso pero lo que importa es pensar que en el caso de un lugar público el objetivo es que lo que se propone: edificar, transformar, enlace con las necesidades sentidas de la población. Cuando se argumente que el coste pueda ser mayor, hay que esperar que a medio plazo se verá ampliamente compensado con la armonía que resulte de haber tenido en cuenta lo que una población concreta familiarizada con el lugar, haya considerado como su elección preferente. Lo demás es frecuente que surjan espacios de una belleza formal pero desarticulada de los sentimientos, necesidades, preferencias de la ciudadanía, lo que entra en contradicción con la orientación que debe tener todo espacio público.

ESPACIO Y MEMORIA

La reflexión tiene en cuenta esa doble dimensión del espacio: en cuanto que posibilita la creación, vivencia y recreación de la identidad y en cuanto propulsor y catalizador de la memoria. Y simultáneamente, el mismo espacio es potente porque tiene la capacidad, para a través de las personas, activar el recuerdo. Su poder reside en que la memoria que recurre al pasado es constantemente también futuro. De ahí que en este juego del espacio concreto vinculado a una o más personas, aunque se viva desde el presente, recoge o posibilita también el encuentro con el pasado, y simultáneamente en la temporalidad de la reflexión, estamos ya viviendo y experimentando el dinamismo de lo que el futuro va a ser para dicha persona, grupo.

Entre los mecanismos por los que un lugar genera memoria está el de producir la evocación que consiste en la capacidad de sugerir algo diferente de aquello que se contempla. A partir de la posibilidad de la contemplación de un espacio o de su experiencia podemos retrotraernos a algo ya visto, experimentado, imaginado con anterioridad. Pero también en el poder evocador que nos lleva a experimentar la memoria podemos dar el salto hacia el futuro porque en esa evocación podemos también producir un deseo, un proyecto que conlleve un paso hacia adelante.

Al hablar del espacio no solamente nos referimos al espacio existente de manera que pueda contemplarse, sino que está el espacio imaginado. Hay veces que volvemos a espacios del pasado como es la infancia y al recordarlos experimentamos, por contraste, el presente sin que lo hubiéramos querido provocar. En otras ocasiones sucede que el recuerdo no es el del espacio que se considera real en el recuerdo sino que se trata del espacio que al mirar hacia atrás imaginamos que existió o deseamos que existiera así, tomando el recuerdo de un lugar en un proceso de creación imaginaria del que podemos no ser conscientes. Hay otro tipo de espacios imaginados, pensados a través de combinar componentes provenientes de evocaciones, sensaciones, experiencias, lecturas, películas, imágenes de libros, de obras de arte que en nuestra acción los relacionamos con recuerdos de ese lugar. Ahí se juega con la fuerza proveniente del poder evocador que contiene el espacio.

Las personas mayores generalmente poseen un interés constante sobre el dominio del espacio y los elementos que lo componen. Se dan cuenta de infinidad de detalles en una memoria asociativa siempre presente. Se esfuerzan por dominar el universo que debido a la dis-

minución de facultades se hace adverso cuando éste no responde a sus expectativas y recursos. Por ello es importante la alternancia entre personas de distintas generaciones de manera que en la interacción todas y todos puedan seguir mostrando sus individualidades. Tanto la interacción individual como la grupal con sus pares es necesaria pero también en muchos casos satisfactoria (Revista Todo Arquitectura, 37).

CREACIÓN DE ESPACIOS A TRAVÉS DEL ASOCIACIONISMO

Tal como señala Mónica Ramos (2006:192-93) "las mujeres mayores hacen frente a sus vulnerabilidades, cada vez de manera más eficaz, a través del diseño de un proyecto de vida participativo en la vida comunitaria, propiciado fundamentalmente por el proceso de globalización de los derechos de las mujeres, de las personas mayores y de la participación ciudadana. En ese proyecto de vida, la familia sigue siendo lo más importante, pero disponen además de un tiempo y espacio propios en los que desarrollan sus aficiones en el hogar y al mismo tiempo les permiten 'ocupar' los lugares propios de ocio y participación, confiriéndoles una visibilidad ante la propia sociedad y las administraciones públicas. Aunque esta apropiación, como veremos, se ha impulsado más por las organizaciones de mujeres mayores que por el diseño de unas políticas públicas con compromiso hacia ellas. Su destreza a la hora de desarrollar y mantener amistades y relaciones familiares o vecinales es un resorte ante la adversidad (Sánchez Salgado, 2003). Para muchas, la vejez está siendo sinónimo de anclaje asociativo y de desarrollo personal. Es una nueva realidad en la que reclaman ser beneficiarias de los mismos derechos de los que disfruta el resto de la sociedad: educación, ocio, participación, empleo, etc." (Ramos Ibid.:192-93).

Para las mujeres una característica propiciatoria del asociacionismo es el atractivo que tiene en la actualidad y los componentes dinámicos de muchos de sus objetivos. Dentro de la consideración general de la importancia de introducir cambios para propiciar las relaciones de igualdad entre mujeres y hombres, es importante ver formas nuevas de establecer relaciones entre las mujeres para poder acceder a nuevos conocimientos, saberes negados con anterioridad ya que todo ello confiere entidad a colectivos con poco protagonismo anterior. Lo mismo puede decirse de la necesidad de comunicación para reivindicar cambios, apoyarse en los procesos difíciles de lucha por conseguirlos. En éste sentido el asociacionismo juega un papel importante y lo voy a abordar en sus distintas facetas. Supone un paso en la superación de lo que se percibe como un foso entre lo doméstico o el espacio interior y el exterior.

En general el asociacionismo representa "la aparición de nuevos sectores protagonistas de la acción colectiva y la irrupción organizada en el espacio público de entidades que propugnan un cambio social", (Maquieira 1995:263). En su complejidad abarca actividades, trayectorias ideológicas, objetivos específicos, metodologías, campos de incidencia, ubicaciones espaciales y colectivos a los que dirigen su acción y por otro, el factor dinámico y aglutinador del reconocimiento de la realidad de las mujeres, tanto de la cotidianeidad como de otras cuestiones más generalistas a las que las mujeres quieren responder de manera efec-

tiva (Ibid.: 264). La amplitud del asociacionismo puede definirse por distintos indicadores. Si tomamos la edad en general responde a las necesidades de mujeres comprendidas entre los 35 y 70 años aunque no excluye que haya asociaciones de jóvenes o que estas participen. Si cogemos la definición laboral abarca mayoritariamente a mujeres que han concentrado su trabajo en torno al ámbito doméstico y la familia. La consideración de la clase social en el asociacionismo lleva a identificar principalmente a mujeres de clase media y baja. Está estrechamente vinculado a necesidades cotidianas que han permanecido invisibles como lo ha sido buena parte de la historia de las mujeres.

En la creación de una asociación está en la mayor parte de los casos bien la identificación con una necesidad y la urgencia de responder a ella, bien el abrir la puerta para buscar nuevas proyecciones vitales. En muchos casos se produce el descubrimiento de la relación entre lo individual y lo colectivo y el conocimiento de que la acción política tiene mucho que ver con la asunción de problemáticas nuevas que la sociedad había dejado de lado porque las ubicaba en la casa, en la familia, en el ámbito privado.

Un elemento clave del asociacionismo es la capacidad para activar, reforzar y crear redes sociales. La posibilidad de contar con redes, de poder activarlas en determinados momentos es una riqueza social; es hacer que circule información, identidad, ayuda, apoyo. Por ello la falta de redes en una sociedad, sus rupturas temporales o permanentes, o las dificultades para vincular distintas redes, acrecienta la soledad y perpetúa la marginación.

Se ha visto que la forma de entrar en las asociaciones es principalmente a través de redes informales: de amistad, vecindad que facilitan la integración y la comunicación. La influencia de las redes para entrar en asociaciones varía. Puede decirse que es más importante y necesario para aquellas mujeres que han permanecido centradas en el ámbito familiar que las que han estado insertas en el mercado de trabajo. También las habilidades de relación con personas ajenas a su entorno actúan de manera positiva para entrar en asociaciones.

Una mujer con una experiencia positiva asociativa la comunica en general a otras personas cercanas. En la experiencia ajena se ven reflejadas otras mujeres por sentir la cercanía en la forma de vida, lo que facilita el seguimiento del ejemplo. Se debe a que cuando la vida de una persona trascurre en un círculo limitado, bien porque sea pequeño o porque sea homogéneo en relación al estilo de vida dominante, el aventurarse fuera de ese espacio inmediato, conocido y seguro resulta atemorizante en unos casos y en la mayoría extraño y lejano. De ahí la importancia de las personas referenciales y el impacto positivo que suele tener en otras personas menos atrevidas y que conduce a la decisión de entrar. Dentro de las asociaciones juega un papel significativo en varios estadios de su historia y dinámica el sistema de redes que articula tanto a personas que se hayan situado en grupos, bien por su relación anterior a la asociación o por el descubrimiento de afinidades, como a los grupos entre sí.

Las mujeres son conscientes de la validez de las redes que proporcionan formas de relación y experiencias de comunicación. Así se puede hablar de vivir, crear, potenciar e instrumentalizar redes. En su sentido más amplio las redes se tejen sobre la base de la amistad, el trabajo, el ocio, las aficiones. Amplían la fluidez de las vivencias sociales y sirven en muchos momentos para integrar personas y colectivos. La valoración positiva del carácter multiplicador de las

redes lleva a la promoción de redes con otras asociaciones a distintos niveles: dentro de una localidad o de una ciudad con otra. Hay asociaciones que asumen liderazgos para atraer a otros grupos y así avanzar en el cambio a través de las experiencias compartidas.

Las redes, como las personas, tienen sus debilidades y su fuerza pero varía la manera de activarlas. Puede ser algo tan cotidiano como el recuerdo, el saludo, el comentario a distancia: "he estado con tal persona en Bilbao y me ha dado muchos recuerdos". O "el otro día coincidí en una reunión con alguien que te conocía y me comentó que hacía mucho tiempo que no te veía". "Fui a dar de alta la luz y me atendió tu hijo y ya me dijo que habías estado fuera". Otras veces se realiza a través de una presentación cuando le decimos a alguien: "cuando le llames le puedes decir tranquilamente que te he dado yo su número o simplemente le dices que me conoces". Es algo en apariencia trivial pero que sirve de puente entre las dos personas. Un estudio reciente (Fundación BBVA, 2006) avala la importancia de las relaciones sociales así como lo que representa el apoyo emocional de amistades y familiares.

El asociacionismo ayuda a crear nuevas redes y con ello a hacer frente a cambios puntuales, por ejemplo el que afecta al poder adquisitivo y a la identidad social como resultado del paro. La entrada en una asociación sirve para adquirir nuevos conocimientos y en muchos casos desarrollar la autoestima. Con la jubilación se pierden con frecuencia redes vinculadas al trabajo, pero la posibilidad de disponer de tiempos propios posibilita la entrada en otras. Sin embargo la mayor o menor densidad de redes no está pendiente ni de la forma de vida ni de la posición social pero sí que puede afectar al grado mayor o menor de fluidez. El que una persona viva sola nada tiene que ver con su inserción en distintas redes. También se aprecia que hay personas o colectivos marginados socialmente que tienen un fuerte tejido social –como sucede con la población gitana– pero carecen en muchos casos de enlaces con la sociedad más amplia. De ahí la importancia que cobran las asociaciones que median entre distintos mundos.

Las asociaciones promueven, refuerzan cambios más generales, ya que recogen aquellos individuales o más específicos que de otra manera hubiera sido difícil hacerlos visibles, para en muchos casos situarlos como problemas a tener en cuenta al plantear necesidades de las personas mayores. Dado que los movimientos asociativos permanecen en cambio continuo pueden proporcionar la adecuación con las necesidades cambiantes de las personas mayores y en el caso que nos ocupa, con las necesidades de las mujeres.

EL ESPACIO QUE GENERA REIVINDICACIONES

Me voy a fijar en un caso actual como es el de las reivindicaciones de las mujeres viudas que ha salido con fuerza en los medios de comunicación en 2007, no porque la situación que ahora se expone no existiera con anterioridad sino porque distintos colectivos han recogido sus condiciones para transformarlas en reivindicaciones. Afecta a un número considerable de mujeres con unas características comunes: viven con pensiones muy por debajo del salario mínimo interprofesional, establecido en 7.988 euros distribuidos en 14 pagas de 570 euros mensuales (Chico 2007: 10). Muchas de ellas han trabajado duro pero en tareas no

reconocidas laboralmente como han sido todas aquellas relacionadas con la organización del ámbito doméstico: compra, preparación de la comida, limpieza, costura, cuidado y crianza de hijas e hijos, atención a personas dependientes por enfermedad, vejez por citar algunas. Todas aquellas que según los estudios sociológicos realizados por María Angeles Durán se llevaban a cabo en la apreciación social "De puertas adentro" como bien indica el título de uno de sus libros (1988) en el que cuantificó lo que todas esas horas representaban si se hubieran incluido en el Producto Interior Bruto (PIB). Sin contar las tareas de asistencia médica a través de la práctica cotidiana en casa, en las visitas a ambulatorios, en seguimientos de rehabilitaciones y en las horas y noches de vigilia en hospitales (Durán, 2003). Idas y venidas a escuelas, tardes en parques, acompañamientos a todo tipo de actividades extraescolares y todo ello primero a hijas e hijos y más tarde a la siguiente generación. Y en medio de todo ello conservando además la memoria familiar, ya que son ellas las que recuerdan nombres, aniversarios, cumpleaños y llevan flores al cementerio no solamente el 1 y 2 de Noviembre donde ello es visible socialmente, sino en muchas ocasiones a lo largo del año. Han sido en muchos casos, y siguen siéndolo, ejes de cohesión familiar a través de la organización de comidas y cenas familiares en fechas significativas.

Las hay que trabajaron en el servicio doméstico en tiempos en los que no se cotizaba. Algunas en empresas en las que muchas veces no realizaron las cotizaciones correspondientes como ocurrió con Eva, una mujer que cuando murió su marido en 2002 le quedó una pensión de 330 euros que con la subida anual en la actualidad le corresponden 491€. "Pero según dice, le correspondería más ya que estuvo trabajando en una cuchillería pero al retirarse le dijeron que no habían cotizado por ella. La empresa lo había hecho un mes sí y tres no por lo que era igual que si no hubiera trabajado. Reclamó su pensión ante la Justicia. Y tal como dice ganó el juicio en San Sebastián "pero el Supremo me lo quitó" y la empresa nunca salió en su defensa" (Chico 2007:11). En general son mujeres que han cultivado la austeridad generada por la necesidad y con ello han mantenido una dignidad que muchas veces ha ocultado la precariedad real.

Cabe señalar el papel que distintas asociaciones han tenido como Los Hogares de Jubilados a los que han acudido como lugar de encuentro y de sociabilidad, en la mayor parte de los casos, vinculados al encuentro habitual, de los que señalan el juego de cartas como pasatiempo preferido. Y como señalaré más adelante, el asociacionismo las ha ayudado a dar otros pasos más relacionados con hacer presente las deficiencias del sistema social de nuestra contemporaneidad.

Estas mujeres, que se volcaron durante los años de su vida activa en la familia, hoy se ven dependientes en muchos casos de hijos, hijas, yernos, nueras para mantener un nivel de vida mínimo en una sociedad cargada de incentivos y reclamos publicitarios para un nivel de exigencia en cuestión de servicios y lujos cada vez mayor. Y también porque gracias a su trabajo las mujeres de su familia, así como otras muchas de las generaciones siguientes, pueden exigir cuotas de igualdad que a ellas les estaban negadas y de las que en muchos casos ni siquiera eran conscientes de poder acceder a ellas.

Se trata de mujeres a las que les costaba exponer su situación, menos quejarse y más lejano aún reivindicar mejoras. El cambio ha surgido del movimiento asociativo de mujeres

fruto de los años 80 del siglo XX que ha empezado a identificar las necesidades y a ponerlas en clave de reivindicaciones concretas. Ha sido posible en ese recorrido hacia afuera: desde la casa al Hogar del Jubilado, a otras asociaciones de mujeres donde al poder situar sus modos de vida fuera de sus apreciaciones como experiencias particulares, han podido acceder a convertirlas en exigencias sociales en el marco más amplio de unas condiciones de vida dignas. Las asociaciones en el ejemplo anterior han actuado de "espacios puente" en el sentido que les dí inicialmente en *Andamios para una nueva ciudad. Lecturas desde la antropología.*

"Dentro de los procesos de transformación y creación... se configuran inicialmente en función de las delimitaciones establecidas entre lo doméstico y lo exterior y entre lo interior y lo público. Ayudan a mantener una mayor fluidez entre los espacios y llevan a un debilitamiento de los límites establecidos. Son espacios con características físicas aunque se definan simbólicamente.

El espacio puente implica un paso hacia adelante del estar dentro para salir y volver a entrar... Va más allá de ese transitar ya que se puede estar dentro y fuera en un ir y venir de casa al trabajo, a la calle, al bar, al café, a la escuela, al ambulatorio, al teatro, al campo, pero seguir con la mirada en el espacio interior. No es estar dentro aunque se salga... Una de sus metas es la de ser apoyo para el cambio" (del Valle 1997: 164-65).

Los espacios puente posibilitan la experiencia de *nuevas socializaciones* (Maquieira 1995: 273, 294) y de cambios significativos en el sistema de valores, orientación en la vida, contextualización de los cambios personales en procesos colectivos (Ibid: 322-324) de manera que emerge la realidad de la desigualdad de manera diferente y se toma perspectiva de futuro para iniciar cambios. En el caso de las mujeres viudas, la consideración de sus reivindicaciones por parte de los poderes públicos es una tarea de justicia social.

CONVERTIR EL ESPACIO EN LUGAR

Es algo que ejercitamos a través de nuestro ciclo vital ya que de continuo y en unas épocas más que en otras tenemos la experiencia de conocer y experimentar nuevos espacios. Para ello volvamos al ejercicio de pensar en los espacios que hemos ido recorriendo en nuestro ciclo vital, como se mencionó al comienzo. Al principio siempre estaba la experiencia del extrañamiento que consiste en confrontar lo desconocido y experimentar el temor a esa extrañeza que resulta incómoda. En una retrospectiva es interesante pensar en el primer momento, como pudo ser el primer día en la escuela donde toda ella resultaba desmesuradamente grande e impersonal fuera de los recintos habituales, como podía ser la casa propia y la de parientes y amigos cercanos. Pero si viéramos una fotografía tomada varios meses después es fácil advertir que la escuela ha perdido sus grandes dimensiones para pasar a ser un lugar concreto vinculado al patio de juegos. De seguro que este paso del espacio al lugar ha tenido que ver con lo que el niño, la niña ha vivido. Si la experiencia ha sido negativa es posible que la visión amplia de la escuela permanezca como una imagen fija y que otros espacios también se recuerden como tales sin que hayan pasado a ser luga-

res, al no haberse producido ni identificación ni una vinculación emocional positiva. En el proceso está el tiempo, la claridad de las relaciones que se han mantenido, el tono de las emociones, la calidad del recuerdo.

Por ello uno de los desafíos es el de generar espacios donde las personas mayores puedan experimentar bienestar, "oportunidades de empoderamiento, participación, autoevalimiento, rehabilitación y desarrollo de sus capacidades en proyectos de utilidad tanto personal como comunitaria" (Leonardo 2006:2) en distintos niveles. No es lo mismo la participación colectiva en un centro de día, en una residencia, en una asociación local, comarcal.

Por las posibilidades amplias que ofrecen se significan los espacios de reunión como son los Centros de jubilados dado que son escenarios donde las personas mayores ejercen su sociabilidad, que es compatible con el cultivo de sus relaciones familiares. Su pertenencia a estos espacios posiciona al adulto mayor frente a su familia y otros ámbitos de inclusión de manera positiva, incidiendo esto en la imagen social y subjetiva de la vejez (Leonardo, 2006: 7). La sociabilidad con otras personas cercanas en edad e intereses lleva a valorar aquellos espacios de encuentro y a cuidarlos de manera específica para que se vayan actualizando y así responder a las necesidades cambiantes de la población mayor. Tanto para los que se construyen nuevos como en la actualización continua de los ya existentes la participación de los y las usuarias es capital, de manera que esté en relación con las necesidades actuales y sus posibles cambios hacia el futuro. Combinar la estética dentro y fuera con la confortabilidad y las facilidades de acceso. De ahí el pensar en lugares céntricos valorados socialmente y de fácil acceso. Un estudio realizado en Leganés a lo largo de siete años señala "que el papel de las administraciones debería ser el de incrementar las redes sociales, más que el de sustituirlas, potenciándose espacios donde se pueda producir la interacción comunitaria..." (Fundación BBV 2006:13).

A nivel individual también hay que cuidar que la persona mayor pueda conservar su autonomía sin que esté sometida a manejos y decisiones arbitrarias de hijas e hijos. Entre los campos de actuación y de apoyo se encuentra la utilización del espacio, tanto en lo que afecta de manera individual como colectiva y tanto cuando reside en su vivienda habitual como cuando se incorpora a otro tipo de residencia. De hecho en las Residencias, cuando un familiar se traslada allí, el espacio tanto para las personas residentes como para sus familiares cobra una importancia especial. Es interesante el proceso de personalización de los espacios que se produce en sitios residenciales y que se expresa en las habitaciones donde las personas traen aquello que dentro de las normas de cada Residencia pueda tener un significado personal. Otro atañe a lo que se consideran espacios comunes tanto dentro como fuera de los edificios y donde las personas seleccionan sus sitios y lo hacen de manera espontánea pero respondiendo a su propias necesidades y deseos. Pero también es necesario prestar atención a aquellas circunstancias en las que las personas carecen de movilidad ya que dependen de que otras personas respondan a sus necesidades y deseos. Más aún cuando tienen dificultades comunicativas.

Cuando por necesidad una parte del cuidado se desterritorializa de la casa a una Residencia, esta entidad ofrece ciertas facetas para la persona residente que anteriormente estaban vinculadas a su casa. Aunque difícil, es importante dotar al edificio y sus aledaños de flexi-

bilidad para que las personas puedan expresar sus preferencias y también posibilitar la naturaleza cambiante de las actividades que se lleven a cabo. Es habitual que con el tiempo los espacios comunes pasen a considerarse parte del habitat personal en la valoración cotidiana de la persona residente. Es interesante observar que mucha gente prefiere estar en lugares comunes en compañía más que en la individualidad de las habitaciones. Por ello, los espacios comunes también deben ofrecer ese juego de la amplitud de usos pero también su polivalencia para la singularidad. Por ejemplo poder compartir la comida con una persona residente y al tiempo no invadir la privacidad del resto. O compartir visitas con familiares de distintas edades sin que cambie el ritmo de las otras personas. La experiencia directa de una residencia a la que acudo semanalmente me ha hecho apreciar que un régimen de visitas abierto en cuanto a los días y horas contribuye a la experiencia de fluidez entre las personas que residen, las que trabajan y las que visitan.

En el acceso a dicha cotidianeidad he observado a bastantes personas que ocupaban determinados sitios de manera habitual: dentro y fuera del edificio y que el personal auxiliar sabía de sus preferencias, por ejemplo: a las que les gustaba el sol, a las que preferían estar en una zona cerca de la entrada desde donde podían observar movimientos del ir y venir hacia y desde el edificio. Otras se decantaban por la ocupación de sillones cerca de la televisión, o por determinada galería o por quedarse en un lugar cerca del comedor. No son acciones u observaciones insignificantes sino que comunican deseos así como seguridades a veces mediatizadas por la facilidad mayor o menor para desplazarse. El llevar a cabo un estudio basado en la observación y la reflexión conjunta con residentes acerca de la distribución espacial pero tomando su propia experiencia como punto de partida, sería altamente interesante para poder luego reflexionar acerca de la adecuación entre prácticas y deseos. Es más, podría resultar en datos de interés para introducir cambios siempre encaminados a la mejora de la vida de las personas mayores. Los seres humanos poseemos una gran capacidad para hacer de los espacios lugares de individuación y de bienestar que abarcan desde estrategias efímeras hasta distintos grados de permanencia.

A MODO DE CONCLUSIONES

El asociacionismo es un paso importante para pasar de una situación vivida como experiencia personal sin tener elementos de comparación y/o contraste a pasar a verla en el contexto más amplio de las distintas épocas en las que se puede situar una vida. Ayuda a ver cómo circunstancias familiares, además de corresponder a un entorno concreto, se insertan a su vez en costumbres, formas de trabajo y de responsabilidades que correspondían a su vez a: la división sexual del trabajo, a la separación estricta entre producción y reproducción y a la ideología que situaba a la mujer en la casa con menores derechos que a los hombres. La visión dependiente de la mujer se acrecentaba con la muerte del marido si ella no contaba con una economía que la mantuviera como persona autónoma.

Es importante el paso del espacio privado especialmente del familiar a lo público. Y para aquellas mujeres que no han tenido la experiencia de poder contar con redes sociales más

allá de las familiares, los espacios asociativos son en muchos casos "espacios puente" para el cambio. La edad no es un impedimento para ello. De ahí la importancia de apoyar el asociacionismo que implica apoyar las iniciativas que surjan de la ciudadanía así como generar aquellos espacios que supongan respuestas a necesidades, reivindicaciones, iniciativas vinculadas a las personas mayores. Una ciudad en la que las asociaciones están en el centro de las consideraciones políticas será una ciudad donde la vida social resulte más fluida, más segura: una ciudad progresista. Puede verse a las asociaciones de personas mayores como una fuerza social ya que la definición de sus objetivos, la lectura de sus actividades, sus reivindicaciones facilitan la identificación de las necesidades y por tanto la posibilidad de responder a ellas de una manera más directa y eficiente. Esta lectura se puede realizar fácilmente desde las distintas instituciones.

A pesar de que el asociacionismo abarca tanto a mujeres como a hombres, ha jugado un papel importante en la vida de las mujeres y por ello de las mayores. Por circunstancias estructurales las mujeres han tenido una mayor vinculación con la organización del espacio doméstico y por ello menos presencia en los espacios más relacionados con la vida pública. De ahí que las mujeres mayores de hoy estén en posiciones muy diferentes respecto a los varones de sus mismas edades a la hora de insertarse en proyectos independientes de la vida doméstica y familiar. En el futuro se irán acortando las diferencias debido a que mujeres que hoy tienen 50 años cuando se jubilen tienen ya una experiencia laboral que les ha permitido tejer redes más allá de la familia y experimentar un ejercicio más amplio de los derechos individuales. Es evidente que la experiencia sentida de unos derechos facilita las reivindicaciones para su exigencia más allá de la experiencia que se erige en punto de partida. Pienso que una mujer feminista acostumbrada a luchar por sus derechos en la enseñanza, en el trabajo, en las relaciones familiares, en la organización de las tareas domésticas, difícilmente va a hacer dejación de reivindicarlos en los nuevos espacios de ciudadanía correspondientes a la tercera edad. Es fácil que lo interprete como una fuerza social más que como una vivencia individual.

La dimensión relativa al ejercicio responsable de la ciudadanía nos lleva a la interpretación de lo que Saskia Sassen (2004) entiende como fuerza social. Así en la medida que las reivindicaciones de las personas mayores puedan presentarse con peso numérico y representativo y con reivindicaciones asociadas a derechos de ciudadanía, estaríamos hablando de fuerza social. Será necesario que aquellas personas que lo lleven a cabo de una manera activa asuman la representación de las que no están en condiciones de hacerlo, por ejemplo, las que por condicionamientos físicos y/o mentales aparezcan como sujetos pasivos de los derechos. De la misma manera que la reivindicación de nuevas atenciones a enfermos no requiere que sean ellos y ellas las que directamente expresen la reivindicación. El velar por la adecuación paulatina de las urbes, del medio rural para que se adecuen a las necesidades diversas de las personas, es un aprendizaje a transmitir también a la infancia y juventud; de la misma manera que desde una perspectiva de solidaridad global, se hace obligatoria la reflexión acerca de la desigual distribución de los recursos y la injusticia de una apropiación indebida por clases sociales, regímenes políticos y planificaciones indiscriminadas. La vida por mucho que se abra al infinito siempre topa con los límites temporales de la realidad.

Es evidente que cuando se piensa en los cambios pormenorizados experimentados por cada persona se aprecia que el cambio espacial está presente en las vidas individuales y en la experiencia colectiva donde nos insertamos las personas. De manera que caer en la cuenta de la experiencia de cambio que se ha tenido a lo largo de la vida puede ayudar a ver otros cambios como parte de la dinámica social de avanzar en la edad y por lo tanto en el tiempo. Que hay necesidades a las que hay que acomodarse pero resaltando el derecho a decidir, reivindicar un bienestar basado en derechos individuales y sociales. Es un conocimiento que debe estar presente en la reflexión general acerca de la relación entre espacio y personas mayores o entre espacio y vejez. Ese marco del conocimiento general debe de ir parejo con el conocimiento de los cambios personales experimentados por cada persona objeto del cuidado.

La desterritorialización del cuidado requiere una reflexión acerca del poder transmisor de los afectos. Así, la responsabilidad en el cuidado directo que se transfiere de la casa, la familia al Centro de Día, a la Residencia... debe ir parejo con la responsabilidad y la intensidad de los afectos hacia la persona que en una etapa diferente de su ciclo de vida se inicia en una nueva experiencia del espacio con nuevos significados. De ahí que sea en la práctica del valor intangible de los afectos donde se redefinen y ejercitan los enlaces cualitativos que precisa el cambio espacial.

Tanto en las representaciones laicas como en las religiosas actúan los referentes de la obligatoriedad por parte de las mujeres a responder a los imperativos de los mandatos de: responsabilidad, del ejercicio de lo que se consideran habilidades que sólo ellas poseen, de la existencia de condicionantes vinculados a la naturaleza. Y lo que es más preocupante es que todo ese conjunto de constructos sirven de manera efectiva para propugnar la relación estrecha entre ser mujer y la obligación de actuar de manera "natural" en las tareas del cuidado. Por ello la reflexión sobre las experiencias, significados, diseño, necesidades y potencial de los espacios debe de ir articulado con la necesidad de repensar el cuidado como una obligación social en la que entran distintas personas, grupos, instituciones en vez de fijarlo de manera estática en las mujeres y en el espacio doméstico.

Bibliografía

AUGÉ, M. (1995): *"Los no lugares". Una antropología de la sobremodernida,* Gedisa, Barcelona.

ARRIOLA, N. y BASTERRENETXEA, G. (2007): "Tercera juventud". Bilbao, abril, 6-7.

FUNDACIÓN BBVA (2006): "Longevidad y dependencia". *Boletín nº 2*, diciembre, pp. 12-13.

CORTI, M.: Entrevista a Jorge Jáuregsi "Políticas paxa construir ciudad, no para hacer casitas" (www.cafedelas,ciudades.com.ar#default12_mail.ltm)

CHICO, A. (2007): "Pobres viudas". *El Diario Vasco* , 18, II: 10-11. Madrid

DEL VALLE, T. (directora) (1985): *Mujer vasca imagen y realidad.* Barcelona: Anthropos.

DEL VALLE, T. (1997): *Andamios para una nueva ciudad. Lecturas desde la antropología*, Alianza colección "Feminismos", Madrid.

Del Valle, T. (2005): "Género y religión: aspectos antropológicos" en *Asociación Seminario Mujer Latinoamericana-Mujer Andaluza Diez años de historia (1995-2005)*, Artes Gráficas Andaluzas, S.L., Huelva, pp. 121-144.

Durán, M. A. (1988): *De puertas adentro.* Serie Estudios número 12, Instituto de la Mujer, Madrid.

Durán, M.A. (2000): *Los costes invisibles de la enfermedad.* Madrid: Fundación BBVA, reeditada en 2003.

"*Entrevista a Saskia Sassen*". En: *Revistateína*, Nº 4, 8 pp. (www.revsitateina.com/teina/web/Teina4/dossiesassen.htm).

Leonardo, M. (2006): "Violencia a los adultos mayores". (www,gerontologia.org/portal/print/index).

Maquieira, V.: "Asociaciones de mujeres en la Comunidad Autónoma de Madrid" en Ortega López, M. (dir.); Matilla, M. J.; Frax, E.; Vara, M. J. y Maquieira, V. (1995): *Las mujeres de Madrid como agentes de cambio social*. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma, Madrid, pp. 263-338.

Maquieira, V.; Maquieira, V. (ed.); T. del Valle; P. Folguera; C. García Sainz; G. Nieto; J. I. Pichardo y M. Ramos (2006): *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Editorial Alianza, colección Feminismos.

Nivardo Vicente Gainza, F.: "Tercera edad y vivienda" (www.prensalatina.com.mx/article.asp?)

Ortega López, M. (dir.); Matilla, M. J.; Frax, E.; Vara, M. J. y Maquieira, V. (1995): *Las mujeres de Madrid como agentes de cambio social*. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma, Madrid.

Osorio, P. (2006): "Exclusión generacional: La tercera edad". *Revista MAD*, número especial *"Nuevas exclusiones en la complejidad social contemporánea"*, pp. 178-186.

Quero, A. (2007): *Los cuidados familiares en el hospital Ruiz de Alda de Gran*ada. Tesis doctoral defendida en la Universidad de Granada (inédita).

Ramos, M. (2006): "Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades". En Maquieira, V. (ed.), T. del Valle, P. Folguera, C. García Sainz, G. Nieto, J. I. Pichardo y M. Ramos: *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Editorial Alianza, colección Feminismos pp. 191-244.

Revista Todo Arquitectura Revista Digital 37. "El adulto mayor, la tercera edad: Una propuesta..." (www.todoarquitectura.com/revista/37/sp01_Accesibilidad.asp).

San Román, T. (1992): "Espacio y ancianidad". *Historia Fuente Oral*, nº 7: 175-178.

Vila, Daniel (2007): "Nunca es tarde para aprender", *MUFACE*, nº 208, septiembre-noviembre, 24-27.

Warner, M. (1991): *Tú sola entre las mujeres. El mito y el culto de la Virgen María.* Editorial Taurus, Madrid (original en inglés 1976).

13

Intergeneracionalidad y envejecimiento activo de las personas mayores. Aportación de los programas intergeneracionales

Por Mariano Sánchez Martínez
Doctor en Sociología
Profesor Titular en la Facultad de CC. Política y Sociología. Universidad de Granada
Director de la Red Intergeneracional

Hace unos meses tuve la oportunidad de leer un artículo del profesor Alan Walker que me resultó de especial interés. En el artículo, este reconocido investigador en Gerontología se ocupaba del concepto de envejecimiento activo. Y lo hacía, según él mismo explicaba, con la intención de abordar las decisiones que es necesario tomar para que la noción de envejecimiento activo deje de ser un mero eslogan político y pase a ser una estrategia fundamentada y coherente. Walker articulaba su propuesta en siete principios a incorporar al envejecimiento activo "si éste ha de jugar un papel efectivo en la tarea de reunir todas las áreas políticas necesarias para responder con éxito a los retos de una población que envejece" (Walker, 2006: 85).

Pues bien, Walker explicaba del modo siguiente el cuarto de esos siete principios: "El mantenimiento de la solidaridad intergeneracional es un factor importante en un enfoque moderno del envejecimiento activo. Este factor significa tanto equidad entre las generaciones como la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen a las distintas generaciones. El envejecimiento activo es intergeneracional: se refiere al futuro de todos y no sólo al de las personas mayores. Todos somos parte interesada en esta tarea porque todo el mundo quiere vivir una vida larga y saludable" (Walker, 2006: 85). No es habitual encontrar una reflexión sobre el envejecimiento activo que aluda a la intergeneracionalidad, de ahí lo interesante y original de la aportación de Walker. De sus palabras se concluye que la intergeneracionalidad, por la que hay que apostar en el marco del envejecimiento activo es, en realidad, *solidaridad intergeneracional* bajo dos formas: (i) equidad intergeneracional y (ii) actividades intergeneracionales.

Kalache, Barreto y Keller (2005), un año antes que Walker, también se habían planteado una reflexión en esta misma línea. En su explicación del Programa de Envejecimiento y Salud lanzado por la Organización Mundial de la Salud en 1995, estos tres autores aludían a la perspectiva intergeneracional como una de las necesarias para la implantación de una estrategia global de envejecimiento activo. ¿En qué consistía, según estos tres autores, dicha perspectiva? En "enfatizar estrategias para el mantenimiento de la cohesión y la solidaridad entre las generaciones. Por encima de todo, una cultura de envejecimiento es una cultura de solidaridad –entre jóvenes y mayores, ricos y pobres, países desarrollados y en vías de desarrollo" (Kalache, Barreto y Keller, 2005: 40). De nuevo aparece la *solidaridad intergeneracional* como la forma de intergeneracionalidad clave en la implantación del envejecimiento activo.

Inspirado por estas dos breves reflexiones que acabo de presentar, pero con la pretensión de ir más allá de ellas, en este capítulo me propongo argumentar cuál puede ser el potencial de la intergeneracionalidad –no sólo en su versión de *solidaridad intergeneracional*– en la fundamentación y expansión del envejecimiento activo.

Entiendo que el envejecimiento activo se considera, en línea con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un concepto multidimensional –afecta a diversas áreas políticas y del bienestar de las personas–, anclado en la idea de ciclo vital y articulado en torno a la optimización de la *salud*, la *participación* y la *seguridad* de las personas a medida que envejecen. Por su parte, Walker concluye que "la esencia del concepto moderno emergente de envejecimiento activo es una combinación del núcleo del envejecimiento pro-

ductivo más un énfasis fuerte sobre la calidad de vida y el bienestar mental y físico" (Walker, 2006: 84). De este modo, Walker reduce a tres las claves del nuevo concepto de envejecimiento activo: envejecimiento productivo, calidad de vida y bienestar mental y físico. ¿Están conectadas de algún modo la conceptualización de envejecimiento activo que hace la OMS y la que sugiere Walker? Sí, lo están.

El concepto de envejecimiento productivo mencionado por Walker remite fundamentalmente, y coincidiendo también con uno de los tres pilares del concepto de la OMS, a cuál es el tipo de participación de las personas.[1] La calidad de vida, a la que también se refiere Walker, es un constructo mucho más complejo: como mínimo nos lleva a pensar en cuáles son nuestras condiciones de vida –los aspectos materiales y contextuales, del entorno, tales como la seguridad económica y física– y en cuál es nuestra experiencia de vida –el bienestar subjetivo y psicológico– (Daatland, 2005); por tanto, creo que el bienestar físico y mental –la salud, en el fondo– del que habla Walker se puede considerar como un aspecto relevante a evaluar en la consideración más amplia de cuál es la calidad de vida de una persona en su proceso de envejecimiento. La salud y la seguridad, dos de los pilares del concepto de envejecimiento activo de la OMS, también estarían encuadradas en el marco de una buena calidad de vida.

De lo dicho hasta aquí concluyo que la respuesta a la pregunta por el espacio de la intergeneracionalidad en la fundamentación y expansión de las oportunidades de envejecimiento activo se puede abordar mediante las dos cuestiones indirectas siguientes: (i) ¿qué puede explicar la intergeneracionalidad sobre la participación de las personas a medida que envejecen? y (ii) ¿cuál es la aportación que la intergeneracionalidad puede hacer de cara al aumento de la calidad de vida de esas personas –entendiendo que de todo este vasto constructo damos prioridad, en coherencia con las fuentes utilizadas, a los factores *bienestar físico y mental* –es decir, salud– y *seguridad*?[2] No pretendo abordar a fondo y de forma sistemática estas dos preguntas en las páginas que siguen; tan sólo ofreceré algunas respuestas preliminares y circunscritas, sobre todo, al espacio de práctica intergeneracional de los denominados como programas intergeneracionales.

Además de este planteamiento sobre el asunto sustantivo del capítulo, parto de una hipótesis relacionada esta vez con el afán innovador del libro que acoge este texto: la Gerontología no ha prestado hasta el momento suficiente atención a la intergeneracionalidad ni para mejorar su capacidad de respuesta a las preguntas y retos que plantean los procesos actuales de envejecimiento ni para examinar la coherencia con la que ella misma actúa a la hora de tratar de *disciplinar* no sólo el envejecimiento sino también la vejez y hasta a las

[1] Cada vez más estamos presenciando cómo instituciones políticas internacionales de primer orden tales como la Comisión Europea o la OCDE hacen una interpretación reduccionista interesada del concepto de envejecimiento productivo al aludir únicamente a aquélla participación de las personas de más edad que tiene que ver con su implicación y permanencia en el mercado laboral: "El envejecimiento activo es un enfoque central para animar a los trabajadores de más edad a permanecer en el mercado laboral más tiempo" (Slovenian Presidence of the EU 2008: 2). Sin embargo, hay que aclarar que, en su raíz, el concepto de envejecimiento productivo es mucho más amplio y se refiere a cualquier contribución que realizan las personas mayores, en forma de bien o servicio, y que resulta significativa para la estructura social en la que participan (Caro y Sánchez, 2005).

[2] Soy consciente de que el concepto de salud, tal y como lo reformuló la OMS, incluye pero no se reduce al bienestar físico y mental; además, añade el bienestar social (OMS, 2002: 79).

personas mayores. Quizá por ello se justifique que, en el año 2005, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) fundase la Red Social de Experiencias sobre Relaciones Intergeneracionales (www.redintergeneracional.es) cuyo objetivo general es aumentar la visibilidad y la relevancia real que la intergeneracionalidad tiene en los ámbitos de estudio e intervención gerontológicos.

La propia naturaleza de la intergeneracionalidad exige a la Gerontología ir mucho más allá de las preocupaciones en torno al envejecimiento y la vejez de las personas mayores: cuando nos situamos en el terreno de la intergeneracionalidad, si somos consecuentes, hay que pasar de centrarse, sobre todo, en lo que le sucede a un grupo de individuos –por lo general, les llamamos *las personas mayores*– a prestar más y más atención a un conjunto de relaciones, en este caso aquéllas que suceden *entre* las generaciones. En la conceptualización de *inter-generacionalidad* es el *inter* lo que más importa (Sáez, Pinazo y Sánchez, 2007): las relaciones y procesos de interacción entre individuos, grupos y hasta redes y organizaciones –el *inter*– que tienen entre sus señas de identidad la pertenencia a una generación –sea una pertenencia autoatribuida o impuesta desde fuera– pueden transformar esa identidad e incluso deshacerla. Podríamos decir que lo mejor de la intergeneracionalidad como categoría de análisis y como práctica social es su potencialidad para rehacer a las generaciones.

¿Están la Gerontología y los gerontólogos, o un parte de ellos, dispuestos a avanzar en esta dirección que les obliga a abrir cada vez más un espacio a relaciones y procesos en los que están implicados individuos de todas las edades –y no sólo personas mayores– a lo largo del ciclo vital? Si bien ya se ha andado camino en esta dirección, aún hay algunos prometedores horizontes intergeneracionales aún poco explorados.

¿POR QUÉ Y A QUIÉN INTERESA LA INTERGENERACIONALIDAD?

La noción de intergeneracionalidad alude a la interacción entre las generaciones. Lo problemático es aclarar de qué interacción y de qué generaciones estamos hablando. Como el concepto de generación es tan polisémico (Sánchez y Díaz, 2005) y el tipo de posibles interacciones entre las generaciones tan variado, el abordaje de la intergeneracionalidad es complejo. Sin embargo, tengo la impresión de que la intergeneracionalidad suscita cada vez más interés como conjunto de procesos capaces de ofrecer explicación sobre el envejecimiento. Creo que la intergeneracionalidad interesa hoy más que ayer. Entre los interesados están la propia Gerontología, algunas personas mayores, algunos organismos políticos e incluso un cierto número de profesionales de los servicios sociales. Expondré a continuación dónde creo que residen los ámbitos de interés específicos de cada uno de estos cuatro agentes en relación con la intergeneracionalidad.

Empecemos, en primer lugar, hablando de la Gerontología. Hasta el momento, de todo lo que se puede indagar en torno al cruce entre intergeneracionalidad y Gerontología, la agenda de investigación se ha concentrado sobre todo en las siguientes cuatro cuestiones: (i) las *relaciones intergeneracionales intra-familiares*, con especial atención a la interacción abuelos-nietos y padres-hijos adultos, e interpretadas desde el punto de vista de la solidaridad,

del conflicto o de la ambivalencia, (ii) las desigualdades entre las generaciones extra-familiares y la que se suele presentar como su consecuencia más relevante: el conflicto intergeneracional, en sus variantes política, cultural y, más recientemente, económica –a esta última variante se la suele etiquetar como el problema de la *equidad generacional*, al que precisamente se refería Walker más arriba–, (iii) el contrato generacional, es decir, el apoyo mutuo entre las distintas generaciones, cuya versión intra-familiar se suele investigar bajo el epígrafe de *obligaciones filiales*, y, por último, (iv) el análisis de la *memoria generacional*, es decir, de la relevancia que tienen en nuestras vidas los eventos que, como miembros de una cohorte poblacional o de una generación familiar, percibimos como significativos.

De las cuatro cuestiones que acabo de citar se desprende que el abordaje gerontológico de la intergeneracionalidad se ha hecho de forma diferenciada separando, por un lado, su ejercicio en el ámbito familiar y, por el otro, fuera de la familia. Y ello a pesar de que algunos autores han reclamado un cambio de estrategia: "El concepto de *generación* puede definirse con relación a la sociedad o a la familia –dos niveles que habitualmente se analizan por separado pero que necesitan ser tratados dentro de un marco unificado" (Kohli, 2005: 518). Por ejemplo, por un lado nos encontramos con que el modelo formal más desarrollado y evaluado de estudio de la intergeneracionalidad es el que conocemos como *Paradigma de Solidaridad Intergeneracional* (Bengtson y Roberts, 1991), y que, tras sucesivas revisiones, ha pasado a denominarse *Modelo Solidaridad-Conflicto Intergeneracional*; se trata de un intento de explicar la intergeneracionalidad intra-familiar, entendida como intersección ambivalente de solidaridad y conflicto, especialmente entre padres mayores e hijos adultos. Por otro lado, pero ya fuera del ámbito familiar, a nivel macrosocial, también se han propuesto modelos explicativos en torno a la intergeneracionalidad: "La perspectiva de la equidad intergeneracional por lo general se restringe a los flujos de recursos públicos y se olvida del ámbito privado –las transferencias entre las generaciones familiares. Esto mismo es cierto con respecto al marco formal que aborda la contabilidad generacional. Para conseguir un punto de vista equilibrado en torno al intercambio intergeneracional es necesario revisar ese olvido" (Kohli, 2005: 524).

Basándonos en este panorama de las investigaciones en torno al envejecimiento, podemos concluir que a la Gerontología le interesa la intergeneracionalidad o, cuando menos, algunas prácticas intergeneracionales concretas tanto a nivel micro –especialmente en el ámbito familiar– como a nivel macro –sobre todo, los aspectos relacionados con el intercambio material entre las generaciones y con la existencia de referentes simbólico-normativos más o menos recíprocos entre ellas–. Creo que habría que potenciar los estudios que establezcan puentes y conecten unos y otros análisis. De hecho, el fomento del envejecimiento activo, tal y como ha sido formulado más arriba, exige una atención tanto a las acciones de los individuos y grupos como a las decisiones y estrategias de, por ejemplo, las estructuras del Estado y de los mercados.

Estas reflexiones últimas y las anteriores me permiten esbozar la que podría ser una agenda preliminar en el estudio gerontológico del cruce entre intergeneracionalidad y envejecimiento activo encaminado –tal y como pretende este capítulo– a descubrir cómo la primera puede fomentar el segundo, y teniendo en cuenta la trayectoria que la Gerontología lleva recorrida en su abordaje de las relaciones y procesos entre las generaciones. La representación esquemática de dicha agenda sería la siguiente:

La intergeneracionalidad en el fomento del envejecimiento activo.
Agenda para la Gerontología

Intergeneracionalidad	Envejecimiento activo
– Solidaridad, conflicto y ambivalencia a nivel intra-familiar – Conflicto intergeneracional extra-familiar (político, cultural y económico): equidad intergeneracional – Contrato generacional y piedad filial – Memoria generacional y mundos sociales	– Participación – Seguridad – Salud – Calidad de vida (condiciones de vida y experiencia de vida)

Cuestiones a abordar: todas las resultantes de cruzar los cuatro ítems de la agenda de intergeneracionalidad con los cuatro de la agenda del envejecimiento activo. Por ejemplo:

- ¿Cómo explican las estructuras de solidaridad intra-familiar los estilos de participación de las personas a medida que envejecen?
- ¿Tiene alguna repercusión el mantenimiento de la cooperación entre generaciones (contrato generacional) a nivel macrosocial y la experiencia subjetiva de bienestar físico y mental en las personas conforme envejecen?
- ¿Qué componentes de una memoria generacional abren o cierran cauces de participación a las personas más envejecidas?
- ¿Qué tipo de conflictos intergeneracionales dificultan la creación o el sostenimiento de estructuras sociopolíticas organizadores de servicios para la mejora de la calidad de vida de la población más envejecida?

Por supuesto, en este tipo de cuestiones habría que aportar explicaciones diferenciadas, como mínimo, en clave de clase social, edad, género y etnia.

Hasta aquí la reflexión acerca de por qué y cómo le interesa actualmente la intergeneracionalidad a la Gerontología. Ahora paso a hablar del interés que pueden tener en la intergeneracionalidad algunos individuos y grupos que envejecen y que, en su día a día, en los contextos situados en los que viven, encuentran sentido y consideran significativas las relaciones con personas y grupos de otras generaciones. Lo que digo se deja entrever en cifras como las siguientes, referidas todas ellas a puntos de vista de personas de 65 o más años de edad (Pérez Ortiz, 2004a, 2004b):

- El 86,1% de las personas mayores tienen algún hijo, y el 54,7% de estas personas viven cerca de algún hijo;
- Nueve de cada diez mayores dicen sentirse satisfechos o muy satisfechos con sus relaciones familiares, en las que se incluyen algunas de tipo intergeneracional;
- Según datos de 2001, el 6,6% de las personas de 65 o más años están implicadas en el cuidado diario no remunerado de niños;
- De las personas mayores que tienen nietos, el 75,1% han participado alguna vez en su cuidado;
- "Cuatro de cada diez mayores mantiene que las generaciones actuales atienden peor a las personas de edad" (Pérez Ortiz, 2004a: 458);
- El 18% de las personas mayores están con niños o con jóvenes todos los días; un 13,4%, casi todos los días, y el 23,4%, alguna vez a la semana;
- Estar con niños o con jóvenes es la décima actividad más frecuente entre las personas mayores: la realizan el 31,4% de los mayores; ahora bien, si estas personas se encuentran viviendo en una residencia, ese porcentaje baja hasta el 3,8%;
- Al 3,5% de las personas mayores les gustaría estar con niños o con jóvenes.

Ante todo, la intergeneracionalidad que interesa a las personas mayores parece ser la intra-familiar. No en vano, estas personas siguen considerando a la familia como el aspecto vital más importante (Pérez Ortiz, 2006: 298). Con respecto al ámbito extra-familiar, y a pesar de que los datos con los que contamos indiquen que sí hay personas mayores que están en contacto con niños o con jóvenes, sabemos muy poco. Aquí tenemos un amplio horizonte de la intergeneracionalidad y el envejecimiento activo a explorar: deberíamos interesarnos más por las prácticas intergeneracionales extra-familiares y por saber si existe diferencia entre el número de personas que las realizan y el número de aquéllas a las que les gustaría realizarlas. Un modesto ejemplo de este tipo de enfoque lo encontramos en la tabla siguiente (Pérez Ortiz, 2000: 648), que muestra datos sobre actividades y actitudes de los mayores con respecto al uso del tiempo; como vemos, sí existe esa diferencia a la que nos referíamos tanto en el caso de la opción "Estar con jóvenes" como, sobre todo, en el deseo de "Estar con niños/as". Análisis como éste nos permitirían valorar la necesidad de intervenir en la creación de oportunidades para que las personas mayores puedan mantener relaciones intergeneracionales intra y extra-familiares.

Proporción de personas de 65 y más años que realizan y que desearían realizar las siguientes actividades (porcentajes)

Actividades	Realizan	Les gustaría
Leer el periódico	66	74
Ir al bar	64	70
Ir al parque, pasear	89	88
Hacer compras	83	78
Reunirse en un club o sociedad recreativa	54	67
Hacer algún ejercicio físico o deporte	36	54
Estar con niños/as	65	73
Estar con jóvenes	74	76
Estar con personas de la tercera edad	89	86
Reunirse con los amigos	89	s.d.
Relacionarse con familiares que viven en otro domicilio	86	s.d.

s.d.: sin datos.
Fuente: Instituto Nacional de Consumo (2000): *La Tercera Edad y el Consumo*, Madrid.

Añadimos un último argumento en torno al posible interés de algunas personas mayores en participar en actividades intergeneracionales. En 2006 y 2007 se ha ejecutado, con la subvención del IMSERSO, el proyecto de investigación *INTERGEN. Descripción, análisis y evaluación de los programas intergeneracionales en España. Modelos y buenas prácticas*[3]. Una de las cuestiones abordadas ha sido el grado de satisfacción de las personas mayores implicadas en proyectos intergeneracionales de tipo extra-familiar. La conclusión final, tras el análisis de los 202 cuestionarios recogidos, es que el 72,2% de las personas mayores consideran su participación en estos programas muy satisfactoria, un 26,3%, satisfactoria, y tan sólo el 1,5% se sienten insatisfechos con las actividades que han realizado. Prueba de este alto grado de satisfacción es que el 98,5% de estas personas mayores dicen que desearían repetir la experiencia, que, en un 99,5%, recomiendan tener a otras personas mayores.

[3] El proyecto INTERGEN ha sido realizado por los siguientes investigadores: los profesores Mariano Sánchez Martínez, Pilar Díaz Conde y Juan López Doblas, de la Universidad de Granada; el profesor Juan Sáez Carreras, de la Universidad de Murcia, y la profesora Sacramento Pinazo Hernandis, de la Universidad de Valencia.

Todo apunta a que hay personas mayores que una vez que se implican en un programa intergeneracional muestran su deseo de continuar en el mismo: este tipo de práctica intergeneracional les interesa.

En tercer lugar, y tras hablar de la Gerontología y de las personas mayores, me voy a referir al interés que algunos órganos responsables de elaborar políticas relacionadas con el envejecimiento tienen en torno a la intergeneracionalidad. Veamos algunos ejemplos.

Empecemos con Naciones Unidas. En el Artículo 16 de la Declaración Política emanada de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se afirmó lo siguiente: "Reconocemos la necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presentes las necesidades particulares de los más mayores y los más jóvenes y de alentar las relaciones solidarias entre generaciones" (Naciones Unidas, 2002: 4). En consonancia con esta declaración, el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002, dentro de sus esfuerzos para vincular la atención al envejecimiento con la construcción de *una sociedad para todas las edades*, abordó de modo específico la solidaridad intergeneracional y propuso las siguientes medidas tendentes a fortalecerla mediante la equidad y la reciprocidad entre las generaciones:

"a) Promover, mediante la educación pública, la comprensión del envejecimiento como una cuestión que interesa a toda la sociedad;

b) Considerar la posibilidad de revisar las políticas existentes para garantizar que promuevan la solidaridad entre las generaciones y fomenten de este modo la cohesión social;

c) Elaborar iniciativas dirigidas a promover un intercambio productivo y mutuo entre las generaciones, concentrado en las personas de edad como un recurso de la sociedad;

d) Maximizar las oportunidades para mantener y mejorar las relaciones intergeneracionales en las comunidades locales, entre otras cosas, facilitando la celebración de reuniones para todos los grupos de edades y evitando la segregación generacional;

e) Estudiar la necesidad de abordar la situación específica de la generación que tiene que ocuparse al mismo tiempo de sus padres, de sus propios hijos y de los nietos;

f) Promover y fortalecer la solidaridad entre las generaciones y el apoyo mutuo como elemento clave del desarrollo social" (Naciones Unidas, 2002: 19-20).[4]

Por su parte, la Comisión Europea, en su interés de formular políticas eficaces para hacer frente con éxito al reto y a la oportunidad que supone el envejecimiento demográfico, hizo pública su valoración de lo importante que es revisar y potenciar las condiciones de la solidaridad intergeneracional: "Los cambios demográficos están modelando una nueva sociedad, y se acelerarán a partir de 2010: cada vez habrá menos jóvenes y adultos, cada vez

[4] Merece la pena leer en detalle las distintas formas en las que la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento abordó la inter- y la multi-generacionalidad. Un informe de este tipo se puede encontrar en Sánchez y Martínez (2007).

habrá más trabajadores de edad, jubilados y ancianos. Nuestras sociedades deberán inventar nuevas vías para valorizar el potencial de crecimiento que representan las jóvenes generaciones y los ciudadanos de edad más avanzada. Será necesario que todos los agentes contribuyan a gestionar estos cambios: deben desarrollarse nuevas formas de solidaridad entre las generaciones, hechas de apoyo mutuo y transferencia de competencias y experiencias" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005:7).

El Parlamento Europeo es otro ejemplo de institución política que ha introducido la intergeneracionalidad en sus discursos. En un reciente informe sobre el futuro demográfico en Europa "insta a los Estados miembros a que promuevan los proyectos intergeneracionales en los que las personas mayores trabajan junto con los jóvenes para compartir capacidades y adquirir nuevos conocimientos; pide a la Comisión que facilite el intercambio de buenas practicas en este ámbito" (Parlamento Europeo, 2008:17).

En cuarto y último lugar hablemos de las profesiones sociales y de su posible interés en la intergeneracionalidad. Y aquí hay que referirse a la figura –aún incipiente en España– del *especialista intergeneracional*: "el profesional que moviliza toda esta serie de recursos, estrategias y habilidades con la intención de que tenga lugar, tanto en el diseño como en la ejecución, el encuentro de niños, jóvenes y mayores, a fin de lograr aquellos objetivos previamente formulados y satisfacer sus necesidades personales, culturales, sanitarias o económicas" (Sáez, 2007:198). Esta figura, según va cristalizando en nuestra geografía, se apoya en una lógica que considera, tal y como hace la concepción moderna de envejecimiento activo, que la intergeneracionalidad sólo se puede entender desde un enfoque que considere la vida y el envejecimiento como continuidad y cambio y no como el sumatorio de un conjunto de etapas más bien discontinuas y estancas. Si a esto le añadimos la esencia relacional del trabajo intergeneracional nos podemos dar cuenta del punto hasta el cual la intergeneracionalidad extra-familiar puede ser un campo de expansión para muchos profesionales sociales (trabajadores sociales, educadores sociales, animadores socioculturales, etcétera). Por ello, creemos que a los actuales profesionales sociales les interesa la intergeneracionalidad. Y así lo han confirmado cuando, en el marco del mismo proyecto INTERGEN citado más arriba, algunos coordinadores de programas intergeneracionales nos decían cosas como las siguientes:

– "Estas prácticas intergeneracionales pueden prevenir la dependencia, favorecer el envejecimiento activo. [...] Hemos hecho poquitas cosas en lo que puede ser prevención, tanto de deterioro cognitivo como de mantener un estado saludable en todos los niveles. Sí creemos que el tema intergeneracional tendría mucho que aportar a este campo [...] no tiene límites esto de la intergeneracionalidad".
– "Los mayores, con este tipo de programas [intergeneracionales], se sienten muy bien, les sube la autoestima y se sienten capaces [...] y creo que esto es un paso fundamental para el envejecimiento activo. Además de sentirse bien, se dan cuenta de que hacen algo para los demás y eso para ellos es muy satisfactorio".
– "Los mayores muestran más responsabilidad cuando van a estar con los niños: hay un cambio de rol, los mayores se dicen: 'Vamos a estar con niños, hay que cuidar a los niños' [...] Es como si fuesen abuelos de los niños. [...] Los mayores [en activida-

des intergeneracionales] tienen más predisposición [que cuando participan en las actividades terapéuticas tradicionales]. Creo que ellos se motivan, se automotivan a nivel personal, se sienten útiles [...] porque se sienten responsables".

– "Recuerdo que le pusimos un niño muy espabilado al lado y comenzó a pintar solo. El niño le decía: ¡Venga Matías, vamos a pintar¡ Y se veía claramente cómo este mayor se estimulaba al estar en contacto con los niños".

– "Creo que estas actividades lo que aportan a los mayores son unas ganas enormes de vivir [...]. El hecho de sentirse escuchados, de sentirse útiles [...] a medida que íbamos trabajando con ellos veíamos que cada vez querían participar más, se sentían más a gusto".

– "Todas las actividades que hemos realizado promueven el envejecimiento activo: las convivencias intergeneracionales, todas las actividades de tiempo libre, la posibilidad de dar y recibir constantemente, porque aquí no sólo los familiares han recibido mucha ayuda del voluntariado de jóvenes, el voluntariado joven ha valorado muchísimo lo que ha recibido de la persona mayor, todo, el sentimiento de autoestima, el incremento del sentido de utilidad, eso supone una mayor motivación día a día, la ilusión, el optimismo, el cómo se enfrentan a la vida. [...] todo eso es envejecimiento activo [...]".

– "[A los mayores] Se les nota en la cara, en su estado de ánimo, en cómo se preparan [...] Eso es. Es una interacción [...] además que se les ve que disfrutan, que les hablen, que les toquen, que vengan aquí, que vayan a las escuelas. [...] y esos dos, tres o cuatro meses es que los ves diferentes. Es curioso, ves la autoestima, el 'es que no sé si lo podré hacer' y que luego lo hacen, ¿entiendes?".

– "Sí, podrías decir que [un programa intergeneracional] promueve el envejecimiento activo de algún modo porque se implican en más cosas de las que harían de normal. Completamente. Incluso ese envejecimiento activo les ayuda [a las personas mayores] a estar aún mejor".

Me parece que podemos concluir que hay argumentos suficientes para decir que la intergeneracionalidad interesa, en sus formas intra y extra-familiares: como tema de la agenda gerontológica, como práctica de personas mayores, como discurso político y como lógica profesional. Si este interés existe, la Gerontología tiene en la intergeneracionalidad, tanto intra como extra-familiar, un terreno abonado para el desarrollo de descripciones, explicaciones e intervenciones que ayuden a potenciar el envejecimiento activo.

Si la intergeneracionalidad puede considerarse un factor en la conceptualización moderna del envejecimiento activo y si, además, es un factor que suscita interés –lo que indica que hay personas e instituciones dispuestas a implicarse en su realización–, nos falta por saber qué potencial tiene la intergeneracionalidad para producir cambios positivos tanto en la participación como en la calidad de vida –sobre todo en lo referido a la seguridad y a la salud física y mental–, para responder mejor a la pregunta de partida: ¿Cuál puede ser el espacio de la intergeneracionalidad en la fundamentación y expansión del envejecimiento activo?

Ocuparse de todos los cambios que pueden explicarse, aunque sólo sea en parte, por las relaciones y procesos intergeneracionales es una tarea que desborda el esfuerzo en el que se enmarca este capítulo. Me voy a limitar a hablar de algunos de los beneficios, relacionados con el envejecimiento activo, conseguidos por una parte de esa intergeneracionalidad, la que se ejecuta en el contexto de los programas intergeneracionales.

Un programa intergeneracional es un conjunto ordenado e intencionado de actividades, en las que participan personas de distintas generaciones, por lo general sin lazos familiares, y que, en virtud del algún tipo de intercambio de recursos, aspiran a conseguir beneficios tanto para los participantes como para la comunidad más amplia que acoge el programa. Los programas intergeneracionales encierran un importante potencial para la creación de oportunidades de envejecimiento activo. De hecho, y aunque hasta ahora no lo he recordado, la argumentación de Alan Walker (2006) con la que se inició este capítulo aludía a estos programas cuando interpretaba la intergeneracionalidad, además de como equidad entre las generaciones, como "la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen a las distintas generaciones".

En un artículo dedicado específicamente a la relación entre programas intergeneracionales y envejecimiento activo, Butts y Kirnjeev (2007) afirmaban hace poco lo siguiente: "Los programas intergeneracionales no sólo fomentan la participación en la comunidad sino que también promueven el envejecimiento saludable de todas las generaciones. Las investigaciones han demostrado que las personas mayores que realizan con regularidad voluntariado con niños queman un 20% más de calorías a la semana, tienen menos caídas y dependen menos de bastones para desplazarse". La lista de beneficios que, según la investigación internacional, estos programas pueden aportar en relación con la participación y la calidad de vida es mucho más larga tal y como han puesto de manifiesto diversas investigaciones (Mac Callum et al., 2006; Pinazo y Kaplan, 2007).

En el ámbito nacional tenemos que referirnos de nuevo al proyecto INTERGEN porque uno de sus objetivos fue precisamente indagar si los programas intergeneracionales que se llevan a cabo en nuestro país están impulsando o no el envejecimiento activo. ¿Qué pudimos concluir? En primer lugar, del análisis de las valoraciones realizadas por los coordinadores de 132 programas intergeneracionales en marcha se desprendió que los siguientes factores del envejecimiento activo estaban presentes en sus programas intergeneracionales en las magnitudes que se indican:

- El 96,8% de los programas guardan relación con la solidaridad entre generaciones (apoyo mutuo).
- El 93,7%, con la promoción de los derechos individuales de las personas mayores (dignidad, independencia, autorrealización, etc.).
- El 89,6%, con la promoción de la salud física y mental de los mayores.
- El 76%, con la igualdad de oportunidades (no discriminación) de los mayores.
- El 5,6%, con la participación de las personas mayores en el mercado de trabajo.

En segundo lugar, este proyecto recogió la impresión de personas mayores participantes en programas intergeneracionales acerca de cuál es el impacto que estas personas creen que tienen sobre su propio envejecimiento activo. Sus respuestas aparecen en el cuadro siguiente:

Creo que participar en actividades con niños como en las que yo he participado...	Acuerdo	Desacuerdo
... consigue que las personas mayores sintamos que continuamos siendo útiles para los demás	97,9%	1,0%
... hace que las personas mayores nos sintamos mejor mentalmente	94,8%	3,1%
... hace que las personas mayores nos sintamos mejor físicamente	93,8%	2,6%
... aumenta la dignidad de las personas mayores	88,9%	8,9%
... mejora la solidaridad entre las personas de distintas edades	88,1%	5,2%
... nos hace más capaces de valernos por nosotros mismos	86,4%	8,2%
... sirve para que las personas mayores estemos menos discriminadas	78,2%	13,5%
... anima a las personas mayores a buscar un puesto de trabajo	40,9%	44,6%

El 95,3% de estas personas mayores reconocieron que su participación en actividades intergeneracionales hace que se sientan más activas. ¿En qué ámbitos? En la tabla siguiente aparecen algunos de ellos:

Creo que participar en actividades con niños como en las que yo he participado...	Acuerdo	Desacuerdo
... ha aumentado el disfrute de mi ocio y tiempo libre	94,3%	4,1%
... ha aumentado mi interés por ser una persona más activa en la sociedad	88,5%	7,8%
... ha mejorado mi capacidad para cuidar a otras personas	67,7%	21,7%
... ha mejorado mi dedicación a las tareas del hogar (limpiar, cocinar, lavar, planchar,...)	44,0%	37,9%

En tercer lugar tenemos las impresiones de las personas de generaciones más jóvenes participantes en programas intergeneracionales acerca del mismo asunto, el impacto que estos programas tienen sobre el envejecimiento activo:

- El 57,4% de estos participantes creían que, después de haber participado en las actividades del programa, los mayores tenían mejor salud; un 53,9% pensaban que a los mayores les funciona mejor la cabeza por su implicación en esas actividades.
- El 77,9% estaban de acuerdo con que gracias a este tipo de actividades las personas mayores pasaban a estar mejor vistas por el resto de personas.
- Sólo un 6,4% creían que los mayores eran menos felices tras su paso por este tipo de programas.
- Más de 4 de cada 5 personas de otras generaciones encuestadas (82,1%) tenían claro que participar en prácticas intergeneracionales hacía que los mayores se sintiesen más satisfechos con sus vidas.

Todos estos datos apuntan en la misma dirección: los programas intergeneracionales tienen potencial para ser cauces de aumento de las oportunidades que las personas mayores que participan en ellos tienen para envejecer de modo activo. Hemos visto que tanto los coordinadores de estos programas como los propios mayores opinan que su *participación*, su *salud* –al menos, el sentido subjetivo de bienestar físico y mental– y aspectos de su *seguridad* –reflejada, por ejemplo, en el aumento de la competencia para realizar tareas, en la disminución de la discriminación o en un mayor sentido de autonomía– se ven positivamente modificados. Estos programas son, por tanto, un medio para promover la revisión y el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional extra-familiar que parece necesaria según el concepto moderno de envejecimiento activo que he utilizado. La pregunta que surge de inmediato es si también pueden ser fuente de mejora de la solidaridad intergeneracional intra-familiar: ¿Es de esperar que una persona joven que participa en un programa intergeneracional con personas mayores tenga una actitud y un comportamiento más solidarios con sus familiares de más edad? Cuestiones como ésta apuntan a la necesidad, comentada más arriba, de investigar cuáles pueden ser los posibles puentes entre el ejercicio de la solidaridad intergeneracional dentro y fuera de las familias.

EPÍLOGO

He intentado poner de manifiesto que la intergeneracionalidad merece mayor atención como factor que puede contribuir a los esfuerzos de fundamentación y fomento de las oportunidades de envejecimiento activo de las personas mayores.

He repasado algunas conceptualizaciones sobre el envejecimiento activo que dan cabida a la intergeneracionalidad y que pueden servir de inspiración para continuar profundizando en los significados prácticos y aplicables que tiene el enfoque del envejecimiento activo –creo que, a pesar de todo lo dicho y escrito, aún hay mucha confusión a la hora de saber de qué estamos realmente hablando cuando hablamos de este modelo de envejecimiento–.

He ofrecido argumentos y datos para ilustrar lo que me parece un hecho: la intergeneracionalidad interesa, nos interesa a quienes envejecemos, a quienes trabajamos con personas envejecidas y a quienes estudiamos e investigamos los procesos de envejecimiento. La tradición gerontológica al respecto existe pero me parece que debería ser ampliada y he tratado de indicar algunos posibles horizontes para esa ampliación.

Por último, he aportado algunos datos recientes sobre la conexión entre una forma concreta de práctica intergeneracional, la posibilitada por los programas intergeneracionales, y algunos de los factores claves del envejecimiento activo. Hay motivos para pensar, mucho más allá de lo que se dice en estas páginas, que los programas intergeneracionales son un instrumento eficaz de cara al replanteo y al fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales. Prestar atención a cómo diseñar, ejecutar y evaluar estos programas me parece una necesidad que hay que atender ya. Además, habría que reflexionar sobre los métodos más adecuados para introducir y potenciar la intergeneracionalidad en aquellas políticas, teorías

e investigaciones que, hoy por hoy, están alejadas de las problemáticas vinculadas al envejecimiento pero que podrían beneficiarse de la adopción de una mirada intergeneracional.

Como vemos, hay muchas tareas pendientes y muchos horizontes aún por explorar. Me parece que lo mejor de la intersección entre intergeneracionalidad y Gerontología aún está por llegar.[5]

Referencias bibliográficas

Attias-Donfut, C. y Wolf, F.-C. (2005): Generational Memory and Family Relationships. En Johnson, M.L. (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*: 443-454. Cambridge: Cambridge University Press.

Arber, S. (1999): *Myth of Generational Conflict : The Family and State in Ageing Societies*. Routledge, Florence, KY.

Bengtson, V. y Roberts, R.E.L. (1991): "Intergenerational Solidarity in Aging Families: An Example of Formal Theory Construction", *Journal of Marriage and the Family*, 53: 856-870.

Butt, D. y Kirnjeev, Ch. (2007): "Intergenerational programs promote active aging", *The Journal on Active Ageing*, julio/agosto, 34-39.

Caro, F. y Sánchez, M. (2005): "Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos", en Pinazo, S. y Sánchez, M. (dirs.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*: 457-488. Pearson-Prentice Hall, Madrid.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005): Libro Verde Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones. COM 2005 (94) final. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2005/ke6705266_es.pdf [2008, 25 de febrero].

Daatland, S. O. (2005): "Quality of Life and Ageing", en Johnson, M.L. (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*: 371-377. Cambridge University Press, Cambridge.

Equipo Portal Mayores (2008): "Indicadores estadísticos básicos 2007". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 81. [Fecha de publicación: 28/03/2008].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos07-01.pdf

Kalache, A.; Barreto, S. M. y Keller, I. (2005): "Global Ageing: The Demographic Revolution in All Cultures and Societies", en Johnson, M.L. (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (30-46). Cambridge University Press, Cambridge.

Kohli, M. (2005): "Generational Changes and Generational Equity", en Johnson, M.L. (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*: 518-526. Cambridge University Press, Cambridge.

[5] Deseo expresar mi agradecimiento a la profesora Sacramento Pinazo Hernandis, de la Universidad de Valencia, por sus atinados comentarios a una versión anterior de este capítulo.

MACCALLUM, J.; PALMER, D.; WRIGHT, P.; CUMMING-POTVIN, W.; NORTHCOTE, J.; BOOKER, M. y TERO, C. (2006): *Community building through intergenerational exchange programs*. National Youth Affairs Research Scheme, Australia.

NACIONES UNIDAS (2002): *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. A/CONF.197/9. Naciones Unidas, Nueva York.

OMS (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (S2): 74-105.

PARLAMENTO EUROPEO (2008): "Informe sobre el futuro demográfico de Europa (provisional). A6-0024/2008". Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2008-0024+0+DOC+PDF+V0//ES&language=ES [2008, 25 de febrero].

PÉREZ ORTIZ, L. (2000): "Actividades. Actitudes y uso del tiempo", en Sancho, M. (coord.) *Informe 2000. Las personas mayores en España*: 617-734. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores, Madrid.

— (2004a): "Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer", en Sancho, M. (coord.) *Informe 2004. Las personas mayores en España*: 443-546. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores, Madrid.

— (2004b): "Actividades, actitudes y valores", en Sancho, M. (coord.) *Informe 2004. Las personas mayores en España*: 547-642. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores, Madrid.

— (2006): "Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer", Sancho, M. (coord.) *Informe 2006. Las personas mayores en España*: 249-299. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores, Madrid.

PINAZO, S. y KAPLAN, M. (2007): "Los beneficios de los programas intergeneracionales", en Sánchez, M. (dtor.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*: 70-101. Fundación "la Caixa", Barcelona.

SÁEZ, J. (2007): "La profesionalización del trabajo intergeneracional", en Sánchez, M. (dtor.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*: 192-210. Fundación "la Caixa", Barcelona.

SÁEZ, J.; PINAZO, S. y SÁNCHEZ, M. (2007): "El fomento de las políticas intergeneracionales", en Sánchez, M. (dtor.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*: 211-232. Fundación "la Caixa", Barcelona.

SÁNCHEZ, M. y DÍAZ, P. (2005): "Los programas intergeneracionales", en Pinazo, S. y Sánchez, M. (dirs.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*: 393-430. Pearson-Prentice Hall, Madrid.

SÁNCHEZ, M. y MARTÍNEZ, A. (2007): "El concepto de una sociedad para todas las edades", en Sánchez, M. (dtor.) *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*: 16-36. Fundación "la Caixa", Barcelona. Disponible en: http://www.obrasocial.lacaixa.es/estudiossociales/vol23_es.html

Slovenian Presidence of the EU 2008 (2008): "Informal meeting of Ministres for Employment and Social Affaire. Brdo, 31 January-2 February 2008". Disponible en: http://www.mddsz.gov.si/en/eu2008_mddsz/dogodki/ns_zaposlovanje_sociala/ [2008, 28 de marzo].

Walker, A. (2006): "Active ageing in employment: Its meaning and potential", *Asia-Pacific Review*, 13 (1), 78-93.

14

Impacto de la globalización en las personas mayores

Por Mónica Ramos Toro
Antropóloga y Gerontóloga
Directora del Instituto de Gerontología
y Servicios Sociales (INGESS)

INTRODUCCIÓN

La intención de este capítulo es analizar las consecuencias que tiene el proceso de globalización económica de corte neoliberal que impera en el mundo, sobre los colectivos de personas mayores, tanto en los países más desarrollados como en los menos, y especialmente hacerlo teniendo en cuenta que además de la edad, la variable género sigue teniendo una importancia decisiva, ya que los patrones de género heredados de la sociedad patriarcal han determinado que hombres y mujeres no envejezcan de la misma manera, entre otras cosas, porque lo hacen con diferentes recursos y con diferente capacidad económica, social y personal para afrontar esta etapa vital.

La globalización afecta negativamente de manera directa, tanto en los países en vías de desarrollo como en los más desarrollados, a los colectivos más desprotegidos de la sociedad, los más vulnerables y entre ellos se encuentran las personas mayores en general, y las mujeres de edad en especial. Sin embargo, estos colectivos no han sido habitualmente tratados como objetivo central en los estudios sobre las consecuencias de la globalización. Y en mi opinión, esta invisibilización se debe sobre todo a que todavía en la actualidad no se le atribuye la importancia que tiene a nivel internacional: el envejecimiento demográfico, ni la feminización de la vejez. "Vivimos en una era signada por un envejecimiento global sin precedentes, acelerado e inexorable. Nunca antes tanta gente había vivido tantos años. Llegar a una edad avanzada, hasta hace poco prerrogativa exclusiva de los países <<desarrollados>>, constituye ahora un beneficio común del desarrollo a nivel mundial". (HelpAge Internacional 2002:2). El envejecimiento demográfico debería convertirse en una de las cuestiones centrales a tratar en la agenda global internacional, porque ya está determinando, pero cada vez lo hará más, el futuro de las sociedades del mundo.

La cuestión crucial es que el proceso de globalización económica ha creado espacios de pobreza, en los que es fácil encontrar cada vez más a hombres y mujeres de edad avanzada. En los países más pobres, las personas mayores tienen que sobrevivir por y con sus propios medios, ya que sus países no han podido desarrollar adecuados sistemas de protección a la vejez, entre otras razones, por los Programas de Ajuste Estructural que les imponen organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial como condición para negociar nuevos préstamos y nuevas condiciones de pago. La mayor parte de los recursos públicos de estos países en lugar de destinarse al desarrollo de políticas de bienestar social y revertir en la ciudadanía, –infraestructuras, sanidad, educación, pensiones, etc.– se dedican al pago de la deuda que adquieren con los préstamos que reciben para el desarrollo, la eterna paradoja del mundo pobre. Y en el caso de los países más ricos, el proceso de globalización se ha diseñado en su mayoría a través de políticas económicas neoliberales, que no se apoyan en políticas sociales y merman el estado del Bienestar. Las mujeres por un lado, y las personas mayores por otro –especialmente las mujeres de edad– son los colectivos que más se benefician precisamente de las políticas sociales, entre otros motivos porque la disminución de la inversión social tiene como efecto directo por ejemplo, el incremento del trabajo reproductivo y gratuito que realizan las personas mayores –sobre todo mujeres– en el ámbito familiar, mientras que las políticas que aumentan el gasto público reducen ese trabajo, ya que el Estado se hace cargo de la prestación de servicios

que ayudan a conciliar la vida laboral, familiar y personal. Apostar por políticas sociales es apostar por la igualdad de género y por la equidad intergeneracional. Además, los procesos de globalización sin derechos humanos resultan inconcebibles e inaceptables y esto es especialmente decisivo en lo que se refiere a los derechos de las personas mayores. (http://www.ceoma.org/, 2002).

Para superar estas consecuencias negativas de la globalización neoliberal, como gerontóloga feminista considero que sería crucial la adopción de políticas públicas que tengan en cuenta dos ejes transversales: la perspectiva de género y el envejecimiento demográfico. Y con dos pilares fundamentales: la defensa de la igualdad de derechos y oportunidades de las personas mayores en relación con los demás grupos de edad y la igualdad de derechos de las mujeres en relación con los hombres a lo largo de todo su ciclo vital.

En esta línea, es muy sugerente el pensamiento del fundador del Foro Mundial de las Alternativas, el politólogo egipcio Samir Amin, quien ha reivindicado la construcción de un nuevo mundo de progreso social para los pueblos, como alternativa al modelo de globalización neoliberal que impone la tríada de "imperialismo colectivo": Europa, Japón y especialmente Estados Unidos, que representan un sistema totalitario de intereses de los monopolios trasnacionales en alianza con el sector financiero (Amin, 1999). De manera relevante, en este momento de crisis económica y financiera mundial, comparto con este autor, la idea de que la perspectiva de un socialismo global no sólo es posible, sino además necesario para la supervivencia de la Humanidad y sobre todo para los países más pobres, que sufren profundos problemas sociales generados por las políticas neoliberales y el libre mercado.

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS Y EN VÍAS DE DESARROLLO

Los cambios de la población hacen referencia a la composición de la misma por edades, que depende del número de nacidos y de fallecidos anualmente y por un tercer factor que son los fenómenos migratorios. Cuanto menores sean las tasa de natalidad y de mortalidad, más envejecida estará la población de un país. Los movimientos migratorios tienen una influencia más difícil de precisar, normalmente se admite que se produce un envejecimiento en las zonas de emigración y un rejuvenecimiento en las zonas de inmigración, esto es así por dos razones, porque habitualmente las personas que emigran suelen ser jóvenes y porque hacen aumentar la natalidad, por eso cuando se marchan de una zona, ésta se queda envejecida y en cambio se rejuvenece la zona receptora. Sin embargo, esta situación cambia, cuando quienes se convierten en población emigrante son personas mayores de 65 años. Entonces, la zona receptora envejece demográficamente en lugar de rejuvenecerse. Tal como sucede en algunas localidades de la costa mediterránea en España que reciben numerosa población extranjera jubilada.

Debido a estos tres factores –tasas de natalidad, de mortalidad y movimientos migratorios–, las pirámides de edades de la población, sobre todo de los países más desarrollados han

variado considerablemente en el último siglo. La tradicional pirámide de edades –ancha en su base y estrecha en su cúspide– está cambiando hacia una inversión de la misma, y los demógrafos han estimado que a mediados de este siglo XXI llegaremos al fenómeno denominado <<pirámide invertida>> –más ancha en la cúspide que en la base–. El envejecimiento demográfico no tiene relación con el incremento del número absoluto de personas mayores, sino con la estructura por edades de una población determinada. Dicha estructura se ha dividido internacionalmente en tres grupos para que resulte fácil su comparación: menores de 15 años, de 15 a 64 años, y de 65 y más años. Para que envejezca una población tiene que aumentar el número de personas mayores de 65 años y necesariamente disminuir el número de personas menores de 15 años. De esta forma lo que varía es la proporción relativa que existe entre la estructura por grupos de edad de la población.

Aunque actualmente hay alguna voz discordante como la del director de la División de Población de las Naciones Unidas, James Chamie, que considera que antes del fin de este siglo XXI la población mundial comenzará con toda probabilidad a descender, (http://www.bioeticaweb.com, 2004), la mayoría de los expertos en la materia opinan todo lo contrario. Así por ejemplo, una de las conclusiones a las que llegaron más de 2.000 demógrafos de 110 países que se reunieron en Tours (Francia) en julio del año 2005 en el 25º Congreso Internacional de la Población[1], –en el que analizaron los desafíos planteados por el envejecimiento y el aumento de la población mundial–, es que de los más de 6.500 millones que éramos en el año 2005, se llegarán a superar los 9.000 millones en el 2050. (www.edicionnacional.com, 2005).

En el siglo XXI la población mundial seguirá aumentando, pero menos rápidamente, tras dos siglos de crecimiento exponencial, ya que hemos pasado de 1.000 millones en el año 1800 a 6.700 en 2008. "Casi el 50% de la población mundial vive en 51 países cuyas tasas de fecundidad están bajo las tasas de reemplazo. Las últimas proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas prevén que en 2015 habrá 88 países en esa situación, que corresponderán al 67% de la población mundial. Tanto el aumento de dicha proporción de la población mundial, como el aumento del número de países en esa situación se darán en lo que hoy se considera el Tercer Mundo" (Magno, 2001). De aquí al año 2050, prácticamente la totalidad del aumento de la población mundial se producirá en los países en desarrollo. "Vamos a presenciar, un cambio radical en el mapa demográfico del mundo. En 1950, la población de los países del Sur era unas dos veces menor que la de los países del Norte, pero en 2050 nada menos que el 86% de la población mundial vivirá en el hemisferio sur", (Matsuura, 2007).

Y paralelamente a este crecimiento, la población mundial envejecerá. La generación del *baby boom*, secuela de la explosión demográfica que se produjo especialmente en los países más desarrollados a partir de mediados de los años 50 del siglo XX y que es la más numerosa de la historia la humanidad, pasará a ser lo que los demógrafos llaman *old boom* o *papy boom*, a partir de 2015. La población de personas mayores en el mundo está creciendo un 2%

[1] Encuentro que organiza cada cuatro años la Unión Internacional de Demógrafos.

anual, a un ritmo considerablemente más alto que el resto de la población y seguirá creciendo con más rapidez que cualquier otro grupo de edad, por lo menos durante los próximos 25 años. (www.imsersomayores.csic.es, 2007).

El mundo de hoy parece por tanto que no sólo aumenta de población, sino que además está envejeciendo demográficamente. Lo que se ha producido en los países más desarrollados ha sido una transición demográfica, en la que al principio disminuyeron las tasas de mortalidad, especialmente la infantil, propiciada por la mejora en la alimentación y la higiene, el control de las enfermedades infecciosas, la mejora de la salud pública y del nivel socioeconómico y educativo, en otras palabras, una mejora de las condiciones de vida en general, pero todavía se mantenía elevada la tasa de natalidad, por lo que las poblaciones de estos países continuaban aumentando y manteniendo una proporción de población joven. Hasta el momento en el que tanto las tasas de mortalidad como de natalidad se redujeron al mismo tiempo y durante un periodo prolongado, lo que desembocó en "el fenómeno de poblaciones con escaso crecimiento y envejecimiento progresivo", (Ortega, 2002:31).

Este proceso se ha dado sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, "de manera que la ganancia en años en la esperanza de vida en el siglo pasado llamado el siglo del envejecimiento, ha sido igual a la que consiguió la Humanidad en el resto de sus 5.000 años de historia. No hay que olvidar que es un éxito del ser humano o, como se ha dicho, un artefacto de la civilización". (Ortega Ibíd.: 29). Nunca en la historia de la Humanidad, tantas personas habían vivido tanto tiempo. En 1950, cerca de 200 millones de personas en el mundo eran mayores de 60 años. Para el año 2050, se alcanzará la cifra de 2.000 millones, es decir, 10 veces superior en sólo un siglo. La magnitud de esta cifra se visualiza mejor cuando comprobamos que la población mundial en esos 100 años se va a cuadruplicar, mientras que el número de personas mayores aumentará 10 veces, (Help-Age Internacional, Ibíd. 2002a:20).

Los demógrafos coinciden en señalar que esta ampliación en la esperanza de vida, junto con la reducción extrema del número de nacimientos, es algo que va a marcar a la población mundial durante los próximos 50 años, y de manera más específica, a los países más desarrollados, como es el caso de España. La relación entre la población potencialmente activa y las personas mayores de 65 años es actualmente de 4 a 1, pero las proyecciones para el año 2050 la reducen a un escaso 2 a 1. Esta estimación pone al descubierto el delicado equilibrio que comienza a haber entre personas que cotizan a la Seguridad Social y personas que reciben una pensión, que requerirá ajustes económicos y sociales de gran alcance en la mayoría de los países. Cambios tan profundos deben ser abordados cuanto antes para minimizar sus efectos negativos. Obviamente, se han de estudiar los mecanismos que garanticen las pensiones a las futuras personas jubiladas. El Pacto de Toledo fue un primer paso en ese sentido. Pero actualmente hay tres frentes abiertos que deberían enfocarse para modificar esas proyecciones y mejorar la situación pronosticada para el futuro, se tratan de medidas que favorezcan la natalidad, que regulen adecuadamente la inmigración y que haga más flexible la edad de jubilación.

En cuanto a la primera, promover la fecundidad supone poner en marcha ayudas familiares efectivas, medidas reales que hagan compatibles la vida familiar y laboral, mecanismos que faciliten el acceso a la vivienda, un plan de escuelas infantiles. Y especialmente en el caso

de España, en donde la caída de la fecundidad es la mayor de Europa, mientras que la inversión en ayudas a la familia es una de las más bajas. Las otras dos medidas que se proponen comparten cierta impopularidad, ya sea aceptar la entrada de una gran cantidad de inmigrantes en edad laboral, hasta la más rechazada de promover sistemas privados de pensiones o retrasar la edad de jubilación. En cuanto a la primera, se tendría que aprovechar el enorme potencial social y económico de la inmigración, lo que supone poner en marcha políticas de acogida bien planeadas en lugar de mecanismos de contención meramente policiales. En cuanto a esta última, que posiblemente sea la que tiene más adversarios entre la población y los agentes sociales, no valoramos adecuadamente que cuando se instauraron en toda Europa los sistemas públicos de pensiones y la edad de jubilación se fijó aproximadamente alrededor de los 60 ó 65 años, ésa era la esperanza de vida de una persona en esos países. Por lo que cuando se llegaba a la jubilación, el número de años que se disfrutaba de la pensión era muy reducido. Sin embargo, hoy en día en países como por ejemplo España, en el que la esperanza de vida de una mujer supera los 83 años y de los hombres los 77, el número de años de los que se disfruta de la pensión es infinitamente superior, y el colectivo que llega a esas edades es cada vez mayor. Lo cierto es que España será el país de la Unión Europea con mayor proporción de personas jubiladas (35,6%) y menor número de personas en edad de trabajar (52,9%) sobre el total de la población en el año 2050, según una proyección de población hecha pública en 2006 por la oficina estadística Eurostat (www.serviciosygente.com, 2006). Ello significa que la tasa total de dependencia se situará en el 89,2%, es decir, que habrá 9 personas inactivas (ya sean menores de 15 años o mayores de 65) por cada 10 personas en edad de trabajar, lo que supone una grave amenaza para el futuro de las pensiones. Pero estos datos no deberían crear alarma, sino conciencia social y proyecto político para que cuando esta situación se dé, se hayan creados las medidas y los fondos necesarios para afrontar la sostenibilidad del sistema.

La novedad del envejecimiento demográfico es que esta situación ya no es propia en exclusiva de Europa y los países más ricos. El envejecimiento de la población comienza también a afectar a los países del sur: este será uno de los cambios sociales más importantes del siglo XXI. Países como China o la región del Magreb viven hoy su propia *transición demográfica* y presentan bajas tasas de natalidad y mortalidad, debido a la mejora de la esperanza de vida. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población de 60 o más años de edad aumentaría de 10% a 22% en el mundo; de 6% a 19% en África del Norte; de 8% a 22% en América Latina; de 6% a 18% en Oriente medio; de 7% a 18% en Asia meridional, de 10% a 30% en China. Como referencia, en el mismo periodo aumentará de 20% a 35% en Europa occidental. Como se ve, es probable que dentro de 50 años, la proporción de mujeres y hombres mayores en los que hoy se consideran países en vías de desarrollo, sea la misma que se observa actualmente en Europa occidental, (Magno, Ibíd.).

La cuestión de fondo es que los países más desarrollados han ido envejeciendo lentamente al tiempo que se iban enriqueciendo y creando sistemas públicos de pensiones y de atención socio-sanitaria, pero eso no será así en todos los países en desarrollo. Cerca de dos terceras partes de la población mundial de personas mayores viven en países en desarrollo, pero a diferencia de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de alcanzar la prosperidad.

Para estos países carentes de recursos, que se enfrentan a la pobreza, a conflictos armados, a desastres naturales y a enfermedades endémicas (incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis o malaria), tienen necesidades especiales que precisan soluciones urgentes. "Una vida larga debería ser un derecho de todos, pero para las personas mayores en los países en desarrollo la longevidad puede ser una espada de doble filo", (HelpAge Internacional, Ibíd.: 1). En ellos no existe una Seguridad Social mínimamente desarrollada ni un sistema público de pensiones de jubilación. La única red de apoyo que tienen las personas mayores es la familia, lo que convierte en especialmente grave cualquier circunstancia que rompa esta red. Y esto es especialmente grave en países donde se duplicará el porcentaje de personas mayores de 65 años en apenas 20 años, cuando en los países ricos ese porcentaje se ha alcanzado a lo largo de todo un siglo. Como nos recuerda la organización HelpAge Internacional "la pobreza, los cambios en la estructura familiar y la migración, así como la falta de información y apoyo para las personas cuidadoras, limitan la capacidad de la familia para proporcionar atención y cuidados adecuados". (Ibíd.: 45). Ante esta magnitud, el mundo en vías de desarrollo necesitará apoyo internacional para afrontar este nuevo reto y de manera autónoma desarrollarse a todos los niveles mucho más de lo que lo ha hecho en el siglo XX.

En un mundo globalizado, cuanto sucede en los países ricos repercute en las economías en desarrollo. Ya que dada la bajada de la tasa de fecundidad en los países desarrollados, el aumento de la esperanza de vida y su envejecimiento demográfico, cada vez necesitarán una cantidad mayor de inmigrantes como mano de obra y para que aumenten la fecundidad. Pero la cuestión es que los países en vías de desarrollo –que también están envejeciendo– se quedarán sin población en edad de trabajar y sus estados posiblemente aún se verán más empobrecidos y las personas mayores de estos países no dispondrán de una red familiar suficiente para mantener un mínimo nivel de calidad de vida.

Lo que resulta claramente manifiesto es que el envejecimiento actual de la población no tiene precedentes en la historia de la Humanidad. El aumento del porcentaje de personas de 65 años y más va acompañado de la disminución de la población de menores de 15 años. Para el 2050, el número de personas mayores en el mundo superará por primera vez al número de jóvenes. Antes de 1998, este cambio en la relación entre jóvenes y personas mayores había tenido ya lugar en muchas regiones desarrolladas. (http://www.bioeticaweb.com, Ibíd.). Mientras que ahora una de cada diez personas tiene 65 años o más, hacia el 2050 será una de cada cinco, se pasará pues del 10% actual a un 21%. Y en el caso concreto de España uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. En cambio, el porcentaje correspondiente a los menores de 15 años se reducirá en un tercio –pasará del 30% al 20%–. En algunos países desarrollados, como es el caso de España, el número de personas de edad supera ya al de menores (16,7% frente a un 14,3% respectivamente) y las tasas de natalidad han descendido por debajo del nivel de reemplazo (1,38 hijos por mujer). Esta tendencia de inversión demográfica se prevé que seguirá aumentando en los próximos años, (Del Barrio y Abellán, 2007, INE, 2008).

Además el grupo de personas de 80 años y más es el que está creciendo más rápidamente. En el año 2000, su número llegaba a 70 millones, y se estima que en los próximos 50 años esa cifra aumente más de cinco veces. Es decir, en el año 2050, una de cada 20 personas ten-

drá más de 80 años (más de 400 millones de personas en el mundo). En la actualidad la mitad de la población mayor de 80 años vive en los países en desarrollo, mientras que para el año 2050 se prevé que más del 70% de las personas octogenarias vivan en los países en vías de desarrollo. Entre el año 2000 y el año 2050, el número de personas mayores de 100 años habrá aumentado casi 20 veces, de 180.000 a casi 3 millones y medio, (HelpAge Internacional, Ibíd.: 23). En el caso de España, en la última década el colectivo de personas de 80 y más años ha crecido más que los otros grupos de edad, mientras que los jóvenes de hasta 20 años es el grupo que más población pierde.

Estos cambios demográficos tan importantes se han producido gracias al aumento de la esperanza de vida. Por ejemplo, a comienzos del siglo XX, la esperanza de vida en España era de 35 años, lo que ocasionaba que las generaciones prácticamente se sucedían unas a otras, ya que la mayoría de las personas al llegar a adultas habían perdido a sus padres y madres. Sin embargo, desde mediados del siglo XX y mucho más en la actualidad, lo habitual es que las generaciones convivan durante bastantes años, al haberse llegado a una esperanza de vida de 77,2 años para los hombres y 83,7 para las mujeres (según las más recientes estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, INE 2008).

En la década de 1950 había una brecha de 30 años entre la esperanza de vida en Europa (la más alta) y la esperanza de vida en África (la más baja). Y era aún más extrema en el caso de las mujeres. Una mujer africana podía esperar vivir hasta los 37 años, mientras que una europea podía superar los 71 años. Para el año 2050, si bien la esperanza de vida en África continuará siendo la más baja del mundo, se espera que aumente hasta los 71 años, (HelpAge Internacional, Ibíd.: 22).

La cuestión más importante a tener en cuenta es que este proceso de envejecimiento de la población a escala mundial no tiene marcha atrás. Esta tendencia es *irreversible* ya que es el resultado exitoso de una transición demográfica caracterizada por la disminución de las tasas de fecundidad, de mortalidad y la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y alimentarias. Es decir, que el envejecimiento demográfico es sinónimo de desarrollo, por lo tanto es muy improbable que el colectivo de personas menores de 15 años vuelva a representar altos porcentajes de la población en los próximos siglos. Pero este dato no tiene por qué ser negativo ni alarmante, debe ser analizado en profundidad para valorar sus consecuencias y las sociedades diseñadas para albergar cada vez más a una población de edad avanzada. Como planteó La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en un magnífico informe sobre <<El envejecimiento de la población mundial: 1950-2050>>, –presentado en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, Madrid 2002–, "las consecuencias profundas y duraderas del envejecimiento de la población presentan enormes oportunidades y retos para todas las sociedades". (www.imsersomayores.csic.es, Ibíd.).

Todos estos datos ponen de relieve que el envejecimiento de la población va a ser a lo largo del siglo XXI una cuestión crucial a escala mundial que repercutirá en todos los ámbitos de la sociedad. En un mundo globalizado como el nuestro, el envejecimiento demográfico tendrá consecuencias similares a escala global, por ello, todos los gobiernos deberían diseñar políticas económicas que tengan en cuenta esas consecuencias y puedan paliar los efectos

negativos de la globalización económica de corte neoliberal. Entre otras consecuencias, el envejecimiento de la población afectará "al crecimiento económico, al ahorro, las inversiones y el consumo, los mercados laborales, las pensiones, los impuestos y la transferencia de capital y propiedades, así como a la asistencia prestada entre generaciones", (Ibíd.). También influirá en la atención sociosanitaria y médica, la composición y la organización de las familias.

Entre tanto, tal como plantea el director general de la UNESCO, Koichiro Matsuura tendremos que afrontar numerosos desafíos como los planteados por las migraciones internacionales, la lucha contra la pobreza, la salud pública, la vivienda, las infraestructuras, el medio ambiente y la promoción de un desarrollo sostenible. Ante tamaños desafíos, ¿cuáles han de ser las prioridades? Sólo el auge de verdaderas sociedades del conocimiento nos permitirá afrontar, a la vez, el aumento de la población y su envejecimiento. Será absolutamente imprescindible promover un crecimiento económico equitativo y un desarrollo basado en la inteligencia, la ciencia y la tecnología, así como modificar nuestro estilo de vida y nuestro modo de producción, (Matsuura, Ibíd.).

LA FEMINIZACIÓN DE LA VEJEZ

No cabe duda de que hablar de personas mayores, es fundamentalmente hablar de mujeres. Las mujeres gozan de mayor esperanza de vida en casi todos los países, ya sean ricos o pobres, por lo que a escala mundial, superan cuantitativamente al colectivo de hombres mayores, y cada vez más a medida que la edad aumenta. Sólo en Asia hay más de 144 millones de mujeres mayores –más que en todos los países desarrollados juntos– cifra que habrá subido a 355 millones en el año 2025. En el África subsahariana se estima que el número actual de mujeres mayores (15 millones) aumente hasta los 33 millones para el 2025. Hoy en día, las mujeres constituyen en el mundo casi dos tercios de la población mayor de 65 años, aunque no se distribuye de igual manera en todas las regiones. La mayoría de las mujeres mayores de 59 años –es decir, en proceso de envejecer– viven en zonas en vías de desarrollo, 148 millones frente a los 121 millones de las regiones más desarrolladas. Sin embargo, a partir de la edad de 70 años, es mayor el número de mujeres de los países desarrollados que el de mujeres de las zonas en vías de desarrollo, aunque el margen es reducido –60 millones frente a 58 millones–. (Bonita, 1998:16). Esta mayor esperanza de vida, unida a patrones de género que fomentan que las mujeres se casen con hombres mayores que ellas, ha provocado que una gran mayoría de mujeres de edad avanzada estén viudas. Esta es una clara desventaja, reconocida a nivel internacional, ya que "las mujeres mayores viudas se encuentran entre los grupos más pobres y vulnerables de los países en desarrollo" y de los más desarrollados, (Help-Age Internacional, Ibíd. 2002a:24). A la vista de todos estos datos, la formulación de políticas sobre la situación de las mujeres mayores debería ser una prioridad en todo el mundo.

Puede señalarse pues, sin lugar a dudas, que la vejez se ha feminizado, se ha convertido en un asunto de mujeres. Como dice Sánchez Salgado "el hecho más significativo y simple acerca de la vejez es que la población anciana es abrumadoramente femenina", (Sánchez Salgado, 2003:21). Así a escala mundial hay 81 hombres por cada 100 mujeres mayores. Esta

proporción se reduce significativamente a medida que aumenta la edad: 50 hombres por cada 100 mujeres entre las personas octogenarias; 35 hombres por cada 100 mujeres entre las nonagenarias y sólo 16 hombres por cada 100 mujeres entre las centenarias. Viendo estas cifras, dice Pérez Díaz "cuando para referirse a personas de ambos sexos y de edad avanzada se habla de 'los viejos', el uso del plural masculino incurre doblemente en la injusticia de género, porque los viejos no son viejos, sino viejas", (Pérez Díaz, 1995:23).

Al menos desde hace 25 años, el fenómeno de la feminización del envejecimiento se ha tenido en cuenta a la hora de elaborar planes, políticas y programas para atender las necesidades de las personas de edad en la agenda internacional, pero ha sido en los últimos diez años cuando esta problemática ha tenido especial relevancia. La dimensión femenina del envejecimiento y la situación de las mujeres de edad en el mundo fueron algunas de las cuestiones que se debatieron en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que Naciones Unidas celebró en Madrid en el año 2002. En el Plan de Acción que se aprobó, los gobiernos reconocieron la necesidad de disponer de nuevas respuestas ante el carácter cambiante de los procesos del envejecimiento demográfico, y especialmente las necesidades de las mujeres de edad, un colectivo invisibilizado de manera abrumadora en todo el mundo.

Las mujeres, por lo general, tienen una situación más desventajosa que los hombres al envejecer en múltiples aspectos:

- son más vulnerables a la pobreza porque perciben en su mayoría pensiones de viudedad;
- al quedarse viudas, tienen más probabilidad de vivir solas lo que aumenta el riesgo de aislamiento, soledad y exclusión social;
- llegan a edades muy avanzadas lo que provoca un nivel más elevado de morbillidad y experimentan condiciones crónicas que causan severas limitaciones en su calidad de vida;
- tienen más probabilidades de padecer discapacidad y situaciones de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, por lo que exhiben tasas más altas de institucionalización;
- tienen una escasa formación educativa lo que condiciona su acceso a los bienes culturales, de ocio y de participación;
- y están más invisibilizadas como colectivo ante las administraciones públicas. (Ramos, 2006:191-192).

Sin embargo, todas estas limitaciones no deben ocultar una realidad igual de llamativa, y es que en todo el mundo, las mujeres mayores siguen siendo las grandes proveedoras de atención y cuidados a toda la familia. Esta labor contribuye muy activamente al desarrollo de sus familias y al bienestar de la sociedad en su conjunto, pero restringe las posibilidades de estas mujeres para disfrutar de ocio, de promoción laboral, etc., (Ramos, 2001). Esta situación es aún más preocupante en los países en desarrollo, que no cuentan con los mínimos sistemas formales de seguridad y asistencia social, especialmente, porque se calcula que para el año 2030 residirá en ellos el 75% de la población de personas de edad del mundo.

En España, según los datos más recientes publicados con fecha 1 de enero de 2008 por el Instituto Nacional de Estadística, del total de 7.633.807 personas mayores de 65 años, 4.395.612 son mujeres, cifra que supera en más de un millón a los 3.238.195 de varones (www.ine.es, 2008). Este proceso de feminización de la vejez se ha producido a lo largo del siglo XX: de 90 varones de 65 y más años por cada 100 mujeres en 1900, se ha pasado a sólo 71 un siglo después, (Abellán, 2000). Y geográficamente hablando donde hay una verdadera feminización de la vejez es en las zonas urbanas y grandes ciudades, (IMSERSO, 2002:60). En los municipios rurales la proporción de hombres y mujeres mayores es más parecida a la que encontramos en los urbanos, así en los rurales hay 84 hombres mayores de 65 años por cada 100 mujeres, mientras que en los urbanos hay 69 por cada 100 y en los núcleos de más de medio millón de habitantes la proporción es ya de 64 hombres por cada 100 mujeres.

Como estamos viendo, las españolas vivimos por término medio siete años más que los hombres de nuestra generación. ¿Por qué es mayor la esperanza de vida de las mujeres que la de los hombres? Los datos muestran que la esperanza de vida de los hombres sigue siendo entre 7 y 8 años más corta que la de las mujeres. La diferencia media en la mayoría de los países desarrollados está entre 5 y 8 años (la media es de 7,4 años). Unos pocos países en vías de desarrollo tienen esperanzas de vida mayores para los hombres que para las mujeres, pero la media de esperanza de vida a favor de las mujeres en la mayoría de los países en vías de desarrollo es ligeramente menor a 5 años. Generalmente se prevé que la diferencia entre ambos sexos disminuirá en los países desarrollados y aumentará en los países en desarrollo, (OMS, 2004:17).

Sin embargo, tampoco se puede confirmar que esto vaya a ser así, ya que se lleva años diciendo y en realidad todavía no se ha producido. Una de las razones que se han argumentado es que los estilos de vida más parecidos entre los géneros en el mundo desarrollado, igualaría sus esperanzas de vida, pero lo cierto es que no debemos tener estilos de vida tan semejantes cuando observamos los datos que ofrecen las estadísticas de mortalidad. A veces creemos que la mera observación de nuestro entorno más inmediato o lo que oímos en conversaciones informales e incluso a veces en los medios de comunicación es representativo de la realidad. Pero puede que no sea a así. Es habitual escuchar que ahora las mujeres beben tanto alcohol como los hombres o que fuman incluso más o que realizan las mismas actividades de riesgo, sin embargo los estudios dicen otra cosa. Por ejemplo, un estudio que se realizó en Viena en el año 1999 sobre la salud de los hombres, puso de manifiesto que el alcoholismo era realmente un problema de salud pública específico del hombre y mostró que la cuarta parte de la población masculina de Viena consumía alcohol a diario, proporción que se reducía al 7% en el caso de las mujeres. El consumo de alcohol era uno de los factores principales de mortalidad para los hombres, especialmente de los de edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, y la causa más importante de admisión en los hospitales austriacos. Además, la mitad de todas las muertes por accidentes o sucesos violentos se debían al exceso de alcohol, aunque en este caso, en muchas ocasiones, la víctima no es un hombre sino una mujer, (OMS, 2001).

De momento, no existen demasiados estudios que nos permitan entender las razones por las que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, tendrán que

realizarse más trabajos en esta línea. Y aún es más reducida todavía la investigación sobre las diferencias en la esperanza de vida de las mujeres en países con distinto nivel de desarrollo. Lo poco que se ha estudiado pone de relieve que "la esperanza de vida de las mujeres en los países desarrollados es 15 años mayor que la de las mujeres de países en vías de desarrollo y medianamente ricos, y hasta 30 años mayor que la de las mujeres de los países más pobres", (Bonita, Ibid.: 17). Estas diferencias en la esperanza de vida de las mujeres representan grandes injusticias que deben ser estudiadas con más detenimiento.

Lo que es innegable es que las mujeres viven por término medio más años que los hombres. Pero lo que parece una ventaja a primera vista, ya hemos visto que tiene graves inconvenientes. En primer lugar, la mayoría de las mujeres casadas acompañan y cuidan a sus maridos hasta que estos fallecen. Así lo confirma un estudio en el que, más del doble de los varones con respecto a las mujeres informa que son atendidos por sus esposas, y una ínfima proporción son atendidos por los servicios sociales o por una persona contratada, (IMSERSO-CIS, 1998). En cambio, sólo el 15% de las mujeres son atendidas por sus maridos. Ellas son atendidas fundamentalmente por sus hijas, y recurren más a servicios privados como empleadas de hogar y los servicios sociales, aunque su cobertura es mucho más escasa que la demanda de cuidados.

En segundo lugar, se ha demostrado que esta extensión de los años vividos por las mujeres no se ajusta a una calidad de vida adecuada, comprometiendo incluso su salud, ya que a edades avanzadas, aumenta la probabilidad de padecer discapacidades y son más frecuentes numerosos problemas de salud, (Reyes, Triana, Matos y Acosta, 2002). Y si comparamos por sexo, a partir de la edad de 65 años, la proporción de esperanza de vida libre de incapacidades es mayor para hombres que para mujeres. "La proporción que representa el tiempo de vida sin incapacidad sobre la esperanza de vida total, a todas las edades, es menor para las mujeres que para los hombres, lo que refleja que la situación de incapacidad es mucho más grave para ellas", (Rohlfs y Hernández, 2004).

La OMS define la calidad de vida como <<percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones>>. La calidad de vida se puede medir a través de indicadores objetivos –nivel de salud, ingresos, nivel de estudios, empleo, etc.– y a través de la valoración subjetiva que hace cada persona. En algunas investigaciones se ha puesto de manifiesto que "la calidad de vida está mediatizada por una serie de variables, y entre ellas hay una especialmente relevante: la variable sexo", (Rubio, Aleixandre y Cabezas, 2001:173). Las diferencias que establecen los roles de género también en la vejez hacen que la mujer tenga una percepción más negativa de su calidad de vida. Algunas/os autoras/es destacan como causa de esta visión negativa el hecho de que la vejez para la mujer sea menos deseable que para el hombre por estar más relacionada con problemas de viudedad, soledad, carencia de recursos, etc. (Arber y Ginn, 1996:201).

Las características sociodemográficas de las mujeres y sus problemas en la vejez, a pesar de ser diferentes de los que tienen los hombres, de la misma manera, están asociados a sus roles de género. Durante el Decenio de las Naciones Unidas para la mujer (1975-85) se puso de relieve que uno de los sectores más vulnerables de la sociedad son las mujeres mayores

debido a factores como la soledad, la pobreza, la enfermedad o la desprotección social. Lo corroboran "investigaciones gerontológicas que indican que son las mujeres de edad avanzada y no los hombres quienes están mas expuestas a la pobreza, a los malos tratos, a la soledad y quienes también exhiben tasas más altas de institucionalización, más condiciones de morbilidad, visitas al médico y tienen menos oportunidades de contar con un compañero en sus últimos años de vida", (Greemberg y Kopito, 1994:97).

También es cierto que al quedarse viudas y debido a su tradicional rol de amas de casa, pierden el ingreso del cónyuge y se convierten en cabeza de familia, lo que les pone en una situación económica vulnerable e incluso "tienden a bajar de estatus social cuando pierden a sus maridos", (Brown, 1996; HelpAge Internacional, Ibíd.: 8). Las mujeres mayores viudas que viven solas pueden ser más vulnerables "a la pobreza y al aislamiento social. En algunas culturas, las actitudes y prácticas degradantes y destructivas con respecto a los derechos de enterramiento y a la herencia pueden despojar a las viudas de sus propiedades y posesiones, arrebatarles la salud e independencia y, en algunos casos, sus propias vidas" (OMS, 2002:96).

Las mujeres mayores, sobre todo viudas, dependen económicamente más de sus familias o de sistemas de servicios formales que los hombres, dado que han tenido menos acceso al mercado laboral, y si lo han tenido, ha sido con salarios más bajos y durante periodos más reducidos de cotización debido a las salidas del mercado por maternidad, (Mehdizadeh, 2002). Junto a su mayor longevidad, "los sistemas de protección social basados en el modelo del varón como soporte financiero del hogar se combinan para causar una insuficiente cobertura social con que cuentan numerosas mujeres de edad", (Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas, 1999:5). Por eso, las situaciones de dependencia económica que pueden surgir en la vejez son predominantemente problemas femeninos.

El Estudio Delphi "Sexo, Género y Salud" dirigido por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, puso de relieve que las mujeres mayores corren más riesgo de padecer soledad y situaciones de pobreza y dependencia debido a los roles de género que han desempeñado a lo largo de sus vidas. En el estudio se incide en que mantener los actuales patrones de género, que discriminan a la mujer en el mercado laboral, compromete gravemente la capacidad colectiva para obtener un sistema viable de pensiones dignas para las mujeres que han asumido exclusivamente responsabilidades reproductivas. Es difícil promover la igualdad de género en la jubilación y en la vejez cuando existe tanta desigualdad a lo largo de la vida laboral de las mujeres. Además, las administraciones públicas deberían diseñar sus políticas y programas sociosanitarios teniendo presente que la mayoría de las personas que llegan a una edad avanzada son mujeres: viudas que habitualmente viven solas y disponen de escasos recursos, para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades específicas de este colectivo, (Fundación SIS, 2003).

En la vejez la relación entre dependencia y pobreza está muy asociada a la distribución de los recursos económicos individuales y a la disponibilidad de servicios sociales. Y las diferencias de género hacen mucho más crítica esta situación en el caso de las mujeres. Las cuestiones relativas a la atención de la salud son fundamentales para las mujeres de edad, ya que en términos generales, aunque las personas mayores mueren por las mismas causas,

las mujeres experimentan más frecuentemente condiciones crónicas que causan severas limitaciones en su calidad de vida, como por ejemplo, hipertensión, artritis, osteoporosis y diabetes, lo que unido a una carencia de recursos y oportunidades, les hace sufrir una incidencia más alta de discapacidad y tienen la responsabilidad principal de cuidar a la familia, (Consejo Económico y Social, 1997: 13). Por sus tradicionales roles de género, en la vejez las mujeres siguen cuidando de otras personas de su familia hasta que su salud se lo permite, lo que en ocasiones les hace soportar una sobrecarga de cuidados familiares de niños/as y personas adultas dependientes. Esto es el resultado también de los cambios originados en la estructura y funciones de la familia, caracterizada actualmente por dos tendencias: en primer lugar, han aumentado considerablemente los hogares unipersonales con personas mayores de 65 años, en los que las grandes protagonistas son las mujeres viudas. Y, en segundo lugar, la familia española se ha transformado en una "familia extensa modificada" (Bazo y Domínguez, 1996), donde distintas familias nucleares –incluida la de las personas mayores– en hogares separados, viven unidas por lazos afectivos y mantienen frecuentes relaciones, en lo que se ha denominado "intimidad a distancia" y en donde las mujeres vuelven a ser una pieza fundamental. Las mujeres mayores activas llevan a cabo una función importante dentro de este sistema familiar amplio, proveyendo apoyo a los/as hijos/as, a los/as nietos/as, e incluso cuidando de familiares ancianos –sobre todo madres ancianas- que necesitan de su ayuda para su vida cotidiana.

No se ha valorado suficientemente todavía este rol 'femenino' que desempeñan las mujeres –y aún menos en el caso de las mujeres mayores– como proveedoras de atención y cuidados, sobre todo porque está universalmente extendida la imagen de la mujer como "cuidadora natural", (De Bono, 1999). Incluso hay estudios que muestran cómo mujeres mayores de 50 años pasan un promedio de 18 años cuidando de sus padres, madres, suegros, suegras más que el tiempo que cuidaron de sus hijos e hijas, (Sánchez Salgado, Ibíd.: 29). El envejecimiento de la población precisamente ha dado lugar a la presencia simultánea de cuatro generaciones de una misma familia, cosa que antes era una extraordinaria excepción, y quienes son la base de la atención de todas esas generaciones son fundamentalmente las mujeres maduras. A los que ya son bisabuelos/as, a las personas realmente ancianas, no los cuida la generación más joven, sino las mujeres maduras de la familia. Estas mujeres llenan el vacío que las políticas sociales no cubren, "obviamente, resultan mucho más baratas que el mantenimiento de plazas hospitalarias o de residencias públicas para sus ancianos padres, y cuentan además, con una capacidad de ahorro y con unas garantías de buena gestión difícilmente mejorables por otras instituciones públicas o privadas", (Pérez Díaz, 2000:18). Tampoco se ha valorado adecuadamente el papel que han jugado estas mujeres en la masiva incorporación de sus hijas al mercado de trabajo asalariado, "es evidente que muchas mujeres trabajadoras cuentan con la ayuda de sus madres para hacer ciertas compras, para arreglar papeles, para cuidar de los hijos muy pequeños o para traerlos y llevarlos al colegio cuando ya han crecido", (Ibíd.). También es cierto, que las excepciones a estas tendencias y las contradicciones revelan que los roles de género son cambiantes. Por ejemplo, en Etiopía una investigación demostró que a pesar de los roles tradicionales de género, los hombres mayores que estaban al cuidado de huérfanos cuyos padres y madres habían muerto de SIDA, y en ausencia de una mujer mayor que les atendiera, habían superado las barreras cul-

turales y atendían a sus nietos/as con la misma eficacia que una mujer. En nuestro entorno, los hombres mayores que cuidan de sus esposas enfermas, también demuestran diariamente su capacidad para estas tareas. La cuestión es que, si los hombres no se ven en la obligación de cuidar de alguien porque no hay una mujer cerca para hacerlo, no toman esa iniciativa y cumplen con los patrones de género que asignan ese papel tradicionalmente a las mujeres de su familia.

Es por ello necesario que las políticas públicas tengan presentes los sesgos de los aspectos de género del envejecimiento, a fin de asegurar que los programas respondan a las situaciones diferentes a las que se enfrentan hombres y mujeres en la vejez, (HelpAge Internacional, Ibid.: 8). Y entre otras cuestiones para que dejen de ser las mujeres las grandes proveedoras de cuidados y sea el Estado el que se ocupe de dotar de recursos a las personas mayores para afrontar su vejez. En el caso de España, precisamente en respuesta a estas necesidades se aprobó la Ley36/2006 que entró en vigor el 1 de enero de 2007 para regular las condiciones básicas de *promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación dependencia*. El objeto de esta Ley es atender las necesidades de las personas en situación de dependencia, que hasta la fecha eran cubiertas sólo a través de los Servicios Sociales y la familia, con una dedicación mayoritaria de las mujeres, y para acercar a España a los niveles de cobertura de los países europeos más avanzados. De esta manera se quiere consolidar en España el cuarto pilar del Estado del Bienestar, –junto con los tres pilares de la educación, la sanidad y las pensiones– como un derecho universal para toda la población, que garantice prestaciones y servicios de ámbito estatal, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos y ciudadanas en situación de dependencia.

Habrá que hacer un seguimiento exhaustivo en los próximos años para comprobar el alcance de esta Ley, su nivel de cobertura y la capacidad real de cambio que haya podido generar en la distribución del reparto de las tareas de cuidado que han venido realizando de manera casi exclusiva las mujeres. Además, en este mundo globalizado, que nos lleva a vivir cada vez más como sujetos individualizados y en el que todavía no se han cuestionado de manera generalizada los patrones de género, tal como nos advierte Tourain, es importante comprender que las futuras generaciones experimentaremos con mayor crudeza la ancianidad, cuando en la vejez lo esencial es contar con recursos y redes de apoyo que garanticen la calidad de vida, (Tourain, 1999).

DESARROLLO Y CONSECUENCIAS DEL PROCESO DE GLOBALIZACIÓN

La globalización ha sido uno de los fenómenos más estudiados en las últimas décadas por las ciencias sociales y humanas, desde múltiples ángulos y por un amplio número de estudiosos y estudiosas, y a pesar de las diferencias que se puedan encontrar se comparte la idea de que se trata de un proceso multidimensional, que en ningún caso se puede definir sólo por su dimensión económica, ya que en la misma medida se trata de un proceso que afecta a las relaciones políticas, jurídicas, tecnológicas y culturales, (Maquieira, 2006:8). Y aun-

que resulta muy difícil encontrar una definición unívoca de este fenómeno, al menos en las ciencias sociales, es ampliamente compartida la definición que dio la socióloga norteamericana Esther Chow, para quien "al hablar de globalización nos referimos al complejo y multifacético proceso de expansión e interdependencia a escala mundial de todas las dimensiones: económica, social, cultural y política. Dichos procesos hacen posible la circulación de capitales, finanzas, producción, ideas, imágenes y organizaciones a través de las fronteras de regiones, Estados-nación y culturas", (Chow, 2003:444). Habría que destacar en esta definición, la idea de globalización como *proceso*, por tanto de fenómeno histórico en desarrollo e inacabado que implica la *expansión e interdependencia*, a escala planetaria, de cambios que afectan de manera *multidimensional* a todos los ámbitos de la sociedad. Pero este proceso de expansión se da de manera desigual en función de la posición que ocupan los países en el orden económico mundial. Por este motivo, para algunos autores como el politólogo y economista egipcio Samir Amin, la globalización no es más que la profundización de las relaciones desiguales que antes se daban en un plano nacional, y que ahora, tienen un carácter transnacional, colocando a los países en una relación de *centro-periferia*, donde los más pobres –los que se encuentran en la periferia– se vuelven más pobres y los centros productivos aumentan de manera exponencial la acumulación de la riqueza, (Amin, Ibíd).

Comparto con el sociólogo chileno Mauricio Amar, que la perspectiva de Amin nos permite comprender que los principales conflictos actuales no se dan tanto en el plano religioso como planteó Huntington en su *choque de civilizaciones* ni en las diferencias culturales que las religiones podrían generar. Por el contrario, los problemas que aquejan al mundo globalizado tienen mucho más que ver con la pobreza y la exclusión. Porque el proceso de globalización lleva consigo un "incremento de la concentración de la riqueza que va acompañado de procesos de exclusión social y de deterioro ambiental que se traduce en pobreza, hambre y enfermedades, a la vez que favorece las explosiones de violencia", (Maquieira, Ibíd.:37).

La globalización actual es el resultado de un proceso que hunde sus raíces más allá de los años 80 del siglo XX, pero que se comenzó a perfilar con más claridad a partir de la caída del muro de Berlín y la quiebra de los países socialistas del este de Europa sirvieron como argumento para legitimar una política económica de corte neoliberal que defendía la racionalidad del capitalismo como modelo económico frente al modelo socialista que había fracasado. "No conviene olvidar que la globalización es el resultado de la expansión del capitalismo y de su hegemonía en el mundo (...)", (Maquieira, Ibíd.). Como nos recuerda Rosa Cobo: "El célebre texto de Francis Fukuyama <<*El fin de la historia*>> ilustra sobremanera esta posición neoliberal, al tiempo que abre ideológicamente las puertas a los defensores de la globalización económica y del libre mercado", (Cobo, 2005).

A partir de esa fecha se ha tratado de demostrar la racionalidad, inevitablilidad e incluso deseabilidad del proceso de globalización económica neoliberal. Y organismos internacionales como El Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional se han encargado con esta intención de definir la globalización, como el motor que ha transformado la economía mundial, gracias a intercambios internacionales cada vez más amplios e intensos del comercio y las finanzas y el impulso universal hacia la liberación del comercio y los mercados de capi-

tal por la creciente internacionalización, y por los avances tecnológicos e informáticos, la disminución constante del coste de los transportes y las comunicaciones que han permitido superar con rapidez las barreras que obstaculizaban la comercialización internacional de bienes y servicios y la movilidad del capital, (Bastidas, 2000).

Ya a principios de la década de los años 90, la globalización parecía la alternativa más coherente para la consecución del desarrollo y "se recibió con euforia. Los flujos de capital hacia los países en vías de desarrollo se habían multiplicado por seis en seis años, entre 1990 y 1996. (...) La globalización aportaría *a todos* una prosperidad sin precedentes", (Stiglitz, 2006:31). Se creyó de manera general que los beneficios de la economía repercutirían por igual en todas las regiones del planeta y con equidad al interior de los países a todos los colectivos y personas, consiguiendo un crecimiento económico más rápido, niveles de vida más elevados y nuevas oportunidades económicas tanto para las personas como para los países. Pero la historia más reciente y de manera relevante la crisis económica y financiera que se ha producido en 2008 a escala mundial, nos ha demostrado que esta creencia era falsa. Ahora ya sabemos que este proceso de globalización económica –sistema contemporáneo de explotación heredado de la revolución industrial– aún ha establecido mayor inequidad entre las regiones ricas y los países en vías de desarrollo, y al interior de los países entre pobres y ricos. "Algunos datos dan cuenta de la creación de desigualdades en el marco de la globalización. El Informe sobre Desarrollo Humano de 1998 realizado por la ONU indica, entre otras cosas, que un 20% de la población mundial posee el 84% de la riqueza del mundo, mientras que 1/5 parte de la población empobrecida sólo dispone de un 0,5% de los recursos y esta polarización no ha disminuido" (Maquieira, Ibíd.).

La realidad es que los países ricos a través de organizaciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Banco Mundial, crearon un régimen comercial global al servicio de sus propios intereses corporativos y financieros, con lo cual perjudicaron a los países más pobres del mundo. Además, se dedicaron a impulsar políticas económicas conservadoras como la privatización de la Seguridad Social (Stiglitz, Ibíd.: 18-19). Así no debe sorprendernos que se haya tardado al menos una década –desde la euforia de comienzos de los años 90– en cuestionar este sistema que defiende los mercados abiertos. Y a partir de esa fecha se han emitido múltiples informes en los que se presentan las negativas consecuencias de la globalización. Por ejemplo, en el siguiente informe que corresponde a la Comisión Mundial sobre las Dimensiones Sociales de la Globalización -creada por la Organización Internacional del Trabajo en el año 2001-, se toma una postura clara frente a los efectos que la globalización está causando en la vida cotidiana de las personas en países de todo el mundo, aunque es evidente que no se tomó lo suficientemente en cuenta a la vista de lo que ha sucedido en la economía del mundo en el año 2008:

> "El proceso actual de globalización está provocando unos resultados desequilibrados, tanto entre países como dentro de los mismos. Se crea riqueza, pero hay demasiados países y gente que no comparten sus beneficios. Además, su voz se oye poco o nada en lo que se refiere a la configuración del proceso. Desde el punto de vista de la mayoría de las mujeres y hombres, la globalización no ha

alcanzado sus aspiraciones simples y legítimas de puestos de trabajo dignos y un futuro mejor para sus hijos. Muchos de ellos viven en el limbo de la economía informal sin derechos legales y en países pobres donde subsisten de manera precaria en los márgenes de la economía global. Incluso en países donde prima el éxito económico, algunos trabajadores y comunidades se han visto afectados de forma adversa por la globalización. Mientras la revolución de las comunicaciones globales aumenta la conciencia de estas disparidades [...] estos desequilibrios globales son moralmente inaceptables y políticamente insostenibles". (World Comision on the Social Dimensions of Globalization, 2004).

En palabras de Sampedro, la globalización desde el punto de vista del marketing es excepcional y da la sensación de conjunto –aunque nada más lejos de la realidad-. La globalización parece implicar que vemos el mundo como una unidad, pensado de manera global. Sin embargo, los que van en la *barquilla del globo* son los *globalicistas* –los que acceden a los beneficios de la globalización– y el resto son los *globalizados*. Con esta metáfora del mundo como un globo, Sampedro muestra una visión de la globalización como la forma moderna del mercado mundial, "en el que se ha liberalizado al máximo la circulación de flujos financieros y monetarios, con ciertas limitaciones los movimientos de mercancías y, más restringidamente, los desplazamientos de trabajadores. Esta libertad financiera es decisiva para el sistema pues fomenta sus operaciones especulativas por cuantías muy superiores al valor total de las mercancías intercambiadas mundialmente. En ese gran mercado globalizado, la creación de riqueza de los países depende de empresas cada vez más integradas en sistemas globales de grandes compañías que operan según una lógica que puede ser diferente de los propios intereses de los países. Y funciona como una red de intensas relaciones económicas que, articulada por los nuevos medios informáticos, agrupa una buena parte de la actividad mundial e influye, más o menos indirectamente, sobre las entidades no incluidas en la red. En ese espacio operativo unificado por la instantaneidad de las comunicaciones, ocurre lo ya comprobado para cualquier otro tipo de intercambio: la liberalización sólo significa libertad real para los más fuertes con mayor potencia económica" (Sampedro, 2002:10-11).

Por ello, como plantea muy acertadamente Rosa Cobo, "tenemos la obligación de desmontar conceptual e ideológicamente esta especie de determinismo económico (...) cuyo mensaje más reactivo es que la globalización neoliberal es un proceso histórico inevitable", (Cobo, Ibíd.). No hay nada más falso que considerar que la globalización económica que se ha impuesto en el mundo es racional e inevitable. A la vista de la actual crisis del sistema económico y financiero mundial, cómo podemos legitimar este sistema como racional cuando acrecienta las diferencias entre ricos y pobres, y cuando el principio fundamental en el que se asienta es la exclusión de unos en beneficio de otros. El premio Nobel de Economía Joseph E. Stiglitz defiende abiertamente que sus investigaciones cuestionan algunas creencias fundamentales que subyacen a la globalización, "como la idea de que el libre comercio tiene que aumentar por necesidad el bienestar", (Stiglitz, Ibíd.: 16). O "el fundamentalismo del mercado" es decir, la creencia en que los mercados pueden conducir por sí solos a la eficiencia económica, sin ninguna regulación e intervención del Estado. (Ibíd.: 19). O lo que es lo mismo que el libre mercado "por sí mismo, sin intervención estatal, es eficaz, y que el mejor modo de ayudar a los pobres es sencillamente dejar que crezca la economía" (Ibíd.:

23) y de alguna manera los beneficios se repartirán entre la población y también les llegará a los más desfavorecidos, como una *mano invisible* que reparte equitativamente los beneficios.

La crisis económica mundial que ha comenzado en el año 2008 y de la que no nos repondremos según los/as expertos/as pasados al menos dos o tres años, demuestra que estas tesis de Stiglitz eran acertadas y que la globalización económica de corte neoliberal que defiende el libre mercado sin intervencionismo del Estado ha fracasado rotundamente. No sólo no ha redistribuido la riqueza de manera más equitativa entre las regiones más pobres y más ricas del mundo, ni ha mejorado las condiciones de vida de la mayoría de las personas al interior de cada país, sino que hemos tenido que presenciar cómo el mayor defensor de este sistema –el gobierno de los Estados Unidos– a la orden de salvar los bancos ha inyectado en su sistema financiero nada menos que 700.000 millones de dólares sin rechistar. Cuando se pedían 22.000 para acabar con el hambre en las regiones más pobres de nuestro planeta y se reunieron sólo 2.200 millones, una décima parte en todo el mundo (www.informesemanal.tve.es, 2008).

En definitiva, desde el pensamiento más progresista, estas cifras ponen de relieve la hipocresía del sistema capitalista actual, que ha permitido un intervencionismo del Estado sin precedentes para salvar el sistema económico y financiero, pero no lo ha hecho cuando había que acabar con el hambre en el mundo. Por ello, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Declaración Cumbre del Milenio, 2000) que pretenden luchar contar el hambre, la pobreza, la exclusión, el cambio climático o las guerras, siempre serán objetivos inalcanzables si no atajamos la globalización económica de los mercados –la fase actual del capitalismo– y dejamos de defender este sistema como el más racional para redistribuir la riqueza en el mundo.

Una revisión a fondo de la bibliografía sobre este fenómeno y en plena crisis actual del sistema económico y financiero mundial, ha puesto de manifiesto que cada vez hay más argumentos en contra del proceso de globalización económica neoliberal. "El debate sobre la globalización ha pasado de un reconocimiento general de que no es positivo todo lo que conlleva (...) a un análisis más profundo que vincula políticas específicas con fracasos específicos", (Stiglitz, Ibíd.: 38-39). Y las voces más críticas han puesto el acento en los intereses que defiende la globalización económica frente a todo lo que margina, "en los últimos decenios ha surgido un desequilibrio, puesto que se han elaborado normas sólidas de cumplimiento asegurado que facilitan la expansión de los mercados mundiales, pero no ha habido un apoyo comparable a objetivos sociales igualmente válidos, sean normas laborales, el medio ambiente, los derechos humanos o la reducción de la pobreza", (Ibíd.).

Los datos de los que se disponen en la actualidad demuestran que "excepto en el caso de China, la pobreza se ha incrementado a lo largo de las dos últimas décadas en los países en vías de desarrollo. Alrededor del 40 por ciento de los 6.500 millones de habitantes del mundo vive en la pobreza y una sexta parte –877 millones– vive en una pobreza extrema. El mayor fracaso lo representa África (...) el número de personas que viven en una pobreza extrema casi se ha duplicado" desde la década de los años 80 hasta la actualidad, (Stiglitz, Ibíd.: 36). Esto se ha debido a que el proceso de globalización económica se ha moldeado y definido por una política y en especial intereses particulares dentro de los países desarro-

llados que han dictado las reglas del juego "y por eso no hay que sorprenderse de que hayan conformado la globalización de acuerdo con sus propios intereses" (Ibíd.: 28).

Un ejemplo claro del cambio de posturas que se van teniendo frente al proceso de globalización son los Foros Económicos Mundiales que se celebran cada año en Davos y a los que acuden sobre todo *hombres* de negocios, dirigentes gubernamentales, periodistas de renombre y en los últimos años representantes de ONG. Ya en el Foro de 2004, la mayoría de las personas participantes pusieron en tela de juicio que la globalización estuviera consiguiendo los beneficios que se esperaban. Así, mientras que en la década de los años 90 el debate se centró en las virtudes de la apertura de los mercados internacionales, "en los primeros años del milenio se ha centrado en la reducción de la pobreza, los derechos humanos y la necesidad de acuerdos comerciales más justos" (Stiglitz, Ibíd.: 30). Porque ahora ya es comúnmente aceptado por la mayoría de los expertos en economía, que la apertura de los mercados eliminando barreras comerciales y permitiendo el flujo de capitales, no va a resolver el problema de la pobreza en los países pobres y los que están en vías de desarrollo, más bien se ha comprobado que ha empeorado su situación. Por ello se necesita gestionar de manera más eficaz la ayuda externa que reciben estos países, pero en la misma medida que se redefine un régimen comercial más justo a escala global.

Hace unas décadas habría sido descabellado plantear que la liberalización comercial –apertura de mercados a la libre circulación de bienes y servicios– no conduciría al desarrollo económico, ya que existía una fe ciega en el desarrollismo. Pero tras la crisis producida en el año 2008 del sistema financiero y económico global, disponemos de los datos suficientes para explicar el poco éxito que han tenido los acuerdos comerciales internacionales a la hora de promover el crecimiento en los países pobres. Una de las razones que lo explican es la falta de equilibrio entre los países pobres y los ricos, la falta de equidad comercial: "los países industriales avanzados han podido imponer aranceles sobre mercancías producidas por los países en vías de desarrollo que, por término medio, eran cuatro veces más elevadas que los impuestos sobre bienes producidos por los países desarrollados", (Stiglitz, Ibíd.: 42). Esto ha repercutido al mismo tiempo en que los países más pobres no han podido generar la capacidad económica suficiente para subvencionar industrias emergentes propias, mientras que los países ricos sí han mantenido los subsidios para la agricultura y así han reducido los precios agrarios con los que no pueden competir los países más pobres.

El problema no es el proceso de globalización en sí mismo, sino la manera en la que se ha desarrollado y gestionado dicho proceso. Lo cierto es que "posee el potencial de generar enormes beneficios tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo desarrollado" (Stiglitz, Ibíd.: 28). Pero no se ha conseguido desarrollar adecuadamente ese potencial como sistema de distribución mundial de la riqueza de forma equitativa, ni siquiera de la riqueza al interior de los países ricos ya que la globalización puede "estar creando países ricos con población pobre" (Ibíd.: 33). Por eso según Stiglitz quienes critican hoy en día la globalización manifiestan sobre todo cinco inquietudes: (Ibíd.: 34)

1. Las reglas del juego que gobiernan la globalización son injustas, están diseñadas específicamente para beneficiar a los países industriales avanzados, y dentro de ellos a determinados sectores.

2. La globalización prioriza los valores materiales sobre otros valores como el medio ambiente.
3. La globalización ha supuesto la pérdida de buena parte de la soberanía para muchos países y ha socavado sus inestables democracias.
4. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados pueden aportar bastantes pruebas de que en ambos hay personas y colectivos que han salido perdiendo con la globalización.
5. El sistema económico con el que se ha presionado a los países en vías de desarrollo es inadecuado y perjudicial. La globalización no debería significar la *estadounidización* de su política económica o su cultura, pero con frecuencia es así.

Comparto la idea de que el proceso de globalización no tiene por qué desarrollarse inevitablemente con políticas neoliberales. La expansión de la globalización hacia los años 70 del pasado siglo, se desarrolló gracias a la reestructuración del capitalismo que utilizó eficazmente las redes informacionales, lo que produjo un crecimiento económico hasta esa fecha desconocido (Castells, 1999). El resultado fue que el capitalismo se globalizó a escala planetaria y su desarrollo fue neoliberal. A lo que ayudó, como ya hemos mencionado antes, la liberalización del comercio promovido por entidades de carácter supranacional como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, la OMC y otras corporaciones del capitalismo internacional consolidadas como estructuras de poder políticas y económicas que trascienden los estados-nación, socavando su soberanía y al mismo tiempo minando las bases de las instituciones democráticas (Cobo Ibíd.). La paradoja del proceso de globalización es que al mismo tiempo que ha promovido la idea de democracia, y en la actualidad hay más países en el mundo que celebran elecciones libres que hace tres décadas, no es menos cierto que los gobiernos de los países en vías de desarrollo ven cómo su capacidad para actuar está supeditada a las condiciones que tienen que aceptar y cumplir si quieren recibir ayudas económicas, lo que debilita las instituciones políticas de estos países ante la ciudadanía que observa cómo sus dirigentes tienen que doblegarse ante la fuerza económica internacional. "De modo que, si bien la globalización ha contribuido a difundir la idea de democracia, se ha gestionado, paradójicamente, de una manera que mina los procesos democráticos en los países en vías de desarrollo", (Stiglitz, Ibíd.: 38).

De ahí que en el año 2002, en la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey (México), se acordara de manera casi unánime que los países en vías de desarrollo debían recibir sobre todo ayudas en forma de subvenciones y menos en forma de créditos, debido a esas excesivas condiciones que imponían el FMI y el Banco Mundial para poder recibir la ayuda externa y por supuesto por los enormes problemas que tenían estos países para poder pagar la deuda. Ya que para algunos, la mitad o más de su gasto público o de las divisas obtenidas de las exportaciones se empleaban para pagar la deuda, lo que resta la capacidad efectiva de estos países para dedicar esos fondos públicos a atender la sanidad, a construir infraestructuras o a mejorar el nivel educativo de su población. Y en 2005, en la cumbre del G-8 celebrada en Gleneagles (Escocia), los gobiernos de los países más ricos acordaron cancelar la deuda con el FMI y el Banco Mundial de los dieciocho países más pobres del mundo, la mayoría de África.

Otra paradoja de la globalización es que tampoco sigue principios muy democráticos en la organización del propio Fondo Monetario Internacional, encargado de supervisar el sistema financiero global, "en el que sólo un país –Estados Unidos– puede ejercer el veto efectivo", (Stiglitz, Ibíd.: 38) y prácticamente no tienen ninguna relevancia las necesidades y opiniones de los países en vías de desarrollo. En el FMI "no se da el principio de un país un voto: los que votan son los dólares. (...) y ni siquiera son los dólares actuales los que cuentan. Los votos se determinan en función del poder económico en la época en que el FMI fue creado en los años sesenta (con algunos ajustes desde entonces)", (Ibíd.: 40). En definitiva, es la política y la economía estadounidense la que hace mover el engranaje de la economía global. Una estructura política conocida como "el Consenso de Washington –que se fraguó entre el FMI, el Banco Mundial y el Tesoro de Estados Unidos– dentro de lo que constituía el conjunto de políticas que mejor iban a promover el desarrollo", (Ibíd.: 43). Esta política a escala global tenía como objetivos reducir el papel del Estado, la desregularización –eliminando las normas de conducta en los negocios– y la rápida liberalización y privatización. En la práctica el Consenso de Washington puso muy poco énfasis en la equidad, (Ibíd.: 55).

Este modelo de globalización neoliberal <<angloamericano>> ha creado bolsas de pobreza que Castells califica de "agujeros del capitalismo informacional", (Castells, Ibíd). Y aunque por ejemplo el modelo estadounidense ha funcionado en términos de crecimiento del PIB, "no lo ha hecho en muchas otras dimensiones, como la esperanza de vida, la erradicación de la pobreza o incluso el mantenimiento del bienestar de las clases medias", (Stiglitz, Ibíd.: 34). Sin embargo, otro modelo de globalización es posible, como señala Vicenç Navarro, los países de la UE que están más integrados en la economía internacional, o <<más globalizados>>, es decir, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Holanda, son los países que tienen tasas más bajas de desempleo y los estados de bienestar más desarrollados del mundo, (Navarro, 2002:153). Por tanto, los procesos de globalización económica no tienen necesariamente que ir acompañados de políticas neoliberales, pues las economías se pueden globalizar en el contexto de políticas socialdemócratas o socialistas, (Cobo, Ibíd.).

En esta misma línea Stiglitz considera que cada vez hay un reconocimiento creciente de que no existe una sola forma de capitalismo, o economía de mercado, y de que hay otras formas de economía como es el caso de los países escandinavos, que han conseguido un crecimiento sólido, con unos sistemas sanitarios y educativos mejores y una menor desigualdad social. Lo que avala la tesis de que "sin regulación e intervenciones estatales apropiadas, los mercados no conducen a la eficiencia económica", (Ibíd.: 21). Sin embargo, parte de las organizaciones económicas internacionales han dedicado enormes esfuerzos para demostrar que no existían alternativas económicas que beneficiaran a la mayoría y harían que el mundo mejorase.

Estas son algunas de las conclusiones a las que se llegaron tanto en el IV Foro Social Mundial celebrado en Bombay (India) en el año 2004 como en el V celebrado en Porto Alegre (Brasil) al año siguiente, que se resumen en dos cuestiones:

1) cuanto más se expande la globalización económica neoliberal, este proceso beneficia cada vez más a los ricos, pero en la misma medida, perjudica a los más desfavorecidos;

2) y bastaría orientar el progreso técnico que origina la globalización hacia el interés social pensando en toda la población, para organizar otra globalización y otro mundo mejor, de hecho su lema era que <<otro mundo es posible>>.

Tanto en el interior de cada Estado como en el ámbito internacional, explica Navarro, las políticas neoliberales que defienden una expansión del capital financiero sin controles intervencionistas, pueden avanzar o retroceder en la medida en que los movimientos sociales cuestionen la eficacia de ese sistema para el desarrollo económico y fundamenten la inequidad de su expansión. Comparto con este autor que la política es la clave. La globalización económica puede ser como la conocemos hasta el momento o puede orientarse hacia la igualdad. "La globalización no tiene por qué ser perjudicial para el medio ambiente, aumentar la desigualdad, debilitar la diversidad cultural y apoyar a los intereses corporativos a costa del bienestar de los ciudadanos de a pie", (Stiglitz, Ibíd.: 22).

Por el momento, la globalización ha emancipado sólo a las personas o colectivos que tienen el poder de liberarse de las restricciones territoriales que caracterizan a las sociedades industriales y en cambio inmoviliza a otros a territorios cada vez más despojados de la capacidad de generar discursos públicos (Bauman, 1999). En esta sociedad globalizada "el crecimiento económico expresado en el nivel macro no se ha traducido en mejores condiciones de vida para la mayoría de la población. Por el contrario, la brecha de la desigualdad sigue creciendo, la pobreza se ha feminizado y se ha envejecido, es decir, las mujeres pobres que además son de edad avanzada, son más pobres aún. Lo mismo sucede con aquellas que habitan en áreas rurales alejadas y que integran los pueblos originarios" (Matamala, 1999). La teoría económica y la crisis actual han puesto de manifiesto que la liberalización del mercado tiene consecuencias negativas no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en las sociedades industriales más avanzadas, como la nuestra, en la que algunos grupos o colectivos sociales ven empeorar su situación, aquellos que se encuentran en las posiciones más vulnerables: trabajadoras del sector informal, personas mayores y trabajadores de sectores afectados por la crisis, serán los que sufran las consecuencias más negativas.

El proceso de globalización, como ya hemos expuesto, es un fenómeno multidimensional que trasciende la dimensión económica y afecta al ámbito de la política, de la cultura, de los valores, etc. Como dice Rosa Cobo, la globalización económica habría fracasado si al mismo tiempo no se hubieran "neoliberalizado" las conciencias. La globalización neoliberal, basada en el énfasis en la productividad, la eficiencia y la recompensa financiera, ha ido acompañada de cambios en los valores y actitudes de la sociedad acentuando el individualismo y la competencia, junto con una aparente tolerancia y aceptación de la desigualdad social como algo consustancial a la condición humana en sociedad, (Benería, 1999:400).

Lo que parece cada vez más evidente es que hay diferentes posturas de afrontar el desarrollo económico. Para "quienes se sienten menos preocupados por la desigualdad y más por la eficiencia económica tienden a preocuparse menos por valores no económicos como la justicia social, el medio ambiente, la diversidad cultural, el acceso universal a la sanidad y la protección de los consumidores", (Stiglitz, Ibíd.: 24). Como recalca el propio autor, resultan muy interesantes estas conexiones entre actitudes económicas y sociales porque ponen en evidencia lo mucho que importa en quién confiamos aspectos claves de la toma de decisio-

nes económicas. De esta manera, y es una idea que comparto, “si se delega la toma de decisiones en los <<conservadores>>, es casi inevitable que se obtengan políticas económicas y resultados que reflejen sus intereses políticos y sus valores culturales”, (Ibíd.: 24).

Sumergidos como estamos en la actual crisis económica mundial y frente al proceso de globalización exclusiva del libre mercado promovido por el liberalismo económico, el liberalismo político reclama que otra globalización es posible, la globalización de los derechos humanos, de la salud, de la educación, de la justicia, de la participación ciudadana (Sampedro, 2004). Es el postulado de los <<movimientos antiglobalización>> que “afirman la necesidad de que la política recobre un papel relevante, con objeto de que pueda supeditar la libertad de la empresa y su prosperidad lucrativa a fines sociales más valiosos y generales, ajenos a los planteamientos del mercado”, (Beltrán, 2003:269). Como afirma Victoria Sendón de León “hemos de ser libres como requisito previo para la democracia, la libertad ciega del mercado por encima de las libertades individuales y de los derechos ciudadanos no es libertad, es imposición de un instinto depredador. La conclusión es que al mercado hay que regularlo, porque la libertad, la justicia y los derechos son previos al mercado”, (Sendón, 2003:59). Para ello hace falta tener en cuenta “variables sociales” (Sampedro, 1999:14) que la globalización económica ha pasado por alto como son: las relaciones de género y las cuestiones relacionadas con el envejecimiento de la población, ambas imprescindibles para comprender la realidad y diseñar políticas públicas que respondan a las necesidades reales de la población. Tenemos que volver al concepto de ciudadanía que ha sido sustituido por el de consumidor, porque antes que consumidores de productos o servicios, somos ciudadanos y ciudadanas.

IMPACTO DEL PROCESO DE GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA NEOLIBERAL EN EL COLECTIVO DE PERSONAS MAYORES, ESPECIALMENTE EN LAS MUJERES DE EDAD

El proceso de globalización económica neoliberal tiene consecuencias tanto directas como indirectas más negativas sobre los colectivos más vulnerables que sobre los colectivos con más recursos y mejor posicionados dentro de la estructura económica y social. Y entre los primeros, se encuentran de manera destacada las personas mayores, y especialmente las mujeres. Así por ejemplo, el principal instrumento de las políticas económicas neoliberales en los países en vías de desarrollo son los Programas de Ajuste Estructural (PAE), en general diseñados por los gobiernos nacionales de cada país, pero en realidad dictados desde el exterior. El FMI y el BM han sido los organismos que han obligado a los países en vías de desarrollo a imponer estas duras políticas para así negociar nuevos préstamos y nuevas condiciones de pago. Su objetivo ha sido la creación de las condiciones que han hecho posible la libre circulación de los mercados sin obligaciones de ningún tipo: cortes en los presupuestos gubernamentales, programas de privatización, desregulación de los mercados, liberalización del comercio y debilitamiento de los controles a la inversión extranjera, entre otras medidas, (Benería Ibíd.). Y los efectos sobre los colectivos más vulnerables y que más

necesitan de la protección del Estado, como son las personas mayores o las mujeres, son nefastos, pues tienen que disponer de sus propios recursos, que en muchas ocasiones son escasos o inexistentes.

En las últimas décadas, el FMI y el BM han concedido préstamos de Ajuste Estructural siempre y cuando los países aplicaran profundas reformas en sus políticas económicas: "El propósito de estos programas era promocionar la 'competitividad' de las economías estatales, lo que comúnmente significaba agudas reducciones en los programas sociales", (Sassen, 2003:52). Además, los países en vías de desarrollo y de renta media tenían que aceptar los Programas de Ajuste Estructural junto con otras medidas como la apertura de sus mercados a las empresas extranjeras de los países más desarrollados o la eliminación de subsidios estatales, que ocasionaban grandes costes para sus economías y sus poblaciones, ya que en muchas ocasiones, se tenía que proceder al cierre de importantes empresas en sectores tradicionales que abastecían sus mercados nacionales. Como nos recuerda Rivero, la imposición de los PAE, ha obedecido mucho más a implicar a los países al pago de los intereses de sus deudas contraídas con las instituciones acreedoras internacionales, antes que a promover y proteger los derechos humanos de sus ciudadanos y ciudadanas, (Rivero, 2002). Y en ningún caso han conseguido reducir la deuda de los gobiernos que los contrajeron, sino más bien la han agravado.

En esta situación, los países en vías desarrollo se encuentran con escasos recursos económicos y tienen que decidir acerca de su distribución entre la población. Nos podríamos preguntar: ¿por qué canalizarlos específicamente hacia colectivos como las personas mayores? ¿No es mejor dirigir recursos a la ejecución de actividades contra la pobreza en general, que beneficiarían a las personas mayores junto con otros grupos de edad? Un claro argumento a favor es la equidad, porque la exclusión social que experimentan muchas personas mayores es una negación de sus derechos como ciudadanos y ciudadanas. Los gobiernos tienen que eliminar las barreras discriminatorias de edad que niegan a las personas mayores el acceso a servicios y apoyo que deberían pertenecerles por derecho propio. Otro argumento a favor es el de la *eficacia*, porque invertir en las personas mayores hace que el desarrollo funcione mejor. Las personas mayores, pese a la exclusión de la que son objeto, representan una amplia reserva de capital social, son portadoras de conocimientos tradicionales, cuidadores y especialmente cuidadoras de familiares enfermos y personas dependientes y cuando acceden a recursos económicos como microcréditos esto repercute positivamente en la situación de sus familias, (HelpAge Internacional, Ibíd.: 15).

Es evidente por tanto que los efectos de la globalización económica neoliberal no son los mismos en países avanzados que en países en vías de desarrollo, ya que en los primeros el Estado tiene mayor capacidad para proveer recursos públicos a los ciudadanos y ciudadanas que los países más pobres, "el Estado de los países en vías de desarrollo suele ser demasiado pobre para poner en marcha programas de seguridad social. Es más probable que el poco dinero que tiene se invierta en educación y sanidad y en construir infraestructuras", (Stiglitz, Ibíd.: 37).

Aún así, no debemos considerar que en los países desarrollados, el efecto de la globalización neoliberal sobre estos colectivos sea baladí. De hecho, las consecuencias directas sobre la

economía es que se reduce el gasto público, disminuyen los fondos para políticas sociales y merma el Estado del bienestar. Y con independencia de que nos encontremos en países desarrollados o en vías de desarrollo, los efectos expuestos se producen en sociedades todavía marcadas por el género (Bakker, 1999:245) y cada vez más por el envejecimiento demográfico. "En la extensa bibliografía crítica sobre globalización neoliberal se pueden observar análisis minuciosos sobre el nuevo funcionamiento del capitalismo internacional, sobre el aumento de la desigualdad o sobre las 1200 millones de personas que viven con menos de un dólar al día, pero escasean las investigaciones que visibilizan otra realidad empíricamente contrastable, como es la desigualdad de género y la pobreza de las mujeres", (Cobo Ibíd.). Y sin embargo, la repercusión de este proceso de globalización sobre la vida de las mujeres es especialmente dramática de diversas maneras como trabajadoras del sector formal –en el que son segregadas hacia un mercado menos cualificado y con menores ingresos– y sobre todo informal, (Zeitlin, 2000).

No deja de ser sorprendente que uno de los muchos efectos asociados a la globalización sea la precarización del trabajo y el aumento del trabajo informal y que no se subraye el hecho de que la mayoría de uno y otro afecta más a las mujeres, y especialmente a las mujeres de mediana edad. La idea de fondo que subrayan las investigaciones feministas sobre globalización es que no pueden entenderse los procesos asociados a la globalización sin la aplicación de la variable de género a estos procesos sociales. Ya que un rasgo curiosamente estable en este cambiante mundo laboral es la división sexual del trabajo con una continua feminización de los cuidados y el trabajo reproductivo no remunerado. "El hecho de que las mujeres sean responsables del trabajo de cuidado de la familia les lleva a tener que intensificar el trabajo doméstico para compensar la disminución de los servicios sociales, producto de la caída del gasto público. Esto significa que los cambios en la asignación de recursos y los aumentos de productividad que se supone ocurren con programas de ajuste, no toman en cuenta las transferencias de costos desde el mercado a los hogares: el factor oculto de equilibrio es la habilidad de las mujeres para absorber los stocks de estos programas a través de más trabajo o de hacer rendir los ingresos limitados", (Benería, Ibíd.: 24).

Las mujeres por un lado, y las personas mayores por otro –especialmente las mujeres mayores– son los colectivos que más se benefician de las políticas sociales, porque son quienes más se ven perjudicados en los países en vías de desarrollo por las medidas de ajuste estructural y en los países desarrollados de corte neoliberal, puesto que los ajustes en la inversión social tienen como efecto directo el incremento del trabajo reproductivo y gratuito que realizan, tanto las mujeres como las personas mayores –sobre todo mujeres mayores– en el ámbito familiar, mientras que las políticas que aumentan el gasto público reducen ese trabajo, ya que el Estado se hace cargo de la prestación de servicios que ayudan a conciliar la vida laboral, familiar y personal.

Y aquí se abren varios interrogantes: ¿qué capacidad tienen por un lado las personas mayores y por otro las mujeres para influir en las nuevas estructuras de realidad que se están creando y qué papel y espacio social se les asigna en estos nuevos escenarios sociales que se están configurando en esta nueva época marcada por la globalización neoliberal? Desde el feminismo y desde la gerontología debemos reflexionar sobre el papel y el espacio social que

este nuevo mundo globalizado ofrece a las mujeres y a las personas de edad, en ambos casos a una parte muy numerosa de la Humanidad.

Un paso importante en este momento histórico es que las políticas públicas se diseñen con perspectiva de género y tengan una visión diferenciada de la forma en que las necesidades sociales se expresan para mujeres y hombres, en razón de las diferencias históricas en la asignación y desempeño de roles sociales para cada género y teniendo en cuenta cómo los problemas afectan a cada uno en razón de esos patrones, a lo largo de su ciclo vital y por supuesto en la vejez, (Vega, 2003:10).

En el V Congreso Estatal de Intervención Social celebrado en Madrid en 1999 patrocinado por el IMSERSO y el Instituto de la Mujer, Ignacio Sotelo, profesor de Ciencia Política de la Universidad Libre de Berlín, al hablar sobre «Tendencias económico-sociales en el mundo y su repercusión en las políticas sociales», afirmó que el futuro del Estado Social y del Estado democrático están indisolublemente ligados. El sostenimiento de las instituciones democráticas conlleva el de las sociales y, aunque considera que las reformas son necesarias, éstas deben ir dirigidas a su mejora. La ciudadanía tiene que percibir que el aumento de los costes sociales tiene que ir parejo a la mejora en la prestación de los servicios, algo que todavía no se percibe de manera general.

Y otro aspecto importante es que la calidad de vida en la vejez debe incorporarse al ejercicio de la ciudadanía, reconociendo a las personas mayores –mujeres y hombres– agentes activos plenamente integrados en el desarrollo social. Implica también deshacer el distanciamiento entre la economía y la ética que ha empobrecido a la economía del bienestar, asunto nada fácil, pero imprescindible, (Sen, 1997).

Implícito en estas expresiones hay un mensaje poderoso: la globalización debe suponer algo más que la creación de mayores mercados. No se puede separar la esfera económica del entramado más complejo de la vida social y política, y dejar que siga su propia trayectoria. La economía mundial debe estar cimentada más sólidamente en los valores compartidos y las prácticas institucionales: debe promover objetivos sociales más amplios y que den más cabida a todos y todas. En esta línea es muy sugerente la propuesta que hace Mellemfolkelight Samvirke y que denomina globalización participativa, en la que enfatiza la cooperación internacional para articular acuerdos reguladores y normas globalmente vinculantes controladas y aplicadas extraregionalmente. Se pretende combinar la globalización política con la política local. La clave sería crear una política social que permita enfrentar los efectos negativos de la globalización neoliberal mediante el establecimiento de reglas globalmente vinculantes que puedan aplicarse colectivamente y que garanticen la protección de las personas mediante la observancia de sus derechos fundamentales, pero considerando, de un lado, las diferencias sociales que derivan de la forma en que históricamente se han dado: la división social del trabajo, el acceso a los recursos y, de otro lado, las diferencias históricas de género, (Vega, Ibíd.: 12). El mayor reto de la globalización sería lograr que fuera más democrática y, en el futuro, “una de las mayores pruebas de que ha tenido éxito será que haya situado los valores esenciales por encima de los intereses empresariales”, (Stiglitz, Ibíd.: 177).

Además, hay dos pilares sobre los que se debería asentar el análisis de la nueva era global: la perspectiva de género y el envejecimiento de la población. Hacia la primera hay una clara

disposición a que oriente el diseño de las políticas nacionales y los acuerdos regionales e internacionales, ya sean sobre desarrollo, medio ambiente, población, derechos humanos, etc. Mientras que hacia la segunda, todavía queda mucho por andar y más incluso si se pretende que se imbrique el envejecimiento desde una perspectiva de género.

Sin embargo, "vivimos en una era signada por un envejecimiento global sin precedentes, acelerado e inexorable. Nunca antes tanta gente había vivido tantos años. Llegar a una edad avanzada, hasta hace poco prerrogativa exclusiva de los países 'desarrollados', constituye ahora un beneficio común del desarrollo a nivel mundial. (...) El envejecimiento de la población es uno de los grandes triunfos del desarrollo en el sentido de que por primera vez en la historia de la Humanidad la mayoría de las personas puede esperar sobrevivir hasta la tercera edad", (HelpAge Internacional, Ibíd.: 2). A pesar de ello, en la agenda internacional sobre derechos humanos y desarrollo económico y social, las personas mayores no son tenidas en cuenta como un colectivo destacado, ni se incorpora el envejecimiento demográfico como un aspecto decisivo para el diseño de un desarrollo sostenido a largo plazo. La importancia de globalizar los temas del envejecimiento será determinante porque son los que centrarán el debate en los próximos años y en los cuales todos los países deberán tomar posiciones.

Lo cierto es que este aplazamiento en el abordaje de los temas relacionados con las personas mayores tiene consecuencias negativas especialmente para las mujeres. En primer lugar, para las mujeres de edad avanzada que tienen una esperanza de vida mayor que los hombres y por ello más posibilidades de vivir durante más años situaciones de dependencia, viudas, solas y con insuficientes recursos económicos y sociosanitarios. Y, en segundo lugar, para el resto de mujeres adultas que se ven abocadas a dar soluciones al cuidado y atención de las personas ancianas dependientes, en su mayoría también mujeres, a expensas de su propia calidad de vida. En otras palabras, lo que los gobiernos y la comunidad internacional no están resolviendo, lo tiene que asumir la mujer como un problema personal, ya que ha sido quien tradicionalmente ha cumplido una función social importantísima como eje de los cuidados de los/as niños/as y personas adultas dependientes. Este rol social sigue siendo atribuido por género a las mujeres. Y aún en la actualidad está escasamente cuestionado. Las mujeres mayores cumplen decisivos roles en la economía familiar atendiendo a los niños y niñas de la familia, lo cual libera a los padres y madres para salir a trabajar fuera del hogar. Aunque de desigual manera para ambos, ya que los hombres no se han incorporado al mundo reproductivo y al trabajo informal no remunerado, mientras que las mujeres luchan por hacerse un hueco en el empleo remunerado. Pero con insuficiente éxito. En mi opinión, supone un serio fracaso de la implementación de la perspectiva de género en las políticas públicas y del escaso cambio de mentalidad de la sociedad al respecto.

En el proceso de globalización, si tomamos el género y la edad como ejes transversales, el Estado se erige en el mejor y mayor garante de derechos para las personas mayores, y especialmente para las mujeres de edad. Los Estados débiles constituyen hoy uno de los principales obstáculos a un gobierno eficaz, tanto en el plano nacional como en el internacional. Pero se debe entender no como una relación tutelar entre el Estado y las mujeres como beneficiarias de servicios. Sino como una construcción de una ciudadanía plena de las mujeres, en donde el fortalecimiento democrático del Estado le convierta en promotor de la equi-

dad de género y la solidaridad entre las generaciones. Se hace necesario cada vez más, diseñar las políticas públicas con un sentido de equidad social y "revalorizar los principios de universalidad y solidaridad en el marco de un equilibrio entre la política económica y social. Es imprescindible un cambio de orientación de las políticas económicas que contribuyen a la acentuación de la pobreza, la concentración de la riqueza y el debilitamiento de la participación ciudadana", (CEPAL, 2000:60-61). Sólo de este modo se puede abonar el camino para la igualdad entre mujeres y hombres de todas las edades.

REFLEXIONES FINALES

Las políticas nacionales e internacionales deberían cada vez más incluir en sus programas un análisis de las repercusiones globales del envejecimiento demográfico para diseñar con sostenibilidad los recursos y conseguir un reparto más equitativo del desarrollo entre las mujeres y los hombres a lo largo de todo el ciclo vital. Esto no significa crear nuevos fondos, sino que los hombres y las mujeres mayores se incluyan en las políticas, inversiones y planes de gasto ya existentes en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos y ciudadanas. "El mundo no se puede dar el lujo de ignorar la contribución al desarrollo económico y social que realizan cientos de millones de personas mayores. Más importante aún, como un asunto de equidad y ciudadanía, las necesidades de las personas mayores deben ser abordadas dentro del contexto de los derechos humanos", (HelAge Internacional, Ibíd.: 3).

También es importante concluir aquí que cada vez más estudios sobre el proceso de globalización desplazan la atención de sus consecuencias hacia la comprensión de los procesos imbricados en ella y se interesan por desvelar de qué manera esos procesos se asientan, pero a la vez transforman, un determinado sistema de relaciones de género, (Guzmán 2002:7). En este sentido hay que aprovechar ciertos elementos positivos que tiene el proceso de globalización: proyecta modelos culturales más igualitarios y promueve la afirmación internacional de nuevos derechos de las mujeres y de las personas mayores, de las políticas antidiscriminatorias de los países y de las conferencias mundiales, especialmente auspiciadas por Naciones Unidas.

El papel de las mujeres en el proceso de globalización no ha sido el de sujetos pasivos. Los movimientos emancipatorios de mujeres han encontrado en este proceso algunas oportunidades para la construcción de nuevas relaciones de género y han resultado ser un motor de cambio que ha cuestionado la exclusión de las mujeres de la vida pública y se ha convertido en una fuerza globalizadora en sí misma. Estos movimientos han conseguido protagonismo en la agenda política global y han presentado cuestiones que han promovido un cambio social "en cuanto amplían y enriquecen las formas de hacer política, la concepción de la ciudadanía y de los derechos y la relación entre los Estados y gobiernos supranacionales y sociedad civiles", (Guzmán, Ibíd.:8). El papel del movimiento de mujeres en las sociedades modernas se ha constituido en sí mismo en un fenómeno globalizador que ha ejercido una fuerte presión de cambio sobre las instituciones.

Las mujeres, sobre todo a través del movimiento asociativo, han puesto de manifiesto las interacciones que existen entre las normas y convenciones que regulan el orden de género y el orden económico. Se han constituido en un factor de presión importante para el debilitamiento de las convenciones que han ignorado por ejemplo cuestiones tan invisibilizadas como el valor del trabajo doméstico o la contribución de las mujeres al desarrollo, que afectan de manera especial al colectivo de las mujeres de edad, cuya labor se ha desarrollado mayoritariamente en el ámbito privado, (Guzmán, Ibíd.:23). Especialmente las organizaciones de mujeres mayores han contribuido a la reformulación de sus identidades sociales y, al poder hablar con su propia voz, empiezan a ser reconocidas como sujetos políticos.

Como conclusión final podemos decir, que la presencia en el ámbito internacional sobre todo de los movimientos sociales de mujeres y, en menor medida, de personas mayores, junto con la emergencia de una agenda global democrática, están ofreciendo nuevas oportunidades para cambiar las relaciones de género existentes, caracterizadas por la desigualdad y el menor reconocimiento de las mujeres como ciudadanas.

Bibliografía

Abellán García, A. (2000): "El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo", *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, nº 1, enero, Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Amin, S. (1999): *El capitalismo en la era de la globalización*, Editorial Paidós.

Arber, S. y Ginn, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Narcea, Madrid.

Bakker, I. (1999):, "Dotar de género a la reforma de la política macroeconómica en la era de la reestructuración y el ajuste global", en *Mujeres y economía*, Cristina Carrasco, Icaria, Barcelona.

Bastidas Tello, G. (2000): *Globalización y vejez. Trabajo monográfico para el Curso Virtual Educación para el Envejecimiento*, http://www.psiconet.com/tiempo/monografias/globalizacion.htm.

Bauman, Z. (1999): *La globalización: consecuencias humanas*, Fondo de Cultura Económica, Argentina.

Bazo, M. T. y Domínguez, C. (1996): "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales", *Rev. REIS* 73 CIS, Madrid.

Beltrán, M. (2003): "Globalización", en *Diccionario de la solidaridad*, Antonio Ariño (Ed):, Tirant lo Blanch, Valencia.

Benería, L. (1999): "Mercados globales, género y el Hombre de Davos", en *El siglo de las mujeres*, Ana María Portugal y Carmen Torres (editoras):, Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, nº 28, Santiago.

Bonita, R. (1998): *Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*, Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Envejecimiento y Salud, Comisión

Mundial sobre la salud de la mujer. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bonita-mujeres-01.pdf

Brown, A. S. (1996): *The social proceses of aging and old age*, Prentice Hall, New Jersey.

Castells, M. (1999):, *La era de la información*, Tomo III. Madrid, Alianza.

CEPAL (2000): "El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del siglo XXI", Naciones Unidas, Lima, 8 al 10 de febrero.

Cobo, R. (2005):, *Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres*, http://www.mujeresenred.net/article.php3?id_article=385

Comisión de las Comunidades Europeas (1999): *Hacia una Europa para todas las edades: fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones*, Bruselas, 21 de mayo.

Consejo Económico y Social (1997): "Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer La mujer de edad, los derechos humanos y el desarrollo", *Resolución 41/2, C, Informe sobre el 41º periodo de sesiones*, 10 a 21 marzo.

Chow, E. (2003): "Gender Matters: Studying Globalization and Social Change in the 21st Century", en *Internacional Sociology* Nº 18.

De Bono, A. (1999): "Introduction: aging as a Women's issue" en *Ageing in a Gender World*, INSTRAW.

Del Barrio Truchado, E. y Abellán García, A. (2007): "Capítulo I: Indicadores Demográficos" en *Informe 2006 Las personas mayores en España*, Colección Documentos, Serie Documentos Estadísticos, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 33-71.

Fundación SIS Salud, Innovación y Sociedad (2003): *Estudio Delphi: Sexo, Género y Salud*, División de Salud de la Mujer, Novartis.

Greemberg, S. y Kopito, A. (1994): "Women growing older: Partnerships for change" en *Women in Context: Toward a Feminist Reconstruction of Psychotherapy* M. Pravder, Guilford Publications, New York, pp. 96-117.

Guzmán, V. (2002): *Las relaciones de género en un mundo global*, CEPAL, Naciones Unidas, Serie Mujer y Desarrollo, número 38.

Helpage Internacional (2002): *Estado mundial de las personas mayores*.

Huntington, S. P. (2001): *El choque de las civilizaciones*, Editorial Paidós.

IMSERSO-CIS (1998): Estudio 2.279. *Encuesta entre la población mayor española sobre la soledad en las personas mayores*, Madrid.

IMSERSO (2002): *Informe 2002: Las personas mayores en España*, Observatorio de las personas mayores, IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

INE, Instituto Nacional de Estadística (2008): *España en cifras 2008*.

Magno de Carvalho, J. A. (2001): *¿Hacia dónde iremos? Algunas tendencias demográficas en el siglo XXI,* Inauguración de la Conferencia General de Población, Salvador de Bahía, Brasil, http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/11066/lcg2148p_1.pdf

MAQUIEIRA, V. (2006): "Mujeres, Globalización y Derechos Humanos" en *Mujeres, Globalización y Derechos Humanos,* Virginia Maquieira (ed.):, T. del Valle, P. Folguera, C. García Sainz, G. Nieto, J. I. Pichardo, M. Ramos, Cátedra, Feminismos, Madrid, pp. 33-86.

MATAMALA VIVALDI, M. I. (1999): "Mujeres, menopausia y larga vida. Necesidad de una nueva ética occidental" en *La revolución de las canas. Reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres*, Adriana Gómez (ed):, Cuadernos Mujer Salud/4, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago, Chile.

MATSUURA, K. (2007): *De la explosión a la implosión* http://www.lanacion.com.ar/Archivo/nota.asp?nota_id=928327):.

MEHDIZADEH, S. (2002): "Health and Long-Term Care Use Trajectories of Older Disabled Women", *The Gerontologist*, 42 (3): pp. 304-313.

http://www.emakunde.es/images/upload/selección_1_c.pdf

NAVARRO, V. (2002): "Globalización y mujer", en AA.VV.: *Globalización y mujer*, Ed. Pablo Iglesias, Madrid.

OMS Organización Mundial de la Salud (2001): *Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*, http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-hombres-01.pdf

— (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Agosto, Volumen 37, Suplemento 2: pp. 74-105.

— (2004): *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: Informe sobre su ejecución*. Consejo Ejecutivo, 2 de diciembre.

ORTEGA SUÁREZ, F. (2002): "Sociopatología del envejecimiento" en *Enfermedades Neurodegenerativas*, José Mª Segovia de Arana y Francisco Mora Teruel (Eds.), Farmandustria, Serie Científica, Madrid, pp. 29-46., http://www.farmaindustria.es/farmaweb.

PÉREZ DÍAZ, J. (1995): "Las mujeres ancianas, la auténtica vejez de la España actual" en *Papers de Demografía*, 99, Centre d'Estudis Demogràfics.

— (2000): "La feminización de la vejez" en *Revista Catalana de Sociología*, Centre d'Estudis Demogràfics.

RAMOS TORO, M. (2001): "Antropología de la vejez desde la perspectiva de género", en *Los mayores activos*, SECOT, Círculo de Empresarios, Madrid, pp. 339-369.

— (2006): "Mujeres mayores: nuevos derechos para nuevas realidades", en *Mujeres, Globalización y Derechos Humanos*, Virginia Maquieira (ed.):, T. del Valle, P. Folguera, C. García Sainz, G. Nieto, J. I. Pichardo, M. Ramos, Cátedra, Feminismos, Madrid, pp. 191-244.

REYES, T.; TRIANA, E.; MATOS, N. y ACOSTA, J. R. (2002): "Calidad de vida en el adulto mayor", *Revista electrónica de Geriatría*, Vol. 4, No 1. http://www.geriatrianet.com/numero6/privado6/geriatriaarticulo2002_6.html

RIVERO, I. (2002):, "Globalización, desigualdad y mujer", en AA.VV.: *Globalización y Mujer*, Ed. Pablo Iglesias, Madrid.

Rohlfs, I. y Hernández, I. (2004): "La epidemiología de la salud de la mujer española" en *V Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer* (SAMEM):, del 23 al 25 de febrero de 2004, Madrid.

Rubio, R.; Aleixandre, M. y Cabezas, J. L. (2001): "Calidad de vida y diferencias en función del sexo" en *Rev. Mult. Gerontología* 11 (4): pp. 173-180.

Sampedro, J. L. (1999): "Desde mi autobús", en *Globalización y Género*, Paloma de Villota Ed., Editorial Síntesis, Madrid.

— (2002): *El mercado y la globalización*, Ediciones Destino, Madrid.

— (2004): "La globalización entre dos mundos", Conferencia inaugural de los Cursos de Verano de El Escorial de la Universidad Complutense de Madrid, 28 de junio.

Sánchez Salgado, C. D. (2003): "La mujer de edad mayor en una sociedad feminizada", I Seminario Centroamericano y el Caribe, *Red de Estudios de la Vejez*, Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José Costa Rica.

Sassen, S. (2003): *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*, Ed. Traficantes de sueños, Barcelona.

Sen, A. K. (1997): *Sobre ética y economía*, Alianza Editorial, Madrid.

Sendón de León, V. (2003): "Respuesta feminista a la globalización", en *Revista Mujer Salud*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, número 3.

Stiglitz, J. E. (2006): *Cómo hacer que funcione la globalización*, Santillana Ediciones Generales, Madrid.

Tourain, A. (1999): *¿Podremos vivir juntos?,* Siglo XXI Editores, México.

World Comision on the Social Dimensions of Globalization, *A Fair Globalization: Creating Opportunities for All*, (2004): Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. http://www.ilo.org/public/fairglobalization/report/index.htm

Zeitlin, J. (2000): "Las mujeres, la economía globalizada y el proceso de decisión", en *Women's Enviromment & Development Organization* (WEDO): <wedo@wedo.org>.

http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=402, "Tras la «bomba demográfica», la «bomba de los ancianos»" Comentarios al informe *Envejecimiento de la Población Mundial: 1950-2050*, junio de 2004.

http://www.ceoma.org/viii-congreso/pdfs/Declaracion-Recomendaciones-Foro-Mundial_2002.pdf

http://www.edicionnacional.com/edicion/2005/07/18/articulo/5172 *Analizan el aumento de la población*, julio de 2005.

http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp, 2007.

http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm, 2008.

http://www.informesemanal.tve.es *El Informe del Año. Resumen del Año Internacional* (27-diciembre-2008).

http://www.serviciosygente.com/*Envejecimiento de la población*, septiembre de 2006.

15

Tiempos espirituales en las personas mayores

Por Margarita Pintos de Cea-Navarro
Teóloga. Presidenta de la Asociación
para el Diálogo Interreligioso
en la Comunidad de Madrid

La vejez es el segundo tiempo de nuestra vida. Cosechamos lo que hemos sembrado, gozamos de la fruta madura de nuestras experiencias y somos más interesantes aunque es mucho más difícil conseguir que nos presten atención.

El proceso de envejecer hace enfrentarnos con enfermedades crónicas, ingresos inadecuados e insuficientes, falta de compañía y lo más devastador: la muerte de los miembros de la familia, de los amigos y la propia. Pero nuestro cuerpo reside en el alma como creían algunos de nuestros antepasados (los celtas), y no al revés. Por eso aunque nuestros cuerpos envejecen, se debilitan y se enferman, la protección que ofrece el alma a un cuerpo cada vez más frágil es un abrazo de ternura. Mientras el cuerpo envejece podemos darnos cuenta que el alma abarca y atiende al cuerpo.

Un buen día nos despertamos y caemos en la cuenta de los cambios que se están produciendo en nuestra apariencia. Descubrimos que nuestro atractivo sexual así como la potencia y la energía física han disminuido notablemente, y nos decimos: "Ya no estamos en la flor de la vida". Son nuestras sociedades patriarcales que exaltan a la mujer sexy, la compañera vital, las que ocultan o intentan hacer invisible a la mujer vieja; lo mismo que desprecian a los hombres que no son productivos y que al envejecer siempre suponen una carga porque se convierten en personas débiles y dependientes.

Gracias a los estudios antropológicos de los últimos 20 años, sabemos que al principio abundaban las imágenes femeninas de la divinidad. Las diosas habitaban el mundo prepatriarcal hace cinco mil años y se manifestaban en tres aspectos, como virgen, madre y vieja. El cristianismo asumió el aspecto de la virgen y el de la madre en la personalización de María de Nazaret: la virgen madre de dios (Theotokos).

La vieja fue reprimida por ser identificada con la muerte o con la sabia/bruja. Para nuestros ancestros era obvio que desde la mujer venía la vida, pero resultaba obvio que esta misma vida contenía dentro de ella las semillas de su propia muerte. La vida que ofrece la Gran Madre es finita frente al ansia de toda persona a la inmortalidad o, al menos, a una promesa de vida eterna. Los humanos tenemos un conocimiento que quizás no hubiéramos deseado: sabemos que vamos a morir y, para algunos, la muerte es interpretada como una maldición.

Los mitos antiguos nos muestran que la Vieja fue el aspecto más poderoso de la diosa. La mujer vieja de aquella época jugaba un papel clave dentro del clan o tribu: asumía el papel de juez, consejera, sabia, curandera, acompañaba a los moribundos, sacerdotisa funeraria, intercesora ante las demás divinidades de la comunidad. Cuando el cristianismo se convierte en religión de Estado, la Vieja fue convertida en la compañera del diablo. La vieja curandera y la matrona de las aldeas medievales fueron transformadas en brujas –ayudantes de Satanás–. El resultado fue el holocausto de las mujeres –unos nueve millones– que fueron torturadas, quemadas, ahorcadas o ahogadas por ser brujas.

En las sociedades modernas, las viejas y los viejos tenemos que plantearnos cómo asumir el otoño de la vida, la cara oculta de la luna, el deterioro y, al final, el encuentro con la muerte. Tenemos la experiencia de que el otoño precede al invierno, pero poco a poco el día conquista a la noche, el frío se deja calentar por el sol y aparece la primavera. Pero ahora estamos en otoño y hay que vivirlo.

NUESTRA HERENCIA

Nuestros cuerpos han sido utilizados, rechazados –a veces por nosotros mismos–, se han considerado "malos" por la tradición cristiana, que separa de manera dualista el cuerpo del espíritu. Muchas veces su deterioro se acelera por la mala alimentación desde la infancia, por la falta de atención médica en momentos claves de nuestra vida, por un trabajo interminable con doble o triple jornada según el género. Los abusos, la pobreza y el desorden social se reflejan en nuestros cuerpos. También ellos nos ligan a la creación, a las personas de nuestro alrededor y a la transcendencia, llamada dios, divinidad, energía, cada uno según su tradición.

Algo que viene casi automáticamente con la vejez son los recuerdos. Necesitamos conectar con nuestra propia historia y reinterpretarla con las luces de la edad. El acto de recordar nos permite recuperar pedazos perdidos de nosotros mismos, soñar con lo que nos hubiera gustado ser, sueños cumplidos de los que nos alegramos...

Con los años reconocemos la historia de nuestra familia en los propios huesos. Los viejos han muerto –los padres, los tíos, los parientes que siempre estaban- y su ausencia deja un gran vacío porque nadie marca el camino. Así descubrimos que nos toca asumir este papel. Somos quienes tenemos que asegurar que los jóvenes de la familia conozcan su historia, sus tradiciones, sus cuentos que nos definen, que nos dicen de dónde venimos, quiénes somos y lo que podemos llegar a ser. También nos toca contar lo oscuro de la herencia, los divorcios y abandonos, las enfermedades y neurosis, las peleas entre hermanos, los escándalos, todas las sombras que inundan nuestros recuerdos.

Creo que es la espiritualidad vivida en esta época de la vida, vinculada a un sentido profundo de querer dejar una herencia, la que se puede convertir en guía para los que vienen detrás. Ya tenemos la sabiduría de haber caminado por el desierto, de haber experimentado tanto los placeres como los dolores de la vida, y ahora podemos entregar seguridad y confianza a las personas que temen que el camino esté lleno de obstáculos imposibles, para que se haga posible que la fragilidad del planeta no impida su belleza.

Corren tiempos de gran sensibilización sobre la catástrofe ecológica y una de las alternativas para hacer frente a esta situación es la manera en que desarrollamos el trabajo doméstico cotidiano, al que dedicamos muchas horas en esta época de la vida. Si entendemos este trabajo como cuidado diario a través de actividades repetitivas de las necesidades humanas improrrogables, podemos considerarlo un ejercicio espiritual dirigido a la conservación de la vida y por extensión al cuidado del planeta.

Desde que empezamos este milenio se ha producido una ola de encuentros, seminarios y congresos sobre la búsqueda de algo, que en la mayoría de los casos se ha agrupado bajo el nombre de espiritualidad. Estos eventos congregan a hombres y mujeres de distintas tradiciones religiosas y de diferentes experiencias sociales, para conocerse en profundidad y para establecer relaciones en un momento de individualismo y soledad.

Hablar de espiritualidad es expresar por medio del lenguaje una experiencia de relación que da sentido a nuestra vida. Es un viaje por mar y tierra, en el que los caminos se "hacen al

andar" como decía nuestro poeta Antonio Machado y las corrientes subterráneas de nuestras aguas nos arrastrarán a orillas deseadas o no, según las cartas de navegación que utilicemos, y la atención que prestemos a los faros que iluminan los peligros.

Una buena carta de navegación son los estudios que desarrollan las ciencias sociales, ya que abren perspectivas sugerentes e innovadoras. Gracias a ellos conocemos mejor nuestros cuerpos y sus procesos de envejecimiento, aprendemos a disfrutar de la vida con una mejor calidad, descubrimos facetas en las que podemos trabajar, podemos sentirnos útiles sin necesidad de ser monetariamente productivos, nos ayudan a valorar lo que hacemos y así alimentamos nuestro espíritu.

La teoría de género es uno de los faros que derrama luz sobre las concepciones morales de los seres humanos. Este paradigma define los papeles de los hombres y de las mujeres, así como las relaciones entre ambos, en un momento histórico determinado y hace creer que estos roles son su verdadera identidad, cuando en realidad lo que hacen es aniquilar nuestros espíritus. La espiritualidad patriarcal refuerza estos patrones de género e indica que para que un hombre o una mujer experimenten el misterio debe adoptar una actitud de sumisión y obediencia al poder divino representado por una imagen de Dios con rasgos determinados: varón, blanco, todopoderoso, padre, etc. Un modelo liberador necesita romper con este ídolo a través de nuevas formas de espiritualidad, en las que cada ser humano, cada ser vivo, la naturaleza en su conjunto sean mediaciones y representaciones de lo divino. Somos sujetos y vivimos la experiencia religiosa desde nuestra subjetividad sin aceptar mediaciones clérigo-patriarcales en unas instituciones jerárquico-institucionales.

Corrientes cálidas nos hacen descubrir una nueva espiritualidad. Cuando tormentas y marejadas nos sorprendan en la oscuridad de la noche y tengamos que bajar a nuestra bodega interior, quizás podamos descubrir el dinamismo liberador del Espíritu-Sabiduría que alienta todo lo que existe y que a veces intentamos silenciar o esconder. Ella nos habita para impulsar nuestra vida interior que se manifiesta en una ética desde la práctica, guiada por los imperativos de justicia-liberación e igualdad-diferencia, y poder vencer al patriarcado excluyente que pone a 2/3 partes de la humanidad en el umbral de la muerte por negarles el alimento, que desprecia a los ancianos y ancianas porque no somos productivos y que consiente la violencia contra las mujeres porque todavía no somos consideradas, como los Budas de Afganistán destruidos por los talibanes, Patrimonio de la Humanidad.

Cálidos puertos nos esperan en nuestro viaje. Hemos pasado por muchos de ellos: escoger modo de vida, tener hijos o no, trabajar en lo posible o cuidar de la familia, descubrir amigos y nuevas relaciones, participar en las prácticas religiosas relacionadas por las diferentes etapas de la vida o participando activamente en colectivos religiosos con compromiso social. Cada uno sabe cuál ha sido su itinerario y en qué lugares se ha parado con gusto, ha huido por miedo, o simplemente le tocaba estar. Ahora en la vejez podemos desarrollar actitudes/valores, que siendo de cualquier etapa de la vida, es ahora cuando quizás tenemos el tiempo y las ganas. Buscar y descubrir la fuente que da vida a nuestro ser, vivir con calma para escuchar al que esté cerca de nosotros, dejar emerger recuerdos importantes y saborearlos con tranquilidad. Envejecer es un enriquecimiento si tenemos en cuenta tres factores:

- la herencia biológica fijada en nuestros genes (hombre, mujer, color de la piel, figura corporal...),
- lo que nuestra trayectoria vital y entorno han hecho con la herencia recibida,
- lo que nosotros mismos hemos hecho con nuestra historia, es decir, cómo hemos ejercitado nuestra libertad.

De la conjunción de estos factores vivimos en nuestra ancianidad con la tarea de aceptar y elaborar todo lo que uno ha vivido.

ESPIRITUALIDAD EN EL TRABAJO COTIDIANO/DOMÉSTICO

La palabra espiritualidad viene del latín "spiritus" (espíritu), es algo que viene desde dentro del ser humano y se refleja en las acciones y actitudes que desarrolla a lo largo de su existencia. Hacer algo que nos gusta, aquello que el trabajo no nos ha permitido realizar, cuidar más nuestro cuerpo, participar en actividades culturales. ¿Cuándo pensábamos poder disfrutar de los balnearios en invierno? Creíamos que nunca iba a llegar el día para poder gozar de los colores del otoño, o de la ruta que veíamos en las agencias de viaje, pero el tiempo ha llegado. Sin embargo dedicamos muchas horas a trabajos "domésticos" en los que tenemos que buscar una experiencia directa de sentido en esta nueva etapa de la vida. ¿Qué sería de nuestros nietos y nietas sin nuestra presencia y cuidado? ¿Quién reúne a la familia para compartir una comida hecha lentamente? No se trata de una idealización del trabajo doméstico, sino de indagar cómo es posible tener experiencias espirituales durante este trabajo, y qué condiciones se deben cumplir en él para que pueda liberar sus potencialidades espirituales-materiales que están ocultas.

El trabajo doméstico, al preocuparse diaria y repetitivamente de necesidades humanas básicas, tiene una estructura que explica por qué durante su realización pueden suceder experiencias espirituales. Este trabajo tiene un carácter ritual, dado que se relaciona en forma activa con necesidades elementales y repetitivas y con acciones vitales de mujeres y hombres, como comer, beber, dormir, ensuciar, ordenar, desordenar, lavar, entre otras. Un ritual es una acción que se efectúa según un orden fijo, una y otra vez. La diferencia, en este caso, con los rituales religiosos usuales, radica en que el orden que es primordial en el trabajo doméstico, no se corresponde con una ley positiva, sino con una ley de la naturaleza. Si alguien no controla sus esfínteres otra persona tiene que ocuparse de realizar el ritual de cambiar los pañales. Ninguna autoridad nos manda realizar esta acción, pero es la necesidad de la naturaleza la que nos invita a realizarla y constatamos que produce bienestar a la persona que la recibe. Esta acción como otras muchas pone de manifiesto lo "material" de la espiritualidad doméstica.

Por otra parte el trabajo doméstico casi siempre es directamente social. Se hace para mí y para otros. Si nadie se preocupara de forma activa y repetitiva de las necesidades humanas, no existiría la convivencia. Los seres humanos necesitamos de muchos cuidados para sobrevivir. Un bebé del que nadie se preocupa, se muere; un grupo familiar que no comparte mesa

poco a poco se desintegra; cuando nadie se preocupa por nosotros la depresión tiene un campo bien abonado, y así podríamos enumerar otras muchas situaciones. Las redes sociales hay que cultivarlas, remendarlas si se rompen, mantenerlas incluso en la distancia.

Un aspecto concreto ha sido analizado en el estudio encargado por el Instituto de la Mujer al Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid, bajo la dirección de Lourdes Pérez. Es el caso de las abuelas cuidadoras sobre todo en los espacios urbanos. No creo que haya muchas abuelas que reconozcan, ni siquiera para sí mismas, que les agota cuidar a sus nietos y nietas o que están hartas de tener que madrugar todos los días para llevarles al colegio o a la escuela infantil. Se considerarían unas traidoras a la familia, que es lo más importante para la mayoría, y, sobre todo, a sus hijas. Porque otro de los elementos que destaca el estudio es la *matrifocalidad* del cuidado, es decir, que en general, las madres suplen a sus hijas como cuidadoras de la descendencia para posibilitar el mantenimiento de éstas en el mercado laboral. En resumen, la conciliación de la vida laboral y personal la siguen haciendo las mujeres, entre ellas, a través de las estructuras de solidaridad familiar tradicionales. Parece que sólo ellas siguen asumiendo principalmente los costes del desarrollo social y económico en nuestro país. Los varones no aparecen, salvo para decirles a sus propias madres, cuando sus suegras no pueden, que cuiden de sus hijos e hijas. De hecho en torno al sesenta por ciento de las abuelas preferirían que fueran los progenitores los que atendieran a sus hijos e hijas. Del estudio se desprende, por tanto, que estas abuelas cuidadoras son absolutamente necesarias para el mantenimiento de la sociedad actual, tanto en el plano económico como afectivo. Incluso dotan a las mayores de una mayor estimación social puesto que se las considera activas, que aportan algo a la sociedad, aunque estén jubiladas. Y esto es importante para la autoestima de las propias mujeres y para su propia valoración personal.

Cuando pongo orden a mi alrededor, realizo una actividad manual que puede acompañar y acelerar procesos de clarificación de pensamiento y emociones. Es un fenómeno que acompaña la experiencia del sentido. Mientras en las formas tradiciones de espiritualidad el sentido viene dado por un orden metafísico, invisible, mental, el orden que procede del trabajo doméstico es material, visible, de espacios que saltan a la vista y que pueden volver a ser desordenados. Este cambio constante del caos al orden y viceversa hace que nos sintamos vivos.

También podemos descubrir la belleza que surge del trabajo doméstico. No produce obras de arte que invitan a la devoción en las iglesias o que se pueden contemplar en los museos, más bien son cosas triviales las que se convierten en vitales, necesarias y placenteras. La belleza proporciona sentido. La estética cotidiana no sirve de espectáculo, es para ser usada y disfrutada. Es efímera, no permanece de un día para otro; se crea y se recrea.

La gran diferencia entre la espiritualidad platónica y la material del trabajo doméstico es que ésta *es servicio*, mientras que la otra supone el servicio de otros. Hay que tener en cuenta que el concepto platónico del mundo se formó en una sociedad esclavista, patriarcalmente organizada. El trabajo de las mujeres y los esclavos en Atenas constituyó la base sobre la cual se pudo desarrollar la actividad mental de los ciudadanos libres masculinos, la que, en ese contexto, era un lujo.

Pero para que el trabajo doméstico pueda liberar su potencial espiritual en forma duradera, hay que disolver lo que el patriarcado llama "trabajo doméstico de la mujer". Mientras absorba sin límite la vida de las mujeres y aparezca en la vida de los hombres solamente como funciones que tienen que ser ejecutados por otros, mientras no se considere una actividad consciente y necesaria para hombres y mujeres, no será un espacio liberador que llene la cotidianeidad de nuestra vejez.

Repartir el trabajo doméstico de forma justa y entre todos, hace que sea una actividad limitada y limitable. Solamente cuando el trabajo doméstico ya no es "todo" (para las mujeres), y "nada", o "lo otro" (para los hombres) se puede experimentar su valor. Si es limitado para todos, también existirá para todos algo distinto a él: una exterioridad que es el quehacer social y político. Ya no habrá espacios separados, ni se le asignarán roles de género para trabajar en ellos, porque lo personal y lo público estarán íntimamente relacionados.

Con el reparto justo entre todos, el trabajo doméstico se convierte en un servicio de todos a todos en el que podemos practicar la solidaridad, la disponibilidad y el espíritu de reciprocidad. Es el momento entonces de la conciliación entre espiritualidad y política. No podemos poner primero aprender a encontrar el sentido de lo que hago y más tarde salvar al mundo con mis acciones. No se da una sucesión temporal, sino que mientras aprendemos a meditar, a encontrarnos con nosotros mismos, a rezar, a descubrir lo positivo de lo que hago ya estoy participando en la política que busca el bien común para la comunidad. La espiritualidad emerge así en el proceso de hacer política.

ACCIONES ESPIRITUALES

Vivimos en una sociedad que se mide por lo que uno rinde, todo lo que se tiene hay que ganarlo, incluso los afectos o la reputación. Si nos remitimos a la tradición bíblica, que es la más común entre los españoles, nos encontramos que no se habla de rendimiento, sino de FECUNDIDAD. El símbolo sería la parábola de la semilla que crece sola: "Así es el reinado de Dios, como cuando un hombre siembra la simiente en la tierra; él duerme de noche y se levanta por la mañana y la semilla germina y va creciendo, sin que él sepa cómo" (Mc 4,26-27). La confianza en el misterio que actúa aunque nos falten las fuerzas, la iniciativa o la energía es la actitud que tonifica nuestro espíritu y nos regala la paz que el mundo que nos rodea no nos puede dar.

Cuando ya no podemos pro-crear, nuestra fecundidad se manifiesta en las virtudes que desarrollamos con los que nos rodean: hijos, nietos, amigos, vecinos. Las personas mayores tienen a veces un talento especial. En su larga vida, probablemente ha ido creciendo una sabiduría y comprensión que pueden dar sus frutos con las personas de su entorno. Con prudencia y aguante pueden conseguir el tiempo para acercar a las personas que se encuentran distanciadas, sobre todo en el ámbito familiar. Un ejemplo lo tenemos en la pareja Ana y Simeón, ambos de edad avanzada que fueron testigos de la presentación de Jesús de Nazaret en el templo. Simeón toma en brazos al niño y descubre, porque sabe mirar en profundidad, que alguien tan frágil y pequeño es sin embargo "la salvación"de todos los pue-

blos. También Ana, una mujer de edad avanzada, viuda que vivía para servir a Dios, se acerca al templo porque reconoce en el niño la "redención que esperaban en Jerusalén". Es esa manera de mirar la realidad, más allá de las apariencias, la que puede ayudar en muchas ocasiones a descubrir los valores de las personas y poder mediar en los conflictos.

Algo que tenemos que aceptar en la ancianidad es la tendencia a repetirse. Nos gusta hablar, contar nuestras historias pero tenemos pocas cosas nuevas que relatar. Por eso es conveniente mantener nuestra mente abierta, informarnos de lo que sucede en nuestra ciudad (gracias a los periódicos gratuitos hay personas mejor informadas, o por la lectura de la prensa en los centros de mayores), tener un espacio para la lectura que en la época laboral hemos echado de menos, escuchar la radio, estar atento a lo que necesita el otro, y muchas cosas más que nos ayudan a cultivar nuestro espíritu y a tener conversaciones amenas, siempre desarrollando el sentido del humor que evita que nos anquilosemos. El humor también nos ayuda a relativizar y a colocar las cosas en su lugar correcto. Es mucho lo que hemos vivido y ahora tenemos tiempo de aceptar y elaborar lo vivido.

En el Evangelio de Mateo nos encontramos con este dicho de Jesús: "No os preocupéis del mañana: el mañana se preocupará de sí mismo. Cada día tiene bastante con su inquietud" (6,34). No debemos permitir que nos intranquilice el miedo a lo que puede pasar en el futuro, a lo que tal vez traiga esta o la otra enfermedad, porque muchas veces el ser humano padece más por lo que teme y que nunca llega a suceder.

Para muchas personas la oración es un camino de liberación. Nuestro cuerpo se deteriora, oímos poco, nos cuesta caminar, leer nos cansa, pero entonces es el momento de aceptar la invitación que nos hace la naturaleza para entrar en el fondo de uno mismo. Cuando Dag Hammarskjold inauguró la sala de oración que hay en el edificio de Naciones Unidas, escribió: "En cada uno de nosotros hay un centro de quietud rodeado de silencio". Esta frase está en un sitio visible, a la entrada, porque sirve para cualquier tradición religiosa. Quizás este centro íntimo de quietud es probablemente lo que, en la larga tradición espiritual, los místicos llamaban el sutil ápice del alma. Es algo que está en nuestro interior, no tenemos que crearlo. Si no lo hemos cultivado seguramente encontraremos mucha maleza en el camino, pero está ahí y sólo tenemos que llegar a él con nuestra concentración, silencio y acompañados por nuestro cuerpo que nos indicará la postura más cómoda para orar.

La oración de petición es con frecuencia la más espontánea y personal. Es una actitud de confianza que hemos aprendido en las relaciones familiares. Los padres piden por sus hijos y nietos, se conocen los deseos de unos y de otros y por eso informamos a Dios de nuestras necesidades, las ponemos en sus manos y nos liberamos de esa carga. Es un tipo de oración liberadora y benéfica, ya no llevamos solos nuestras preocupaciones. A veces recurrimos a los santos y santas que nos parecen más cercanos y familiares, y se convierten en mediadores de nuestras plegarias. Estos amigos y amigas de Dios juegan un papel muy importante en la religiosidad popular, son personas de nuestra confianza que han vivido situaciones parecidas a las nuestras y han dado una respuesta a los conflictos que merece nuestro respeto y aprobación. Seguramente nos dirigimos a ellas porque nos gustaría poder tener el valor o la fuerza para afrontar cualquier situación adversa y resolverla, pero al no encontrar la solución pedimos que nos ayuden.

Ya en el siglo VI Doroteo de Gaza hace una descripción muy gráfica: "Imaginaos un círculo pintado sobre el suelo. Suponed que este círculo es el mundo y que el centro del círculo es Dios. Yendo desde el borde hasta el centro, hay un número de líneas que representan formas de vida. En su deseo de estar cerca de Dios, los santos van avanzando por estas líneas hasta el centro del círculo, de modo que, cuanto más lejos van, más se aproximan unos a otros y a Dios. Cuanto más cerca llegan a estar de Dios, más cerca están los unos de los otros, así es el amor: cuanto más nos acercamos a Dios en el amor, más nos unimos con nuestro prójimo a través del amor". Los santos son aquellos que se han acercado de tal manera al centro del círculo, que la Luz Increada fluye a través de ellos hacia el mundo y nosotros cuanto más nos aproximemos a ellos más cerca estaremos de lo divino. Esto es lo que aparece en el credo católico como la comunión de los santos y que puede contribuir a una espiritualidad madura.

La acción de gracias es un tipo de oración vinculada a la petición. La gratitud es la actitud desarrollada por las personas que reconocen la ayuda que les prestan los demás y la valoran. Una persona agradecida siempre va a encontrar quien la ayude cuando lo necesite, porque es una manera más de crear lazos, no así la que exige un servicio. A todos nos gusta que nos den las gracias cuando ayudamos a los demás porque es una manera de reconocer el valor de la gratuidad. La petición y el agradecimiento son dos movimientos de la misma sinfonía que nos lleva a la apertura y entrega.

Conforme hemos avanzado en el camino de la vida, hemos ido dejando cosas, sentimientos, afectos, que han sido propias de una etapa pero que ya no nos valen para la siguiente. Sin embargo el desprendimiento es una experiencia dolorosa cuando vamos llegando al final. Tenemos menos cosas materiales, menos energía y aguante, se carga con menor responsabilidad, y ya no se está implicado en tantas actividades. Con frecuencia recibimos menos muestras de consideración, nuestra libertad de movimientos está restringida, disminuyen las relaciones, cada vez son más los amigos fallecidos y los espacios se llenan de ausencias. Se llegan a conocer formas de pobreza que ni siquiera sabíamos que existían y nos vemos despojados de todo aquello que creíamos tener. El Evangelio de Juan recoge unas palabras de Jesús a Pedro que resumen esta experiencia: "En verdad, en verdad te digo, cuando eras joven, tú mismo te ceñías, e ibas adonde querías; pero cuando llegues a viejo extenderás tus manos y otro te ceñirá y te llevará adonde tú no quieras" (21,18).

TODOS SOMOS MORTALES ESPERANZADOS

Nuestra cultura tiene una visión parcelada de la muerte, se nos presenta como la más despiadada negación del sentido, como disolución de la existencia humana y se experimenta, muchas veces, como una derrota. Cada cual muere a su manera, y a menudo –aunque no siempre– tal como ha vivido, porque la muerte pertenece a la vida.

Los existencialistas definían al ser humano como ser-para-la muerte, y su pregunta por el sentido lo expresaba André Malraux en estos términos: "Usted conoce el dicho 'nueve meses se necesitan para hacer un ser humano; un solo día basta para deshacerlo'. Harto lo hemos

vivido usted y yo. Pero mire usted: no nueve meses, sino cincuenta años se requieren para hacer un ser humano. Cincuenta años de sacrificios, de bregar, ¡ah!... ¡Y de tantas cosas! Y cuando el ser humano está hecho, cuando nada le queda ya de su niñez, cuando, por fin, llega a ser persona a carta cabal, no sirve sino a la muerte" (Boros 1972:7).

Por paradójico que parezca la muerte torna a la vida más humana, le da forma y diría que la conduce a su plenitud. Ante la ausencia de la frontera de la muerte, la vida terminaría por caer en la superficialidad, la rutina, la monotonía. Sin la muerte podríamos desembocar en el hastío de la vida como describe Simone de Beauvoir en su novela *Todos los hombres son mortales* (1946). Fosca, el protagonista se ve condenado a vivir eternamente por haber ingerido un *elixir* de vida, y tiene que enfrentarse a las consecuencias. Sin el límite de la muerte carecen de importancia los gozos de la vida y las responsabilidades personales y sociales. Pierden su encanto la mañana y la primavera. Desaparece la melancolía del invierno, del otoño y de la vejez. El amor y la amistad caen en la rutina. El francocanadiense Carlier le dice a Fosca: "¡Cómo me gustaría ser inmortal! Entonces seguro que encontraría pasaje para China". "También yo pensé eso alguna vez", responde Fosca, pero "no, pronto dejaría de interesarte la China porque estarías sólo en el mundo... Jamás he tenido un amigo. Los hombres me han mirado siempre como a un extranjero, como a un muerto" (Beauvoir, 1964:226).

No deja de ser paradójico: quien vive una existencia eterna, inmortal, aparece ante los realmente mortales como "un muerto". Y la novela termina con la siguiente confesión del protagonista: "No tenía nada que esperar; me fui hacia la puerta; yo no podía arriesgar mi vida, no podía sonreírles; jamás hubo lágrimas en mis ojos ni fuego en mi corazón. Un hombre de ningún sitio, sin pasado, sin futuro y sin presente. Yo no deseaba nada, yo no era nadie..." (Ibíd. 335).

En el Informe 2002 sobre Las Personas Mayores en España (Fuente: CIS, Estudio 2.443, Enero 2002), menos de la mitad (45,5%) de las personas de más de 65 años creen en la vida después de la muerte y un 32,3% creen que no hay nada. Entre un colectivo que ha sido educado en la tradición católica (97%), que se considera bastante o muy religiosa (70,4%) y que se confiesa católico en un 93,9%, es muy llamativo la inseguridad que aparece cuando se pregunta por aspectos relacionados con la muerte. También llama la atención que un 18% crea en la reencarnación, cuando es una respuesta tan lejana a la tradición católica. Por otra parte, la creencia más común es en el pecado (más del 60%) y la misma proporción en el cielo, lo que nos lleva a confirmar esa imagen de Dios que aparece como alguien que se preocupa del ser humano (60,6%), a la vez que la religión es algo que da consuelo, fuerza o seguridad (71,5%).

A pesar de todo, la humanidad no se ha dado por vencida ante la certeza del fin de la vida y siempre ha ido en busca de "una hierba contra la muerte". Las culturas, las religiones, las filosofías y las teologías han formulado distintas respuestas y han tejido un sinfín de contrapuntos y de paradigmas de supervivencia. Son imágenes y paradigmas que se caracterizan por la ambigüedad: por una parte, denotan el egoísmo y la ignorancia de la humanidad, pero también la resistencia a sentirse contentas con el cadáver. Son pruebas del carácter oscurantista de determinadas personas sagradas que buscan su propia legitimidad más que la experiencia del misterio, pero también del sacudir los barrotes de la muerte, como en el caso de muchos de los mártires cristianos.

La religión es, por una parte, consuelo para el futuro, coartada para el pasado y evasión del presente, y, por otra, el espacio más engalanado de la voluntad de un mundo mejor, baluarte de esperanza como fuerza históricamente eficaz y activa. Las imágenes de esperanza de las religiones operan unas veces como opio y otras como fuerza de liberación.

Las religiones son verdaderas enciclopedias de utopías, sueños, imágenes, símbolos de una sociedad hermanada y reconciliada, bien en forma de leyendas, mitos, historias, ritos, creencias, doctrinas, etc. Las celebraciones religiosas anticipan el futuro ideal a través de múltiples símbolos. Los relatos lo describen con todo lujo de detalles. Las imágenes lo representan. Los tiempos y los espacios sagrados son ámbito de perfección no contaminados, lugares ideales para estar.

Las religiones son lugares privilegiados donde se plantea la cuestión de la muerte intentando dar sentido a lo que es un sin-sentido y de lo que acontece o puede acontecer después de la muerte. Desde ellas recuperamos algunas preguntas: ¿Qué sentido tiene la muerte, que constituye el mayor sin-sentido? ¿Cómo librarse de ella? ¿Cómo seguir viviendo después de la muerte? Se plantean el problema de la salvación, tanto individual como colectiva, para ofrecer diferentes respuestas conforme a la concepción antropológica y escatológica de cada religión: unitaria o dualista (resurrección o inmortalidad), ser social o ser individual; conforme a su concepción del ser humano en el mundo: el mundo como obstáculo y trampa o el mundo como escenario de salvación; conforme a la idea de la vida en la tierra: como valle de lágrimas o como lugar de realización.

LAS RELIGIONES Y LAS FILOSOFÍAS ANTE LA MUERTE

Aunque nuestra religión mayoritaria es la católica, podemos aprender de otras tradiciones religiosas que también se han planteado cómo enfrentarse con la muerte y se han preguntado por lo que podría suceder después. Desde las religiones orientales encontramos dos grandes tradiciones a) la hinduista y b) la budista.

a) Hinduismo: reencarnación y moksa:

El Hinduismo o brahmanismo es en palabras de Ghandi “una incansable búsqueda de la verdad. Es la religión de la verdad. La verdad es dios. Hemos conocido la negación de Dios, nunca la negación de la verdad”. La tolerancia y flexibilidad no tienen límites en ella, por eso caben el primitivo politeísmo y la más elaborada filosofía.

En el libro *Rig Veda* (*ca* 1000 a. C.) se considera la vida como orden y la muerte como parte inevitable del caos. En sus relatos se ofrecen distintas imágenes, unas más vívidas y otras menos, del renacer: fusión del muerto con un cuerpo glorioso; purificación del cuerpo mortal y restauración por el fuego y unión con sus antepasados; dispersión de las partes del cuerpo del muerto en los elementos del cosmos. Le dice a la tierra: “Ábrete, tierra; no lo aplastes. Facilítale la entrada y el cobijo. Tierra, envuélvele como una madre envuelve a un hijo en el borde de su falda” (10.18.10-11). No se habla, sin embargo, de renacer en la tierra.

En Los *Brahmanas* (*ca*. 900 a. C.), que glosan el *Rig Veda*, la muerte es temida y a la vez trascendida. Los autores muestran su preocupación por la ancianidad y la muerte periódica "cuando mueren, vuelven de nuevo a la vida, y se convierte una y otra vez en alimento de la muerte". Es terrible hacerse viejo y morir, sobre todo si este acto se repite una y mil veces, por eso buscan obsesivamente rituales para superarla.

Muy distinta es la comprensión de la muerte en los *Upanishads* (*ca*. 700 a. C.): la vida es caos, sueño, pesadilla; la muerte (liberación final de la vida, *moksa*) es orden. En ellos aparece por primera vez y de manera explícita la idea del renacer, de la *reencarnación*, que constituye el núcleo de las religiones hinduistas clásicas. Con ella se pretende dar respuesta a tres problemas que acucian desde siempre a la humanidad: la desigualdad, el mal y la muerte.

Según la doctrina hinduista de las reencarnaciones, cada individuo, a lo largo de su vida, realiza acciones o se abstiene de realizarlas generando una estela de consecuencias objetivas de las que él es responsable. Tanto el resultado de sus acciones meritorias como el de las acciones reprobables recaen sobre la persona de manera inexorable, bien en esta vida, bien en otras vidas posteriores. Al finalizar una vida, el alma se reencarna en un nuevo cuerpo, donde expiará sus culpas y recibirá la recompensa por sus méritos. Cada decisión suya seguirá generando méritos o deméritos, y éstos, a su vez, impondrán premios o castigos que habrá de cumplir. Es la *ley del karma*, cósmica e impersonal, que nadie puede transgredir, ni siquiera los dioses.

Todo lo que le ocurre al individuo es justo, lo sepa o no, como justa es la modalidad de la nueva reencarnación. El alma se encarna conforme al mérito o demérito acumulado: una encarnación ventajosa es signo de mérito anterior; una encarnación poco ventajosa, por ejemplo, como intocable o como animal impuro, es signo de viejas culpas que le quedan por expiar. Mediante las reencarnaciones en vidas sucesivas, el alma de cada individuo tiene oportunidad de perfeccionarse, redimirse, liberarse de las consecuencias de sus acciones y salir de la rueda de los nacimientos y re-nacimientos.

Precisamente las diferencias entre las castas y entre las distintas especies de seres vivos radican en la pureza o impureza: las acciones reprobables contaminan al individuo y le hacen descender en la escala de pureza de la vida; la máxima pureza se encuentra en los brahmanes, tenidos por verdaderos dioses en la tierra.

Muchos mitos hacen ver que al principio todos los seres humanos pertenecían a la casta brahmánica, es decir, eran totalmente puros, pero distintos avatares les llevaron a perder la pureza. No es frecuente, sin embargo, atribuir dicha pérdida a un pecado, a una culpa originaria de toda la humanidad o de parte de ella. La degeneración fue el efecto que ejerce el tiempo sobre las cosas. La diferencia misma entre los dioses y sus rivales, los demonios (*asuras*), se presentan generalmente como frutos del azar. Los *Vedas* no narran ningún hecho inequívocamente inmoral que aconteciera al comienzo del tiempo humano, como sucede en la Biblia, que cuenta con el relato del pecado del paraíso.

Cuando se logran eliminar los efectos negativos del *karma*, el alma individual consigue la liberación o *moksa*, que es la meta de la religión hinduista. *Moksa* es una palabra de gran

riqueza semántica. En sentido negativo, significa "soltarse de" algo que no se desea, que oprime; liberarse del ciclo de las reencarnaciones, del apego al mundo material. Su significado en positivo es liberación final, salvación, emancipación y libertad, consecución de la meta. Es liberación de la ignorancia y acceso al conocimiento, liberación del mundo disperso, encuentro consigo mismo, acceso a lo divino y unión, más aún, fusión e identificación, con el *Brahma*, el Absoluto, realidad última y principio de toda realidad.

¿Cómo se logra el *moksa*, la liberación? No a través de sacrificios o ascesis, ni por vía ética, sino a través del conocimiento esotérico, desligado de su contexto ritual, mediante el desapego de todo vínculo terrenal y de actos meritorios, y mediante el cumplimiento de los deberes propios de cada casta. Llegamos así al *dharma*, que es la ley por la que se rige el universo, ley universal, ley que engloba todos los deberes humanos, los morales y los religiosos.

Entre los caminos por los que se avanza en la evolución espiritual del ser humano se encuentran el yoga, en sus varias modalidades, el bakthi o devoción amorosa hacia la divinidad, etc.

Dos cuestiones se plantean en torno al *moksa*, a esta idea de liberación: ¿Se mantiene la inmortalidad personal, o el ser humano es absorbido en el *Brahma*, el Absoluto? Los *Upanishads* apuntan a las dos modalidades: unas veces, a la inmortalidad personal; otras, a la inmortalidad como absorción en el Absoluto.

La teoría de la reencarnación no es una creencia exclusiva del hinduismo. Está causando gran fascinación en Occidente. Adquiere relevancia cultural y empieza a ser un elemento importante de nuestro universo cultural. Muchas personas, no vinculadas a confesiones religiosas determinadas, creen haber sido bendecidas o maldecidas por un *karma* bueno o malo y se muestran preocupadas por fomentar con sus acciones el *karma* bueno y neutralizar el malo.

De la extensión de dicha creencia dan cuenta las encuestas. Vamos a citar dos. Un sondeo de *Eurobarometer* de 2007 arrojaba los siguientes datos: el 21% de los europeos cree en la reencarnación; una tercera parte de los cristianos europeos practicantes cree en la reencarnación. Similares resultados proporcionaba una encuesta realizada ese mismo año en USA por *Gallup*: el 21 % de los norteamericanos cree en la reencarnación; el 22% no está muy seguro de si cree o no; el 25% se toma en serio la astrología.

Varias son las causas que sustentan esta creencia. Algunos quieren encontrar en ella una segunda oportunidad para la gente que vio truncada su vida; otros piensan que un proyecto humano no tiene por qué realizarse en una sola existencia y por último la *ley del karma* parece una respuesta más atractiva que la visión católica de las postrimerías con el fuego eterno del infierno, torturas, y juicios.

b) Budismo: liberación del sufrimiento:

El budismo es quizás la religión de salvación por excelencia y constituye el contrapunto a las concepciones occidentales de la inmortalidad. La pregunta existencial a la que pretende

responder es cómo liberarse del sufrimiento, del dolor. El objetivo es la liberación de la existencia de los re-nacimientos, de la muerte, de la contingencia, que es la raíz del dolor.

El budismo no admite la existencia de un principio consciente individual que sobreviva a la muerte y no admite la existencia de un alma inmortal que transmigre de un cuerpo a otro. Lo que une dos vidas es la conciencia (*vinnana)*, un proceso mental, por lo que la reencarnación significa realmente una neo-transformación y el nirvana es el cese tanto de la muerte como del renacer.

El camino de salvación que ofrece el budismo es de liberación personal, que no procede de Dios, que no es una gracia comunicada por Dios al hombre pecador, sino un estado de bienaventuranza que los seres humanos podemos recorrer si desarrollamos nuestras propias capacidades. El primer principio es que las acciones son buenas o malas en función de que se ajusten a la Ley de las Cuatro Verdades expuestas por el Buddha en el *Sermón de Venarés*.

La Primera afirma la existencia y universalidad del sufrimiento: todo está mezclado con el sufrimiento, la insatisfacción, la pena y el padecimiento. Esto supone que no hay gozo completo. Esta Noble Verdad se refiere concretamente a tres experiencias de mal o sufrimiento: el nacer, tanto en el momento del parto como en todos los seres en sus sucesivas re-encarnaciones; el envejecer, entendido como el hacerse mayor, la pérdida de facultades, pero también como la transitoriedad, la decadencia, la caducidad a que se ven sometidos todos los seres; el enfermar; la muerte, que se refiere al desaparecer y desvanecerse de todos los seres en las diversos órdenes de existencia, el deshacerse del cuerpo, el agotamiento de las fuerzas de la vida. Se refiere también a distintas formas de sufrimiento moral y mental, la pena, el lamento, el dolor, la aflicción y la tribulación, así como a la experiencia común a todo ser humano: no conseguir aquello que se anhela.

La Segunda Noble Verdad se refiere al origen del dolor: actos, deseo ardiente, ignorancia. Dice que la causa del sufrimiento es el deseo, la pasión de placer, de poder, de poseer, de vivir la vida. Por este deseo el ser humano realiza acciones que generan una energía (*karma*) que es la que somete a sucesivas reencarnaciones hasta que logre liberarse del deseo y entrar en el *nirvana*.

La Tercera Noble verdad es todo un signo de esperanza. La situación de sufrimiento no es definitiva ni absoluta. Es posible suprimirla. ¿Cómo? Eliminando las causas que lo provocan, mediante la anulación total del deseo. Así nos libramos del *karma* y de la transmigración.

La Cuarta Noble Verdad ofrece ocho caminos para la cesación del dolor, que se desarrollan en tres direcciones: práctica de las virtudes morales (*sila*), práctica de la meditación (*samadhi*), práctica de la sabiduría (*praiña*).

Se llega así al *Nirvana*, experiencia espiritual que se logra a través de un largo periodo de conocimiento y de meditación, de control de los sentidos y de iluminación.

En la interpretación popular se considera el nirvana como el término del dolor, la eliminación de los padecimientos terrenos. En la piedad budista se le entiende como un estado feliz de reposo y paz imperturbables. En Occidente lo hemos entendido, además de como cese del

dolor, como extinción del fuego de la concupiscencia, donde tiene su raíz el dolor, como extinción total de la individualidad, de la conciencia, de la propia existencia.

Las distintas escuelas del budismo *Mahayana* practican una meditación que les lleva a tener experiencias de iluminación similares al nirvana. La vivencia del nirvana, de la liberación en este mundo, en el presente, define muy bien las tendencias religiosas populares actuales de inspiración budista. Quizás la palabra que mejor defina el nirvana es "liberación", ya que es lo opuesto al ciclo de las reencarnaciones en todos los sentidos: si éste es el ámbito del malestar existencial, el nirvana es bienestar; si el *samsara* es la sede de la inestabilidad, el nirvana es "lo estable". Quizás se le pueda definir como el estado de la mente iluminada.

Judaísmo, cristianismo e islam: resurrección de los muertos

Desde el ámbito mediterráneo al que pertenecemos la creencia en la resurrección de los muertos es común al judaísmo, cristianismo e islam. Tiene procedencia persa. La predicó Zaratustra, el gran reformado de la religión irania, en torno al s. IV a. E. C.

En el judaísmo surge en una época tardía (siglo II), en el llamado judaísmo post-bíblico, a partir de la experiencia del martirio que sufren los judíos fieles a la ley, y se formula en dos textos: libro de *Daniel*, 12, 1 ss, y *II Macabeos* 7. La creencia en la resurrección tiene dos presupuestos básicos: Yahvé, el Dios de Israel es Señor sobre la vida y la muerte y está junto a quienes le son fieles, incluso en la muerte; y Dios es fiel, aun después de la muerte.

En el texto de II, *Macabeos* 7 se proclama la esperanza en la resurección en medio de la persecución sangrienta desatada por el poder helénico contra los judíos fieles a la ley mosaica. Describe el martirio de 7 hermanos ante los ojos de su madre, en la guerra contra Antíoco IV Epífanes. Son "apresados, flagelados con azotes y nervios de buey, forzados a probar carne prohibida de puerco" (2 Mc 7, 1). Ellos están dispuestos a morir antes de transgredir las leyes y las tradiciones de sus antepasados. El rey Antíoco manda poner al fuego las calderas donde quemar a los 7 hermanos y a su madre y la respuesta es una confesión de la esperanza en la propia resurrección: –"Tú, criminal, nos privas de la vida presente, pero el rey del mundo, a nosotros que morimos por sus leyes, nos resucitará a una vida eterna" (2 Mc 7, 9; 2 Mc 7, 11-14). "El que modeló al ser humano en su nacimiento y proyectó el origen de todas las cosas, os devolverá el Espíritu y la vida con misericordia" (2 Mc 7, 23).

La recompensa es la resurrección como rehabilitación de las víctimas (lo que luego formulara tan lúcidamente Max Horkheimer: "que el verdugo no triunfe sobre la víctima"): la resurrección como forma de hacer justicia a los fieles, a las víctimas. La resurrección no responde tanto al deseo de supervivencia, cuanto al deseo de justicia a favor de los perseguidos, de los vencidos, de los muertos.

La fe en la resurrección no es consecuencia de una antropología dualista, que considere al ser humano inmortal por su propia esencia, o al alma como núcleo de la persona, unida transitoria y circunstancialmente al cuerpo, y presa en la cárcel del cuerpo. La fe en la resurrección es conforme a la antropología unitaria propia del pensamiento hebreo: el ser

humano no compuesto de cuerpo y alma, sino como unidad psicofísica, como corporeidad animada.

Para los cristianos la resurrección de Jesús de Nazaret es el símbolo de la nuestra. Es la liberación de la opresión tanto individual como comunitaria. Los evangelios canónicos narran la resurrección de Jesús como el acontecimiento en el que se pasa de la muerte a la vida y con ello se cumplen las esperanzas de su pueblo. Es el tránsito de Jesús hacia su Padre marcando un camino que queda abierto a todos los creyentes.

También los musulmanes comparten la creencia en la resurrección. La ley universal es que todos morimos (Corán 3, 175; 21, 25), y al final de los tiempos compareceremos ante Alá para ser juzgados por nuestras obras y recibir premio (cielo/paraíso) o castigo (infierno). Mahoma mediará a favor de los creyentes en este tribunal y viviremos para siempre en el jardín de las delicias o en el abismo de fuego.

Estos monoteísmos comparten la creencia de la supervivencia, porque: "Somos de Dios y a él volveremos" (Corán 2, 156; Corintios 15) y la salida de los muertos de los sepulcros al son de trompeta para concentrarse en una gran explanada, en grupos, alrededor del profeta: judíos con Moisés, cristianos con Jesús, musulmanes con Mahoma.

Por último, hay otras concepciones laicas con respecto a la actitud frente a la muerte que no debemos olvidar.

Estoicos: ni miedo ni esperanza

Epicuro y sus seguidores insistieron en la necesidad de mirar a la muerte cara a cara, sin miedo, pues el ser humano nunca logra encontrarse con la muerte de frente. Allí donde está el ser humano no está la muerte, y allí donde está la muerte no está el ser humano. Así razona Epicuro: "mientras se vive, no se tiene sensación alguna de la muerte; cuando se está muerto, no se tiene sensación alguna de la vida". De ahí que la actitud más certera del ser humano hacia la muerte sea la indiferencia.

Para los estoicos tanto la esperanza como el temor son afectos que hay que situar en la superficie del yo y deben ser desterrados de la vida humana (*nec metu nec spe*): ésa debe ser la actitud ante la muerte. *Apatheia*: ausencia de pasiones. El ser humano debe conformarse con su finitud y es así como logra su felicidad. Pretende liberar a la muerte de su carácter terrible y de su seriedad y la llama "máscara", tras la que no hay nada, es decir, maniquí para espantar a los niños, que "lo vuelves y ves que no muerde". Comparan la vida con una fiesta que tiene su final y de la que hay que marcharse, agradecido, no triste, cuando termine.

Y, de momento, caminamos

Termino estas páginas con una recomendación, la lectura del libro de Hemingway, *El viejo y el mar.* Es la lucha de un pescador con su presa: una batalla contra las adversidades que

esconde un desafío moral y revela la ambigüedad de conceptos tales como "derrota" o "victoria". Es una manera de descubrir la dimensión trascendente.

En una de sus páginas dice: "Nadie debiera estar solo en su vejez, pero es inevitable", y "es de idiotas no abrigar esperanzas" (Hemingway, E. 1993: 53,118).

Preguntado Albert Einstein si era la persona más importante del siglo XX, respondió que ese reconocimiento le correspondía a Albert Schweitzer, teólogo, filósofo, músico y médico francés, que a los 38 años se trasladó a Lambaréné (Gabón) en donde fundó un hospital que dirigió y asistió personalmente hasta su muerte a los 90 años. Fue Premio Nobel de la Paz en 1952. Dejó grandes obras en todos los campos, aquí recurro a uno de sus poemas que nos pueden ayudar a seguir caminando.

> "Nadie envejece porque tenga a sus espaldas un cierto número de años.
> Sólo se envejece cuando se dice adiós a los ideales.
> Los años arrugan la piel, pero renunciar al entusiasmo arruga el alma.
> Preocupaciones, dudas, desconfianza de sí, miedo y desesperanza:
> Ésos son los largos, largos años que tiran de la cabeza hacia el suelo
> e inclinan el espíritu erguido hasta el polvo.
> Eres tan joven como tu confianza, tan viejo como tu duda,
> tan joven como tu esperanza, tan viejo como tu desaliento.
> Mientras el mensaje de la belleza, la alegría, la audacia,
> la grandeza y el poder de la tierra, los hombres y lo infinito
> lleguen a tu corazón, serás joven.
> Sólo cuando tus alas cuelguen inertes y el interior de tu corazón
> lo cubra la nieve del pesimismo y el hielo del cinismo,
> sólo entonces te habrás hecho realmente viejo".(Breemen, P. 2004: 95)

Bibliografía

Beauvoir, S. de (1964): *Tous les hommes sont mortels*, LeCerf, París.

Boros, I. (1972): "El hombre y su última opción", en *Mysterium mortis*: 7-20. Verbo Divino, Estella (Navarra).

Breemen, P. van (2004): *El arte de envejecer. La ancianidad como tarea espiritual*, Sal Terrae, Santander.

Cicerón (2006): *Catón el Viejo o de la vejez*, Juventud, Barcelona.

Concilum (1993): *¿Reencarnación o Resurrección?*, Verbo Divino, Estella (Navarra)

Johnson, E. A. (2004): *Amigos de Dios y Profetas. Una interpretación feminista de la comunión de los santos*, Herder, Barcelona.

Lacadena, J. R. (2001): *Fe y biología*, PPC, Madrid.

Hemingway, E. (1993): *El viejo y el mar*, Planeta, Barcelona.

MIRET MAGDALENA, E. (2005): *Cómo ser mayor sin hacerse viejo*, Espasa, Madrid.

PÉREZ, L. (2006): *Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro*, UAM, Madrid.

SANCHO CASTIELLO, M. (2006): *Las personas mayores en España*, IMSERSO, Madrid

TAMAYO ACOSTA, J. J. (2000): *Para comprender la escatología cristiana*. Verbo Divino, Estella (Navarra).

UPANISAD (2001): Edición de Consuelo Martín, Trotta, Madrid.

16

Consideraciones sobre la belleza y la estética

Por Fernando Perlado Ortiz de Pinedo
Médico Geriatra
Ex Jefe de Servicio del Hospital Geriátrico
San Jorge de Zaragoza

El término *estética* (del griego *Aisthetike:* propio de los sentidos) fue introducido en 1735 por Baumgarten en su obra *Reflexiones filosóficas acerca de la poesía.* Baumgarten trataba de relacionar la apreciación de las bellas artes con un reconocimiento intermedio entre la pura sensación y el puro intelecto. Se refería a la experiencia que cualquier ser humano puede realizar con los sentidos, facultad que tendría en cuenta la forma artística más que el contenido. Pero la estética existía antes de que fuese declarada disciplina autónoma. Su prehistoria se remonta a la apreciación de la belleza en las diversas artes asociándola a distintas cualidades: en los himnos, la belleza se expresaba en la armonía; en poesía, en el encanto; en la escultura, en la medida proporcionada y en la simetría de sus partes; en retórica, en el ritmo adecuado. Explica Umberto Eco en su magnífica obra *Historia de la belleza*, que en el periodo de ascensión de Atenas como gran potencia militar, económica y cultural, se creó una percepción más clara de la belleza estética. Sócrates distinguía al menos tres categorías estéticas distintas: la belleza ideal, que representa la naturaleza a través de una composición de las partes; la belleza espiritual, que expresa el alma a través de la mirada; y la belleza útil o funcional. Platón analizó dos conceptos: la belleza como armonía y proporción y la belleza como esplendor. El sentido general griego de la belleza era una visión del mundo en orden y armonía intentando poner límite al «bostezante Caos», de cuya garganta brotó, según Hesíodo, el mundo.

> *Caos*. (Chaos). Una masa ruda e indigesta donde todas las cosas estaban mezcladas y confusas unas con otras. Los poetas fingen aver sido al principio y que después Juppiter hiço apartamiento de cada una y le dio su propia forma. Píntale Ovidio en el principio de sus *Metamorphoseos*: Antes del mar y la tierra y el cielo, que todo lo cubre, el rostro de la naturaleza era el mismo en todo el universo; era el llamado Caos: una masa ruda e informe (I. 5-7). Viene del verbo griego *cheo*, que significa confundir; pues con este nombre no se quiere entender nada más que una confusión tosca e informe de todos los elementos.
>
> Sebastián de Covarrubias. *Suplemento al tesoro de la Lengua Española Castellana.* Edición de Georgina Dopico y Jacques Lezra. Ediciones Polifemo. Madrid 2001.

En los artistas clásicos existía la antítesis entre la armonía serena, belleza apolínea, y la contraria a la razón, belleza dionisiaca. Apolo era el dios de la luz y la belleza. Dionisos, el dios del caos, de la desenfrenada infracción de todas las reglas, de la ruptura de las inhibiciones, las represiones y los rechazos. (Cuando en 1908 visitó nuestro país el escritor argentino Ricardo Rojas, encargado de redactar crónicas para el diario *La Nación*, dijo, al hablar del arte en España: «Se falsea la interpretación de España si se la quiere fijar en formas de arquitectura. No hay para ella quietud armoniosa en el espacio, sino dinamismo vivo en el tiempo. España no es apolínea, sino dionisiaca. No se rige por la razón unificadora u ordenadora, sino por el instinto, en raudal de voluntariedades y de sueños»).

Es verdad que el gusto por lo estético es muy personal –en la apreciación de la belleza intervienen sensaciones subjetivas–, pero hay que reconocer que ciertos objetos poseen propiedades que producen sentimientos bellos y otros carecen de ellas. Hay personas capaces de

percibir tales propiedades, con mucha sensibilidad para apreciar la belleza, que tienen, de forma natural, el gusto más delicado. A través de años de contacto con la naturaleza se va educando nuestra sensibilidad. La evocación retrospectiva de cada uno de aquellos lugares que nos dejaron huella resucita en nosotros la emoción: el inmenso mar azul, el agua quieta de un estanque, la blancura de la nieve en el parque, la sombra de la puerta en el jardín... Todo paisaje es un estado de ánimo, aseguraba Federico Amiel, el poeta y filósofo suizo a quien denominaron algunos críticos «una gran alma trágica», un alma torturada por el ansia de su inteligencia, que trataba de dar vida a una obra inmortal que encerrase en una forma perdurable la belleza eterna. En cuanto al cuerpo, Umberto Eco se pregunta qué es la belleza, en qué condiciones es reconocida, qué cánones, gustos y costumbres sociales permiten llamar bello a un cuerpo, cómo cambia nuestra imagen de la belleza con el tiempo.

En la época griega hubo un ideal de belleza, otro muy distinto en la Edad Media, otro en el Renacimiento; ideales clásicos, ideales románticos... Schelling, «filósofo del primer Romanticismo», decía que la belleza es el punto de coincidencia de lo real y de lo ideal, una manera de resumir la sinergia que existe entre naturaleza y cultura.

Para desarrollar la sensibilidad estética se necesita alcanzar un suficiente estado de armonía en la vida. Puede que la edad nos proporcione armonía: no se aprecia lo mismo siendo uno joven que siendo mayor.

> Ahora bien, considera
> con atención los hombres,
> verás que uno creciendo, otro menguando,
> todos están en mutación continua,
> y aquello que se muda, según naturaleza,
> y en un estado mismo no persiste,
> va siendo diferente de lo que era.
> Aún tú y yo fuimos otros
> ayer, mas hoy ya somos diferentes,
> y aún otros mañana. Así, que nunca,
> por la dicha razón, somos los mismos.
>
> Poeta Epicarmo.
> *Acerca de las cosas sensibles e intelectuales.*

A partir del siglo XVIII empezaron a imponerse términos como «genio», «gusto», «imaginación». La idea de «genio» y de «imaginación» remitía al don de quien inventa o produce una cosa bella. Surgió también el concepto de «sublime», debido especialmente a la aportación de Edmund Burke, con la obra titulada *Indagación filosófica sobre el origen de nuestras ideas acerca de lo sublime y lo bello*, cuya primera versión se publicó en 1756. El concepto de lo estético se centró en lo bello y en lo sublime: bello designaba el valor estético; sublime, la intensidad de ese valor. Burke fue un filósofo y pensador político que vivió entre 1729 y 1797, un gran parlamentario e incansable defensor del estado constitucional. Sus discursos fueron famosos e influyeron notablemente en la política. Burke se oponía a siglos de cultu-

ra estética y consideraba que son rasgos típicos de lo bello la variedad, la pequeñez, la delicadeza, la pureza y claridad del color, así como la gracia y la elegancia. Afirmaba que la belleza es ante todo una cualidad objetiva de los cuerpos por la cual suscitan amor, y que actúa sobre la mente humana a través de los sentidos. Un siglo después Walter Pater (1839-1894), profesor universitario de Oxford, escritor e historiador del arte, proponía una flexibilización de los cánones artísticos más clásicos y la creación de uno nuevo, el que atendía en la obra literaria y artística a su cualidad sensible, a la producción únicamente de sentimientos y placer estético. Con su culto a una vida estética disfrutada plenamente por los sentidos, en oposición a una vida ascética de moderación en las formas (en la conocida como «época victoriana» se seguían normas sociales y culturales muy conservadoras y rígidas), Pater, que se había embebido de lecturas clásicas bajo la batuta de John Ruskin (1819-1900), fue uno de los precursores del llamado «movimiento estético», que luego defendería Oscar Wilde, su antiguo alumno. (En De Profundis, Wilde reconoció que la obra de Pater *Estudios en la Historia del Renacimiento* había sido uno de los libros más influyentes en su vida.)

Deseo traer ahora a la atención del lector a una mujer que persiguió a la belleza por el amplio escenario del mundo. Una mujer en la que todo en ella fue estético: sus amores desgraciados, sus miedos mórbidos, el contenido del poema que se le escapaba, el juego de sonidos y silencios con el que la poesía actuaba en su naturaleza romántica. Se trata de la escritora Nina Berberova, nacida en San Petersburgo en 1901, hija de un funcionario armenio y de madre rusa ortodoxa. Determinada a convertirse en poetisa, huyó de Rusia tras la Revolución con su primer marido, el poeta Jodasiévich, y atravesó Berlín y Praga hasta llegar a Francia. Allí vivió unos años de exilio hasta que la guerra asoló París con la ocupación alemana. Conoció la miseria, el desconcierto de los emigrantes, la dureza del trabajo por la supervivencia. En 1950 empezó un nuevo exilio en los Estados Unidos, donde estudió inglés hasta su perfecto dominio, para llegar a ser profesora en Yale, Columbia y Princeton.

Paso a dar dos de sus opiniones sobre la vejez y sobre la estética.

Berberova decía, al hablar de la vejez: «Quise liberarme, alcanzar un equilibrio interior, encontrar respuestas a las cuestiones planteadas, deshacer vínculos y reducir el contorno confuso e incompleto a unas simples líneas. Quería alcanzar un estado estable, superar el desorden emocional de la juventud, los juegos intelectuales, las angustias de la criatura temblorosa del siglo XX: basta de temores, basta de incertidumbres, basta de entusiasmos pasajeros. Es necesario eliminar esas obsesiones de las que, al llegar a la vejez, ya no cabría la posibilidad de liberarse». Y sobre la estética: «La estética es, en muchas personas, una preocupación constante en sus vidas. En otras, tarde o temprano, la verdad estética será revelada. Quien, en su juventud, no haya experimentado la necesidad de descubrir el sentido de la belleza, permanecerá para siempre insensible a esa llamada». Y añadía: «Así como la estética de la mesa bien puesta, provista de tarritos de nata, panecillos rellenos, mantequilla, caviar fresco servido en pequeñas latas azules, carpa de lomo rosado y brillante, galletas con mermelada, teteras de olor penetrante y cortes de corteza de limón, en un daguerrotipo de la época mi abuelo aparece con cabellos largos, chistera, una elegante levita, una capa sobre los hombros y un bastón en la mano. Los abuelos de la época recordaban a los dioses todopoderosos, con la mirada viva y alerta, conservada hasta la muerte».

En el pensamiento simbólico, los «abuelos», lo anciano, reviste carácter sagrado. El hecho de haber envejecido, sin desaparecer enteramente, evoca una suerte de vínculo con las fuerzas sobrenaturales de conservación. Que un ser haya resistido al desgaste del tiempo se siente como una prueba de solidez, de autenticidad, de verdad. Para el simbolismo, lo anciano no es lo caduco, lo perdedor, sino lo que tiene éxito, lo persistente, lo que participa de lo eterno. Ésa era la idea que tenía Nina Berberova de la vejez. No todos los creadores y artistas pensaron lo mismo.

LA IMAGEN DE LA VEJEZ EN EL ARTE Y LA LITERATURA

> El tiempo del viejo, lo repito una vez más, es el pasado. Mientras que el mundo del futuro está abierto a la imaginación, y ya no te pertenece, el mundo del pasado es aquel donde a través del recuerdo te refugias en ti mismo, retornas a ti mismo, reconstruyes tu identidad, que se ha ido formando y revelando en la ininterrumpida serie de todos los actos de la vida, unidos entre sí, te juzgas, te absuelves, te condenas, y también puedes intentar, cuando el curso de la vida está a punto de consumarse, trazar el balance final.
>
> Norberto Bobbio

El libro de Georges Minois, *Historia de la vejez*, comienza con este párrafo sorprendente: «Adán vivió en total novecientos treinta años, y murió. (Génesis, 5, 5). Con el primer hombre aparecía el problema de la vejez y el escándalo de la muerte. El problema fue poco frecuente durante los tres o cuatro millones de años de la larga prehistoria; la caza, la guerra, el hambre, las carencias alimenticias, las enfermedades, daban muy pocas oportunidades al hombre del paleolítico para ver encanecer sus cabellos algún día. Los fragmentos de esqueletos más antiguos que se han encontrado pertenecen a individuos que no sebrepasaban los treinta años. Lucía, la Eva de los paleontólogos, cuyos restos fueron descubiertos en Etiopía en 1974, murió entre los veinte y los treinta años. Si el neolítico, con la sedentarización progresiva y la mejora de la alimentación y la seguridad, permitió sin duda alcanzar la edad madura a un mayor número de personas, la proporción de ancianos debía seguir siendo muy baja».

El viejo gozó de gran respeto mientras la alimentación y la supervivencia de la tribu estuvieron aseguradas. Su larga vida le confería un papel social importante, la de «mediador entre este mundo y el otro», y así se explica la edad avanzada de la mayoría de brujos, brujas y sacerdotes. Pero en el más allá se encuentran tanto las fuerzas del bien como las fuerzas del mal: una situación ambigua para los ancianos del lugar, que casi tocaban con su mano lo sobrenatural. Según el momento y las creencias, unos eran venerados y otros condenados, sospechosos éstos de provocar malas influencias.

En épocas antiguas los ancianos tuvieron, en general, un alto reconocimiento. Ejemplo de ello son las referencias que se hacen en los evangelios al *sanedrín*, el consejo de los nota-

bles, formado por setenta y un miembros entre ancianos, escribas y sumos sacerdotes, que se reunían, con el visto bueno de la autoridad romana, para dirimir diversos asuntos administrativos. A medida que las sociedades se organizaron en sistemas políticos más evolucionados fue disminuyendo dicho reconocimiento.

La mayoría de los autores cristianos de la Edad Media hicieron todo tipo de reproches a la vejez, utilizándola en el campo de la moral en forma alegórica: la decrepitud que la caracteriza servía para dar una imagen del pecado. Se decía que el pecado y el mal son tan repelentes como los ancianos y como la vejez, pues conducen a la muerte; se establecía la equivalencia entre el pecado y el hombre viejo, y entre el niño y el hombre regenerado. Pero la visión negativa de la vejez llevaba a una observación positiva: la felicidad es completa en el paraíso, porque nadie envejece allí, nadie se muere.

Para representar el símbolo del tiempo se dibujaba o pintaba a un viejo con un reloj de arena, y para representar a la muerte, a una vieja con una guadaña.

Unas veces los viejos aparecían en las pinturas como figuras venerables; otras, como figuras ridículas. Así sucedía con la representación de las edades.

La iconografía de *Las tres edades del hombre*, de Giorgione, se refiere a un episodio de la niñez del futuro emperador Marco Aurelio. En el cuadro aparecen tres cabezas, las tres edades. A la izquierda, un hombre viejo, de noble aspecto. En el centro, el niño Marco Aurelio, leyendo. A la derecha, un hombre de mediana edad, de rostro apacible, señalando algo en el papel que sostiene el niño en la mano. La escena es agradable.

Por el contrario, en *Las edades de la mujer*, Hans Baldung Grien pinta a una mujer joven, a una anciana caquéctica y a un esqueleto femenino del que cuelgan jirones de piel; de su vientre salen gusanos y en la mano tiene un reloj de arena. La juventud es belleza, la vejez fealdad.

Lucas Cranach el Viejo pintó *La fuente de la juventud* a los 74 años, exaltación de la juventud por su dinamismo y belleza y rechazo de la vejez por sus achaques y fealdad. Lo podemos apreciar en la pequeña escena con el hombre del abrigo rojo haciendo una reverencia ante una anciana desnuda y mirando con curiosidad su deteriorado cuerpo, mientras al lado chapotean en el agua bellos cuerpos de mujeres jóvenes.

> Mientras dormía sintió como si se acercara a una gran fuente de losas de mármol, por supuesto pulidas, y le acompañaba una multitud procedente de todos los países, próximos y lejanos, en sillas de mano, trineos, carros y carretas. Todos estaban arrugados, desdentados y calvos, temblorosos y sarnosos por doquier, pero al cabo de una hora salían brincando de la fuente, bellos, con buen color, frescos, jóvenes y sanos, despreocupados y parlanchines, como si tuvieran veinte años.
>
> Hans Sachs. *El sueño de la fuente de la juventud*.

También se representaron en distintas versiones de *La Adoración de los Magos* las tres etapas de la vida humana, la juventud, madurez y vejez. Se pintaba a Melchor como un anciano con largos cabellos blancos y barba blanca. Gaspar, imberbe, era el joven. Ejemplo de ello es el cuadro de Gentile da Fabriano colgado en la Galería de los Uffici de Florencia.

Geoffrey Chaucer (1340-1400) ridiculizaba en *Cuentos de Canterbury* a la vejez, en especial a los hombres viejos que se juntan con mujeres jóvenes.

> This carpenter had married a new wife,
> not long before, and loved her more than life.
> She was a girl of eighteen years of age,
> jealous he was and kept her in the cage,
> for he was old and she was wild and young.
> He thought himself quite likely to be stung.
> He might have known, were Cato on his shelf,
> a man should marry someone like himself.
> Youth and old age are often in debate.
>
> (Hacía poco tiempo que el carpintero se había casado
> con una joven de dieciocho años, a la que amaba más
> que a su propia vida. Celoso, la guardaba estrechamente,
> pues al ser ella caprichosa y joven y él viejo,
> se veía como un posible cornudo.
> Debería haber conocido el consejo de Catón,
> que un hombre debe casarse con su igual, pues,
> generalmente,
> juventud y vejez están en desacuerdo.)

En cuanto a la mujer anciana, sola y pobre, el trato en la Edad Media era el desprecio: era llamada vieja bruja, vieja ruina, vieja borracha.

El arte religioso de los siglos XIV y XV equiparó a la mujer con las fuerzas del mal. El pueblo imaginaba a las brujas, viejas y feas. Pero Julio Caro Baroja dice que la mayoría de las brujas no pasaban de los cincuenta años. En aquellas épocas la esperanza de vida era baja.

Un viejo era alguien que se retiraba y, según su clase social, se dignificaba. En el caso de determinadas funciones monárquicas, pontificales, sacerdotales, los ancianos gozaban de una unción que podía durar indefinidamente. En los cuadros de la época el hombre viejo se distinguía por su porte y por sus gestos. Sin embargo, también era representado como anciano achacoso o enfermo, desdentado, oliendo mal, y es esa imagen la que ha prevalecido con ligeras variantes mucho tiempo. Si resultaban ridículos es porque tardaban mucho en convertirse en hombres de estudio, en retirarse al margen del mundo, algo que entonces era la única forma de que su vejez fuese admitida.

En el siglo XVIII la imagen del viejo fue retomada de la Antigüedad. Aunque esté achacoso se le ve sentado en un sillón rodeado de gente que aprecia su magisterio. Es la reaparición

del viejo noble. Según Ariès, existe una estrecha relación entre esta imagen de la vejez y el triunfo de la familia (el ennoblecimiento de la figura del padre).

Los viejos que aparecían en los lienzos eran poderosos si estaban airados, piadosos si estaban doloridos. Tenían de la vejez, no el brillo de los cabellos blanqueados por los años, sino la conducta de mujeres y hombres con experiencia.

A finales del siglo XVIII y ya en el XIX se escribió mucha literatura sobre el tema de la vejez, especialmente para denunciar la pésima situación de las *work-houses* (*casas de trabajo)* y otras instituciones que atendían a pobres, vagabundos, pordioseros, viejos, deficientes mentales, los desventurados de todo tipo recogidos de las calles.

El anciano mendigo de Cumberland, de Wordsworth (1770-1850), comienza así:

> Vi a un anciano mendigo en mi paseo.
> Él estaba sentado, a un lado del camino,
> sobre una baja estructura toscamente labrada,
> construida al pie de una enorme colina, para que aquellos
> que bajan a caballo el empinado y tosco sendero
> puedan ayudarse de ella para volver a remontar. El anciano
> había colocado sus pertenencias sobre la ancha y lisa piedra
> que remata la estructura; y de una bolsa
> toda blanca de harina, la limosna de las damas de la aldea,
> extraía unos restos, de uno en uno;
> y los escrutaba con una mirada fija y seria
> contándolos desganado. Al sol,
> sobre el segundo peldaño de esa pequeña estructura,
> rodeado de aquellas inhóspitas y desiertas colinas,
> se sentó y comió en soledad:
> y siempre, esparcidas de su mano paralizada,
> que, aunque procuraba evitar el despilfarro,
> quedaba frustradamente inmóvil, las migas en breve lluvia
> caían al suelo; y los pajarillos de las montañas,
> no aventurándose aún a picotear la comida destinada a ellos
> se aproximaban hasta quedar a medio camino
> de los restos del mendigo.

A propósito de este poema, Harold Bloom *(El canon occidental)* opina que es un descubrimiento de las cosas esenciales, el oxímoron de una piedad revelada, una epifanía, porque le insinúa a Wordsworth, y a nosotros, un valor supremo, la dignidad del ser humano reducida a su más terrible expresión, el mendigo inmensamente anciano apenas consciente de su condición.

El poeta norteamericano Robert Frost (1874-1962), en *Noche invernal de un anciano*, dice en la última estrofa:

No puede un viejo solo llenar toda una casa,
un rincón de los campos, una granja. No puede.
Y si lo puede, en la casa solitaria,
en la noche de invierno, está solo, está solo.

La decadencia física y el desamparo del anciano, la imagen del anciano pobre, del anciano abandonado por sus propios hijos, del anciano solitario y solo; la imagen de ancianos de mentes perturbadas, de viejos viviendo en míseras viviendas o hacinados en asilos y centros de beneficencia, se ha prestado a la composición de escenas de gran carga emotiva, de particular densidad, cuya finalidad no siempre ha sido crear sólo reacciones de tipo moralizante, sino, en muchas ocasiones, una pura emoción estética. Al verlas, se despiertan en las personas sentimientos de pena, compasión o indignación, muy humanos y explicables, pero también inducidos intencionadamente, porque el autor de la obra de teatro, de la poesía, del relato novelesco, del reportaje o de la fotografía en blanco y negro ha conseguido crear un producto con calidad estética. El secreto se encontraría en la forma, no en el fondo. Hoy permanece en muchos ámbitos de la sociedad esta imagen negativa de la vejez porque, estéticamente, para la venta del producto, ha sido eficaz. Se vende bien la cara negativa de las cosas. La gente piensa que la vejez es un estado de deterioro físico y mental que, inevitablemente, conduce a situaciones de marginación y abandono. Temen que a ellos les suceda lo mismo cuando llegue el momento.

Ha habido escritores que describieron sus propias experiencias al alcanzar la vejez; otros la juzgaron según lo percibían en los demás. Voltaire, por ejemplo, ya en 1756, cuando contaba 62 años (murió a los 84), se extrañaba de haber vivido tanto («mi milagro es existir»), y empleó los veintidós restantes a explicar ese milagro «pese a la disolución de mi máquina». A la vejez la llamaba «madre de la muerte». Decía de ella que produce a la vez piedad, temor, respeto y admiración: «Hago bastante bien el papel de viejo, pues las miserias del cuerpo deben sacar a la luz la inteligencia, la bondad, la sabiduría y, sobre todo, la profunda sensibilidad, porque la edad y las enfermedades no tienen ningún poder sobre los sentimientos del corazón».

En su libro *La vejez*, Simone de Beauvoir escribe: «¿Son los viejos personas? Por la manera en que les trata la sociedad, parece que no. La sociedad piensa que no tienen las mismas necesidades y los mismos derechos que el resto de la colectividad, ya que les rehúsa lo mínimo de lo que ellos estiman necesario; les condenan deliberadamente a la pobreza, la incapacidad, la soledad, la desesperanza. Para tranquilizar su conciencia, sus ideólogos han creado mitos, por otra parte contradictorios, que incitan al adulto a considerar al viejo, no su semejante, sino alguien diferente. Es el sabio venerable que domina el mundo desde lo alto. Es el viejo loco que chochea. Se le coloque por encima o por debajo de nuestra especie, siempre se le exilia. Pero más que disfrazar la realidad, se prefiere simplemente ignorarla: la vejez es un secreto vergonzoso y un tema prohibido. Cuando he contado que había escrito un libro sobre la vejez, me han dicho: 'Qué idea más triste, qué morboso'. Justo por eso he querido escribirlo. He querido describir la realidad de estos parias y cómo viven. He querido que se oigan sus voces, para que sean reconocidas como una voz humana».

Me ha parecido interesante la opinión de un lector del libro, encontrada recientemente en Internet, que dice así: «¿Son los viejos personas normales?, se pregunta Beauvoir. Cuando leí

por primera vez el libro hace treinta años, pensé que era tan bueno que lo aconsejé rápidamente a mis alumnos de gerontología. Ahora que soy mayor que la autora cuando lo escribió, me doy cuenta de lo poco que sabía ella sobre los ancianos.

Simone de Beauvoir no es socióloga o gerontóloga, sino profesora de filosofía y escritora francesa de izquierdas. Ella (y su compañero Jean Paul Sartre) tomaron con frecuencia una postura oficial en determinados asuntos por principio, sin tener un convencimiento sincero. Su mayor contribución fue la llamada de atención sobre la manera en que la sociedad trata a los ancianos, pero conceptualizando la vejez en términos de experiencia subjetiva, citando las vidas y obras de autores y artistas famosos que vivieron hasta la avanzada edad de ¡70 años! Cómo han cambiado los tiempos. En la actualidad, la esperanza de vida en los Estados Unidos supera los 75, y en el estado de Kansas, donde vivo, está por encima de los 83 años.

Vivo en una ciudad de 15.000 habitantes cuyo alcalde fue elegido a la edad de 80 años (falleció de repente, hace poco, en su despacho, mientras estudiaba un proyecto de urbanización). Muchos de mis convecinos están entre los 90 y 100 años y siguen activos, caminando mucho y nadando varias horas al día. ¿Son personas normales? ¿Son algunos de mis convecinos que llevan bastón, audífono, o han sido operados de la cadera, o de cataratas, o se acompañan de un cuidador, personas normales? Lo curioso de la vejez es que la gente desea seguir haciendo lo que hacía por costumbre hasta que ya no pueda más. Muchas de las peculiaridades de la edad que describe Simone de Beauvoir se deben a alteraciones físicas y problemas tratables. Su trabajo, sin embargo, es válido para esas últimas semanas o meses de grave incapacidad antes del fallecimiento. No creo que usted se sienta bien una vez termine de leer el libro».

En el tercer volumen de sus memorias, Simone de Beauvoir se describe a sí misma con una crueldad tremenda. Desde la primera a la última página, el libro es un desfile de hospitales y operaciones, y rebosa terror a la vejez y a la muerte.

En el capítulo LVII del Libro Primero de los *Ensayos*, titulado *De la edad*, Montaigne, que entonces tendría unos cuarenta y cinco años, dice: «De cuantas hermosas acciones humanas han venido a mi conocimiento, creo que las más se han producido en los siglos antiguos y en el nuestro antes de los treinta años y no después. ¿No cabe decirlo de la vida de Aníbal y de la de su gran adversario Escipión? La mitad de su existencia subsistieron ambos de la gloria adquirida en su juventud. Después fueron grandes hombres a costa ajena, mas no a costa propia. Por mi parte tengo por cierto que a partir de esa edad mi cuerpo y mi espíritu han retrocedido y disminuido más que adelantado y avanzado. Es posible que, en quienes emplean bien el tiempo, la ciencia y la experiencia crezcan con la vida; pero la viveza, la prontitud, la firmeza y otras partes más nuestras y más importantes y esenciales, se marchitan y languidecen. Ora es el cuerpo en rendirse a la vejez, ora el alma».

Esta idea pesimista de la vida (de la propia vida) refleja un estado de ánimo deprimido. Parece ser que la muerte inesperada de su gran amigo de la infancia, Étienne de la Boêtie, le produjo una fuerte depresión. De hecho, al año siguiente de la publicación de los *Ensayos* (1580) dejó sus propiedades y se dedicó a viajar, decidido a conseguir alivio para dolencias

internas que le causaban preocupación. Desconfiando de los médicos, buscó curarse con aguas minerales en diversas estaciones termales de Suiza y de Italia.

La tendencia, probablemente inconsciente, a adelantar las manecillas del reloj de la vida y declararse prematuramente envejecido, es propia de personas con mente depresiva. Siempre me cautivó la primera frase con la que comienza uno de los capítulos de la *Trilogía del vagabundo*, de Knut Hamsun: «Un vagabundo toca con sordina cuando llega el medio siglo. Entonces toca son sordina». Y otras, más adelante: «He vagabundeado mucho en otro tiempo y ahora me siento desilusionado. Pero no tengo la perversa creencia senil de ser más sabio que antes. La edad no da madurez alguna; la edad no trae más que vejez». Esta última afirmación es terrible. Knut Hamsun, que vivió más de 92 años, fue un hombre solitario, de gran sensibilidad natural, que pasó gran parte de su vida en una confortable cabaña del bosque. Creo que, a su manera, fue feliz, pero era un hombre depresivo. Es terrible que dijese que la edad no trae más que vejez.

Robert Burton, en *Anatomía de la Melancolía*, habla de la edad avanzada como causa. «Después de los setenta años (como dice el salmista) todo son problemas y tristeza. Y la experiencia común confirma esta verdad en las personas débiles y ancianas, especialmente las que han vivido en acción toda su vida, las que han tenido mucho trabajo y ocupaciones, mucho poder y muchos siervos que supervisar, y lo dejan repentinamente, como hizo Carlos V, al abdicar repentinamente a favor del rey Felipe; les domina la melancolía al instante. O si continúan por tales caminos, al final deliran —un anciano es un niño por segunda vez—, y no son capaces de manejar sus posesiones por las enfermedades habituales que ocurren en esa edad; están llenos de dolores, tristezas y penas, niños de nuevo y tontos, son maleducados muchas veces cuando se sientan, y hablan solos, están enfadados, irascibles, disgustados por todo, se sienten recelosos de todo, enrevesados, codiciosos, duros (dice Cicerón), obstinados, supersticiosos, arrogantes, jactanciosos, admiradores de sí mismos, como ha apuntado con certeza Baltasar de Castiglione sobre ellos. Esta enfermedad natural es más eminente en las ancianas, y en las que son pobres, solitarias, que viven en la consideración más vil y en la mendicidad, o en las que son brujas».

Hablaré ahora de dos personajes nacidos de una creación estética. Los dos son viejos.

Un monarca temible y poderoso, Lear, anciano rey de Bretaña, pone a prueba a sus tres hijas para ver cuál de ellas expresa mejor su amor por él: la división de su reino dependerá del resultado del concurso. Todos los críticos están de acuerdo en que se trata de una descripción maestra de un estado de vejez, afortunadamente no frecuente: la imagen del anciano o de la anciana que desea obtener la posesión absoluta sobre los demás y el amor absoluto de los demás. En cuanto a la tormenta que domina en el centro del drama, se ha dicho que es una imagen de este mundo arrastrando a un viejo perdido, a Lear, quien, con sus errores y pasiones, adquiere un significado simbólico: es la humanidad entera la que por boca del rey loco se desespera en medio de la tempestad, «mientras su creciente demencia debida a la crueldad de los hombres y de los elementos resulta más trágica en contraste con el ropaje grotesco que toma la verdad en las palabras del bufón». El poeta y crítico W. H. Auden opina que en esta obra el interés de Shakespeare se está desplazando de los individuos a sus estados, al tipo de estados del ser en el que existen aquellos individuos que Blake quiso

representar en sus libros proféticos: «Piensen en Beatriz o en Benedicto, de *Mucho ruido por nada*; al verlos uno dice, pues sí, aquí hay una persona que podría encontrarme en la realidad, con la que podría ir a comer o charlar un rato. En las obras tardías, con personajes como Yago o Lear, uno piensa que no, que no son personas como las que podemos encontrarnos en la realidad, sino estados que, a lo largo de la vida, vamos a experimentar en un momento u otro. Nadie es Yago o Lear permanentemente».

Lear:
No somos ya lo que éramos
cuando natura siéntese oprimida
y dispone que el ánimo padezca
con el cuerpo.

Regania (su hija):
Señor, sois viejo.
En vos, natura está en el borde mismo
de su final.

Shakespeare. *El rey Lear*.

Papá Goriot, de Honoré de Balzac, considerada una de las mejores novelas de la *Comédie humaine*, es una adaptación de *King Lear (El rey Lear).* El argumento gira en torno al viejo Goriot, un antiguo comerciante que amasó su fortuna mediante oscuros negocios realizados durante la Revolución. Un pobre viejo arruinándose y perdiendo todo lo que poseía por atender a la demanda de lujos y caprichos de sus hijas, Anastasia y Delphine, damas casadas en los más altos círculos sociales y cuyos gastos no costean sus maridos, que exprimen, literalmente, a su padre. Éste se desliza gradualmente hacia la miseria, para terminar sin fuerzas. Acaba muriendo solo. Es el drama de un hombre al que le sobreviene una vejez triste. Carlos Fuentes, en la conferencia que pronunció en junio de 1999 con ocasión del bicentenario de Balzac, dice que vivimos en un mundo absurdo en el que la vejez, tras años de éxito, puede ser cruel, un premonitorio espejo de la muerte, pero que en la vejez hay que reafirmar la continuidad de la vida, a pesar de la inevitabilidad de la muerte.

LOS CUADROS SON VENTANAS

El instante es intemporal. El tiempo surge
merced al movimiento del instante, y
los instantes son puntos finales del tiempo.

Leonardo da Vinci (sobre el Arte).

Observemos la mirada oblicua y desdeñosa de la vieja que se arruga en el centro del cuadro *Los gestos*, de Emile Fabry, su perfil aplastado por cuatro mujeres de rostros depresivos y

cabezas curiosamente deformadas, «que recuerdan el clima particular de los dramas de Maeterling, como una estampa de las mujeres del norte, con sus cabellos de salmuera marina, frentes hidrocéfalas y miradas orientadas a la lejanía donde están las focas y los ángeles», según lo relataba el pintor Félicien Rops.

Y el anciano de pelo blanco y pronunciado rinofima (piel de la nariz engrosada; abundantes glándulas sebáceas; antes se creía, erróneamente, que se debía al excesivo consumo de alcohol) en *Anciano con su nieto*, de Ghirlandaio, que posa una mirada llena de bondad y de cariño hacia el niño que sujeta con los brazos.

Observemos las cinco mujeres del lienzo de Frans Hals *Regentas del asilo de ancianos de Haarlem*, pintado poco antes de la muerte del propio Hals en un asilo. Diseñadas como sombras grises sobre un fondo negro, las ancianas tienen aspecto de estar cansadas pero muestran una enorme firmeza y una actitud corporativa con las responsabilidades de su trabajo. Las retratadas son cuatro regentas y una criada que aparece detrás de ellas, en la esquina derecha, de pie. Este cuadro forma pareja con el de los regentes varones del mismo hospicio y ambos se consideran obras cumbres de su autor. La individualidad y la penetración psicológica son las armas que Frans Hals utiliza para reflejar un auténtico documento histórico acerca de la personalidad de estas mujeres, ancianas, severas, con conciencia de grupo y al mismo tiempo aisladas.

Y el retrato del anciano cardenal pintado por Jan Van Eyck, *El cardenal Albergati*, que es todo bondad y sabiduría, todo en él refleja calma, como se espera de un embajador de la Santa Sede.

Observemos el autorretrato de Leonardo da Vinci, cuando tenía sesenta años. Y el de Tintoretto, a los setenta. Y el de Tiziano, cuando el pintor ya tenía noventa años. Y el hombre anciano sentado en un sillón, *Retrato de un viejo en rojo*, de Rembrandt, iluminado por una luz cálida que envuelve su figura y enciende con matices rojos y marrones sus ropas, y tiñe de oro la cara arrugada y las manos callosas.

Y el anciano Tobías, buen judío en el lugar equivocado: se había hecho responsable de proporcionar el entierro apropiado a los fieles que habían muerto a manos de los asesinos de Nínive, pero en vez de recibir una recompensa por ello, sufre un destino cruel. Una noche, mientras duerme bajo un árbol junto a una tumba, queda ciego por el excremento caliente de un pájaro que cae justo en sus ojos. Se ve obligado a depender de su hijo. Lo cuenta Simon Schama, autor de una espléndida biografía de Rembrandt, que dice cómo en *Tobías, Ana y el chivo*, el del anciano es un retrato de grandeza abatida, con su vestido forrado de piel raído y remendado, y sus pies asomándose por el roto de las alpargatas. Describe el encuentro del espectador con cuatro pares de ojos en el primer plano del cuadro, «los enormes ojos negros y vidriosos de ciega inocencia en la cara del cordero sacrificial; los ojos semiescondidos de la lealtad canina; los ojos bien abiertos de la mujer falsamente acusada, en gran medida excitada y pasando de la indignación a la consternación temerosa, con las arrugas de las patas de gallo muy marcadas; los ojos de Tobías, cegados pero no muertos».

Observemos el detalle del ojo derecho de la mujer del *Retrato de una mujer de ochenta y tres años*, de la National Gallery de Londres, una de las obras más poderosas de Rembrandt, «el

efecto de melancolía levemente descentrada que se desprende de este ojo húmedo, situado en la zona más iluminada del rostro para crear, mediante una ligera mirada hacia abajo, un aire de venerabilidad».

Y *Estudio de viejo*, de Rembrandt. Y el viejo desvalido del cuadro *San Pedro en la prisión*. Y el de *David tocando el arpa para Saúl*. Y los dos viejos de *Coloquio de sabios*. Rembrandt es el pintor formidable de los viejos. ¿Cómo se podría hablar de estética y vejez sin nombrar a Rembrandt?

La mirada por las ventanas de los cuadros alcanzará a *Malle Babbe*, la vieja conocida por su afición a la bebida en las posadas de Haarlem, la ciudad de Frans Hals, el autor. El pintor puso a Malle Babbe sobre su hombro una lechuza, animal alegórico de la sabiduría, que aquí tiene seguramente un significado opuesto: el ave nocturna, expuesta a la luz del día, se tambalea, insegura, como un borracho. (En el sistema jeroglífico egipcio la lechuza simbolizaba la muerte, la noche, el frío, la pasividad. También concernía al reino del sol muerto, es decir, del sol bajo el horizonte, cuando atraviesa el lago o el mar de las tinieblas.)

La mirada llegará hasta la figura de Pablo III, el viejo papa encorvado por el peso de los años, hundido en el sillón del famoso lienzo de Tiziano *Pablo III con sus sobrinos Octavio y Alejandro Farnesio*. Según la mayoría de los críticos se trata de uno de los mejores retratos psicológicos de un anciano realizados en la pintura. El papa aparece decrépito, con los hombros que casi no le sostienen su cabeza, seco de piel y la cara descarnada. Pero su expresión es inteligente. Los ojos están muy abiertos. Rebosan energía. Detrás de él, como ausente y carente de emoción, se encuentra el cardenal Alejandro Farnesio. (Hay que recordar que Octavio y Alejandro no eran sobrinos del papa, sino nietos, *nepotes*, que significaba tanto sobrino como nieto, término utilizado en la Edad Media por los papas para mostrar el favoritismo hacia sus descendientes ilegítimos: *sobrino* era un eufemismo. Pablo III tuvo tres hijos y una hija mientras fue cardenal. Uno de ellos, Pier Luigi, tuvo a su vez cuatro hijos. Los dos mayores son los que aparecen en el cuadro de Tiziano. Alejandro fue nombrado cardenal cuando tenía 14 años. A Octavio, Pablo III lo utilizó en sus intrigas políticas: hizo que contrajese matrimonio con una hija natural de Carlos V.) En el cuadro falta la mano derecha del papa. El anciano parece querer apoyarse en la mesa cubierta por la tela roja, pero la mano no fue pintada, sin duda intencionadamente. Se dice también que el pintor sustituyó el tintero que originalmente había sobre la mesa por un reloj de arena, para recordar así la veleidad de las esperanzas y deseos.

La mirada se posará en *La vieja* de Giorgione, que tiene el cuello ligeramente rotado hacia su izquierda, los dedos de la mano derecha dirigidos hacia el pecho, la boca abierta, se supone que pronunciando las palabras escritas en la banderola que lleva al brazo, «con el tiempo», de significado incierto.

Avancemos ahora hasta el famoso cuadro *La riña de los músicos*, de De la Tour. En el año 1950 se encontró en la casa de un lord, en Gales, un cuadro que al principio los expertos pensaron que era de Caravaggio. Al comparar las obras en una exposición celebrada en París en 1972, la obra fue atribuida al pintor Georges De La Tour, máximo representante del naturalismo en el Barroco francés (su estilo y el de Caravaggio tienen evidentes similitudes).

Unos meses después se subastó en la galería Christie's de Londres. La adquirió el Museo Paul Getty de Los Ángeles por una elevadísima suma de dinero.

Datada de entre los años 1625 y 1630, *La riña de los músicos* representa una escena nocturna, una riña callejera entre músicos ambulantes, dos de ellos ancianos. Uno empuña un cuchillo en actitud atacante, el otro se defiende interponiendo entre los dos un instrumento musical que sostiene a modo de bastón. El que empuña el cuchillo tiene el ojo derecho cerrado y el izquierdo ligeramente entreabierto. Su aspecto es de persona invidente, pero podría tratarse de una ceguera fingida. Es lo que el otro músico quiere comprobar, por lo que parece, ya que sostiene en su mano derecha un limón, quizá con la intención de echar el zumo en los ojos del presunto ciego para ver si reacciona.

Detrás del músico invidente se encuentra la figura de una anciana (tal vez su lazarillo), que se abraza a su bastón y grita con desespero, excitada, seguramente para que con su expresión afligida y sus lamentos no se descubra la ceguera fingida del músico a quien sirve, y evitar perder así su empleo.

Individuos desfavorecidos por la suerte, ancianos pordioseros, sujetos marginados, vagabundos, mendigos, organilleros ciegos, los pobres estuvieron de moda en los salones de pintura de los aristócratas. No se pintaron los personajes y las escenas con la intención de que su cruda presentación despertara la pena, sino porque eran del agrado de la sociedad rica de la época, que lo adquirían para decorar las paredes de sus lujosas viviendas.

Muchos pintores utilizaron figuras de ancianos –para santos, ermitaños, profetas– en representaciones que no deben verse sólo como exposición de la identidad del retratado, sino también como un símbolo de lo que encarnaba esa persona.

Es el caso de Piero della Francesca (*San Juan Evangelista*, con las facciones de su rostro que se asemejan a las de Dios Padre); de José de Ribera *(San Andrés Apóstol*, *San Onofrio*, *San Pedro, San Jerónimo),* seguidor de la pintura tenebrosa de Caravaggio, su pintor predilecto; de Gerard Dou *(El ermitaño)*; de Georges De La Tour *(San Jerónimo penitente)*; de Caravaggio (*San Jerónimo*, representado como el intelectual humanista que traduce la Biblia); de El Greco *(San Jerónimo penitente)*; de Tiziano *(San Jerónimo en el desierto)*, con el santo semiarrodillado en actitud orante ante el crucifijo, mientras su mano izquierda se apoya sobre un gran códice abierto.

Jerónimo (vivió cerca de ochenta años) es uno de los santos más tratados en la iconografía occidental. Este Doctor de la Iglesia estudió en Roma y más tarde vivió retirado a lo largo de tres años en el desierto de Calcis. Bajo el patrocinio del papa San Dámaso, revisó en Roma la antigua versión latina de los Evangelios y los salmos, así como el resto del Nuevo Testamento. La traducción de la mayoría de los libros del Antiguo Testamento escritos en hebreo, fue la obra que realizó durante sus años de retiro en Belén. Las partes de la Biblia en latín conocida como la *Vulgata* que no fueron traducidas por San Jerónimo, son los libros de la Sabiduría, el Eclesiástico, el de Baruch y los dos libros de los Macabeos. El Concilio de Trento designó a la *Vulgata* de San Jerónimo como el texto bíblico latino auténtico o autorizado por la Iglesia católica. En 1907, el papa Pío X confió a los monjes benedictinos la tarea de restaurar en lo posible los textos de San Jerónimo en la *Vulgata*, ya que, al cabo de quince siglos de uso, habían sido considerablemente modificados y corregidos.

En un famoso cuadro de Niccoló Colantonio, que se encuentra en el Museo di Capodimonte de Nápoles, el santo aparece en su estancia de trabajo curando la pata de un león, que reposa delante de él sentado sobre sus patas traseras. Al fondo se aprecia una amplia biblioteca y un atril con un libro abierto. A la izquierda, una mesa, y sobre ella un galero cardenalicio. (El galero era el sombrero de ala con quince borlas dispuestas en cinco órdenes a cada lado, todo de «gules» o color rojo púrpura.) Los artistas han representado con frecuencia a San Jerónimo con los ropajes de un cardenal, por los servicios que prestó al papa San Dámaso. A veces también lo pintan junto a un león, porque se dice que domesticó a una de esas fieras a la que sacó una espina que se había clavado en la pata (también se dice que la leyenda pertenece más bien a San Gerásimo).

EL OJO DE LA FOTOGRAFÍA

> El pictorialismo es una exageración de
> lo que la foto piensa de sí misma.
>
> Roland Barthes

Nuestro mundo está dominado por la elección hecha por el ojo que mira. Ayer miraba a través de la fotografía; hoy lo hace por la televisión.

La historia de la fotografía se inició a principios del siglo XIX en París, cuando en el año 1816 los hermanos Claude y Joseph Nicéphore Niepce desarrollaron, con la ayuda de una cámara oscura y papel sensibilizado, un proceso para una prensa litográfica de aire caliente accionada por un motor, que les permitía producir imágenes sacadas de la realidad, pero en forma de negativos (lo que ahora llamamos negativos). Este método produjo más tarde una placa que se podía grabar para producir una impresión positiva. Los Niepce comenzaron sus investigaciones necesitando ocho horas de exposición a plena luz del día para obtener sus imágenes. En 1839, Louis Jacques Mandé Daguerre hizo público su proceso para la obtención de fotografías, denominado daguerrotipo, que resolvía algunos problemas técnicos del procedimiento inicial de los Niepce y reducía los tiempos necesarios de exposición. Se trataba de una copia única hecha sobre emulsión o soporte metálico, generalmente cobre. Casi todos los daguerrotipos eran colocados sobre un fondo liso y oscuro, con una iluminación difusa. El daguerrotipo se hizo muy popular, ya que era particularmente útil para los retratos, costumbre común entre la clase media burguesa. Paul Valéry, en su discurso en la Sorbona en enero de 1939 con motivo del centenario de la fotografía, reconocía en ella la posibilidad de revivir, cuando no de rejuvenecer, «el antiguo y difícil problema de la objetividad».

La irrupción del retrato fotográfico significó, desde el punto de vista estético, el deseo de competir con los pintores: la preocupación de los pintores de retratos de la época no era reproducir con exactitud al personaje, sino expresar los sentimientos y el carácter. Para conseguir el mismo objetivo, la fotografía resultaba más barata que la pintura.

La aparición del fotoperiodismo dio lugar a la creación de muchas revistas de impacto popular, sobre todo a partir de la salida de *Life*. La rápida evolución de la técnica con la fabricación de modelos de cámaras prácticas para uso personal (la *Leica*, en especial), hicieron que la fotografía dejase de ser una mera contemplación de los objetos para, a través del ojo del fotógrafo, dar su punto de vista y su particular percepción. En 1925 se inventó la lámpara de *flash*, con lo cual adquirió mayor preponderancia el fotógrafo, el fotoperiodista, que no sólo se limitaba a retratar un hecho sino que además aportaba su creatividad y su espontaneidad.

Muchas de las características de la vida están relacionadas con la fotografía: la globalización es uno de sus efectos. Según se lleve a cabo la captación fotográfica las implicaciones políticas, sociales y simbólicas serán distintas. Todo es documento, pero todo puede ser ficción. Me refiero a la utilización del medio como uso creativo, a la fotografía artística que ha tomado el lugar que una vez ocupó la pintura para el coleccionismo, presentándonos una versión escénica y dramática de una realidad selectiva que puede dar motivo para seguir manteniendo estereotipos.

Los estereotipos son imágenes, generalmente desafortunadas, rígidas y persistentes, que se tienen acerca de otros grupos sociales y que no corresponden con la realidad. La creación de estereotipos parece ser una tendencia de la raza humana dentro de nuestra naturaleza cultural, íntimamente ligada a los procesos de caracterización. (Acerca de la raza humana, G. K. Chesterton llegó a acuñar la siguiente frase: «La raza humana, a la que tantos de mis lectores pertenecen...». La frase es genial. Como anécdota curiosa se cuenta que Chesterton era de niño tan miope que no podía leer la pizarra —asistió a la escuela de St Paul, en Hammersmith, Londres—. Cuando un día su madre fue a comprobar su progreso un maestro le dijo que su cerebro era tan grande que, o bien sería un genio, o bien un idiota. Salió un genio.)

Es bueno recordar aquí a Chesterton, porque incluyó el paseo de amables ancianitos en las historias policíacas del Padre Brown. A su muerte (junio de 1936), Borges escribió un bello obituario en las páginas de la revista *Sur:* «Ha muerto (ha padecido ese proceso impuro que se llama morir) el hombre G. K. Chesterton, el saludado caballero Gilbert Keith Chesterton: hijo de tales padres que han muerto, cliente de tales abogados, dueño de tales manuscritos, de tales mapas y de tales monedas, dueño de tal enciclopedia sedosa y de tal bastón con la contera un poco gastada, amigo de tal árbol y de tal río».

La vejez ha sido siempre un tema preferido por los fotógrafos. Los ancianos comunican muchas cosas sin hacer un gran esfuerzo. Sus rasgos faciales son como líneas que dibujan el pasado. Rostros, gestos y manos transferidos al papel del revelado, rostros de ancianos octogenarios, de ancianos nonagenarios, de ancianos centenarios, captados unos en plena actividad del día y otros en sillones de ruedas distribuidos a lo largo del corredor de una residencia. Unos con la mirada serena que refleja experiencia y quizá conformidad con la tarea ya hecha; otros con la mirada perdida. Ancianos del mundo, ancianos de Asia, de África, de América, de Europa, ancianos enfocados en blanco y negro con un encuadre y a una distancia convenientemente elegidos, según la intencionalidad del dueño del ojo que los mira.

Me fijo ahora en la fotografía *Esplendor y ocaso* (1901), de la Real Sociedad Fotográfica de Madrid, en la que aparece un anciano sentado, con la mirada perdida hacia arriba, las manos entrelazadas, barba blanca muy larga, un gorro atado con cinta a la cabeza, camisón blanco hasta los pies; su figura es vulnerable. A su lado hay una niña de pie; pasa su brazo por los hombros del viejo y con la mano izquierda le da cobijo a sus manos, le conforta. La niñez acude al socorro de la vejez.

Miro la portada de la revista *La Esfera* del 13 de octubre de 1917, con la reproducción de la fotografía *Rezando el rosario*, de Vicente Gómez Novella. Es el retrato de una mujer vieja, con la cara y las manos llenas de arrugas, velo negro, ropa negra, portando una vela en su mano derecha y un rosario en la izquierda.

Veo la fotografía de *Pío Baroja paseando por el Retiro* (1950), viejo pero firme en su caminar, con sombrero y abrigo, la mirada tranquila, manos en los bolsillos, rodeado de altos árboles que dan sombra a sus pies en una soleada mañana de invierno. La foto fue tomada por Nicolás Muller, a quien el destino le deparó una vida azarosa. Nacido en una familia judía húngara, en 1938 se expatrió a Francia. Trabajó en París para las revistas *France Magazine* y *Match*. Tras la invasión de Francia huyó a Lisboa y de allí a Tánger. En Marruecos inició una colaboración con España como fotógrafo y reportero para los diarios *ABC*, *Informaciones* y la revista *Semana*. Ya en Madrid hizo retratos artísticos de Ortega y Gasset, Azorín, Marañón, Vicente Aleixandre, Gabriel Celaya y otros intelectuales.

Distintas imágenes, distintos puntos de vista.

LA ESTÉTICA PUEDE MANIFESTARSE EN LA VEJEZ COMO UNA SUERTE DE ELEGANCIA

Desarrugue su frente la senectud,
mientras pueda.

Horacio, Epod., XIII,7

El novelista Armando Palacio Valdés dice en su *Álbum de un viejo*, escrito cuando tenía ochenta y dos años, que la ancianidad es respetable, pero que no todos los ancianos son respetables. El que ha sido despreciable de joven lo es más aún de viejo, afirma. Porque los hombres no mejoran con los años; nos hacemos más inteligentes, pero no más buenos. Muchachos valientes, nobles, generosos que había conocido en su juventud, al llegar a la vejez se transformaron en avaros, desconfiados, tímidos y silenciosos. Según él, la apatía suele ser una de las características de la vejez. Un día se encontró sentado en uno de los bancos del parque del Retiro de Madrid, inmóvil y con la mirada perdida, a un amigo suyo. «¿Qué hace usted, don Z...?» —le preguntó—. «Aquí me tiene usted, querido, sin pensar en lo de acá ni en lo de allá». Palacio Valdés añade, como comentario a esta anécdota: «Semejante estado de indiferencia no deja de tener sus encantos».

Personas y lugares, el libro de memorias de Jorge Santayana, habla de las sensaciones que le trajo su propia vejez, y asegura que nunca disfrutó tan plenamente de su juventud como en ese último periodo de la vida:

> «Nunca he disfrutado tan plenamente de la juventud como en mi vejez. Al escribir *Diálogos en el limbo*, *El último puritano* y ahora todas estas descripciones de los amigos de mi juventud y los jóvenes amigos de mi mediana edad, he bebido el placer de la vida más puro y más alegre de lo que fue jamás cuando se mezclaba con todas las ocultas ansiedades y pequeños fastidios de la vida real. Y el espíritu puede entrar en un ser humano mejor quizá en la tranquila vejez y morar allí con más paz que en el alboroto de la aventura. Pero debe ser en soledad. Yo no necesito ni deseo alternar artificialmente con otros viejos para volver a visitarlos en sus tiempos verdes y renovar los míos. En Roma, en la Ciudad Eterna, me siento más cerca de mi propio pasado, y de todo el pasado y el futuro del mundo, de lo que pudiera estarlo en cualquier cementerio o museo de reliquias. Los viejos lugares y las viejas personas a su vez, cuando el espíritu mora en ellos, tienen una intrínseca vitalidad de la que la juventud es incapaz; precisamente el equilibrio y la sabiduría que provienen de las largas perspectivas y los anchos cimientos».

Esta forma elegante de expresarse Santayana se debe a una refinada educación, a su sensibilidad y a su formación humanística. No es persona que haya sido muy conocida por el gran público español. Nacido en Madrid en 1863, fue un escritor que, aunque desarrolló su obra en inglés y está considerado como un filósofo norteamericano, retuvo la ciudadanía española durante toda su vida. Ejerció como catedrático en la Universidad de Harvard y residió durante largas temporadas en países europeos como Inglaterra, Francia, Italia y España (muy vinculado afectivamente a Ávila). Además de profesor erudito y filósofo (su obra en cinco volúmenes *La vida de la razón* le aseguró un lugar principal en la filosofía del siglo XX), Santayana es escritor de fina sensibilidad, como podemos apreciar en el siguiente párrafo, en el que habla de su estancia en Londres siendo un muchacho joven.

> «En aquellos días Jermyn Street conservaba el carácter de una calle tranquila y correcta en el corazón de Saint James. El número 87 estaba exactamente enfrente de la agradable iglesia de ladrillo rojo, con sus agradables árboles, que formaban un destacado punto verde, y con la agradable gran esfera y agradables repiques de su reloj, que daba las horas. Por la noche, calentito en la cama con la ventana abierta, me gustaba también oir el golpeteo, como de tambor infantil, que, sobre el asfalto probablemente mojado, producían los taxis *hansom*, silenciosos en cuanto a sus ruedas, pero *quadrupedante sonitu* en cuanto a los cascos de sus caballos, al subir la calle y alejarse luego en vigoroso diminuendo».

Santayana mostró hasta su muerte, a la edad de ochenta y ocho años, una constante vitalidad de respuesta ante lo nuevo. Se ha dicho que una persona de edad permanecerá joven mientras mantenga interés por los acontecimientos y la capacidad de sorpresa. A este tipo de mentalidad, dotada de una cualidad sin duda envidiable, Santayana no lo llamaba ima-

ginación, sino «espíritu». Por espíritu entendía, no una fuerza misteriosa funcionando en el mundo, sino la luz de la atención en el hombre y en la mujer, ser testigos activos de todo lo que pasa ante ellos. «El espíritu es un hijo de la admiración», señalaba. Santayana concluyó el volumen primero de su libro de memorias, *Personas y lugares*, en Fiuggi, Roma, en el verano de 1941 (tenía él entonces 78 años). El 12 de octubre de ese año remitió el manuscrito a Scribner's en Nueva York. Pero debido a la guerra mundial el correo italiano ya no aceptaba manuscritos ni materiales impresos; el envío fue devuelto. Con la entrada de Estados Unidos en la guerra dos meses después, se rompieron todas sus vías de comunicación con América –todas menos una, dice Richard Lyon, autor de la introducción al libro–. Conscientes en la editorial Scribner's de Nueva York de su importancia literaria, con la ayuda del poeta irlandés Padraic Colum y funcionarios del Vaticano y de la embajada americana en Madrid, organizaron el envío del manuscrito en valija diplomática vaticana a España, desde donde el embajador americano la dirigió a los Estados Unidos. El volumen segundo de las memorias lo escribió Santayana en la clínica-convento de la Pequeña Compañía de María (una orden religiosa inglesa) en Roma, en donde se había instalado para proseguir el registro de sus recuerdos. Este volumen llegó por correo militar a Nueva York (ya se habían reabierto las comunicaciones con los Estados Unidos), y lo publicó Scribner's en 1945.

Por encima de lo que nos pueda parecer admirable al leer su obra, la inteligencia de Santayana, su gran erudición, sus amplios conocimientos de filosofía, su gusto literario, las reflexiones tan acertadas que hace cuando observa el mundo, lo que más destacaría de su persona es la elegancia. Santayana es un hombre elegante, como lo es don Francisco Ayala, elegante en su noble vejez. El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define *elegante* como dotado de gracia, nobleza y sencillez; airoso, bien proporcionado, de buen gusto; que tiene gusto y discreción para elegir y llevar el atuendo. Elegante podríamos llamar a Sigmund Freud si lo que tenemos delante es su famosa fotografía tomada cuando tenía sesenta y cinco años, el retrato que todo el mundo conoce de hombre serio, genial, de cuidado cabello gris, barba bien recortada y traje impecable. Entre los dedos índice y medio de la mano derecha sujeta un cigarro y su mano izquierda se apoya indolentemente en la cadera. Lleva chaleco y cadena de reloj. Mira fíjamente de frente al espectador: una mirada que parece penetrar las profundidades del alma humana. Dicen sus biógrafos que Freud dedicó un gran esfuerzo a crear esta imagen de hombre elegante y sabio. Cuando hablo de elegancia, en el caso de Santayana o de Ayala no me refiero tanto al aspecto físico, sino a la dignidad que emana de sus personas, especialmente al llegar a viejos.

Agatha Christie introdujo la figura de su encantadora ancianita detective, Miss Marple, en la novela *Muerte en la vicaría*, publicada en 1930. La trama se desarrollaba en el adorable pueblecito de St. Mary Mead, en donde siempre había vivido Jane Marple. La autora presentó en sociedad a una Miss Marple ya de edad avanzada, pero a lo largo de los cuarenta años en los que se dedicó a resolver crímenes –la última vez en 1971, en *Némesis*– envejeció muy poco, por supuesto mucho menos de lo que se esperaría en esos años. Para confeccionar su personaje, Agatha Christie se basó en el tipo de ancianita que con frecuencia había conocido, de niña, en los pueblecitos del sudoeste inglés, y la describió, además, como una de aquellas viejas solteronas que aleteaban alrededor de su abuela. Anciana solterona y solitaria, pero optimista y, a pesar de su edad, idealista, observadora, atenta, pero sobre todo

curiosa, amante de los enigmas y misterios, que la atraían y no suponían ningún problema para ella, debido a su capacidad analítica. Alardeaba de su conocimiento sobre el comportamiento humano y sus consecuencias, recordando a todos la sabiduría obtenida con el paso del tiempo. Miss Marple es la representación –la maravillosa imagen– de muchas ancianas con quienes nos cruzamos a diario por la calle o vemos comprar en pequeñas tiendas del barrio.

Varias de estas historias de crímenes fueron llevadas al cine por la Metro-Goldwin-Mayer, con Margaret Rutherford de protagonista. La serie se inició con un guión cinematográfico basado en la novela *El tren de las 4:50*. No fue sólo la primera, sino la mejor de las series. Aunque Margaret Rutherford, una decidida, excéntrica y excelente actriz, logró un gran éxito popular haciendo de Miss Marple, poco tenía que ver con la personalidad de la protagonista descrita por Agatha Christie. Preguntada su opinión sobre el personaje de la película, Christie dejó que respondiera su secretaria: «Mrs. Christie me ha pedido que les diga que, aun cuando cree que Miss Rutherford es una gran actriz, guarda poco parecido con su propia idea de Miss Marple». Sin embargo, en una novela posterior, *El espejo se rajó de parte a parte*, en donde aparece Miss Marple, escribió la siguiente dedicatoria: «A Margaret Rutherford con admiración».

El viejo de *El viejo y el mar*, de Hemingway, es un hombre lleno de dignidad. Seco, enjuto, con arrugas profundas en la nuca, manos con cicatrices, todo en él es viejo, salvo los ojos. Dice Hemingway que eran del color del mar. En plena travesía se despertaron de la siesta y se abrieron al sentir el viejo pescador la sacudida de su puño derecho contra su cara: había picado una enorme presa. Volviendo la vista a los rollos de sedal, comprobó que se desenrrollaban suavemente; el bote iba veloz. Pasó una hora antes de que acometiera el primer tiburón. Cuando atacó, vio el viejo su boca abierta, la cabeza fuera del agua y fue a por él. Le pegó con toda su fuerza con el arpón. Llegaron después otros dos tiburones con los hocicos dilatados y amplios movimientos de cola. El viejo clavó el cuchillo en la cabeza y en los ojos de uno de ellos, que murió tragando lo que había arrancado del pez. Aún pudo el viejo acuchillar al otro tiburón y desengancharlo de su presa con el remo invertido en forma de pala. Y matar a más tiburones de otra manada (un viejo puede asumir la fuerza de un león). El último comió muy poco porque ya no había nada más que comer. Apenas quedaba nada del pez arrastrado por el bote. Terminada la penosa travesía, caminando por el puerto, el viejo se dio cuenta de su inmenso cansancio. Llegó hasta su choza. El muchacho le vio las manos. Cúrese sus manos, viejo, le dijo el muchacho. Tráeme algún periódico de cuando estuve ausente, respondió. En la última línea del relato se dice que el viejo soñaba con los leones marinos.

Cuatro días después de suicidarse Hemingway, el 6 de julio de 1961, se celebró su entierro en el pequeño cementerio de Ketchum, Idaho. De acuerdo con lo que había dispuesto, ofició un sacerdote católico, quien leyó en voz alta, primero en latín y después en inglés, los versículos 3-5 del capítulo primero del Eclesiastés. Luego se rezaron tres padrenuestros y tres avemarías. La ceremonia fue retransmitida para todo el país por un locutor de radio situado al otro lado de la tapia.

Paseando a Miss Daisy es una película de amor y de paciencia que narra una historia de veinticinco años de duración, de 1948 a 1973. Al finalizar la película hemos viajado con dos

personas muy importantes, Miss Daisy Werthem, una orgullosa anciana del Sur, y Hoke Colburn, su chófer, y nos han participado de sus propios sentimientos. Comienza la historia con un pequeño accidente de automóvil. Miss Daisy, una profesora jubilada de 72 años, decide comprarse un coche. Recién estrenado choca con el Packard nuevo contra un muro y el hijo, temiendo un posible caos circulatorio, contrata a un chófer negro que se convertirá, con el tiempo, en el mejor amigo de la dama.

Pero ella se niega a tener chófer. No necesita tal cosa. Piensa que es un trastorno tener personal de servicio en casa –son como niños, dice–, así que es el propio Hoke el encargado de convencerla. Comienza entonces una guerra que durará veinticinco años, al tener dos viejos cabezotas que aprender con esfuerzo cada uno de la existencia del otro. El método empleado por Hoke es la suma paciencia. Inteligentemente, su estrategia se basa en mostrarse de acuerdo con lo que ella diga. Si ella prefiere caminar, muy bien, no la llevará en el coche. Esta vez el automóvil es un Hudson nuevo: una pena que este coche tan precioso quede parado; es bueno para un coche ser conducido alegre por las carreteras, le argumenta Hoke. Al fin, Miss Daisy acepta al chófer negro, y poco a poco los dos empiezan a conocerse y a respetarse mutuamente.

Paseando a Miss Daisy es la historia de la amistad entre dos personas mayores. En una de las escenas finales se ve al chófer dar de comer amorosamente a Miss Daisy, en una residencia. «Eso es algo que queda entre su hijo y yo», le dice.

La dignidad como estética. ¿La estética de lo efímero? No lo sé. No sé si este tipo de relación podría no existir, o sería tan infrecuente. Espero que no.

Las figuras entrañables y tiernas de Norman Thayer, profesor jubilado, enfermo del corazón, y de su mujer Ethel (Henry Fonda y Katharine Hepburn), en *En el estanque dorado*, me dejaron colgada del tiempo una singular melancolía. Admiro la educación, la cortesía, la elegancia de los dos protagonistas principales. Los admiro en su vejez.

Recuerdo dos secuencias conmovedoras de la película. Norman perdido en el bosque, en busca de fresas, cuando vuelve corriendo junto a ella. Y la escena en la que a él le da una angina de pecho (¿ficticia?) y ella le confiesa el miedo que tiene a quedarse sin él.

Cuentan que el primer día de rodaje, Hepburn salió perfectamente maquillada a esperar a Henry Fonda en las escaleras de la casa del decorado. Cuando llegó Fonda, se acercó a él y le dijo: «Hola, Hank. Éste era el sombrero preferido de Spence. Me gustaría que lo usaras en esta película». Fonda usó tres sombreros distintos, el de Spencer Tracy fue uno de ellos.

Al regresar de un viaje a Europa con su novio, Chelsea, la hija del matrimonio –nunca se habían comprendido padre e hija, igual que sucedió en la vida real entre Henry Fonda y su hija Jane–, vuelve a la casa del lago de Maine, al «estanque dorado», a visitar a sus padres y tiene una conversación con la madre. Ésta intenta explicarle que, por muy brusco que parezca, su padre la quiere y si habla con él, tranquilamente, se dará cuenta.

«—Me da miedo –dice Chelsea.

—Tú también le das miedo a él. Pero ya verás como os vais a llevar bien.

—Ni siquiera le conozco –dice Chelsea.

—Chelsea –la regaña su madre–, Norman acaba de cumplir ochenta años. No anda bien del corazón y tiene problemas de memoria. ¿Cuándo tienes pensado empezar a conocerle?»

Norman es un viejo gruñón, quisquilloso, cascarrabias, cínico; lleva en la cara una mueca permanente y su sonrisa es triste.

Ethel: «¿Sabes, viejo bobo?, eres el hombre más encantador de la tierra, pero yo soy la única que lo sabe».

(Henry Fonda murió cinco meses después de finalizar el rodaje. Durante ese tiempo su hija iba a verlo a su casa de Bel-Air, en donde lo encontraba sentado en la silla de ruedas, normalmente en la cocina. Jane le hacía cerdo asado y le llevaba peras crujientes y ácidas de un viejo peral que tenían en la granja, porque sabía que le gustaban.)

¡Qué bonita es la fotografía de Sylvia Beach conversando con Alice B. Toklas en un café de París en 1959! Si el lector tiene la oportunidad de hojear el libro *Shakespeare and Company* (Editorial Ariel, 2008), verá unas excelentes fotografías de la creadora de esta famosa librería parisiense en compañía de grandes artistas y escritores de la época de entreguerras. Tendrá el placer de conocer de primera mano la historia de la librería y de su librera, la editora de la novela más importante del siglo *(Ulises)*, una de las mujeres más destacadas de la vida literaria en Europa, Sylvia Beach, nacida en 1887 y fallecida en 1959. Hablo de esta fotografía en particular porque en ella aprecio la elegancia de Miss Beach y, a su vez, la elegancia de Miss Toklas, dos damas setentonas llenas de vida, aproximando sus cabezas blancas para hablarse una a la otra sobre la mesa del café. Completando el grupo de cinco se encuentran, de pie, Thornton Wilder, escritor estadounidense, Morill Cody, autor y editor literario, y Man Ray, pintor, uno de los fundadores del dadaísmo.

La lista de escritores habituales de *Shakespeare and Company* durante sus veinte años de existencia es impresionante: André Gide, Paul Valéry, Francis Scott Fitzgerald, Ernest Hemingway, D. H. Lawrence, Gertrude Stein, Ezra Pound, Samuel Beckett, James Joyce y Alice B. Toklas. Con esta última estuvo Sylvia Beach recordando en París, terminada ya la guerra y la terrible ocupación alemana, los años de ilusión de cuando ambas eran jóvenes y no sabían que un día –damas de silueta estética– acercarían sus cabezas blancas para encontrarse en una elegante fotografía en mitad del siglo XX.

Carl Seelig, poeta, crítico de arte y periodista suizo, fue, además de gran amigo de Albert Einstein, su primer biógrafo. Dice Seelig que entre las ocupaciones favoritas de Einstein figuraba el violín –«que tocaba por cierto como un húngaro, yendo de un lado a otro de la habitación»–, las improvisaciones al piano, la pipa que se fumaba los domingos y alguna conversación con los amigos; también la navegación a vela por el lago Carnegie. Habría que añadir a esto su incansable inquietud por la ciencia, que le hizo decir, cuando cumplió los setenta años, que no había ni un solo concepto que él tuviera certeza de que hubiera de conservarse. «Me siento muy inseguro, aun cuando esté en el camino verdadero». En el terreno científico intentaba aún, a esa edad, dar con la ley física fundamental que confirmase su convicción de que el mundo está sometido a leyes causales. No sólo fue admirado como

científico; lo fue, muy especialmente, como ser humano. Se cuenta que el pintor Josef Scharl, que en 1927 había pintado un retrato de Einstein para la galería de pinturas de la ciudad de Nuremberg, le preguntó una vez a un anciano por qué sentía tanta pasión por Einstein si no entendía nada de sus trabajos científicos. Y recibió la siguiente respuesta: «Mire usted, siempre que pienso en el profesor Einstein, tengo la sensación de no encontrarme ya tan solo». Su hija Margot vivió un episodio conmovedor poco después de la muerte de su padre. Iba por una calle de Princeton, y un negro que estaba trabajando allí, al reconocerla, dejó su herramienta, le hizo una profunda reverencia y le dijo: «Permítame que la salude, señorita Einstein. ¡Qué hombre tan admirable era su padre! Todos nosotros lo venerábamos. Es el primer blanco que se ha quitado el sombrero ante nosotros».

Todo esto lo cuenta Carl Seelig en su interesante biografía de Einstein; entre otras cosas, resalta la admiración que Einstein sentía por Albert Schweitzer (otro anciano admirable). El 14 de enero de 1954 Schweitzer cumplió ochenta años, y en aquella oportunidad Einstein dijo de él lo siguiente: «Apenas he encontrado nunca un hombre en el que la bondad y el ansia de belleza se unan de un modo tan ideal como en Albert Schweitzer. Ese hecho resulta mucho más impresionante en alquien que goza de tan perfecta salud, que le ha impedido toda resignación pesimista ante el desfallecimiento, actitud en la que muy bien habría podido caer, dada su sensibilidad para lo moral. Así, a pesar de las decepciones que el mundo moderno causa a todo hombre sensible, consiguió conservar su modo de ser, inclinado a la amistad y afirmativo ante la vida. Amaba la belleza no sólo en el arte, sino también en el reino del espíritu».

La fotografía de un Einstein burlón, sacando la lengua, fue hecha por el fotógrafo de la United Press International Arthur Sasse, el 14 de marzo de 1951, el día que Einstein cumplía 72 años. Cuando el físico regresaba, tras finalizar un acto en su honor, al coche, acompañado por el antiguo presidente del Instituto para Estudios Avanzados y la esposa de éste, los reporteros los siguieron tratando de captar imágenes. Una vez sentados en los asientos traseros del coche, y un poco harto ya de la persistencia de la prensa, Einstein sacó la lengua a los fotógrafos. En la fotografía quedaron grabadas esas tres personas. A Einstein le gustó, y la recortó dejando sólo su cabeza. La imagen se ha reproducido miles de veces en pósters y convertido en un icono para la cultura pop.

Hay muchas fotografías de Einstein difundidas por el mundo. Lo vimos posar con Max Plank, Charles Chaplin, Rabindranath Tagore, Niels Bohr, Thomas Mann, Robert Oppenheimer, hombres de ciencia, políticos y artistas de gran renombre. Con su primera mujer, Mileva, y con su segunda mujer, Elsa. En invierno (llevaba un gorro azul marino, calado hasta las orejas) y en verano (usaba sombrero de lino; solía calzar sandalias, y si hacía mucho calor las llevaba sin calcetines). La fotografía más conocida es la que le hicieron cuando tenía 68 años. Einstein aparece sentado, escribiendo con pluma estilográfica sobre unos papeles que sostiene con la mano izquierda, la mirada al frente, concentrado en alguna idea, levemente alzada la ceja derecha, con la larga cabellera flotante, el frondoso bigote blanco y el jersey cerrado. La foto de un sabio. A mí la que más me gusta es la que se le ve en compañía del matemático Kurt Gödel (con quien hablaba de Filosofía, de Física y de Política, y a menudo también de su *Teoría unitaria del campo*), una fotografía tomada en el verano de 1954. Einstein lleva sombrero de lino, camisa de manga corta, pantalón de tirantes; tiene la mirada sonriente y

los brazos colocados casi en posición de firmes, en actitud de humilde dignidad. Elegante en su sencilla vejez. Un anciano al alcance de la mano de todos nosotros.

Pongámonos en pie. Guardemos unos segundos de silencio. Recordemos a Benedetti. Que alguien lea en voz alta la elegancia de su prosa a los ochenta y ocho años: «El horizonte es una meta inalcanzable. Como la alegría, como el dolor. Es el desafío para las utopías, la asunción de la irrealidad. No obstante, sin horizonte no habría mundo, ya que éste es después de todo una multiplicación de horizontes. Cada hombre, cada mujer y a veces cada niño, tiene un horizonte propio. Y también lo tiene cada sentimiento».

Lecturas recomendadas

Georges Minois (1989): *Historia de la vejez. De la antigüedad al Renacimiento*. Editorial Nerea, San Sebastián.

Víctor Alba (1992): *Historia social de la vejez*. Editorial Laertes, Barcelona.

Umberto Eco (2004): *Historia de la belleza*. Editorial Lumen, Barcelona.

Jesús Sánchez Caro (1982): *La vejez y sus mitos*. Editorial Salvat, Barcelona.

3ª Parte

Cuestiones prácticas en el proceso de envejecimiento

17

La hipoteca inversa ¿puede ser una solución?

Por Blanca Clavijo Juaneda
Abogada
Presidenta de la Asociación Nacional
del Alzheimer AFALcontigo

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria, viene a poner orden, al menos sobre el papel, a la tan llevada y traída figura de la hipoteca inversa.

Pero esta ley contiene mucho más, muy brevemente repasamos su contenido:

Capítulo I: Transparencia en la contratación de préstamos y créditos hipotecarios.

Capítulo II: Mecanismos de refinanciación.

Capítulo III: Entidades de tasación.

Capítulo IV: Régimen de compensación por amortización anticipada.

Capítulo V: Costes arancelarios.

Capítulo IV: Mejora y flexibilización del mercado hipotecario.

Siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y diez disposiciones finales.

Es importante desglosar este esqueleto de la ley, porque sólo la Disposición Adicional primera es la que contiene la "Regulación relativa a la hipoteca inversa", el resto de la ley viene a introducir importantes reformas, muchas de ellas también muy esperadas, pero que nada tienen que ver con la figura, objeto de este trabajo.

Una vez más, la realidad social ha ido por delante de la legislación y ya hace más de cuatro años, desde la aparición de las primeras comercializaciones de la "hipoteca inversa" por entidades financieras. Hemos tenido que esperar todo este tiempo para ver el revestimiento jurídico que se daba a esta figura y, es por tanto obligado revisar qué sucede ahora con las hipotecas inversas que existen en el mercado y ya estaban antes de la aparición de la ley.

En el mismo preámbulo de la ley, se hace referencia a dos antecedentes legislativos relevantes:

- Por un lado la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que contiene una disposición adicional séptima denominada "instrumentos privados para la cobertura de la dependencia" y concede al Gobierno un plazo de seis meses para promover las modificaciones legislativas que procedan para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia y su tratamiento fiscal.
- Por otro lado, la ley 35/2006, de 28 de noviembre del IRPF y modificación parcial de las leyes de patrimonio e impuesto de sociedades sobre la renta de no residentes, que introduce una serie de medidas de fomento fiscal de cobertura de la dependencia mediante seguros privados y planes de pensiones.

A su vez, el preámbulo de la propia “ley de la dependencia” , explica muy bien la situación:

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años.

La vejez se caracteriza por una serie de profundos cambios entre los que ocupa un lugar destacado el cambio de naturaleza social: cambian las relaciones, cambia el estatus, cambia la percepción del tiempo y cambia el nivel de ingresos percibidos, por la pérdida adquisitiva que suele conllevar la jubilación.

A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

Los mayores tienen que afrontar el problema de la dependencia, y necesidades de atención sanitaria con escasos recursos económicos. Ninguna pensión de jubilación es suficiente para costear una residencia privada y por otro lado, acceder a recursos sociales, está vetado a los patrimonios medios en la mayoría de las comunidades autónomas, debido a la escasez de recursos. El número de plazas residenciales disponibles en la Comunidad Autónoma de Madrid en enero del 2006 era de 18.209.

2. LA HIPOTECA INVERSA EN ESPAÑA

Últimamente oímos hablar mucho de esta figura, a la que gran parte de los ciudadanos mira con miedo, probablemente por desconocimiento y porque aún es demasiado joven, para que haya podido calar en nuestra sociedad.

Es difícil concretar el origen de la hipoteca inversa, porque han existido negocios con ciertas similitudes en ordenamientos jurídicos y lugares distintos. En España la figura más parecida que encontramos en nuestra tradición jurídica es la denominada renta vitalicia, a la que nos referiremos más adelante y figuras similares existían y existen en el derecho civil común, y en algunos derechos forales, como es el caso de Baleares, Navarra y Cataluña.

Actualmente existen nuevas modalidades de negocios, que se acercan a esquemas normativos de forma singular y han venido a dar respuesta a las nuevas necesidades sociales y económicas, una evolución en alza del precio de la vivienda, un alto ratio de vivienda en propiedad, y una creciente demanda de calidad de vida por parte de personas mayores. Sin embargo, es cierto que estas modalidades de negocio llegan a nuestro país no como una

evolución lógica de esas antiguas figuras jurídicas de nuestro derecho civil, sino directamente importadas, por entidades financieras, sin duda más inspiradas en los modelos anglosajones de negocio, que en el nuestro propio.

> "Las características del mercado español inmobiliario, no tienen nada que ver con las de otros países. En España, la mayor parte de la población mayor de 65 años tiene un inmueble en propiedad (87,2% fuente IMSERSO) y además libre de cargas (sólo un 5,4% tiene cargas). Esto hace que tengamos un punto de partida muy peculiar para dar cabida a nuevos productos financieros que permiten "licuar" (convertir en líquido) ese patrimonio, para poder disponer de recursos económicos líquidos en el día a día. Los mayores tienen una renta inferior a la de otras cohortes, por el contrario podemos afirmar que son ricos en patrimonio, es decir un elevado porcentaje de ellos posee una vivienda en propiedad, (un estudio del instituto nacional de estadística (INE) de 2004 señala que el 87,2 de los mayores de 65 años son propietarios de su vivienda) y a menudo grande y situada en las zonas mas céntricas y codiciadas de los núcleos urbanos".
>
> "Cuando se han acabado los ahorros en la vejez ,y se va a vivir una media de 85 o 95 años, la vivienda proporciona al anciano una parte importantísima de sus ingresos".

Son declaraciones del consejero del banco de España, Miguel Ángel Fernández Ordóñez, cuando era Secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos.

2.1. Concepto

La hipoteca inversa es un "nuevo" producto financiero, que consiste en un crédito con garantía inmobiliaria. Su nombre procede de la traducción literal del término "reverse mortgage", de ahí, que algunos hablen de hipoteca "reversa".

Para que todos lo entendamos la hipoteca inversa es una especie de hipoteca "al revés", tú hipotecas un inmueble y vas recibiendo dinero a cambio, que puede ser mes a mes o de una vez, como más adelante veremos.

1. A los efectos de esta Ley, se entenderá por hipoteca inversa el préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante y siempre que se cumplan una serie de requisitos.

a) Que el solicitante y los beneficiarios que este pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia severa o gran dependencia.

b) Que el deudor disponga del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas.

c) Que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios.

d) Que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y requisitos que se establecen en los artículos 7 y 8 de la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario.

Es un negocio jurídico, por el que se grava un inmueble y a cambio se recibe una renta, determinada por varias circunstancias, como más adelante veremos. Al fallecimiento del propietario, sus herederos pueden recuperar el bien inmueble, pagando la deuda generada por el préstamo, o bien, optar porque se ejecute el inmueble, en cuyo caso, percibirán el exceso de valor sobre el préstamo debido, que resulte de la ejecución.

Algunas entidades la llaman "pensión hipotecaria", probablemente para hacerla más atractiva en su nombre.

No debe confundirse esta figura con la renta vitalicia, que ya se contemplaba en nuestro Código Civil del siglo XIX y así se mantiene, en el artículo 1.873. Tampoco debe confundirse con el contrato vitalicio o con la donación con carga modal, que son otras figuras jurídicas con regulación propia, a las que nos referiremos brevemente en otro epígrafe.

2.2. Requisitos

Personales: la hipoteca puede contratarla cualquier persona de 65 o más años o con dependencia severa o gran dependencia, que además tenga un inmueble en propiedad y lógicamente tenga plena capacidad de obrar para suscribir este contrato (prestatario).

Los requisitos personales, exigidos en cada caso, pueden variar dependiendo de la entidad financiera, estos son los que la ley establece, pero no podemos obviar que en los productos existentes y comercializados antes de la aprobación de la Ley cada entidad establecía los suyos, algunos la permitían desde los 60 años.

Por otro lado, a mi juicio, no parece tener mucho sentido que se piense en personas dependientes o grandes dependientes de cualquier edad, ya que sin duda, los cálculos actuariales, sólo resultan a partir de una determinada edad, en relación a la esperanza de vida.

La otra parte es la entidad financiera o aseguradora, respecto a ellas la Ley dice: "2. Las hipotecas a que se refiere esta regulación podrán ser concedidas por las entidades de crédito y por las entidades aseguradoras autorizadas para operar en España, sin perjuicio de los límites, requisitos o condiciones que, a las entidades aseguradoras, imponga su normativa sectorial."

Son varias las entidades financieras que tienen en el mercado este producto. Como ya decíamos anteriormente, el producto ha salido a la calle antes que la ley, lo que debe ser motivo de la cautela debida para los contratantes, a pesar de las virtudes del producto e incluso ahora que la Ley está en vigor, deberíamos esperar al Reglamento que la desarrolle.

Reales: el bien inmueble y la pensión que se recibe.

La Ley dispone que se establezca "sobre un inmueble que constituya la vivienda habitual" pero el apartado décimo de la propia disposición adicional primera establece también:

“Podrán, asimismo, instrumentarse hipotecas inversas sobre cualesquiera otros inmuebles distintos de la vivienda habitual del solicitante. A estas hipotecas inversas no les serán de aplicación los apartados anteriores de esta disposición” .

Por tanto, puede constituirse sobre inmuebles que no constituyan vivienda habitual y en ese caso, no se benefician de las ventajas de la figura en sentido estricto.

Respecto a la pensión o dinero que se recibe: puede ser de una vez o mensualmente y el dueño del inmueble, que no dejará de serlo en ningún momento, puede disponer del mismo como desee, incluyo podría transmitirlo, si bien en este caso lógicamente el acreedor podrá reclamar el vencimiento anticipado del préstamo o la sustitución de la garantía de manera suficiente.

Una de las principales preocupaciones frente a este producto es el temor al fallecimiento de uno de los dos cónyuges... debe quedar claro que puede constituirse de forma que haya varios beneficiarios y no se extinguirá, hasta el fallecimiento del último.

El titular de la hipoteca inversa es propietario en todo momento de la vivienda, por lo que podrá, por ejemplo alquilar la vivienda si decide trasladarse a vivir a una residencia o al domicilio de un pariente. Habría que estudiar en este caso, si se mantiene la naturaleza jurídica de vivienda habitual.

El sujeto podría llegar a percibir tres rentas: la que ya tuviera por su condición personal, la correspondiente al alquiler y la pensión hipotecaria.

Se prevé un importante esfuerzo por garantizar la transparencia en la comercialización de la hipoteca inversa y la protección de los clientes. Está previsto que las entidades que concedan estas hipotecas deban suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes, teniendo en cuenta, la situación personal de cada uno de ellos. Las condiciones, forma y requisitos de estas garantías, se definirán por el Ministerio de Economía y Hacienda.

Formales: deberá suscribirse lógicamente ante Notario e inscribirse en el Registro de la Propiedad, como la constitución de una hipoteca normal sobre un inmueble, pero aquí el texto legal añade algunas novedades ventajosas para el usuario, en lo que se refiere a la reducción de costes:

- para los aranceles notariales se tomarán como base los derechos previstos en los documentos sin cuantía, número 1 del Real Decreto 1426/1989, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el arancel de los Notarios.
- para los aranceles registrales se tomarán como base los derechos establecidos en inscripciones, con la reducción del 90% para subrogaciones, novaciones y cancelación anticipada (ahora sólo se bonifica con un 90% las subrogaciones y novaciones que pasen de un interés variable a uno fijo).

Además las escrituras públicas estarán exentas de AJD (impuesto de actos jurídicos documentados).

2.3. Extinción

La hipoteca se extingue al fallecimiento del deudor hipotecario o del último de los beneficiarios que hubiera previsto.

En ese momento los herederos podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado , abonando al acreedor hipotecario, la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación.

Cuando se extinga el préstamo o crédito regulado en esta disposición y los herederos del deudor hipotecario decidan no reembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia. No resultando de aplicación el límite del artículo 114 de la ley Hipotecaria, que establece "en ningún caso podrá pactarse que la hipoteca asegure intereses por plazo superior a cinco años".

La principal diferencia respecto al antiguo modelo es QUE EL TITULAR DE LA HIPOTECA INVERSA NO PIERDE LA VIVIENDA NI DEJA DE SER SU ÚNICO PROPIETARIO y que este patrimonio pasa a los herederos tras el fallecimiento de su dueño, con obligación por parte de estos, de hacer frente a la devolución de las cantidades que la persona mayor ha ido percibiendo. ES DECIR, EL PISO PERTENECERÁ SIEMPRE A LOS DUEÑOS O A SUS HEREDEROS, SIN EMBARGO LA ENTIDAD FINANCIERA TENDRÁ EN SU PODER LA GARANTÍA DE LA VIVIENDA HIPOTECADA PARA QUE EN CASO DE FALLECIMIENTO PUEDA RECAUDAR EL DINERO PRESTADO.

El banco tomara lo que se debe, si queda algo, se transfiere al Estado. El vencimiento del préstamo nunca tendrá lugar mientras el solicitante de la hipoteca inversa viva.

El respaldo de la hipoteca inversa es que juega con la revalorización de la vivienda. El cálculo medio de las entidades bancarias es del 3% anual. Una persona puede contratarla y todos los cálculos se hacen a partir de una tasación, por ejemplo de 300.000 euros, pero cuando fallezca su tasación sin duda será muy superior, si se mantiene está línea de aumento de valor de los inmuebles. Es evidente que no solamente tiene importancia el valor inicial de la misma, sino su posible revalorización, esto hace muy atractivo este producto en el mercado español, pues el incremento de la vivienda ha sido en nuestro país del 10% al 18% anual en los últimos años.

El efecto a largo plazo es el contrario al de una hipoteca convencional. Con una hipoteca convencional, con cada pago reduces préstamo, se va acumulando su valor líquido cada vez que se efectúa un pago, pero con una hipoteca inversa, su valor líquido va disminuyendo cada vez que el prestamista le da dinero.

HIPOTECA CONVENCIONAL	HIPOTECA INVERSA
Un banco u otro proveedor de préstamos hipotecarios le presta dinero para comprar una vivienda.	Un banco u otro prestamista le proporciona una hipoteca inversa con el respaldo de su valor líquido en la casa.
Una vez que la paga, usted tiene un valor líquido del 100% en su vivienda.	Los pagos que usted recibe van reduciendo el capital propio hasta que este llega a cero al terminar la hipoteca.

3. DIFERENTES MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

Son muchos y muy variados los productos que existen en la actualidad en el mercado y, no podemos explicar todos ellos, únicamente pondremos algunos ejemplos obtenidos de diferentes entidades, para que podamos hacernos una idea de qué se oferta.

Con la hipoteca inversa se puede escoger entre dos modalidades:

- La opción 1, modalidad vitalicia que permite cobrar la renta de por vida.
- La opción 2,que permite cobrar la renta durante un periodo determinado (modalidad temporal).

Si se opta por la modalidad temporal, el importe de la renta mensual será más grande, es por tanto, interesante para personas de edad avanzada y siempre de forma paralela se puede contratar un seguro, que cubra cualquier riesgo (por ejemplo la improbable situación de vivir más de 100 años, si se ha contratado una modalidad temporal).

UNA VEZ ESCOGIDA LA MODALIDAD EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN, YA NO SE PODRÁ VARIAR.

Ejemplo-opción 1

3.1. Hipoteca inversa modalidad vitalicia

COBRO DE RENTA DE POR VIDA

Un matrimonio en el que él tiene 85 años y ella 80 son propietarios de una vivienda valorada en 210.000 €*.

La edad del más joven es de 80 años y, por lo tanto, el periodo inicial del cobro de la renta es de 14 años, durante los cuales la renta mensual será de hasta 523,42 €. A los 14 años, la deuda acumulada será de 189.000 €, mientras que el valor previsto de mercado de 317.644 €, (el inmueble se revaloriza al 3% anual).

A partir de entonces la deuda sólo acumulará intereses, pero continuará recibiendo la renta mensual de 523,42 €** mientras uno de los titulares viva (469,26 € netos, después de la retención del IRPF, según la legislación vigente). Esta renta proviene de un seguro contratado con la entidad financiera (que explicaremos en el siguiente epígrafe).

Otros ejemplos con renta vitalicia

Edad	Valor del inmueble	Periodo inicial de la renta (años)	Renta inicial mensual	Renta vitalicia finalizado el periodo inicial	Deuda acumulada finalizado el periodo inicial	% sobre tasación inicial	% sobre valor de mercado
70	210.000€	20	331,60€	296,93€	189.000€	90%	49%
75	210.000€	17	444,79€	401,28€	189.000€	90%	54%
80	210.000€	14	603,02€	549,13€	189.000€	90%	59%
85	210.000€	11	826,83€	758,31€	189.000€	90%	65%
89	210.000€	9	1.070,09€	987,84€	189.000€	90%	68%

Ejemplo-opción 2

3.2. Hipoteca inversa. Modalidad temporal

Cobro de la renta durante un periodo determinado. La misma pareja de 80 y 85 años con una casa valorada en 210.000 €, en lugar de cobrar una renta para toda la vida, elige cobrarla durante unos años.

La edad del más joven es de 80 años y, por lo tanto, cobrarán la renta durante 14 años. Esta subirá a 687,47 €* mensuales.

A los 14 años, la deuda acumulada será de 189.000 € y el valor previsto del mercado del inmueble será de 317.644 €.

A partir de entonces, se deja de recibir la renta mensual, pero continuará sin tener que pagar nada mientras viva al menos uno de los titulares.

Los intereses continúan acumulándose en el crédito hasta su cancelación, que puede ser anticipada o por defunción.

Otros ejemplos con renta durante un periodo determinado

Edad	Valor del inmueble	Periodo inicial de la renta (años)	Renta inicial mensual	Deuda acumulada finalizado el periodo inicial	% sobre tasación inicial	% sobre valor de mercado
70 años	210.000€	20	373€	189.000€	90%	49%
75 años	210.000€	17	501,30€	189.000€	90%	54%
80 años	210.000€	14	687,50€	189.000€	90%	59%
85 años	210.000€	11	964,64€	189.000€	90%	65%
89 años	210.000€	9	1.270,27€	189.000€	90%	68%

** Supuestos: (Interés fijo en el crédito del 5,75% anual (5,90% TAE mínima sobre período inicial) y una revalorización anual del 3% del inmueble.

Resumen

Los préstamos que se ofrecen se clasifican en función de los plazos de vencimiento, que también condicionan la cantidad de la renta.

MODALIDAD TEMPORAL: si se acuerda firmar una hipoteca inversa por un período de tiempo limitado, por ejemplo, entre 10 y 15 años, la renta mensual será mayor, aunque dejará de ser abonada cuando el periodo estipulado haya vencido. (A no ser que se contrate un seguro paralelo).

MODALIDAD VITALICIA: la mensualidad que se recibe es menor, pero la renta se seguirá recibiendo mientras el titular de la hipoteca viva.

Las entidades bancarias dan una máxima libertad a la hora de elegir la renta que más convenga al titular del crédito.

Se pueden realizar muchas combinaciones entre un importe a cobrar el día de la firma, y el importe de la renta mensual. Cuanto más importe inicial, menos renta mensual y al revés.

Ejemplo

Una señora de 87 años con un piso tasado en 210.000 €.

Entre otras opciones, puede elegir entre.

- Cobrar una renta mensual de por vida de 839,99 €.
- Cobrar una renta mensual durante 10 años por un importe de 1.101,90 €.
- Hacer una disposición para cualquier necesidad por un importe inicial de 36.000 € y recibir una renta mensual de 708,30 € durante 10 años.

3.3. Liquidación del crédito

Fallecido el titular de la hipoteca inversa, sus herederos, una vez aceptada la herencia patrimonial, deberán hacer frente a la devolución de las cantidades que la persona mayor ha ido recibiendo. Sus opciones son:

1. Efectuar a su cargo el pago de lo debido, cancelando la hipoteca que grava la vivienda.
2. Solicitar a la entidad bancaria un nuevo préstamo o crédito que le permita satisfacer la deuda que queda pendiente.
3. Vender el inmueble y cancelar el crédito con cargo a lo obtenido en la venta.

Ejemplo

Supuesto: (Interés fijo en el crédito del 5,75% anual (5,90% TAE mínima sobre período inicial) y una revalorización anual del 3% del inmueble.

Una señora de 87 años con un piso valorado en 210.000 € y que recibe una renta de 1.101,90 € mensuales.

Si a los 97 años se produjera la defunción, el saldo del crédito sería de 189.000 €, mientras que el valor de mercado previsto del inmueble sería de 282.222 €.

Los herederos podrán:

1. Quedarse la vivienda, pagando los 189.000 € con sus ahorros o haciendo una hipoteca por este importe, devolviendo poco a poco la deuda.
2. Vender la vivienda por 282.222 € y quedarse 93.222 € (la diferencia entre el precio de venta y la deuda).

Los herederos sólo tendrían que liquidar impuestos por la cantidad que exceda del saldo del crédito (93.222 €) según la legislación vigente.

4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UNA HIPOTECA INVERSA

Fuente inmediata de efectivo.	Reducción del valor líquido acumulado en su vivienda.
No tiene que pagar impuesto al ingreso sobre los pagos porque es un préstamo, no ingreso.	El préstamo debe pagarse.
No tiene que pagar impuesto sobre las utilidades de capital, aunque la cantidad del préstamo se basa en el valor actual de la propiedad.	La cantidad disponible de préstamo puede ser pequeña.
No implica reducción de los pagos de Seguro Social, ya que es un préstamo, no un ingreso.	Posibilidad de pagar altas tasas de interés y algunas veces alto costo del cierre.
	Existe la posibilidad de perder la propiedad.
	Menor caudal hereditario para sus herederos.

5. SEGUROS

5.1. Seguro sobre la pensión vitalicia

Las entidades bancarias recomiendan contratar un seguro de “rentas vitalicias” (ésta es la terminología que más se utiliza, que a nuestro modo de ver es bastante incorrecta), que tiene como finalidad asegurar que el cliente cobre mensualmente la renta de por vida, aún en el caso de que se haya contratado temporalmente.

Los principales temores que el contratante tiene son:

– ¿Qué pasa si FALLEZCO ANTES de que venza el plazo fijado en el contrato de la hipoteca inversa?

Si no se ha contratado el seguro de rentas vitalicias y el titular fallece antes de que venza el plazo de la hipoteca inversa, los herederos únicamente tendrán que hacer frente a la deuda contraída con el banco, en función del número de años que el titular se haya beneficiado de la renta. (En este caso se han ahorrado el gasto más importante que acarrea este tipo de hipoteca sin ninguna consecuencia negativa).

Si se ha contratado el seguro de rentas vitalicias y el titular muere, por ejemplo, a los cinco de haber firmado la hipoteca inversa (cuyo plazo era de 15), los herederos recibirán la parte proporcional de la prima que en su día esta persona pagó. Esta parte la calcula el banco, de acuerdo a la renta recibida por el titular y al plazo fijado.

– ¿Qué pasa si el titular de la hipoteca inversa muere DESPUÉS?

Si una persona con 70 años contrata una hipoteca por 15 años con un seguro de renta vitalicia y vive hasta los 92 años, este seguro le permitirá seguir cobrando la misma renta mensual a partir de los 85 años, aunque la hipoteca haya vencido Y PUEDE SEGUIR VIVIENDO EN SU PROPIO PISO.

¿Qué sucede si la persona titular de la hipoteca inversa, NO HA CONTRATADO EL SEGURO DE RENTAS VITALICIAS? Siguiendo el ejemplo anterior nos encontramos con la siguiente realidad:

Una vez que la persona ha cumplido 85 años, se le suprimiría la renta que durante 15 años ha recibido mensualmente y se ve en la obligación de hacer frente a la deuda con el banco.

Para saldar esta deuda tendrá que vender el piso o encontrar recursos financieros por otras vías, o en última instancia, la vivienda pasaría a ser propiedad de la entidad financiera.

Este seguro no tiene necesariamente que contratarse desde el inicio, ya que el contrato puede ser revisable.

VENTAJAS. La principal ventaja de contratar este seguro, asociado a la hipoteca inversa, es que se garantiza que el titular de esta pensión hipotecaria cobre de por vida una renta, independientemente de que haya superado el plazo establecido en la hipoteca.

INCONVENIENTES. El gran inconveniente es el elevado precio que una persona ya muy mayor debe desembolsar al contratar la hipoteca inversa. El pago de este seguro depende de la edad, el sexo y la esperanza de vida. A igual edad, las mujeres pagan más prima por el seguro que los hombres debido a su mayor esperanza de vida. Del mismo modo su pensión vitalicia mensual será algo menor que la del hombre.

El gasto de formalización del seguro de rentas vitalicias, es muy variado, puede alcanzar el 6% del valor de tasación del piso.

La prima del seguro es una en el caso de un solo tomador y el doble en el caso de que sean dos. Eso no significa necesariamente que la prima a pagar en este caso deba ser el doble de la prima correspondiente a un solo titular, ya que su importe dependerá de la edad de uno y otro cónyuge o beneficiario.

Las entidades financieras normalmente obligan a contratar este tipo de seguro, de todas formas las variedades sobre los tipos de seguros son muchas y aconsejamos siempre reclamar toda la información necesaria, a poder ser de entidades imparciales, para tomar la decisión adecuada.

5.2. Seguro de hogar contra daños

La disposición adicional primera 1.d) dice que la vivienda debe ser asegurada contra daños, además de haber sido tasada.

5.3. Cotitularidad

Un supuesto muy común: ¿QUÉ OCURRE SI LA VIVIENDA ES PROPIEDAD DE DOS O MÁS TITULARES?

Puede darse el caso de que la persona interesada en la hipoteca inversa sea el único propietario de la vivienda; pero también puede ser que la propiedad del inmueble pertenezca a varios titulares (una pareja de hecho, dos hermanos solteros o viudos que conviven...).

Ejemplo

Un matrimonio en que los dos son mayores de 70 años y ambos son propietarios de su vivienda.

El crédito está preparado de tal modo que ambos esposos van a ser titulares del crédito y recibirán mensualmente en su cuenta la cuota acordada.

Si finaliza el plazo del crédito, en el caso de tener contratado un seguro vitalicio recibirán de la aseguradora mientras vivan la misma cantidad.

Puede darse el caso de que uno de ambos fallezca estando vigente el crédito. Entonces, el sobreviviente seguirá cobrando el importe total de la mensualidad como, si desde un principio, solo hubiera sido el titular del crédito. Y luego seguirá cobrando su mensualidad vitalicia, derivada del seguro de rentas vitalicias cuyas características explicaremos más adelante.

En caso de que el fallecimiento de uno de los miembros del matrimonio se produzca tras el vencimiento del crédito, (habiendo contratado seguro vitalicio) el cónyuge superviviente va a poder continuar en el cobro de por vida de la cantidad que antes cobraba junto con su cónyuge fallecido.

Advertimos especialmente sobre este supuesto, ya que entre nuestros mayores, el régimen económico matrimonial más común sigue siendo el de gananciales, hay que tomar las debidas precauciones, si uno de ellos por ejemplo carece de capacidad de obrar y actuar conforme a derecho. La práctica de estas situaciones, nos obliga a pasar por un proceso de incapacitación y posterior solicitud de autorización judicial... medidas todas estas que llevan su tiempo y no pueden improvisarse.

6. LOS COSTES INICIALES DE LA HIPOTECA INVERSA

El elevado coste de la hipoteca inversa, (intereses elevados y desembolsos considerables en comisiones, impuestos y seguros) representa un freno para sus potenciales clientes. No obstante, la ley 41/2007, de 7 de diciembre ha variado y reducido considerablemente estos gastos; SIEMPRE que se constituya sobre la vivienda habitual, parece desprenderse del epígrafe décimo de la disposición adicional primera, que si no es sobre la vivienda habitual, no goza de estos privilegios.

Comisión de apertura. La hipoteca inversa, al igual que la hipoteca directa tiene una comisión de apertura negociable (hay entidades que prescinden de ella).

Gastos de notaría, registro y gestoría. Corren por cuenta de la persona que solicita el crédito. Se han reducido muy considerablemente, en los términos mencionados en el epígrafe 2.3 apartados 7, 8 y 9 de la disposición adicional primera.

Tasación. La determinación de la cantidad que el banco concederá depende de la tasación de la vivienda, que se realizará mediante profesionales contratados por la entidad bancaria. Este informe implica unos gastos que debe de pagar el cliente.

Seguros de hogar y de pensión. El primero de ellos es obligatorio, el segundo no, aunque sea aconsejable en muchos casos.

7. LA HIPOTECA INVERSA EN DERECHO COMPARADO

La hipoteca inversa aparece en EE.UU. en los años sesenta, época en la que también aparece en Reino Unido, aunque no alcanza cierta entidad hasta los años 80. En este último país existen más de una veintena de entidades que ofrecen este tipo de operaciones, si bien son dos entidades de crédito las que cubren el 90% del mercado, formalizándose en el 2004, 26.000 nuevas operaciones.

Tal y como se recoge en el informe de GEROKON del 2005 y en el artículo de Rubén Herranz González (2006, portal de mayores nº 49). En el caso de EE.UU., es algo distinto, en su mercado la mayoría de las operaciones están relacionadas con el programa federal. La primera legislación apareció en 1986 y fue apoyada por todas las organizaciones de mayores del país (American Association of Reiteres People y por la americana Bar Asociation). Así se reguló

la “Hipoteca de conversión del valor acumulado de la vivienda”, (Home Equity Conversión Mortgage) y que recibió de inmediato el respaldo de organismos oficiales.

Este tipo de hipoteca estaba garantizada por la administración federal de la vivienda (Federal Housing Administración, FHA), que forma parte del departamento de vivienda y desarrollo urbano (Departament of Housing and Urban Development, HUD), por esta razón la hipoteca inversa se convirtió en una herramienta valiosa y segura para los mayores americanos.

En 1996, la Asociación Hipotecaria Nacional Federal, creó la “hipoteca reversa casera del encargado” (*fannie maes home keeper mortgage*) que fue la primera hipoteca reversa privada.

En el 2001 se crearon otras dos hipotecas reversas privadas: el “estandar de la cuenta de efectivo” (*Cash Account Standard*) y la “ventaja de la cuenta del efectivo” (*Cash Account High Benefit*).

Estos tipos de hipotecas reversas ofrecen la oportunidad de que todos los jubilados utilicen el capital invertido en sus hogares para proporcionarles la seguridad financiera necesaria, pero con la intervención de la administración que fija la cantidad económica a percibir, los costos de la operación y garantiza el cumplimiento de ciertos compromisos de las partes. Las autoridades locales también pueden participar en las hipotecas inversas, aunque con frecuencia, en este caso suelen ser hipotecas que sólo pueden ser destinadas a sufragar gastos concretos.

El gobierno de Bill Clinton consideró que los mayores no estaban siendo bien informados y se obligó a crear centros de formación y acreditación para ello, este parece ser el modelo al que apunta nuestra ley cuando habla de crear organismos asesores independientes, pero me temo que se queda a mitad de camino, del modelo impuesto en USA donde cabe también, la posibilidad de revocar la operación en un plazo de 60 días. Esto es una importante garantía, dada la importancia de la decisión y la tranquilidad que implica, tener un plazo para cambiar de opinión, especialmente entre los mayores.

En el caso americano, el desarrollo de estas operaciones ha sido mucho más tardío que en el caso de Reino Unido, aunque en los últimos tres o cuatro años no se han celebrado un numero significativo de operaciones. Se calcula que a lo largo de 2005 se han celebrado cerca de 40.000 (lo que significa un porcentaje de negocio todavía muy inferior al de Reino Unido). Actualmente son más de 125 los prestamistas que ofertan estos productos, y muchas agencias gubernamentales y organizaciones no lucrativas, dan consejo gratuito a los propietarios mayores.

Las diferencias en el grado de desarrollo de este producto, residen en razones culturales, variaciones en las actitudes y prácticas ante los créditos y el endeudamiento principalmente, sin olvidar las repercusiones demográficas.

Aunque puedan ser menos representativos, existen también negocios similares en países como: Francia, Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Japón, Países Bajos, Noruega y Suecia.

8. LOS ASPECTOS MÁS DESTACADOS DE LA LEY 41/2207 de 7 de diciembre

- Podrá ser solicitada por el mayor de 65 años, dependientes severos y grandes dependientes con la garantía de su vivienda habitual. "Que el solicitante y los beneficiarios que pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años afectadas de dependencia severa o gran dependencia".
- Se garantiza que el propietario sigue siendo titular de la vivienda y puede vivir en ella, si lo desea, hasta su fallecimiento. "Que la deuda solo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario".
- El punto 5 de la regulación establece que "al fallecimiento del deudor hipotecario sus herederos o, si así se estipula en el contrato, al fallecimiento del último de sus beneficiarios, podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado, abonando al acreedor hipotecario la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación".
- Los herederos responderán de la deuda tan solo hasta donde alcancen los bienes de la herencia. "Cuando se extinga el préstamo o crédito regulado por esta disposición y los herederos del deudor hipotecario decidan no rembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia".
- No conllevará el pago de tributos para las rentas cobradas.
- Mejora de los mecanismos de transparencia y protección al cliente.

Las entidades que concedan hipotecas inversas deberán "suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes de este producto", teniendo en cuenta la situación financiera del solicitante y los riesgos económicos derivados de la suscripción de este producto.

Dicho asesoramiento independiente podrá llevarse a cabo, bien a través de la figura del defensor del cliente o bien a través de los mecanismos que determine el Ministro de Economía y Hacienda.

- Reducción de los costes arancelarios notariales y registrales asociados a la subrogación, cancelación y novación modificativa de créditos o préstamos hipotecarios.

Para el cálculo de los honorarios notariales de las escrituras de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación, se aplicarán los aranceles correspondientes a los documentos "sin cuantía" previstos en el número 1 del Real Decreto 1426/1986, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el arancel de los notarios."

"Para el cálculo de los honorarios regístrales de las escrituras de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación, se aplicarán los aranceles correspondientes al número 2, "inscripciones", del anexo del Real Decreto 1427/1989, de 17 de noviembre, por el que

se aprueba el arancel de los registradores de la propiedad, tomando como base la cifra del capital pendiente a amortizar, con una reducción del 90%".

Se reducen los costes de transacción, con la exención en el impuesto de actos jurídicos documentados. LAS ESCRITURAS PÚBLICAS DE ESTE TIPO DE HIPOTECA ESTARÁN EXENTAS DEL IMPUESTO DE ACTOS JURÍDICOS DOCUMENTADOS.

"Estarán exentas de la cuota gradual de documentos notariales de la modalidad de actos jurídicos documentados del impuesto sobre transmisiones y actos jurídicos documentados las escrituras públicas que documenten las operaciones de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación".

- Fomento de la independencia y profesionalidad de la sociedades de tasación.

"Que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y los requisitos que se establecen en los arts. 7 y 8 de la ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario".

ESTOS CAMBIOS SUPONEN UN AHORRO CONSIDERABLE PARA LOS CONSUMIDORES.

9. ENTIDADES BANCARIAS QUE OFERTAN EL PRODUCTO

El reducido mercado financiero que por el momento oferta este producto se limita a Caixa Terrassa, Ibercaja, Caja Navarra, BBVA, Caixa Sabadell, Caixa Galicia y Caja de Ahorros Inmaculada (CAI). Los préstamos que ofrecen se clasifican en función de los plazos de vencimiento, que también condicionan la cantidad de la renta.

Las entidades bancarias abonan el importe de la pensión hipotecaria a su cuenta habitual. En cualquier momento se podrá consultar el importe de la deuda acumulada (la disposición inicial, la renta mensual, intereses...) y se envía un extracto detallado al domicilio del solicitante. También existen otras entidades, quizá más imparciales que asesoran sobre todos los productos en el mercado y buscan la mejor solución, por ejemplo Vitaliza.

Las paginas web de las entidades, permiten hacer simulaciones introduciendo los datos aproximados.

10. DIFERENCIA CON OTRAS FIGURAS

10.1. La renta vitalicia

Es muy importante diferenciar esta figura de la hipoteca inversa, para ello, vamos a referirnos a ella con el mismo esquema que lo hemos hecho en la hipoteca.

Concepto: la renta vitalicia se regula en el Libro IV, Título XII de nuestro Código Civil, en concreto en los artículos 1.802 y siguientes. Su concepto se recoge en el primero de estos artículos que dice: "El contrato aleatorio de renta vitalicia obliga al deudor a pagar una pensión o rédito anual durante la vida de una o más personas determinadas por un capital en bienes muebles o inmuebles, cuyo dominio se le transfiere desde luego con la carga de la pensión".

Es decir, con la renta vitalicia se transmite el dominio, la propiedad, esto es muy importante que quede claro, ya que hoy día, existe una gran diversidad de productos desarrollados por aseguradoras y entidades financieras, en los que a veces el consumidor, no alcanza a percibir este importante matiz.

También es importante destacar que cabe sobre bienes muebles y no sólo sobre bienes inmuebles aunque, en la práctica no es muy común sobre muebles.

Su naturaleza jurídica es la de un contrato aleatorio o de suerte. Es decir, una de las partes o ambas se obligan a dar o a hacer alguna cosa a cambio de lo que la otra hará o dará en el caso de un acontecimiento incierto o que ha de ocurrir en un tiempo indeterminado, en concreto, el fallecimiento de una determinada persona o del que lo contrató.

Requisitos

Personales: para la constitución de la renta vitalicia son necesarias al menos dos personas: el propietario del inmueble sobre el que se constituye la renta vitalicia y el que adquiere la propiedad del inmueble a cambio de pagar una renta de por vida a la otra persona. Obviamente se requieren los requisitos generales de la capacidad para contratar, ser mayor de edad y tener plena capacidad de obrar.

Llamamos la atención sobre la plena capacidad de obrar de las personas sobre cuyo patrimonio se constituye una renta vitalicia, ya que por desgracia en el mundo de las demencias, en general se tarda mucho en iniciar el proceso de incapacitación y es frecuente que nos encontremos con personas con diagnósticos de demencia sin incapacitar judicialmente y que si celebran este tipo de contratos, luego nos resultará complicado conseguir la nulidad de los mismos.

De ahí la insistencia en entender muy bien el tipo de contrato que se está celebrando.

No establece el Código Civil ninguna edad límite para la celebración del contrato, pero obviamente resultará más rentable para el que adquiere la carga, cuanto mayor sea la persona a favor de la que se constituye.

Además el Código en su artículo 1.803 recoge la posibilidad de que la renta pueda constituirse sobre la vida del que da el capital o sobre la de un tercero o varias personas (para proteger al cónyuge o familiar por ejemplo). Se preocupa el código expresamente de recoger la nulidad de la renta constituida a favor de persona muerta o con grave enfermedad, que llegue a causar la muerte en los veinte días siguientes a la celebración del contrato.

Reales: los bienes muebles o inmuebles sobre los que se constituye y cuya propiedad se transmite y la renta o pensión que se recibe.

Respecto a la percepción de la renta, se regulan algunas pautas concretas. En concreto el Código establece que la renta correspondiente al año en el que muere el que la disfruta, se pagará en proporción a los días que hubiese vivido y si se pactaron plazos anticipados, se pagará el importe total al plazo que durante su vida hubiera comenzado.

También regula que en caso de falta de pago de las pensiones vencidas, el único derecho que tiene el perceptor de la renta es reclamar judicialmente el pago de las rentas vencidas y el aseguramiento de las futuras.

En estas pautas vemos que se utiliza un lenguaje bastante arcaico propio de la época en que se redactó y, sí es cierto que figuras modernas actuales derivadas de la que hoy nos ocupa han mejorado las garantías que se conceden al perceptor de la renta.

Formales: no dice nada el Código respecto a la forma, por lo que nos ajustaremos a las normas generales de la celebración de contratos. En nuestro sistema rige el principio de la libertad de forma, por lo que el contrato sería perfectamente válido celebrado en contrato privado (incluso verbal). No obstante, dada su trascendencia jurídica y las connotaciones para valorar la plena capacidad de obrar del que lo constituya, nos resulta más sensato aconsejar que se haga en escritura pública. Es cierto que esto conlleva gastos y "control" fiscal, pero dada su importancia, entendemos que es prioritario garantizar la seguridad.

El contrato "puro" de renta vitalicia, a pesar, como digo, de su larga existencia, aún da mucho juego en el mercado. Recordemos la sentencia del TS de 21 de septiembre del 2003 que entendió que "un contrato de renta vitalicia para evitar el pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones y abonar tributos menos gravosos no puede calificarse de "donación encubierta" ya que es una actuación enteramente lícita". No procede aquí analizar en detalle esta sentencia, pero la señalo porque recoge una interesante doctrina.

Extinción: la renta vitalicia se extingue por la muerte de la persona a cuyo favor se constituyó.

10.2. El contrato de alimentos

En el mismo título que la renta vitalicia se regula el "contrato de alimentos". Este capítulo ha sido introducido por la Ley 41/2003 de 18 de noviembre, conocida por todos como ley de patrimonio protegido.

Simplemente señalamos aquí su concepto, es el contrato por el que una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención, asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes o derechos.

Esta figura puede ser una estupenda solución para determinadas personas, pero también abre la puerta a un posible abuso de las personas que requieren cuidados. Debe quedar muy

claro el tipo de cuidados que la persona desea recibir y a su vez, si es posible debe designarse un representante que vele porque los cuidados que realmente está recibiendo son los pactados, ya que si la persona mantiene una capacidad plena podrá defenderse, pero si no es así ¿quién lo hará por ella?

Este contrato se regula en los artículos 1.791 a 1.797 del Código Civil.

Nuestro derecho civil es tan rico, que concede muchas posibilidades, a la hora de dar soluciones, existen figuras como la donación con carga modal, la compraventa de nuda propiedad... que pueden dar respuesta también a situaciones en las que se pretende materializar en líquido un determinado patrimonio. Cada situación exige un estudio previo para encontrar la solución más adecuada, es importante NO PRECIPITARSE y no tomar nunca decisiones sin entender "la letra pequeña".

11. REFLEXIONES FINALES

En la contratación de una hipoteca inversa influyen muchos factores externos, ajenos al valor del inmueble e incluso a la persona en sí, como es la inseguridad y el miedo a elegir la mejor operación, de ahí que defendiéramos la opción americana, que concede 60 días de plazo, para "cambiar de opinión".

Dejando a un lado los derechos forales, en la mayor parte del territorio español, el peso de las legítimas aún se deja notar a la hora de tomar estas decisiones, influye tanto desde el punto de vista del mayor, que en ocasiones no quiere dejar a sus descendientes un bien hipotecado o directamente privar a sus descendientes de ese bien, como desde el punto de vista de la entidad, que no desea tener problemas legales con descendientes y puede tratar de evitar ciertas operaciones o de "blindar" sus posiciones, teniendo como consecuencia directa el encarecimiento de la operación o la exigencia de los herederos de participar en la operación prestando de algún modo el consentimiento. Este es un asunto muy sensible para nosotros, porque se vulneran en muchas ocasiones los derechos de los mayores, a los que se presume incapaces por el sólo hecho de ser mayores.

El papel de los futuros herederos, también es otro factor que a veces influye en la toma de este tipo de decisiones, ya que éstos pueden ver "amenazado" un incremento futuro de su patrimonio. Lo que puede provocar presiones indebidas al titular del inmueble, para que no celebre un negocio de estas características.

Los familiares pueden ver la contratación de una hipoteca inversa como una manera de costear las necesidades del mayor, o simplemente que el mayor disfrute de un mayor nivel de vida, gracias a los bienes que posee, normalmente consecuencia de su esfuerzo y trabajo; también puede utilizar la renta para costear gastos de sus cuidadores. Un reciente estudio ha señalado que en 725.870 hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años con algún grado de dependencia, lo que configura a las hipotecas inversas como una de las posibilidades de afrontar los enormes gastos que pueden originar situaciones de dependencia.

Bibliografía

"Informes de dependencia y conversión de activos inmobiliarios en renta", *EDAD & VIDA*, noviembre 2005.

EL MUNDO (3.11.07): Suplemento del periódico: *Hipoteca Inversa: Un complemento para adecentar las pensiones*.

EL PAÍS (3.11.07), Suplemento del periódico: *Una hipoteca inversa, y a vivir*.

REVISTA CONSUMER EROSKI: "La vivienda un capital al que recurrir en la vejez". Octubre 2007.

Información obtenida sobre hipotecas inversas en EEUU de las webs:

www.aarp.org/money/revmort/ (American Associatión of Retired Persons).

www.hud.gov/offices/hsg/sfh/hecm—df.cfm (Home Equity Conversion Mortgage Program).

TAFFIN, C.: Datos y estimaciones de "La hipoteca Inversa o Vitalicia", Asociación Hipotecaria Española (Informes externos).1/3/2006 en: www.ahe.es/web_PROFESIONALES/P_ informes/principal.shtm.

SANCHO CASTIELLO, M. (coord.) (2005): Informe 2004, *Las Personas Mayores en España*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales. Estadística de precios de vivienda del Ministerio de Vivienda, disponibles (1/3/2006) a través de: www.mviv.es/.

IMSERSO: "Envejecer en el siglo XXI". Informe del observatorio de personas mayores. Febrero 2006.

Revista Alzheimer, números 39 y 40, artículos renta vitalicia e hipoteca inversa.

IMSERSO, *Cuidados a las personas mayores en hogares españoles*, Madrid, MTAS noviembre 2005.

HERRANZ GONZÁLEZ, R. (2006): "Hipoteca inversa y figuras afines", *Portal Mayores nº 49*.

18

La informática. Un recurso necesario para el bienestar de las personas mayores

Por Luis Álvarez Rodríguez
Presidente del Grupo de Mayores
de Telefónica (AGMT)
y Vicepresidente de CEOMA
(Confederación Española de Organización de Mayores)

Es curioso, pero al citar el término "información", yo creo que todos los que lo escuchamos nos hacemos una idea de lo que representa. Lo que no estoy tan seguro es de que las definiciones que cada uno demos sean coincidentes porque el diccionario cubre con ocho columnas todas las posibilidades.

Pero sin atenernos ni sentirnos sujetos por la definición del término, sino por el contrario, siendo generosos en sus interpretaciones y, sobre todo, intuitivos en cuanto a su significado, podemos entrar en materia; porque la Informática es simplemente una forma, una herramienta moderna y técnica de manejar la información, es decir los distintos aspectos y sentidos del término que se encaminan a cubrir necesidades que, contribuyen al bienestar de los mayores.

Y empecemos el recorrido. Como el orden de los factores no nos va a alterar el resultado final, podemos empezar por la información que contribuye al saber del mayor. No entramos, por supuesto, en todo lo que ha podido aprender la persona hasta llegar a esa edad en la que le empezamos a llamar "mayor". Es fundamental que el mayor, cuando ya no tiene que "trabajar" formalmente, con la prestación de un sueldo, mantenga la inquietud del "saber", sin la prisa de aplicar lo que aprende con su nuevo saber, porque nadie le presiona para ello.

¿Qué hace el mayor respecto al saber? Puede ser que siga manteniendo la curiosidad de cómo evolucionan la tecnología y las técnicas de su profesión. Curiosidad muy positiva aunque su vida ya no siga ligada a la evolución teórico-práctica de esa técnica. Puede ser y hasta quizás sea recomendable, que siga manteniendo relaciones con compañeros que le hagan mantener actualizados, al menos relativamente, sus conocimientos. Los mayores que por una u otra razón sigan el camino indicado han encontrado una vía para mantener su mente ocupada, incluso sin quiebros rotundos en su utilización; pero nos preocupan más los que no se sienten movidos a seguir más o menos de cerca esa evolución. Nos referimos a quienes al terminar su vida profesional notan el duro y difícil quiebro de interrumpir sus hábitos normales muy duramente marcados por los horarios (en ocasiones exigentes y disparatados) profesionales. Para esas personas, dejar el trabajo puede significar una ruptura que llegue a desequilibrar su vida. Prácticamente todo lo que vamos a comentar y sobre lo que deseamos hacer reflexiones en estas páginas, se refiere más a esas situaciones que a los casos primeros.

La mente humana necesita, lo mismo que el cuerpo, su alimentación. Y eso es, en bastante cierta medida, el saber. Durante nuestra vida profesional nos hemos visto obligados a aprender cosas, métodos, tecnologías; pero cuando hemos dejado el trabajo, nadie nos empuja a seguir en esa línea. Y si no nos sentimos empujados a seguir de cerca lo que hasta ese momento nos era necesario, el conocimiento y el dominio de nuestro campo profesional, para que nuestra mente siga activa, viva, ocupada, debemos buscar otro tipo de alimentación para ella. Ese es el saber de esta primera reflexión.

Pero hablando en términos generales, a la mente humana le cuesta dedicar un esfuerzo a algo si no recibe a cambio alguna compensación a ese esfuerzo. Por eso para estimular en las personas el deseo de saber, lo primero que es necesario es hablar con las personas, cambiar impresiones, conocer sus pensamientos, deseos y preocupaciones. Solo como conse-

cuencia de ese conocimiento interior de la persona, tiene sentido hablar del saber como un elemento que le puede ayudar en el camino de acercarse y alcanzar las metas que nos ha contado, de hacer frente y cubrir las preocupaciones a las que se enfrenta, del trampolín que puede representar para llegar a sus deseos. Porque pudiera ser que en esas primeras conversaciones nos encontremos con personas que no tienen suficientemente identificados los deseos que las puedan lanzar en el camino que estamos empezando a recorrer. No cabe duda de que esos serán casos en los que será precisa la actuación de profesionales más conocedores de la mente humana, pero hablando en términos más generales y sin llegar a los extremos, nos encontramos con que el saber como idea de absorber información es el primer recurso necesario para el bienestar de los mayores. Quizás deberíamos decir en forma más general para el bienestar de todos, mayores y no mayores, pero ahora nos ocupamos de los mayores nada más.

Algo más sobre la forma de acercarse el mayor al objeto de ese saber. Y es lógico que debamos avanzar en ese sentido porque abierta la inquietud en la persona sobre el saber, cuanto más sencillo sea adquirir los conocimientos de ese saber, cuanto más fácil y posible sea la comunicación para entenderse con otros en intercambio de opiniones u objetos de ese saber, indudablemente mayor será el goce y disfrute del mayor al avanzar y relacionarse en ese campo. Situados en estos términos, no tenemos otro camino que aprovechar al máximo los recursos que la tecnología pone a nuestro alcance.

Ya no podemos limitarnos a decir que se busque la información, que se relacione con otros para intercambiarla, para comentar los diferentes puntos de vista. Debemos obligadamente dar un paso más y entrar en los medios de adquirir e intercambiar la información que va hacer avanzar al mayor en ese intercambio. Y al pasar a hablar de las herramientas que harán posible esa adquisición de conocimientos que constituyen el saber, de los medios de comunicación que le permitan intercambiar opiniones y conocimientos de forma fluida, rápida, segura y que además le permitan guardar y acceder fácilmente a los conocimientos recibidos, no queda más remedio que hablar de los recursos actuales de tratamiento de la información. De la informática, de la facilidad de acceso a las múltiples y mundiales bases de datos existentes sobre cualquier tema que se nos ocurra.

Pero insistimos en una idea, no empecemos a hablar de lo maravillosa que es la informática, de las cosas que nos permite hacer. Hablemos de la información, de lo maravilloso que es el acceso, precisamente a la información objeto del deseo de nuestro interlocutor, porque cuando estamos enamorados de esa información, la queremos poseer, hablar de ella, conocerla, intimar con ella, con sus diversos aspectos, estaremos deseando tener recursos, caminos, para acceder a ella de forma rápida, querremos disponer de recursos que nos permitan intercambiarla con otros, divulgarla para conocimiento general, tener formas de guardarla para volver a ella, para trabajar con ella, para contar cosas de ella, poderla enviar a otros, intercambiar conocimientos y opiniones. En fin no nos limitaremos al goce personal de esa información, sino que disfrutaremos del goce personal y de la comunicación, de dar y recibir información adicional sobre ese objeto de nuestro deseo.

Habremos llegado así a la necesidad de relacionarnos con la información a través de la informática y relacionarnos con quienes estén interesados también en esa información, con

el correo electrónico. Aceptada esta introducción sobre la herramienta que nos permitirá aprovechar al máximo nuestro tiempo y abrirá a tope nuestras posibilidades de acceso, en el resto de nuestras palabras ya damos por sentado que hemos sido convincentes en cuanto a los medios. Es decir en adelante consideramos que ya somos expertos en la herramienta, ya somos informáticos experimentados que utilizaremos a tope todas las opciones que nos ofrece. Repasemos, pues, los matices que podemos aplicar al concepto inicial de saber con el que hemos empezado el recorrido.

Indudablemente el primer paso que hemos dado nos parece importante, pero parece que el saber puede reducirse a mí mismo, yo disfruto con lo que sé, con las cosas que interrelaciono con mi saber. Pero ese disfrute puede hacerse crecer cuando empiezo a pensar en aplicaciones prácticas de ese saber. Empiezo a convertir el "saber" en hacer.

Estamos en estas líneas tratando de hacer consideraciones que me pongan de manifiesto la influencia de la informática (con todas las consecuencias prácticas que podamos deducir) en el bienestar de los mayores, es decir, cómo con los diferentes enfoques prácticos de la utilización de la informática podemos colaborar en la consecución de que los mayores estén más a gusto, sean más felices, estén más comunicados, menos solos, pero con la idea de que la vida no es solo informática.

No se trata sólo de descubrirles a los mayores las maravillas del dominio de la navegación, la comunicación, la relación, el conocimiento, que lleva consigo el dominio de la informática, sino de unir todo ese bagaje con la tranquilidad y serenidad de que los mayores seguimos siendo dueños absolutos de nuestras vidas y por tanto, todo lo que aprendamos de la informática no es más que una herramienta que nos permitirá tener una vida más completa, de mejor y más intensa relación con los demás, de más fácil y rápido alcance al conocimiento, que nos ayudará en nuestra relación con el mundo que nos rodea, pero es eso: sólo una herramienta que cuanto mejor la maneje, mejor me valdrá para alcanzar mis metas en ese campo.

La informática nunca nos debe valer (con toda la fuerza y potencia que puede tener) para aislarnos, disfrutando en exceso de los que nos ofrece, sino para mejor relacionarnos y alcanzar los núcleos de saber con más facilidad y rapidez; para estar más cerca de los demás, hacerles llegar nuestros conocimientos, recibir los suyos y colaborar con los demás en construir un mundo mejor y más completo.

Es en cierto modo la relación entre la teoría del saber y la práctica del hacer. El hombre es naturalmente social, en las aplicaciones del terreno informático el paso del saber al hacer es la aplicación de esa naturaleza social. No nos conformamos con conocer las cosas, tener los conocimientos, sino que avanzamos un paso más y consideramos las aplicaciones prácticas que pueden tener los conocimientos que vamos adquiriendo.

Cuando en la vida normal (sin la informática) intentábamos trabajar en este sentido, nos encontrábamos con dificultades de comunicación, inconvenientes de conseguir los complementos de la información básica, pegas que si no acababan con nuestro entusiasmo por la idea, indudablemente la retardaban en ver la luz y extender sus posibilidades, compartir la idea y sus aplicaciones prácticas.

Hoy día es razonablemente sencillo, cuando hemos dado el primer paso de aproximación a la informática y hemos empezado a disfrutar de la rapidez de relación, del enorme alcance que se tiene para acceder a diversas fuentes, para contrastar opiniones y pareceres, para comunicarse, el camino es sencillo porque el usuario novel contrasta las facilidades y opciones que se le ponen al alcance de la mano con las dificultades que antes se le presentaban.

Por esto pensamos que, después del saber, viene casi sin darnos cuenta el hacer; no nos conformamos con conocer las cosas, saber de ellas, precisamos además convertir ese saber en algo útil, para nosotros y para los demás. Ese es el "hacer". Y como pasaba con el saber, las enormes ventajas de la herramienta que es la informática están ante nosotros y cada día aprendemos un aspecto más que nos hace más eficaces en el hacer, que en resumidas cuentas es buscar los caminos para que el saber que nos enriquecía personalmente, se extienda y llegue a los demás.

El hacer es la presencia de nuestra personalidad, nuestra manera de ver un problema y su solución, nuestra forma de interpretar una serie de hechos, nuestra forma de comunicarlo, nuestra forma de convertir en realidad algo que hemos aprendido en el saber, pero que no queremos que sea simple teoría, sino algo real y vivo.

Cuando lo que hemos aprendido en el saber, intentamos convertirlo en algo útil, pasamos al hacer, que puede ser para nosotros mismos o para los demás. Y con ello pasamos a otro aspecto más de todo este conjunto de consideraciones. Es la relación.

Y no tenemos más remedio que establecer nuevas comparaciones de la situación y relación previas y posteriores a la invasión informática. Antes las relaciones eran de búsqueda personal, con los avances tecnológicos, pudimos pasar por las cartas, telegramas, teléfonos fijos, pero nuestro afán de comunicación y de dejar constancia de nuestro deseo de comunicación, no paró; llegó la informática y la comunicación móvil. La tranquilidad, con un mensaje corto o largo, a cualquier hora, en cualquier circunstancia, nos convence fácilmente de la necesidad de la informática como recurso actual de nuestra vida relacionada con los demás. Desde el mensaje que en un instante de sentimiento nos apetece enviar a nuestro nieto, al comunicado de extrema gravedad que es importante hacer llegar sin demora a su destino para información, decisiones o actuaciones que procedan.

Pero sigamos avanzando en aspectos de nuestra vida, una vez que hemos sido capaces de despertar la inquietud inicial. Esa especie de parón, que quizás algunos de nosotros o de las personas que nos rodean han podido sufrir ante un cambio importante en su estatus y que estamos repasando cómo la informática puede ayudarnos en forma importante, al convertirse en un recurso de indudable utilidad para nuestro bienestar, en nuestro caso el bienestar de los mayores.

Relacionado con todo lo que estamos viendo, es fundamental que fomentemos en las personas, en nuestro caso, los mayores, el sentido de la curiosidad. Por qué las cosas son así, por qué se siguen determinados efectos a partir de determinadas causas. Recuerdo que cuando era pequeño había una parte de una colección enciclopédica que se llamaba "El libro de los por qué" y hacía pensar en las causas que determinaban efectos que veíamos todos

los días, sin pararnos a pensar en el "por qué" pasaba eso. Ahora lo tenemos mucho más fácil; con la informática, el acceso a cuantas bases de conocimiento se nos ocurran nos ayudará a descubrir esos "por qué". Y lo que es más importante, nos ayudará a resolver y contestar preguntas que nuestro entorno o nosotros mismos nos hagamos sobre determinados hechos que nos inquietan o presentan determinadas dificultades para nosotros o nuestros seres queridos. No se trata sólo de resolver nuestras preguntas por curiosidad, sino convertir esa curiosidad en respuestas prácticas para casos de nuestra vida y la de nuestros seres cercanos.

Cuando hablamos de todo esto, de las posibilidades que se nos presentan con esta herramienta de la que estamos hablando, se ligan unas cosas con otras, unos temas con los siguientes; quizás haga que estas líneas parezcan en algún momento repetitivas. Perdona lector si es así, pero es tan variopinto el panorama de utilización y de enfoque práctico que se nos presenta que tratamos de considerarlo desde diferentes puntos de vista, aunque indudablemente estamos hablando de un concepto único: la informática y su aplicación práctica para el bienestar de los mayores. Los mayores tenemos en común algunas cosas (la edad especialmente, aunque el término es suficientemente amplio en sus límites), pero también tenemos disparidades, diferencias, que hacen que al leer estas líneas a unos nos llamen más la atención unos conceptos o unos caminos que otros. Disculpad, por este motivo, que pueda parecer que repetimos algunas ideas desde otros puntos de utilización práctica.

Y en esta línea vamos a hacer algunas consideraciones sobre el conocimiento. Es evidente que este término tiene relación con el "saber" y con la "curiosidad" de los que hemos hablado, pero vamos a profundizar en la idea desde algún otro aspecto que pueda resultar diferencial. Y lo entenderemos en cuanto lo liguemos a otras dos palabras: aprender y enseñar. Cuando empezamos a movernos por la red, a buscar términos, conceptos, ideas o temas completos y amplios estamos indudablemente aprendiendo. Entendemos aquí por conocimiento, una cierta estructuración de ese aprendizaje. Un método por el que nuestros viajes al mundo de la información estén organizados, no sean alegremente aleatorios, sino que la práctica, la experiencia, nos acompañe, de forma que los sucesivos intentos nos hagan más sencillo el camino.

No podemos olvidar ni ignorar que en estas operaciones de conocimiento, tendremos ante nosotros cantidades enormes de información, que quienes la han depositado en la red lo han hecho bajo determinados epígrafes, con la idea de que se acceda a su información muchas veces por muchos caminos. Debemos aprender a caminar entre esos bosques inmensos de información para que al pedir lo existente sobre un tema podamos movernos con cierta soltura, sin agobios porque nos aparezcan varios miles de puntos a los que podríamos acceder. Indudablemente la práctica será una herramienta utilísima en este aprendizaje, pero lo que es fundamental es que no nos asuste esa lluvia de presunta información.

Y siguiendo con el conocimiento, pasamos a su relación con los términos de aprender y enseñar. No nos referimos al aprendizaje indudable que representan los sucesivos intentos de buscar términos en la red. Nos referimos a la posibilidad de aprender realmente como alumnos asistentes informáticamente a un aula de determinados conocimientos. Con todos los elementos que consideramos incluidos normalmente en cualquier proceso de aprendi-

zaje, textos a estudiar, ejercicios a realizar, correcciones por el profesor, conexiones con el profesor, en directo o en diferido, puestas en común con compañeros de estudios; en fin todo lo que representa un compromiso de estudio, de "aprender", en el sentido más amplio y complejo que se nos ocurra porque, tengamos presente que estamos hablando de hacerlo con una herramienta muy potente. Nos da opción a comunicarnos con nuestros "compañeros" de clase (aunque la relación con ellos será otra forma de utilizar la informática, por encima del tema concreto del estudio), a hacer trabajos compartidos, a comunicarnos caminos diversos de investigación sobre el tema que estemos estudiando; creo que no procede marcar límites a las posibilidades; dejemos que la libre iniciativa e imaginación de cada uno agote las posibilidades y estimule a la imaginación para buscar nuevos puntos de relación.

Pero no se nos acaban nuestras posibilidades en el mundo del conocimiento y la informática con aprender. Tenemos también la contrapartida. Lo bueno es que el campo del conocimiento es tan amplio que, con toda seguridad en algún aspecto precisamos aprender más y seremos alumnos, pero también con toda seguridad, habrá aspectos en los que somos expertos y podemos compartir nuestro dominio de ese campo con otros; es decir nos podemos convertir en "profesores" e intercambiar los papeles, pasando a "enseñar". Tendremos entonces que aprovechar las capacidades y posibilidades de la informática para organizar nuestros propios cursos, nuestros caminos de enseñanza, nuestro acercamiento del saber, que en etapas anteriores hemos ido acumulando, volcándolo en beneficio de nuestros nuevos compañeros de navegación por la red, que lo harán en papel de alumnos porque les iremos trasladando lo que nuestra experiencia ha ido acumulando en etapas anteriores.

Estamos dando un paseo por la vida informática para tomar conciencia de en qué medida es un recurso necesario para el bienestar de los mayores. No es mi intención ser pesado al repetir de vez en cuando este mensaje; lo que pretendo es refrescarlo porque creo que es fundamental que tengamos muy presente que nuestro objetivo es buscar caminos, recursos que efectivamente contribuyan a ese bienestar. Y cuando hablamos de la informática, lo hacemos de una herramienta que contribuye indudablemente a ese fin desde una variedad enorme de posibilidades diferentes. Realmente todas tienen algo de común puesto que es verdad que todas acaban manejando una misma herramienta, pero también es verdad que nuestra imaginación para aplicar en la realidad todas las diferentes posibilidades que nos ofrece la informática, no debe permanecer inactiva. Vamos a intentar hacer algo de ejercicio en ese sentido.

Pensamos además que hablar de estas posibilidades, acercándolas a aspectos concretos de importancia vital para nuestro interlocutor, hará que ese interlocutor, si antes no era adicto a la informática, acabe siéndolo. Recordamos aquí lo que decíamos al principio. El diálogo con las personas de los temas, de las cosas que les preocupan, de la forma en que se pueden abordar, es lo que hará que los mayores se aproximen a la informática, poco a poco y en lo que a cada uno le interese de forma inmediata. Después, cuando se vaya familiarizando, ya irá abordando más aspectos de los que hasta aquí hemos ido enunciando.

La realidad es que con estas últimas palabras he intentado hacer una breve parada en la consideración de las etapas que podemos ir atacando en nuestra relación de familiarización con la informática. A propósito, paciente lector ¿le gusta viajar?

Porque si le gusta, podemos comentar cómo organizar su próximo viaje con esta herramienta de la que estamos hablando. Que trabaje la informática, que busque toda la información que precisamos en Internet, en la red, que luego decidiremos a la vista de todas las informaciones, dónde iremos, cuándo, con quién e incluso pagaremos las facturas a través de la red.

Empezamos por cruzarnos unos mensajes, mediante el correo electrónico, con nuestros presuntos compañeros de viaje para ir concretando cuántos y quiénes seremos, eligiendo las fechas posibles y mencionándoles los lugares que en principio hemos elegido.

Cuando tenemos las primeras respuestas pasamos a relacionarnos en serio con Internet; entramos en la red y pedimos las informaciones de los lugares que optan a ser nuestros destinos. Allí tendremos las informaciones de hoteles, calidades y precios, lugares especiales a visitar, vuelos o recorridos en barco apetecibles. Y si queremos concretar algún aspecto sobre lo que estamos viendo podemos enviar un correo electrónico al hotel o punto de destino que nos hace surgir la duda, porque hoy día seguro que tiene dirección de correo electrónico, además de página web en la que podemos consultar todo lo que se nos ocurra. Es decir, estamos hablando de cómo podemos tener las informaciones para comparar y decidir el destino en unos pocos días, no con los comentarios de una Agencia de viajes, sino con la flexibilidad de ver en directo todas las alternativas que se nos ocurran.

¿Hemos ganado tiempo en la gestión? ¿Hemos trabajado con más información sobre la que elegir nuestro destino que lo hacíamos en otro tiempo? No cabe duda de que este ejemplo es también una respuesta al título del artículo.

En algún punto del artículo es obligado hablar también de algún aspecto que resulta un problema cuando estamos metidos en Internet, tenemos un correo establecido y somos un visitante normal de la red. Para descansar del viaje anterior, vamos a hacer algunos comentarios sobre estos temas. No pretendemos sentar cátedra sobre ello, pero nos parece en cierto modo obligado citarlos porque están dentro de la informática y pueden ser un cierto incordio en su utilización de todos los días.

Nos referimos al correo basura y a las protecciones contra intromisiones que pueden perjudicar o bloquear nuestro ordenador.

El correo es indudablemente un factor extraordinario en la informática, y en la conexión de nuestro ordenador a la red, a Internet, de extraordinaria aceptación y sencillez de uso, de organización del correo recibido y enviado. Existen herramientas de control del correo que nos llega, que nos permiten poner barreras para que a nuestra pantalla de lectura nos lleguen realmente los que presumiblemente nos pueden ser útiles. Los filtros que apartan los correos que presumimos no nos interesan los almacenan para su posterior y sencilla destrucción. Este correo basura nos llega porque nuestra dirección es conocida en la red y nos incluyen en sus destinos emisarios de correos, en general genéricos.

Para proteger a nuestro ordenador de intromisiones de este tipo en el correo y de contaminaciones mediante virus, más graves por su intención dañina, existen protectores antivirus que examinan todo el correo que llega antes de dejarlo pasar al ordenador. En estos antivi-

rus se pueden introducir instrucciones, que como antes indicábamos, son un primer filtro para evitar que correo no deseado inunde nuestras pantallas.

Nos ha parecido que por lo menos debía haber una mención a este tema, aunque fuera muy ligera porque estamos hablando del bienestar de los mayores y lo que hemos citado es un incordio en ese bienestar cuando estamos conectados al ordenador para recibir o enviar nuestro correo.

Tras este breve paréntesis, sigamos con nuestro paseo por las posibilidades que los ordenadores nos ofrecen como soporte de la informática, ese recurso prácticamente necesario para el bienestar de los mayores.

Centramos ahora nuestra atención en el ordenador como elemento útil, es decir para qué nos va a servir, en qué nos puede ayudar, cómo nos permite relacionarnos con otras personas o fondos de saber y conocimiento.

Lo podemos utilizar para nuestra diversión, entendiendo por tal todo tipo de entretenimiento, tanto individualmente como jugando con otros. No tratamos aquí de dedicarnos a buscar y divulgar diversidad de páginas y programas con los que podemos practicar y convertir en juego real el tema del que hablamos; simplemente nos limitaremos a enunciar el concepto y comentar sus posibilidades, pero dejaremos a la curiosidad de quien nos lee el investigar y buscar las páginas concretas que Internet ofrece para el entretenimiento, diversión e intercambio del explorador.

Hay páginas que lo que nos ofrecen son entretenimientos clásicos, crucigramas, partidas de juegos también conocidos como puede ser el ajedrez, con lo que podemos jugar partidas con otros aficionados a través de la red, o simplemente dedicarnos a resolver problemas de cómo dar mate en cierto número de jugadas. Me atrevo a decir, sin demasiado peligro a equivocarme, que cualquier juego o pasatiempo al que te sientas próximo o aficionado, podrás encontrarlo en la red.

Ya hemos mencionado en otro momento la enorme capacidad de búsqueda que tenemos a nuestra disposición con Internet; si aplicamos esta idea al caso que nos ocupa, podemos pedir información por el término al que nos queremos dedicar y tendremos que poner nuestro ingenio a trabajar para hacer disminuir el número de páginas que nos ofrecerán información sobre el tema que hemos propuesto.

En resumidas cuentas, nosotros decidimos en cada momento, qué palabra define nuestra diversión en ese instante y con esa palabra tendremos respuestas más que suficientes para tomar la decisión de en qué nos queremos centrar.

Pero no todo nuestro tiempo lo dedicaremos a diversión, probablemente habrá una parte que queramos dedicar a formación o cultura. Tampoco en este tema querríamos dar muchas pistas; nuestro objetivo, lo repetiremos una y otra vez, no es resolver todas las dudas, sino despertar el interés, la curiosidad, para que cada uno siga las pistas generales que le harán llegar a la meta deseada en cada uno de los temas que enunciamos. Cuando hablamos de estos temas: formación y cultura, somos muy amplios en su contenido.

Al hablar de formación, nos referimos a todo lo que se refiere al incremento de conocimientos teóricos y prácticos (es decir cosas a saber y cosas a practicar) en los que la persona actor de nuestra película, se encuentra interesada. La distinción que queremos significar entre formación y cultura va orientada a que la formación para la persona que nos ocupa va acompañada de un cierto deseo de aplicar lo que está aprendiendo, no solo está aprendiendo una cosa en particular, sino adquiriendo un cierto método para esa adquisición. Y normalmente ese camino de formación lleva en sí un cierto deseo o incluso necesidad de aplicar lo que está aprendiendo.

Un ejemplo muy concreto e íntimamente relacionado con lo que hablamos sería la formación del nuevo entusiasta informático encaminada a cómo relacionarse con otros temas a los que llegará a través de su aprendizaje.

La cultura, en cambio, puede despertar el interés de nuestro amigo viajero en busca de recursos necesarios para incrementar su bienestar, no tanto por su aplicación inmediata sino por el placer de saber y relacionar conocimientos, aun sin pensar en aplicaciones inmediatas de ese saber.

Es por el placer de la cultura en sí; saber cosas, conocer vidas, comparar experiencias. Conocimientos que adquirimos no pensando en su aplicación práctica, sino por el valor de los conocimientos en sí. Es un almacenamiento que nos enriquece, que amplía nuestros márgenes de conversación y relación.

Hay momentos en que, una pausa en lo que estoy escribiendo, me hace pensar si no me estoy separando del objetivo del artículo. Pero creo que no, que hablando, más o menos informalmente, de las posibilidades que la Informática pone fácilmente a nuestra disposición, podemos abrir el abanico de posibilidades por las que una persona se puede sentir atraída por esta potente herramienta, podremos más fácilmente acercarnos a esa faceta que satisface, que llena a nuestro presunto interlocutor, lo suficiente para que esté dispuesto a hacer un pequeño esfuerzo y entrar de lleno en este campo de Internet.

Y tras este razonamiento de refuerzo a nuestro esquema de trabajo, seguimos con nuestro paseo de posibilidades que la Informática nos ofrece en la red.

No podemos ni debemos dejar a un lado las numerosas posibilidades que nos ofrece Internet de relacionarnos con los demás. En algunos de los temas de los que hemos tratado hasta ahora ya estaba patente esta relación, pero ahora la destacamos como un elemento más de la informática que nos enriquecerá en nuestros medios de comunicación, de relación con los demás.

Podemos hacerlo destacando todo lo que hemos avanzado y aprendido en los entornos de los que hemos hablado hasta ahora, pero merece un comentario exclusivo este tema de la relación, porque cuando estamos hablando de ello, nos referimos a las facilidades de comunicación que nos ofrece esta red. En todos los sentidos. En rapidez, porque tan pronto tenemos la idea, el sentimiento que nos impulsa a comunicarnos con alguien, lo podemos volcar a un correo, con la inmediatez y la inspiración precisamente de ese momento, con el sentido espontáneo que nos mueve a la comunicación en ese instante, para transmitir la

alegría, la emoción, la preocupación, el temor o cualquiera que sea el sentimiento que nos emociona.

Y no nos preocupa que el destinatario esté o no en ese momento para recibir nuestro mensaje, porque de lo que sí estamos seguros es que cuando lo lea, verá reflejado en él todo nuestro sentimiento de cuando lo escribimos. Y naturalmente su respuesta irá cargada de la emoción correspondiente, con lo que habremos reforzado la relación cargando a la simple comunicación de sentimiento.

El conjunto de elementos que nos aparecen en el repaso que estamos haciendo cuando analizamos lo que las modernas herramientas nos ofrecen para enriquecer nuestras relaciones humanas, nos hace patente un matiz que estimamos de suma importancia en una época en que resulta, por desgracia, demasiadas veces evidente la falta de solidaridad. Pues con lo que estamos repasando se pone en nuestras manos la forma de evitar esa falta de solidaridad, porque acerca a nuestro entorno la posibilidad de ayudar a los demás.

Y esto lo decimos en un sentido muy amplio porque no es ya sólo por la facilidad con que se pondrán a nuestro alcance las noticias y ocasiones de necesidad que se presentan en nuestra sociedad, sino también por la sencillez, eficacia y rapidez de poder atenderlas, comunicarlas y por lo tanto desencadenar acciones colectivas de atención a esas necesidades, tanto por situaciones aisladas como por la difusión de casos de emergencias de grandes dimensiones.

Ampliemos un poco el campo. Hasta ahora nos hemos referido a posibilidades de acción de la persona, por supuesto no solo en plan individual, sino también en relación con su entorno. Vamos a considerar algunos aspectos que nos parece merece la pena destacar en los que participa la persona, pero como elemento perteneciente a un grupo, es decir como miembro de una Asociación, con responsabilidades hacia la sociedad.

Destacamos así la importancia que tiene la Informática desde el punto de vista del "asociacionismo", el camino del individuo para no hacer las cosas solo, sino formando equipo con otros.

Merece la pena detenernos un momento en comentar la práctica de este concepto. Son varios matices los que intervienen en el tema. En primer lugar desde la óptica del compartir información, no solo entre los individuos de una misma Asociación, sino entre las diferentes Asociaciones.

La enorme ventaja que nos ofrecen la Informática e Internet para manejar la información que debemos compartir o sobre la que debemos opinar las diferentes asociaciones, en intervalos cortos de tiempo, generalizando el reparto de las ideas a todos cuya opinión resulta de interés, no resulta fácil de valorar. Sobre todo cuando estamos ya acostumbrados a utilizar este camino y solo nos damos cuenta de lo que representa cuando se presenta algún problema, alguna avería o algún punto en el que la fluidez de la comunicación no se alcanza todavía.

Para la difusión de las noticias, de las informaciones, para recoger opiniones sobre ellas, para las convocatorias de reuniones, con el acceso a las páginas web de las distintas Asociacio-

nes. En fin un campo enorme de posibilidades que los responsables de las asociaciones utilizan con la máxima difusión y que los asociados disfrutan y al mismo tiempo comprometen para conseguir avanzar en sus planteamientos.

En la actualidad en que el movimiento asociativo está representando una actividad importante y creciente en todos los campos en general, pero en el de los mayores que nos ocupa, quizás con más intensidad y participación que en otros, los caminos que nos brinda Internet y la Informática en general son realidades en las que progresivamente debemos estar inmersos para aprovechar a tope todas sus posibilidades.

El esquema global de trabajo se amplía si consideramos al mayor como individuo, al mayor en su primer agrupamiento que podemos considerar es la familia y al mayor participando en la sociedad a través de la Asociaciones que antes citábamos. Se completa el campo de trabajo y relación cuando el mayor, en cualquiera de los tres papeles citados, se relaciona con las autoridades u organismos oficiales, entendiendo por tales todos los aspectos que en la sociedad estructuran servicios, impuestos, concursos, cualquier tema que pudiéramos denominar de relación oficial.

Manteniendo el lema del título de este documento, es decir, el bienestar de los mayores, lo que nos preocupa al plantearnos el contenido de este documento, es encontrar medios, caminos, recursos, que nos faciliten ese bienestar. Por supuesto que siempre en esa búsqueda debemos tener presente el resultado que conseguimos en contraste con el esfuerzo que nos representa.

Para quien esté todavía a cierta distancia de lo que hemos expuesto en estas notas, puede parecer que el camino presenta dificultades importantes. Pero insistimos en lo que ya hemos dicho: la Informática no es más que una herramienta; por lo tanto primero tenemos que tener ilusiones, deseos de hacer cosas, de aprender, de compartir, de divulgar, de “trabajar” con y para otros, de relacionarnos con nuestros hijos, con los amigos, con la sociedad y además no dejarnos absorber totalmente. Nuestra vida es lo importante y debemos aprovecharnos de las enormes posibilidades que nos brinda la Informática para hacerla más rica, de más relación, de mayor participación.

Ya estamos terminando de dar el paseo por las posibilidades de mejorar nuestro bienestar gracias a la Informática, tanto en local como en sus conexiones a Internet, tanto individualmente como parte integrante y activa de la sociedad.

Hay un aspecto del que no hemos hablado, aunque podemos considerar que está incluido en todo el proceso de tratamiento y compartir información. Nos referimos al gráfico. Al envío de fotografías y películas, que nos ponen al día de la situación y novedades de la familia, más o menos próxima o lejana en su ubicación, pero a nuestro lado en su conocimiento. El día a día de nuestros hijos, nietos y demás familiares. Es el estar aunque no estás, con la tranquilidad de la contemplación de los seres queridos, de sus gestos, de sus últimas novedades gráficas, de sus últimas participaciones sociales.

Nos quedaría todavía algún comentario relativo a las herramientas principales que vamos a manejar en este campo de actividad. Es decir los programas principales con los que nuestro

quehacer diario y nuestra relación inmediata con esta nueva amiga, la Informática, se va a llevar a cabo. Como en el resto de los temas que hemos mencionado en estas notas, no vamos a detenernos mucho en ellos; solo recordaremos para los menos expertos que nos permiten manejar globalmente toda la información, cada uno en su especialidad.

Quizás el programa que más utilizaremos porque es la herramienta para escribir, es el procesador de textos. De verdad que con esta herramienta desaparece la pereza. Su conocimiento, tan sencillo como el escribir cuando aprendemos a hacerlo, nos va a permitir trabajar en todos los aspectos que a lo largo del artículo hemos ido enunciando. Porque en resumidas cuentas es aprender a escribir en esta nueva tierra de la Informática.

En la vida real del hombre hay otro aspecto que manejamos con frecuencia; quizás a veces demasiada. Que hay ocasiones que nos aporta preocupaciones y otras veces nos da soluciones. Nos referimos a las hojas de cálculo. Es una ayuda eficacísima que nos permitirá buscar tentativas diversas a un determinado problema. Probablemente es uno de los casos en que cuando nos sumergimos vemos más clara la eficaz ayuda de la Informática; un verdadero recurso para nuestro bienestar, cuando gestionamos nuestra economía.

El tercer elemento que en la informática nos ayudará de forma eficaz son las bases de datos. Es la forma de organizar y estructurar la información, clasificándola según distintos índices o conceptos, que permiten sacar conclusiones de situaciones y resultados estadísticos de extraordinaria utilidad, según la imaginación e iniciativa de quien las maneja.

Comprendemos que estos últimos comentarios para algunos de nuestros lectores son mínimos, para otros son simplemente indicativos de lo que tenemos entre manos, de las posibilidades que estamos explorando. Pero entendemos que es obligado hacer mención de ellos por ser las herramientas tipo, que todo explorador de este campo va a conocer en sus primeros pasos, junto con el correo electrónico, porque no tiene sentido entrar en este mundo sin aprender a relacionarnos con los demás.

Y para terminar, sirviéndonos de modelo de ejercicio para muchas cosas de las que hemos hablado en estas notas, comentaría algo de la Ley de Dependencia, aconsejando a quienes me lean, que pueden practicar entrando en las páginas del Ministerio para saber cómo va avanzando la Ley, la legislación que va apareciendo, en las páginas de las Autonomías se verán los aspectos críticos y momentos cruciales de la aplicación, etc. Creo que es un ejercicio que nos permitirá estar al día de esta importante Ley y nos mantendrá en forma en cuanto a la búsqueda de información.

Sinceramente, para mí ha sido gratificante el ejercicio de dar un repaso a las consideraciones que hemos expuesto relativas a este recurso necesario para el bienestar de los mayores. Hemos hablado de la Informática, pero insisto en que es sólo una herramienta, muy eficaz, muy potente, pero la gracia está en las mentes de quienes la utilicen para aprovechar todo lo que puede dar en beneficio de toda la sociedad y, especialmente, en beneficio de los mayores.

Muchas gracias y que la Informática contribuya a vuestro bienestar.

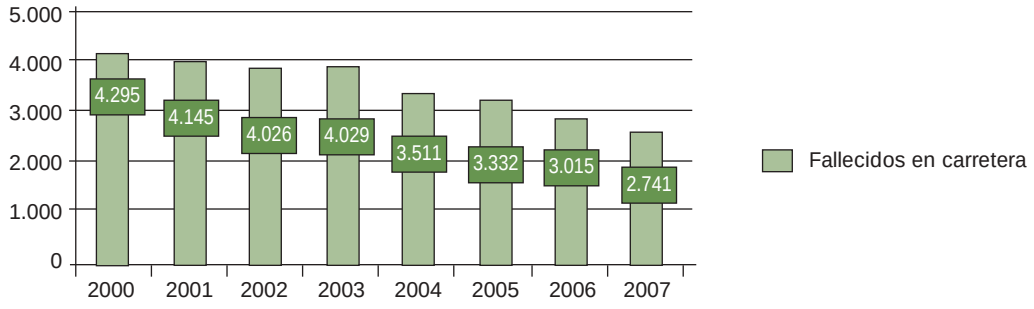
19

Seguridad vial: las personas mayores como conductores y peatones

Por Jesús Minaya Saiz
Médico Geriatra
Hospital de Guadarrama. Madrid

Los accidentes de tráfico representan uno de los mayores problemas de salud pública en los países desarrollados, tanto por sus elevadas tasas de mortalidad y morbilidad como por los elevados costes socioeconómicos. Algunos trabajos, realizados en España, los cifran en miles de millones de euros.

En el año 2007 fallecieron en carretera en España 2.741 personas y se produjeron más de 140.000 heridos como consecuencia de los accidentes de tráfico.



En 1983 la American Medical Association ya advertía de la importancia de que los médicos comenzaran a darse cuenta que las lesiones por accidente de tráfico constituyen un problema de salud de primera magnitud y deben incrementar sus conocimientos sobre las consecuencias de los accidentes y su prevención.

A la pregunta: ¿registramos los profesionales sanitarios el hábito de conducción de nuestros pacientes?, probablemente la respuesta sea negativa. Por ello, no se puede realizar prevención alguna si se ignora el problema.

Se debería incluir el registro de los hábitos de conducción de los pacientes en todas las Historias Clínicas de Atención Primaria y Especializada, y por tanto, conocidos los hábitos de conducción, seleccionar a los conductores con riesgo de accidente.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTE TEMA EN LAS PERSONAS MAYORES?

Actualmente los conductores mayores de 65 años suponen aproximadamente un 10% del censo de conductores. Debido a la tendencia demográfica actual, el número de conductores mayores de 65 años sufrirá un aumento notorio en los próximos decenios. Por otra parte, el automóvil supone cada vez más una auténtica necesidad para llevar a cabo una vida normal, y se ha constatado que las habilidades necesarias para el desarrollo de una conducción automovilística segura comienzan a deteriorarse a partir de los 55 años de edad, disminuyendo de forma importante después de los 75 años.

Los mayores, en general, no tienen conductas de riesgo, agresivas, y son prudentes. Por otra parte cuando se empiezan a notar limitaciones físicas, automáticamente las personas mayores reaccionan con estrategias defensivas, no salen de noche o cuando hace mal tiempo. Utilizan el vehículo para recorridos conocidos, si hacen recorridos desconocidos o largos, se estudia el itinerario, se escogen carreteras asfaltadas, alumbradas y señalizadas. El problema principal que puede surgir es el de exceso de confianza, creyendo que la experiencia puede compensar los efectos de la edad.

Estadísticamente, según algunos estudios, los conductores mayores tienen menor siniestralidad que otros grupos de edad en números absolutos, en cambio tienen un mayor número de accidentes por kilómetros recorridos en relación con otros conductores adultos. En algunos trabajos se demuestra que los conductores mayores de 85 años tienen una siniestralidad 9 veces superior, ajustando por Km. recorrido, que el grupo de edad de 25 a 69 años. En cambio en otros trabajos se ha objetivado que los mayores que hacen uso frecuente del automovil no tienen mayor accidentalidad que otros grupos de edad, son los conductores mayores que utilizan menos el vehículo los que tienen mayor siniestralidad por kilómetro recorrido.

Además, en general, la gravedad de las lesiones después de un accidente de tráfico, a igualdad de trauma, aumenta de forma espectacular a partir de los 55 años. Además precisan mayores periodos de hospitalización, con un mayor riesgo de aparición de complicaciones (neumonías nosocomiales, úlceras por presión, tromboembolismo pulmonar,...).

Circunstancias a tener en cuenta en las personas mayores que conducen:

Existen con la edad unos cambios fisiológicos con el envejecimiento que pueden influir negativamente en la capacidad para conducir, como son:

- Alteraciones visuales: disminución de la agudeza visual, reducción del campo visual, pérdida de la capacidad de acomodación, pérdida en la discriminación del contraste, pérdida en la discriminación del color, incremento de sensibilidad a deslumbramientos.
- Alteraciones auditivas, lo que se conoce como presbiacusia.
- Lentificación psicomotora, con disminución de la fuerza motora y aumento del tiempo de reacción.

Además a esas edades son más prevalentes ciertos estados patológicos que influirían negativamente en la capacidad para la conducción como son:

- Patologías visuales: cataratas, glaucoma, alteraciones retinianas.
- Patologías auditivas y vestibulares: hipoacusias, vértigos.
- Enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, arritmias,...
- Endocrinológicas: Diabetes mellitus, alteraciones tiroideas.

- Trastornos neurológicos: Deterioro cognitivo/DEMENCIAS, enfermedad cerebrovascular, epilepsia, E. Parkinson, neuropatías etc.
- T. neuropsicológicos: depresión y ansiedad.
- Alteraciones del sueño: Síndrome de apnea del sueño.
- Patología reumatológica: Artritis, artrosis...

Por otro lado, el consumo de fármacos puede afectar también a la capacidad de conducir. Los ancianos toman más fármacos que otros grupos de edad por la mayor morbilidad coexistente.

A mayor número de patologías crónicas y/o polifarmacia, mayor probabilidad de que se produzca un accidente.

¿CÓMO DEBE ABORDAR EL PERSONAL SANITARIO LA SEGURIDAD VIAL DE LOS MAYORES?

El personal sanitario se debe CONCIENCIAR DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA, se debe recoger en la historia clínica el hábito de conducción, identificando los conductores mayores de riesgo, recogiendo en la anamnesis si han tenido accidentes recientes, si tienen pérdidas frecuentes al conducir, si precisan de copiloto que les indique el camino para llegar al destino deseado, e interrogando a los familiares si se sienten seguros con la conducción del paciente.

La American Medical association/National Highway Traffic Safety Administration/US Department of Transportation, June 2003 propone un autotest para identificar a los conductores mayores potencialmente de riesgo.

Señale las afirmaciones que sean aplicables a Vd.:

- Me pierdo cuando conduzco.
- Mi familia o amigos están preocupados con mi forma de conducir.
- Tengo problemas para ver las señales y reaccionar a tiempo.
- Otros conductores van demasiado rápido.
- Otros conductores a menudo me “pitan”.
- Conducir me estresa.
- Después de conducir, me siento cansado.
- Las intersecciones son un problema para mí.
- Las luces de los faros me molestan.
- La medicación que tomo me hace estar mareado o adormilado.
- Tengo problemas para girar el volante.

- Tengo problemas para pisar el acelerador o el freno.
- Tengo problemas para mirar por encima de mi hombro cuando voy marcha atrás.
- He sido parado recientemente por la policía por mi forma de conducir.
- No me gusta conducir de noche.
- Tengo problemas para aparcar últimamente.
- La gente no quiere montar conmigo en el coche.

Si el conductor mayor selecciona cualquier afirmación, su seguridad cuando conduce puede estar en riesgo, y debe recomendarse que consulte a su médico ya que puede ponerle en la pista de una posible deficiencia que tratar o alguna recomendación a realizar.

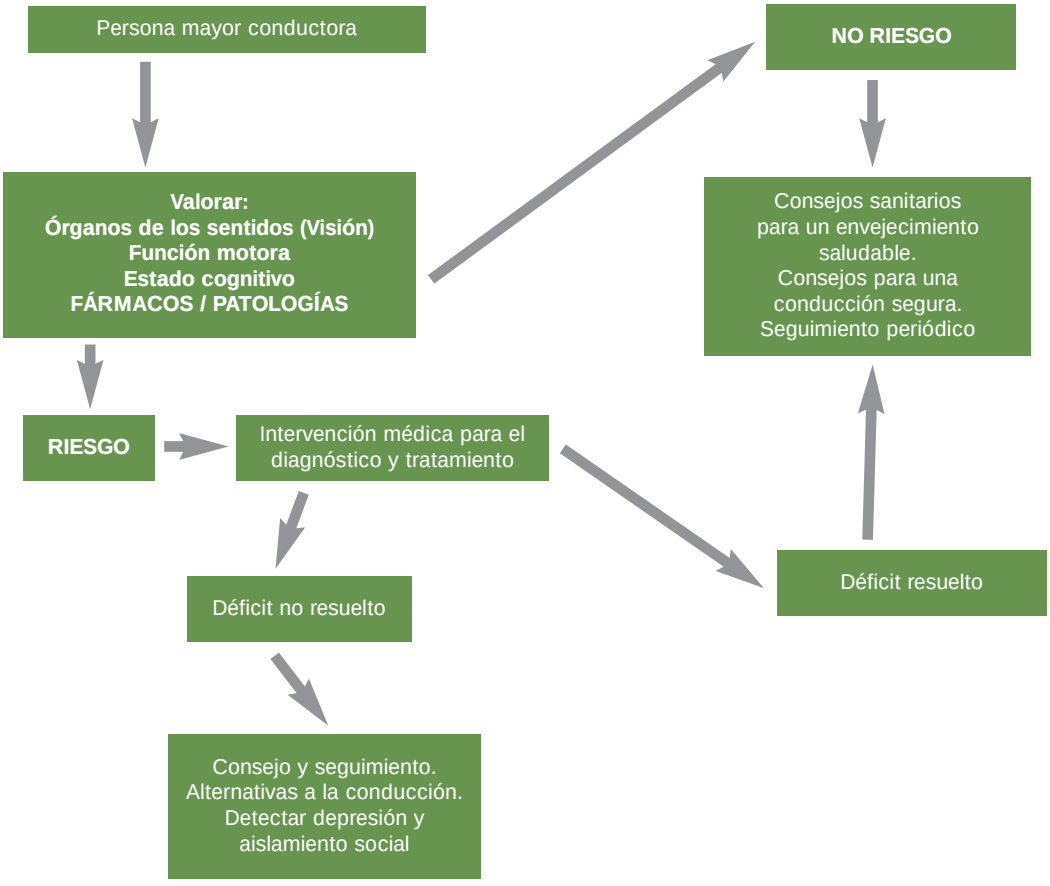
Por otro lado se debería realizar una VALORACIÓN MÉDICA ADECUADA DE LAS POSIBILIDADES DE CONDUCCIÓN EN LA PERSONA MAYOR, realizando una valoración integral para identificar los conductores de riesgo, centrándose sobre todo en los siguientes aspectos:

- Situación funcional y capacidad física.
- Órganos de los sentidos: sobre todo en la visión.
- Morbilidad, con especial interés:
  - Las enfermedades neurológicas: deterioro cognitivo, Enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular.
  - Aparato locomotor.
- Polifarmacia.

No existe el "test ideal" que pueda detectar un incremento de riesgo de accidentes en un conductor mayor. Se han propuesto como más útiles, las pruebas reales en carretera con examinadores y la conducción con simuladores.

Una vez detectado el déficit se aplicarán las restricciones necesarias en cada caso.

Según algunos trabajos publicados, la Valoración multidisciplinar para detectar conductores de riesgo (geriatra, neurólogo, rehabilitador, oftalmólogo, terapeuta ocupacional,...), ha resultado positiva.



Se intentará buscar un equilibrio entre incentivar la autonomía del conductor mayor, su propia seguridad y la seguridad pública.

¿CUÁNDO DEJAR DE CONDUCIR?

El acto de conducir un vehículo es una actividad compleja. El conductor se convierte en un procesador de información: recibe, evalúa, decide y actúa, lo que supone tener los mecanismos psicofísicos en condiciones óptimas.

En los Centros de reconocimiento no se deberían usar sólo “pruebas de lápiz y papel” para realizar esa valoración sino que sería necesario realizar pruebas con simuladores o pruebas reales en carretera.

Como ya se ha referido, la valoración multidisciplinar del conductor mayor puede ser muy útil a la hora de decidir cuándo dejar de conducir.

Situaciones patológicas a considerar en conductores mayores y algunas recomendaciones a seguir

- Alteraciones de la capacidad visual

  - Agudeza visual (lejos, cerca):
    - Los conductores deben conseguir, con o sin cristales, una agudeza visual de 2/3 en el ojo mejor y 1/2 en el otro ojo. En permisos ordinarios incluso se permite la visión monocular, siempre que hayan transcurrido más de 6 meses desde la pérdida de la visión y reúna las condiciones exigibles a la visión binocular.
  - Campo visual (glaucoma, alt. retinianas,...):
    - Deben percibir un campo normal en visión binocular y, al menos, de 120º en meridiano horizontal y sin reducciones significativas en otros meridianos en el caso de visión monocular.
  - Afaquias: en los permisos ordinarios se admiten las afaquias, incluso bilaterales. Se requiere al menos 3 meses de evolución, siempre que alcancen los mínimos establecidos en cuanto a agudeza y campo visual mencionados.
  - No están admitidos la ptosis, la lagoftalmía, el nistagmo ni las arreflexias pupilares que reduzcan la agudeza o el campo visual en los límites señalados anteriormente, como tampoco las diplopías. Si el proceso es susceptible de corrección quirúrgica, una vez realizada se suprimirán las limitaciones impuestas.
  - El hemerálope (por atrofia del nervio óptico) es especialmente sensible al deslumbramiento y no puede conducir de noche.

Algunas recomendaciones para conductores con patología ocular serían: evitar la conducción nocturna, evitar las horas punta y recomendar que circule siempre que pueda por sitios conocidos.

- Alteraciones de la capacidad auditiva

  - Los conductores de permisos ordinarios no deben tener, con o sin audífono, una hipoacusia superior al 45% de pérdida combinada, entre los dos oídos. Si la hipoacusia supera el 45%, los vehículos de estos conductores deben llevar espejos retrovisores a ambos lados. Si la sordera fuese total, además de lo anterior, han de llevar un espejo retrovisor interior panorámico y se limita su velocidad máxima a 90 km/h.
  - No se acepta la existencia de vértigos permanentes, evolutivos o intensos, ya sean otológicos o de otro tipo

- Aparato locomotor

Debe ser valorada cualquier alteración que no permita la sedestación o un manejo eficaz de los mandos del vehículo sin necesidad de posiciones fatigosas. En la legislación vigente aparecen las adaptaciones que debe disponer el vehículo en función de la alteración de la movilidad que presente el conductor.

- Enfermedades cardiovasculares

  - Las limitaciones en pacientes cardiópatas se basan, sobre todo, en el riesgo de desarrollar síntomas de presentación abrupta, especialmente arritmias malignas.
  - No se permite la conducción si se padece taquicardia ventricular sostenida, fibrilación ventricular, taquicardia supraventricular no controlada, bradicardia sintomática, síncope vasovagal grave no tratado o síncope por enfermedad del seno carotídeo no tratado.
  - Cuando se lleve un marcapasos, no deberán conducir durante los primeros tres meses los conductores del grupo 1º. A1, A, B, B+E.
  - No existen especificaciones respecto a los portadores de desfibriladores automáticos implantables.

- Somnolencia y trastornos del sueño

  - Son varios los trabajos que demuestran que los pacientes con apnea del sueño tienen tasas de accidentes más altas que el resto de la población.
  - Se exige un informe del especialista con tratamiento y control de la afección, y se limita la vigencia de la licencia de circulación a dos años en los permisos del grupo 1º.

- Diabetes mellitus

  - El riesgo de accidente del paciente diabético está estrechamente ligado con la aparición de hipoglucemia y con el desarrollo de complicaciones a largo plazo propias de la enfermedad.
  - Los conductores afectados de DM deben vigilar los signos de hipoglucemia y de deterioro de la conducción (temblor, descoordinación de movimientos, alteraciones visuales, etc.).
  - Los pacientes en tratamiento con ADO o insulina deberán presentar informes médicos que especifiquen el grado de control y el riesgo de complicaciones agudas (hipoglucemias), y se limita la vigencia del permiso de conducir a 6 meses o un año desde su expedición.

Algunas recomendaciones en diabéticos:

- Es conveniente que vaya identificado como diabético de forma clara.
- Junto a la documentación del coche llevará el último informe médico, donde conste su tratamiento habitual actualizado.
- Planificará los viajes.
- Durante los viajes largos nunca viajará solo. Hará paradas intermitentes al menos cada dos horas.
- Se realizará un autoanálisis de glucemia antes de iniciar el viaje y siempre que note sensaciones, síntomas o signos que no identifique.

- Respetará sus horarios habituales de comidas y de administración de insulina.
- Llevará en el coche alimentos ricos en hidratos de carbono (galletas, frutas, caramelos, etc.) y glucagón para ser utilizados en caso de hipoglucemia, según el grado de gravedad. Además, llevará su insulina habitual.
- Si notase síntomas de alarma de hipoglucemia, disminuirá la marcha del coche hasta pararse en el arcén y tomará alguno de los alimentos ricos en hidratos de carbono de absorción rápida (caramelos, galletas, frutas, etc.).
- Nunca tomará bebidas alcohólicas.
- Si la visión no es perfecta, evitará la conducción nocturna.

- Deterioro cognitivo y demencias

Es una patología prevalente en personas mayores y que obviamente influye negativamente en la capacidad de conducción.

Los Centros de reconocimiento deberían realizar al menos un MMSE a todos los mayores de 65 años que solicitan o renuevan el permiso de conducción, aunque este test no tiene una correlación directa con la capacidad de conducir, ya que no explora todas las capacidades, y se debería suplementar con pruebas de aprendizaje verbal, fluidez verbal, atención y capacidades visuocognitivas.

La Academia Americana de Neurología concluye que con grados de deterioro cognitivo muy leves (puntuación de 0,5 de la Clinical Dementia Rating Scale, CDR) la tasa de accidentes no es superior a la de los jóvenes entre los 16 y 21 años. Con mayor afección (puntuación de 1 en la CDR), la accidentalidad de estas personas supera la de los individuos de su edad.

En este sentido el trabajo de B.R. Ott, y cols. publicado en *Neurology* confirma la potencial peligrosidad en la conducción de los Enfermos de Alzheimer en estadios leves, pero también indica que en algunos casos con Enfermedad de Alzheimer incipiente pueden seguir conduciendo de forma segura durante un tiempo. Es necesario una reevaluación regular (al menos cada 6 meses) y la colaboración de la familia para detectar ciertos signos de alarma (perderse en lugares conocidos, no observar las señales de tráfico, conducir a una velocidad inapropiada,...).

Por otro lado, las capacidades que son exigibles para conducir en un medio rural donde es escaso el tráfico y las carreteras son conocidas, no serían las mismas que exige el medio urbano donde la complejidad de las vías y del tráfico es mucho mayor.

Según el estudio epidemiológico poblacional de Garre-Olmo y cols. (grupo FRADEGI) publicado en el 2008, realizado en un área rural de Girona, entre el 4,6 y el 19,4% de los conductores en activo mayores de 75 años podrían presentar, según el punto de corte seleccionado en el MMSE, algún grado de deterioro cognitivo. Extrapolando este dato a España, podría haber entre 21.000 y 91.000 personas mayores de 74 años que conducen y que podrían presentar algún tipo de deterioro cognitivo. Se pone de manifiesto, por tanto, que hay un porcentaje moderado de personas mayores de 74 años con sospecha de deterioro cognitivo que conducen de forma habitual y ponen en duda la fiabilidad de las actuales pruebas psicométricas de evaluación de la capacidad de conducción, (*subtest ASDE Driver-test*).

- Enfermedad cerebrovascular

  - Un episodio cerebrovascular, independientemente de su naturaleza, puede provocar un accidente si ocurre durante la conducción de un vehículo, bien por los déficits neurológicos focales que pueda producir o por una disminución del nivel de conciencia.
  - Se podrá conducir cuando hayan transcurrido 6 meses sin síntomas neurológicos y si no hay secuelas.
  - Si hay secuelas que no impidan la obtención o prórroga del permiso, éste tendrá una vigencia máxima de un año.
  - No se admitirán los ictus recurrentes.

- Enfermedad de Parkinson

  - Se relaciona con un índice aumentado de siniestros.
  - Los pacientes presentan dificultad para iniciar los movimientos, lentitud para llevarlos a cabo y pérdida de las conductas automáticas tan necesarias en la conducción.
  - Presentan episodios súbitos de somnolencia relacionados con la medicación.
  - La enfermedad de Parkinson no conlleva necesariamente la suspensión del permiso de conducción.

- Trastornos del estado de ánimo

  - Existen estudios que han encontrado un aumento de la accidentalidad entre los sujetos que padecían estas enfermedades; sin embargo, son estudios que tienen insuficiencias metodológicas, lo que no permite afirmar esas conclusiones, aunque sí pueden ser orientativos.

- Fármacos

Como ya se ha reseñado, los mayores consumen más fármacos que otros grupos de edad por la mayor morbilidad coexistente. Los mayores, además, es conocido que tienen una mayor sensibilidad a los efectos de los fármacos. Destaca la mayor probabilidad de siniestros en pacientes tratados con benzodiazepinas, antidepresivos y antidiabéticos.

Los principales fármacos que pueden influir en la capacidad de conducir serían:

  – Antidiabéticos (insulinas y antidiabéticos orales).
  – Antihipertensivos.
  – Betabloqueantes.
  – Antidepresivos.
  – Benzodiazepinas, otros hipnóticos y ansiolíticos.
  – Antihistamínicos.

– Analgésicos opiaceos.
– AINES.
– Antitusígenos opioides.
– Antiepilépticos.
– Estimulantes centrales.
– Relajantes musculares.
– Neurolépticos.

Se observa que muchos fármacos que habitualmente se consumen por prescripción médica, o por automedicación, pueden producir una disminución de la atención y de la capacidad de reacción y lentitud a la hora de tomar una decisión, lo que puede aumentar el riesgo de accidente cuando se conduce bajo los efectos de dichos fármacos.

Los principales efectos secundarios de los fármacos que pueden incidir negativamente sobre la capacidad de conducir serían:

– efecto sedante: somnolencia, disminución del estado de alerta, aumento del tiempo de reacción.
– efectos anticolinérgicos: somnolencia, cefaleas, vértigo, visión borrosa, etc.
– alteraciones neuropsiquiátricas: vértigo, desorientación, mareos, nistagmo, cefaleas, trastornos de la conciencia, sopor, aturdimiento, depresión, alucinaciones, agitación, nerviosismo, insomnio, confusión mental, reacciones psicóticas, etc.
– manifestaciones extrapiramidales: espasmos musculares, agitación, descoordinación motriz.
– alteraciones auditivas: acúfenos, hipoacusias transitorias.
– alteraciones circulatorias: arritmias, hipotensión.
– alteraciones metabólicas: hipoglucemias.
– alteraciones oftalmológicas: visión borrosa, trastorno de acomodación, etc.

No todos los fármacos influyen del mismo modo a todas las personas, sino que el resultado del efecto de un fármaco está condicionado por diversas circunstancias entre las que se encuentran el estado de salud previo del individuo, los hábitos de conducción, la susceptibilidad individual para efectos secundarios, la polifarmacia, la automedicación y el consumo simultáneo de alcohol.

El médico siempre debería informar al conductor mayor de la medicación que se prescribe y de los posibles efectos secundarios, se intentará buscar la opción terapéutica que menos perjudique su seguridad al volante. Ante dos posibilidades terapéuticas se elegirá el fármaco que menos influya en la capacidad de conducción.

Recomendaciones a los conductores que toman fármacos

- Antes de conducir procure saber cómo reacciona con la medicación que está tomando (disminución de reflejos, concentración, somnolencia...).
- Recuerde que la reacción del organismo a los fármacos es más manifiesta en los primeros días del tratamiento.
- Use los fármacos a las dosis y tiempos que le indique su médico.
- No automedicarse.
- No tomar alcohol.
- Si conduce de forma habitual, recuérdeselo a su médico. Él tratará de encontrar la medicación que menos interfiera.

- Alcohol y conducción

De una manera general se estima que conducir bajo los efectos del alcohol causa del 30 al 50% de los accidentes con víctimas mortales.

Debe haber una tolerancia cero en el consumo de alcohol cuando se va a conducir, al igual que en otros grupos de edad.

Recomendaciones generales en conductores ancianos

- No conducir de noche ni a horas extremas del día (amanecer-crepúsculo).
- Descansar cada hora y media y en lo posible realizar trayectos de corta duración.
- Vigilar la automedicación y ajustar la dosis según la edad y estado físico.
- Recomendar revisiones periódicas de la vista.
- Aumentar la atención visual, auditiva y la precaución.
- Utilizar, si es posible, coches con dirección asistida, cambio de marchas automático, pedales de gran superficie y retrovisores grandes y a ambos lados del vehículo.
- Pasar en su tiempo los reconocimientos psicofísicos para renovar el permiso de conducir.

PEATONES MAYORES

Casi la mitad de los peatones fallecidos en accidente son mayores de 65 años y el 25% son mayores de 74 años.

La cifra de fallecidos en zona urbana para el grupo de mayores de 64 años no fue superada en 2006 por ningún otro grupo de edad, y es como peatones cuando se registran las cifras más altas, de hecho, de las 187 personas fallecidas en zona urbana de más de 64 años, 152 eran peatones, es decir el 81%.

Según las estadísticas, en casi la mitad de los casos los peatones mayores víctimas de atropello no cometieron ninguna infracción. Las INFRACCIONES más frecuentes DE LOS PEATONES mayores serían:

- No utilizar los pasos de peatones (la más habitual).
- Irrumpir en la calzada o cruzar de forma incorrecta.
- Cruzar con el semáforo en rojo para los peatones.
- Cruzar porque lo hacen los demás.
- Cruzar distraído.
- Cruzar entre vehículos estacionados o que estén maniobrando.
- Esperar en la calzada o en el bordillo para cruzar.

Las causas que pueden favorecer una mayor accidentalidad en este grupo de edad serían:

- Causas intrínsecas al peatón mayor:
  - Menor capacidad de reacción. Deterioro de la movilidad.
  - Alteraciones visuales y auditivas.
  - Situaciones patológicas de distintos aparatos o sistemas.
  - Fármacos.
  - Alteración cognitiva.
  - Falta de educación vial y desconocimiento de las normas.
- Dificultades que encuentra el mayor en el entorno.
- Falta de consideración de los conductores.

Dificultades del entorno

- Duración insuficiente de los semáforos.
- Mala señalización.
- Aceras estrechas y bordillos altos.
- Obras.
- Obstáculos en las aceras que nos obligan a bajar de ellas.
- Falta de zonas de descanso.
- Cruces largos y complicados.

Hostilidad por parte de los vehículos

- Velocidad excesiva de los automóviles.
- Vehículos mal aparcados en los pasos de peatones.
- Vehículos que invaden la calzada antes de que terminen de cruzar.

Algunas medidas a adoptar:

- Reducir la velocidad a la que circulan los vehículos.
- Aumentar la percepción visual que tienen los conductores de los peatones.
- Establecer una separación entre peatones y vehículos, en tiempo y espacio.
- Eliminar o minimizar las dificultades que pueda encontrar el mayor en el entorno.
- Educación vial de los peatones mayores.

Recomendaciones a peatones mayores

- Usar los pasos de peatones.
- Desplazarse por lugares conocidos. Evitar calles con obras.
- Usar bastón si se tienen dificultades de deambulación y tener cuidado con los pavimentos deslizantes, calzado adecuado.
- Respetar las señales de tráfico y mucha atención a los pasos de peatones.
- Transitar por la zona más alejada de la calzada.
- No esperar para cruzar en el bordillo o invadiendo la calzada.
- Al esperar el autobús, hacerlo en la parada, no en el bordillo o la calzada.
- Nunca ir al encuentro del autobús.
- No subir o bajar del autobús hasta que no esté completamente parado.
- No cruzar nunca delante del autobús.
- Debemos incentivar a los mayores a conocer las normas básicas de seguridad vial y a conocerse (estado físico, tiempo que tarda en cruzar una calle, efectos secundarios de los fármacos que toman,...).
- Supervisar a los peatones mayores con deterioro cognitivo.

Educación vial

Es fundamental la educación vial para la prevención de accidentes de tráfico.

- Se deberían impartir cursos en centros para mayores.
- Consejos transmitidos por medios de comunicación, etc.
- Los profesionales de atención primaria y especializada pueden desempeñar un papel decisivo en las actividades de educación vial, ya que las personas mayores suelen ser muy receptivas a los consejos sanitarios.

Bibliografía

American Medical Association / National Highway Traffic Safety Administration /US Departament of Transportation (2003): *Physician´s guide to assessing and counselling older drivers*. June.

Anonymous (2003): "Older driver guide offers positive solutions". *Geriatrics*. 58,10; health module.

Badenes, D.; Casas, L.; Cejudo, J. C. y Aguilar, M. (2006): "Conducción, deterioro cognitivo leve y demencia: comparación de las pruebas neuropsicológicas y de renovación del carné de conducir". *Neurología*. 21:621-2.

Brayne, C.; Dufouil, C.; Ahmed, A.; Dening, T. R.; Chi, L. Y. y McGee, M. et al. (2000): "Very old drivers: findings from a population cohort of people aged 84 and over". *Int. J. Epidemiol.* 29:704-7.

Breen, D. A.; Breen, D. P.; Moore, J. W.; Breen, P. A. y O'Neill, D. (2007): "Driving and dementia". *BMJ.* 334:1365-9.

Brown, L. B. y cols. (2005): "Prediction of On-Road Driving Performance in Patients with Early Alzheimer's Disease". *JAGS* 53:94–98.

Carr, D. B. et al. (2000): "Characteristics of motor Vehicle crashes og drivers with dementia os the Alzheimer type". *J. Am. Geriatr. Soc.* 48:18-22.

De Raedt, R. y Ponjaert-Kristoffersen, I. (2000): "The relationship between cognitive/ neuropsychological factors and car driving performance in older adults". *J. Am. Geriatr. Soc.* 48:1664-8.

Dirección General de Tráfico (2006): Anuario estadístico de accidentes 2005.

Dubinsky, R. M. et al. (2000): "Practice parameter: risk of driving and Alzheimer´s disease (an evidence-based review)". *Neurology*. 54: 2205-2211.

Evans, L. (2004): *Traffic safety*. Bloomfield Hills: Science Serving Society.

Flórez Lozano, J. A. (1997): *Conductores ancianos, demencia senile y accidentes de tráfico*. J. R. Prous, S.A.

Forrest, K. Y.; Bunker, C. H.; Songer, T. J.; Coben, J. H. y Cauley, J. A. (1997): "Driving patterns and medical conditions in older women". *J. Am. Geriatr. Soc.* 45:1214-8.

Garre-Olmo y cols. (grupo FRADEGI): Conducción de vehículos a motor y deterioro cognitivo en mayores de 74 años. *Med. Clin.* (Barc). 2008;130(17):657-60.

Hakamies-Blomqvist, L.; Raitanen, T. y O'Neill, D. (2002): "Driver ageing does not cause higher accident rates per km." Transportation Research Part F, *Traffic Psychol. Behavi*. 5:271-4.

Jiménez-Monleón, J. J. y Lardelli-Claret, P. (2007): "¿Cómo puede ayudar la medicina? Epidemia de los accidentes de tráfico". *Med. Clin.* (Barc.). 128:178-80.

Kurt Johansson, M. D. et al. (1996): "Can a physician recognize an older driver with increased crash risk potencial?" *J. Am. Geriatr. Soc.* 44:1198-1204.

Langford, J. y Koppel, S. (2006): "Epidemiology of older driver crashes - Identifying older driver risk factors and exposure patterns". Transportation Research Part F, *Traffic Psychol. Behavi*. 9:309-21.

Langford, J.; Methorst, R. y Hakamies-Blomqvist, L. (2006): "Older drivers do not have a high crash risk - a replication of low mileage bias". *Accid. Anal. Prevent*. 38:574-78.

López-Bastida, J.; Serrano-Aguilar, P. y Duque-González, B. (2004): "The economic costs of traffic accidents in Spain". *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*. 56:883-8.

Lorente-Rodríguez, E. (2004): "Conductores ancianos y con daño cerebral en España". *Rev. Neurol.* 38 (8): 785-790.

Lyman, J. M.; McGwin, G. Jr. y Sims, R. V. (2001): "Factors related to driving difficulty and habits in older drivers". *Accid. Anal. Prev.* 33:413-21.

MacGregor, J. M. et al (2001): "A traffic sign recognition test can discriminate between older drivers who have and have not a motor vehicle crash". *J. Am. Geriatr. Soc.* 49: 466-469.

Marottolio, R. A. et al. (1998): "Development of a test battery to identify older drivers as risk for self-reported adverse driving events". *J. Am. Geriatr. Soc.* 46:562-568.

Marottolio, R. A. (2000): "The physician´s role in the assessment of older drivers". *American Family Physician*. Kansas City: Jan 1. Tomo 61, nº1; p. 39.

Messinger-Rapport, B. J. (2003): Assessment and counseling of older drivers: A guide for primary care physicians. *Geriatrics*; Dec 2003; 58, 12; Health & Medical Complete.

Monteagudo Soto, M. J. (2003): "Programa de intervención para fomentar la movilidad y mejorar la seguridad vial en las personas mayores". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, nº 16. [Fecha de publicación: 01/06/2005]. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-16.pdf

Monterde, H.; D'Ocavo, V.; Uranga, J. e Iñesta, J. M. (1986): *DRIVER-Test (batería informática de tests psicotécnicos para conductores)*. Madrid: General ASDE, SA.

Odenheimer, G. L.; Beaudet, M.; Jette, A. M.; Albert, M. S.; Grande, L. y Minaker, K. L. (1994): "Performance-based driving evaluation of the elderly driver: safety, reliability, and validity". *J. Gerontol.* 49:M153-M9.

O'Neill, D. (1992): "Physicians, elderly drivers, and dementia". *The Lancet*; Jan 4, 339, 8784; helalth module.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2001): *Ageing and transport: mobility needs and safety issues.* Report published by an OECD Scientific Expert Group. Paris: OECD.

Ott, B. R. y cols. (2008): "A longitudinal study of drivers with Alzheimer disease". *Neurology* 70 April 1.

Real Decreto 772/1997. Anexo IV del reglamento general de conductores.

Rizzo, M. et al. (2001): "Simulated car crashes at intersections in drivers with Alzheimer disease". *Alzheimer disease and Associated Disorders*. Vol 15, nº 1, pp. 10-20.

Rizzo, M. y cols.: "Simulated Car Crashes at Intersections in Drivers With Alzheimer Disease". *Alzheimer Disease and Associated Disorders* Vol. 15, No. 1, pp. 10–20.

Sims, R. V. et al. (1998): "A preliminary assessment of the medical an functional factors associated with vehicle crashes by older adults". *J. Am. Geriatr. Soc.* 46:556-561.

SIMS, R. V. et al. (2000): "Exploratory study of incident Vehicle crashes amon older drivers". *The Journal of Gerontology*. 55A, !; Health module.

TOMBAUGH, T. M. (2004): "Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education". *Archives of Clinical Neuropsychology*. 19:203–214.

20

Mayores del siglo XXI. Acompañando su evolución desde la radio

Por Loles Díaz Aledo
Periodista

El 10 de octubre de 1987 se emitió por vez primera a través de Radio Nacional de España "El club de la vida"[1] programa dedicado especialmente a las personas mayores y el 3 de septiembre de 2007 este espacio radiofónico navegó por las ondas por última vez. Veinte años separan estas dos fechas.

Aunque según la canción "*veinte años no es nada*", para mí que he dedicado ese tiempo de mi vida profesional no de manera exclusiva pero sí muy preferente a las personas mayores, han supuesto mucho. Dirigir y presentar "El club de la vida" me llevó a asistir a numerosos encuentros, congresos, y eventos; a hablar con mayores de todo tipo y condición por toda España; a conocer numerosas publicaciones editadas por centros y asociaciones de mayores, elaboradas por sus propios miembros y en las que aparecen directamente y sin filtros sus demandas y realizaciones; a leer cuanto cayó en mis manos relacionado con el tema con el fin de estar debidamente documentada... Y todo ello, ha sido una oportunidad extraordinaria para observar la realidad desde una atalaya privilegiada; para seguir de cerca la evolución que han experimentado las personas mayores de nuestro país, acompañándola e impulsándola en lo posible, y también una ocasión de llevar a cabo un valioso aprendizaje en torno a la edad y la vida.

---

[1] "El club de la vida", programa que R-1, de RNE emitió durante veinte años, los sábados y domingos de 7 a 8 de la mañana, estaba dedicado expresamente a las personas mayores. Con él se pretendía satisfacer las necesidades informativas, formativas, de entretenimiento y de acompañamiento de las personas mayores. Así como contribuir a cambiar la imagen social de las personas mayores en la sociedad y en el propio colectivo y fomentar la presencia activa y la participación en todos los ámbitos de la vida de las personas mayores, al lado y en colaboración con los demás. Para lograrlo, el programa difundía actividades y experiencias intergeneracionales, y mostraba personas mayores con una vida activa ya fuera desempeñando un trabajo remunerado, o realizando actividades de carácter solidario o de utilidad social. También perseguía otros objetivos como contribuir a aumentar la autoestima dentro de los miembros del colectivo mediante el análisis y crítica de los tópicos sobre el envejecimiento y las personas mayores y la presentación de modelos reales positivos y satisfactores. Llevar al convencimiento de que la vejez es una etapa más de la vida, y que sigue siendo un tiempo de aprender y de compartir lo aprendido y lo vivido porque la experiencia es un valor.
"El club de la vida" no tuvo una estructura fija. Sus contenidos variaban en función de la actualidad y de las aportaciones de los oyentes. Pero sí hubo una serie de secciones que se mantuvieron durante los veinte años de emisión. De ellas, las más importantes fueron:

- "Galería de mayores activos". Entrevistas a personas de más de sesenta y cinco años, que transmitían un mensaje positivo y realista.
- "Iniciativas dignas de aplauso". Experiencias y actuaciones de todo tipo llevadas a cabo por grupos de personas mayores o intergeneracionales. Servía para poner de manifiesto las muchas y variadas aportaciones que los mayores españoles estaban llevando a cabo para bien de la sociedad en su conjunto.
- "Buzón de consultas y reclamaciones". Con ayuda de especialistas y expertos en las diversas materias, se daba respuesta a preguntas de oyentes. La sección estaba abierta a cualquier asunto, pero la inmensa mayoría de las consultas que llegaron a este apartado tenían que ver con las pensiones en una amplísima casuística.
- "La consulta del Doctor". Partiendo de que la vejez no es una enfermedad, se daban pautas para un envejecimiento saludable. En ocasiones se abordaba alguna patología concreta pero siempre desde un enfoque preventivo y el fomento de hábitos de vida saludables.
- "Cartas entre amigos". En esta sección se participaba únicamente por carta y con ella se creó una auténtica red solidaria entre los oyentes. En cada programa se leían, de forma resumida, seis cartas. Estos tres minutos de programa daban un enorme trabajo interno porque el volumen de respuestas era enorme.
- "Ustedes tienen la palabra". Intervenciones espontáneas de oyentes a través del contestador. En ocasiones respondían a preguntas o temas propuestos en el programa.
- "Todos a clase". Después del verano y como invitación a ponerse en marcha también desde el punto de vista cultural y participativo, el programa proporcionaba información exhaustiva sobre las alternativas culturales que ofrecían para los mayores las universidades, asociaciones y todo tipo de entidades públicas y privadas.

En los últimos cinco años y respondiendo a la evolución de los oyentes y sus demandas, surgieron otras. De ellas destacamos las dos que tuvieron más éxito:

- "Los mayores en la RED" que proporcionaba información, orientación y ayuda pensando en quienes se manejaban perfectamente en el mundo de las NNTT o se estaban iniciando en ellas.
- "Las leyes y la vida cotidiana", apartado de divulgación legal. La herencia, el traspaso de un negocio, los problemas de las comunidades de propietarios, las reclamaciones como consumidores fueron algunos de los asuntos abordados.

La sociedad en general no parece haberse dado cuenta de los cambios que se han producido, y la mayor parte de los medios de comunicación, a juzgar por el tratamiento que siguen dando al colectivo mayor, parece que tampoco. Anclados en el pasado, siguen echando mano de una foto antigua para mostrar a las personas mayores de hoy bien avanzado ya el siglo XXI, en lugar de salir a la calle y mirar, queriendo ver, cómo son en realidad.

Compartir en lo posible esta experiencia profesional, esta historia del acompañamiento desde un programa de radio a las personas mayores en su evolución y conquista de la imagen y de la realidad social que les corresponde, lo que durante este tiempo hemos aprendido sobre la relación entre este grupo social y los medios de comunicación y las conclusiones que de todo ello puedan extraerse, es el objetivo de este capítulo.

REVISEMOS EL LENGUAJE

Les invito a hacer un ejercicio de memoria respondiendo a unas preguntas: ¿Qué es lo último que recuerdan haber leído en un periódico o revista, escuchado en una emisora de radio, visto en un programa de televisión, sobre personas mayores? ¿Qué lenguaje, qué expresiones se utilizaban para referirse a este colectivo? ¿En qué sección o apartado se incluía la información? ¿Cuál era el asunto que se trataba? ¿En qué fecha era, en qué estación del año?, ¿Quizá en verano?

Intenten recordar también la última vez que en una cena entre amigos, en una charla con compañeros de trabajo o en un autobús por ejemplo, participaron en una conversación o escucharon a otros hablar sobre las personas mayores ¿Qué palabras se utilizaban? ¿Qué imagen del mayor se ponía de manifiesto?

Les invito igualmente a abrir las páginas de un diccionario de sinónimos y buscar palabras que se utilicen para expresar lo mismo que " viejo". Yo lo he hecho y esto es lo que he encontrado: anciano, senil, caduco, decrépito, cascado, otoñal, longevo, vetusto, vejestorio, carcamal, canoso, veterano, usado, ajado, gastado, raído, deteriorado. (Diccionario de sinónimos y antónimos de la Lengua Castellana. Llorens Camps, 1991; 233). Si las van repasando advertirán que la mayoría tiene claras connotaciones negativas. Algunas como "carcamal" o "vejestorio" incluso se han convertido en insultos. Otras, como por ejemplo la palabra "senil" que evoca demencia, pérdida de juicio, se utiliza para definir esta condición como si fuera propia de toda persona de edad avanzada.

Decir que alguien está jubilado, significa señalar que no está en activo. Y si no está en activo, está inactivo, es decir, sin hacer nada. En algunos documentos oficiales aún está vigente la expresión "clases pasivas". Ser pasivo, vuelvo de nuevo al Diccionario de sinónimos, es lo mismo que estar inactivo, quieto, indiferente, ajeno...

He buscado finalmente el significado de otras dos palabras: jubilación y jubilar y entre otras respuestas, he encontrado que jubilación viene de júbilo que significa alegría incontenible y que jubilar es eximir a alguien de un servicio por inútil, conservándole la pensión. Y me pregunto, ¿cómo puede sentirse lleno de alegría quien es considerado un inútil? Jubilación y

vejez se utilizan frecuentemente como si significaran lo mismo y es porque jubilarse no es otra cosa que traspasar la puerta de la vejez, al menos de la vejez social.

Analizar el lenguaje, revisar el vocabulario, examinar las palabras que se utilizan sirve para poner de manifiesto muchas de las imágenes y connotaciones negativas que tiene en nuestra sociedad el envejecimiento. Y puede servir para encontrar explicación a por qué nadie quiere ser considerado mayor, ni identificarse con esa imagen. Ese rechazo, explica también los eufemismos de que se echa mano para camuflar una realidad que no gusta.

Expresiones cono "Tercera Edad", tan en boga hace algunos años, "Edad Dorada", "Segunda juventud", "Juventud acumulada" y otras similares van cayendo en desuso, pero han ido apareciendo otras no menos eufemísticas. A veces se habla de adultos jóvenes y adultos mayores. Otras, se recurre a la expresión viejos jóvenes para las personas con edades comprendidas entre los sesenta y cinco y los setenta y cinco años, y viejos viejos para las personas de setenta y cinco, ochenta años en adelante. En algunas ocasiones, he visto utilizar la palabra "masters" para referirse a quienes están entre los cincuenta y los cincuenta y nueve años; nombrar a las personas de sesenta a setenta y cuatro años como" liberadas" y mencionar como "retirados" a quienes tienen setenta y cinco o más años. Y seguramente, seguiremos rizando el rizo.

En estas páginas, como en todo cuanto he hecho en la radio, en la prensa, en la televisión, en los libros, en las charlas y conferencias, he optado siempre por utilizar la expresión "persona mayor". Por una razón muy concreta. Me parece que esta sociedad ha olvidado (como lo ha hecho también con otros grupos sociales como por ejemplo el de las personas con discapacidad) que lo sustancial es ser persona, y lo adjetivo tener muchos años o una discapacidad. Y me parece fundamental destacar lo esencial. Por encima y por delante de cualquier adjetivo.

Y es que el lenguaje no es neutral. Como decía la poetisa Carmen Conde "cada palabra lleva consigo una vida, un estado, un sentimiento". El lenguaje mediatiza y construye la realidad.

LOS MAYORES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación tienen un papel primordial en la generación y en la expansión de imágenes. Y en el caso que nos ocupa, en mi opinión, contribuyen en gran medida a difundir tópicos y estereotipos, dando una imagen sesgada y parcial, una visión que no se corresponde con la realidad de buena parte de los ciudadanos que tienen más de sesenta y cinco años, dicho sea dejando al margen la polémica de si hoy se puede considerar mayor a alguien de esa edad.

La imagen más habitual en los medios es la que muestra a la persona mayor como alguien con su salud muy deteriorada, que vive con una pensión escasa, que toma pasivamente el sol en el parque y a quien sus hijos se "quitan" de encima siempre que pueden. O también la de personas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan vivir en residencias u otro tipo de centros. En todo caso, se trata de una persona con muchos años, muchos achaques,

muchos recuerdos y ningún futuro. Las informaciones relativas a este colectivo aparecen, por regla general, en las páginas o secciones de sucesos, porque la noticia es el abandono, el maltrato, la muerte dramática en soledad...

En momentos puntuales, cuando suben las pensiones, cuando comienza la campaña de Termalismo Social, o el Programa de Vacaciones del IMSERSO la imagen puede ser distinta y mostrar a personas mayores haciendo gimnasia en grupo en la playa o bailando.

Son noticia con mas frecuencia durante el verano, cuando hay menos de qué hablar porque la actividad política está en pausa, el deporte en buena medida también, y los "personajes" de que se nutren tantos programas están luciendo su palmito por zonas costeras o se han ido de vacaciones a algún lugar exótico... Cuando no hay de qué hablar, con qué llenar páginas o minutos, se recurre a los llamados "temas sociales".[2] Pero como, en general, se considera que son aburridos, y carentes de interés, es decir, "que no venden", hay que buscarles una "percha" informativa. Y en los tiempos que corren, eso quiere decir darles un tratamiento con suficiente dosis de morbo, escándalo, espectáculo, que es lo que se lleva en el periodismo actual, salvo muy honrosas excepciones.

Hay temas recurrentes. Durante los años en que he estado al frente de "El club de la vida" recibía, cuando se acercaba el verano, llamadas de compañeros de diversos medios preguntándome si conocía a alguna persona mayor que hubiera sido abandonada por su familia en la calle, en una gasolinera o en la cama de un hospital, para poder marcharse libremente de vacaciones.

La pregunta expresaba claramente el enfoque que se quería dar al reportaje. La indicación de que quizá sería más útil ofrecer a sus lectores, oyentes o televidentes, información sobre dónde y cómo podían dejar a sus mayores perfectamente atendidos, mientras la familia y muy especialmente la persona cuidadora descansaba y cargaba pilas, algo por otra parte necesario para que pudiera seguir cumpliendo eficazmente esa tarea, casi nunca tuvo éxito.

Creo que hay una gran hipocresía, o un gran cinismo en esta sociedad con respecto a las muchas familias que cuidan a sus mayores con dedicación y esfuerzo. Pienso, por ejemplo

---

[2] Hay una contradicción entre la importancia real que se concede a los temas sociales en los medios de comunicación y lo que se dice cuando se habla de ello en congresos y cursos.
En la realidad, son los primeros que se "caen" ante cualquier incidencia o si se quiere dar importancia a cualquier otra noticia. De forma indiscriminada se incluyen en la sección de "Sociedad" que viene a ser algo así como un cajón de sastre de asuntos menores. Y es que usando la expresión habitual en el argot periodístico, estos temas "no venden".
Y sin embargo, según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (2002) al 85% de los españoles le interesan los temas sociales y los avances médicos, y al 80% todo lo que tiene que ver con la ecología y el medio ambiente.
En el curso sobre "Necesidades, oportunidades y carencias de la información social. El compromiso social de la información" organizado por Servimedia y celebrado en El Escorial en julio de 2006 se dieron entre otras las siguientes explicaciones al por qué de la ausencia de los temas sociales.
"*La presión diaria del audímetro es demoledora y obliga a los periodistas a elegir entre informaciones de menor gancho, como las culturales, o las de mayor tirón como los sucesos"* (Fran Llorente, director de Informativos de TVE).
"Los ideales de justicia e igualdad de las causas sociales se ven arrollados por otros conceptos como competitividad y agresividad empresarial" (Miguel Angel Oliver, responsable de Informativos de fin de semana de Cuatro).
"El mercado tan competitivo que hay en España nos condiciona a todos. Los medios de comunicación van dirigidos a la mayoría de la gente, por lo que tratan de reflejar lo que interesa o preocupa a esa mayoría, dejando un poco de lado los colectivos minoritarios" (Vicente Vallés, director de "La mirada crítica" y subdirector de Informativos de Telecinco).

en tantos enfermos de Alzheimer atendidos por su familia, por una mujer de su familia en la mayor parte de los casos. Mujer que recibe muy poca ayuda de otros miembros de la familia, de los amigos, de los vecinos, de las instituciones y a la que, sin embargo, se señala con el dedo acusadoramente si en el verano u otro momento del año deja a su mayor en un centro y se va unos días a respirar. Y los medios de comunicación contribuyen a difundir esta imagen injusta, en lugar de aportar a tantas cuidadoras información sobre dónde y cómo pueden recibir ayuda. Pero este es un asunto que quizá habría que abordar en otra ocasión.

Se presenta al colectivo como si fuera homogéneo, como si todas las personas mayores fueran iguales. Iguales en la inutilidad. Vivimos en una sociedad que considera que a partir de la jubilación, y situaciones similares (prejubilación, expedientes de regulación de empleo) las personas no producen, no aportan nada, pero sí originan gastos. Y no hay que escarbar mucho para "tropezar" con una idea que se expresa sin demasiado rebozo: el colectivo mayor es una carga para el resto de la población.

Seguramente alguna vez habrán escuchado o leído que las personas de más de sesenta y cinco años consumen el 50% del tiempo de los médicos de familia; que el 90% de las visitas domiciliarias son para atender a una de estas personas; que son colectivamente responsables del consumo de, al menos, el 45% del gasto farmacéutico y del 47% del hospitalario; que una de cada dos camas de hospital está ocupada por una persona mayor, o que al menos el 34% de los miembros de este colectivo necesita ayuda en su vida diaria. Yo he tomado estos datos de diversas informaciones de prensa en distintas ocasiones.

Es como si más de siete millones y medio de personas viviera al margen de los intereses cotidianos del resto de la población. En palabras del Profesor Antón Costas, Catedrático de Política Económica de la Universidad de Barcelona, los medios muestran a las personas mayores como "si hubieran entrado en una vía secundaria, en la que permanecen esperando lo inevitable. Son como un campo reservado a las atenciones de médicos y sacerdotes."

Me pregunto qué influencia puede tener esta insistencia en mostrar una imagen negativa. Si muchas personas mayores no la habrán interiorizado y se considerarán a sí mismas como sin valor, o se preguntarán, no sin angustia, "*¿para qué sirvo yo?*". La respuesta es importante porque el sentimiento de utilidad o de inutilidad está íntimamente unido a la propia dignidad, a la autoestima. Yo creo que ninguna persona puede ser feliz sintiendo en lo profundo de su ser que nadie la necesita, ni espera nada de ella.

Conozco pocas personas que llegado el momento de tener que abandonar su puesto de trabajo, se hallan sentido realmente felices al recibir una palmadita en el hombro acompañada de frases como "¡qué bien, que suerte tienes, ya puedes olvidarte del despertador, no tendrás que venir mas a la oficina. Todo el día sin nada que hacer... quien lo pillara!" Como si esto fuera una expectativa de vida atractiva. Como si no hacer nada fuera el deseo más íntimo y por el que se está suspirando.

Una persona se siente útil cuando lo es. Se siente ciudadano como los demás cuando ejerce como tal. Cuando tiene la oportunidad de aportar sus conocimientos, su tiempo y su experiencia. Cuando se le niega todo esto se la está incapacitando. En mi opinión, hay

muchas personas que han sido declaradas incapaces por el mero hecho de estar jubiladas, ser pensionistas o tener una determinada edad.

Creo también que la insistencia en la presentación de esta imagen social negativa, que no refleja la realidad, dificulta que se hagan visibles imágenes más positivas que podrían servir como un modelo de persona mayor asumible, un modelo liberador con el que podríamos identificarnos.

Pienso que los prejuicios sobre las personas mayores y su realidad son los más estúpidos que se puede tener, porque echan piedras sobre nuestro propio tejado, el de todos y cada uno de quienes aún no llevamos la etiqueta de "mayor". Son prejuicios que hoy marcan la vida de otros, pero que mañana nos afectarán a nosotros porque si la vida nos es favorable, llegaremos a una edad avanzada que es, por otra parte, lo mejor que nos puede pasar. Vivir muchos años supongo que es el objetivo que todos pretendemos, naturalmente vivirlos con calidad de vida. Y eso es posible. Hay muchas personas mayores a nuestro lado que lo hacen, pero son invisibles para los medios y para la sociedad.

AVANZANDO JUNTOS POR CAMINOS PLURALES

"El club de la vida" quiso distanciarse de la imagen de persona mayor y del tratamiento que se le da en los medios de comunicación anteriormente descritos.

Se marcó como objetivo atender las necesidades y demandas informativas de las personas mayores contempladas en su diversidad y ayudar a preparar esa importante etapa de la vida que sigue a la jubilación, o a cualquiera de las situaciones que se asimilan a ella aunque no se tenga la edad legal establecida.

Para conseguirlo creímos fundamental contribuir a la desaparición de las connotaciones negativas que tiene el envejecimiento, ayudar a cambiar la imagen social del colectivo, sustituyéndola por otra que se ajustara lo más posible a la realidad de nuestro aquí y ahora. Y para ello nos pareció necesario escuchar. Escuchar sus quejas, sus demandas, sus críticas, sus indicaciones.

Al principio, la audiencia del programa estaba formada sobre todo por personas de entre sesenta y cinco y ochenta años. Eran personas que habían hecho o pasado una guerra y una posguerra. Que sabían de hambre y privaciones. Que habían tenido que trabajar desde muy pequeños, y que disfrutaron de pocas posibilidades de acceso a la cultura. Las mujeres mayoritariamente no habían trabajado fuera de casa, por tanto no tenían pensión propia, si acaso cobraban una pensión de viudedad que no daba para mucho. Luego, cuando la Ley lo hizo posible (Ley 26/1990 de 20 de diciembre), quizá consiguieron una pensión no contributiva. Naturalmente no habían tenido acceso a la cultura, sino más bien a mucho trabajo y mucha renuncia para criar a sus hijos. Ellos y ellas habían luchado toda su vida por un objetivo absolutamente prioritario. Un objetivo y una esperanza: que sus hijos tuvieran un futuro mejor, que vivieran mejor que ellos.

Poco a poco nuestro público objetivo se fue ampliando. Como grupo mayoritario se consolidó el integrado por personas de cincuenta años, mas o menos, a setenta y muchos. Con un fleco por arriba hasta mas de cien años y por abajo hasta los treinta. Tuvimos ocasión de conocer, porque participó en una de las secciones del programa, a un chico de doce años y a otro con una discapacidad, que lo siguió fielmente semana a semana, desde que tenía dieciséis. Pero obviamente, eran una excepción.

La amplitud y diversidad de los oyentes en función de la edad, y de las circunstancias y razones por las que escuchaban el programa, hizo que se configuraran tres grupos de oyentes a los que era necesario prestar atención: el formado por quienes tenían a su cargo a una persona mayor, o convivían con ella por razones familiares; el integrado por profesionales al servicio del colectivo: trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc., así como técnicos de la Administración local, regional, y autonómica de las áreas de bienestar social; y en los últimos años, los trabajadores prejubilados, jubilados anticipadamente, los afectados por expedientes de regulación de empleo cada vez más frecuentes y para personas de menos edad, y los parados mayores que en buena parte nunca volverían a ocupar un puesto de trabajo.

Todo ello, sin perder de vista, las necesidades y demandas del colectivo básico, el de las personas de sesenta y cinco años en adelante, que en nuestra sociedad son las consideradas oficialmente mayores. Y teniendo siempre muy especialmente presentes, solíamos decir que para ellas estaban reservados los asientos de primera fila en nuestro imaginario club, a las personas de mas edad y menos recursos y a quienes vivían en zonas rurales, tantas veces alejadas y dejadas de la mano de Dios y de la Administración.

Ya en 1987, cuando empezó su andadura radiofónica "El club de la vida", la realidad de los mayores españoles no se correspondía con la imagen social que tenían. Constatamos que era una realidad plural y, además, que era un colectivo en cambio en el que convivían diversos modelos. En los años siguientes esto fue cada vez más evidente.

Quienes hacíamos el programa descubrimos enseguida que más allá del tópico y las imágenes estereotipadas, había otra realidad y otras demandas. Y fuimos conociendo y sacando a la luz una vida oculta que se manifestaba en deseos (ampliar sus amistades, comunicarse, enamorarse), en actitudes (enormes ganas de aprender, de ser útiles), en intereses (abiertos a la vida moderna en toda su complejidad) y en actividades (eran mucho menos pasivos de lo que se decía, desarrollaban muchas actividades y no sólo en sus familias, sino en diversas entidades especialmente de voluntariado.

Salir al encuentro de este colectivo, cada vez más numeroso y heterogéneo, e ir evolucionando con él, fue la tarea que nos propusimos con sentido positivo y esperanzador, que no ingenuo ni paternalista. Tal como indicaba su título, el programa quiso ser siempre una invitación a apuntarse a vivir y a hacerlo como ciudadanos de primera categoría, no de tercera clase. "Nos pueden jubilar del trabajo, pero nadie nos puede jubilar de la vida. Si nos sucede, es que lo hemos hecho nosotros mismos" era una de las frases machaconamente repetida sobre todo en los primeros años.

Nuestro quehacer se apoyó en el convencimiento de que las personas mayores tienen los mismos derechos y deberes que los demás y de que nada les es, ni les debe ser, ajeno. De

que toda sociedad necesita también de la mirada, de la experiencia, del comentario sensato, de la opinión y de la sabiduría de quienes han vivido más. De que ser mayor no significa solo pérdidas y riesgos, sino también compensaciones y logros. De la valoración de esta etapa de la vida como un tiempo de transformación y cambio, no de acomodación.

Con este ideario en la cabeza y en el corazón, conscientes de que íbamos un tanto a contracorriente, nos propusimos hacer un programa de radio digno, elaborado y preparado con el mismo respeto y dedicación que cualquier otro. Con él quisimos contribuir a desarrollar en las personas mayores todo aquello que favoreciera su crecimiento personal, su desarrollo intelectual y su capacidad de elegir según sus propios criterios, apostando por un envejecimiento activo, creativo y feliz, en oposición al envejecimiento como sinónimo de enfermedad, dependencia e inutilidad que era la idea imperante en aquel entonces y que, sigue estando bastante presente hoy en día.

Si "El club de la vida" a lo largo de sus veinte años de existencia alcanzó algún éxito, se debió seguramente a este esfuerzo por acercarnos a la verdadera realidad de las personas mayores, que encontraron en este programa de radio no sólo una fuente de información sino un vehículo para darse a conocer y una posibilidad de hablar con su propia voz, sin intermediarios.

DEL "DIOS GUARDE A USTED MUCHOS AÑOS" AL CIUDADANO SUJETO DE DERECHOS

En los primeros años de emisión del programa, y respondiendo a la demanda que advertíamos, dedicamos bastante tiempo a informaciones sobre pensiones y todo tipo de ayudas existentes en el ámbito nacional, autonómico, regional o local, a las que se podía acceder. Así como a las campañas de vacaciones del IMSERSO, de las Comunidades Autónomas, el Programa de Termalismo Social, las tarifas reducidas a las que podían disfrutar determinados servicios... En definitiva, a todo aquello que sirviera para mejorar su situación económica que, en general, no era muy boyante por aquel entonces. Asuntos que muchos desconocían, o no sabían cómo y dónde, a qué puerta concreta llamar para acceder a esas prestaciones y ayudas.

La salud fue durante los veinte años, un tema de gran demanda. Por ello las entrevistas con médicos especialistas en aquellas patologías con más incidencia en el colectivo, generalmente enfocadas a la prevención, ocuparon un lugar destacado, si bien con diversos matices con el paso de los años.

Participaban en el programa frecuentemente personajes populares, muchos de ellos mayores del mundo del espectáculo cuya vida, que continuaba siendo activa, servía para mostrar otra forma de envejecer.

Se daba información también sobre los puntos de encuentro existentes: Hogares del Pensionista, del Jubilado o Centros de Mayores, las actividades que en ellos se llevaban a cabo que eran fundamentalmente clases: de cultura general, aprendizaje de la lectura y escritu-

ra, baile, manualidades... y los servicios que en ocasiones se prestaba en ellos de forma gratuita o muy económica (podología, peluquería, comedor...).

En muchas de las numerosas cartas que llegaban a la redacción del programa destacaba un asunto lacerante: la soledad. La soledad que sentían, o la soledad física en que vivían. El Profesor Antonio Abellán del Consejo Superior de Investigaciones Científicas promovió la realización de un análisis basado en una muestra de 5.000 cartas remitidas por los oyentes de diciembre de 1989 a diciembre de 1990. Estudio que pretendía, entre otras cosas, hacer una "Definición de las demandas de la audiencia, tanto en lo relativo al programa en sí como a los diversos contenidos de información referidos al mismo. Esto es, un diagnóstico sobre las demandas que los jubilados hagan socialmente y ante la Administración a través de las cartas, y teniendo como interlocutor al programa. (...) Definición del perfil anímico de los oyentes (...) Definición de las situaciones familiares y actitudes ante las mismas" (Abellán García y Barroso Ruiz, 1991, 3-4).

Para llevarlo a cabo, los oyentes fueron categorizados en varios grupos según el contenido de sus cartas. De ellas, se extractaron cinco tipos y finalmente se seleccionó el primero que tenía una mayor representatividad en la muestra. Su tema era la soledad. De los resultados de este análisis obtuvimos una conclusión muy valiosa para nosotros: "El club de la vida" era una herramienta útil para luchar contra la soledad de las personas mayores. A partir de entonces, lo tuvimos muy presente en el estilo y en los contenidos que elaborábamos especialmente pensando en esta parte de la audiencia y que se concretaba en unos pocos minutos de cada programa. Por este motivo en 1999, Año Internacional de las Personas Mayores, la Fundación Barrié de la Maza nos concedió el primer Premio como "Mejor iniciativa para luchar contra la soledad de las personas mayores".

Las cartas, más de treinta mil al año, nos dieron más pistas. "El club de la vida" superó los límites de un programa de radio, para convertirse en un punto de encuentro que facilitaba el sentimiento de pertenencia a este grupo social sobre todo a quienes vivían aislados en los lugares más recónditos, a los que no llegaba casi ninguna de las posibilidades y ofertas que sí podían disfrutar quienes vivían en las ciudades o en núcleos de población mayores.

Pasaron los años y la economía siguió siendo uno de los centros de interés. Los oyentes siempre demandaban información relativa a las pensiones. Pero, al hilo de lo que ocurría en la realidad de muchas empresas, aumentaron notablemente las consultas de quienes eran jubilados anticipadamente con la consiguiente pérdida de un porcentaje de su pensión. También recibíamos cada vez más preguntas relativas a pensiones de quienes en la Guerra Civil estuvieron en el bando republicano, a ayudas por años transcurridos en prisión por este motivo, a derechos económicos de hijos y familiares de represaliados, etc.

Esto fue importante. Del miedo que se advertía en muchas de las cartas recibidas en los primeros años, escritas a veces como instancias con el conocido final de "Dios guarde a usted muchos años"; de las cartas anónimas cuyos remitentes se justificaban con un "no me atrevo a poner mi nombre por lo que pueda pasar"; de muchas con numerosas faltas de ortografía y difíciles de leer, que provocaban una enorme ternura ante la explicación que cubría la vergüenza "no he ido a la escuela", "aprendí solo", "estoy aprendiendo a leer y escribir

ahora", *"ya no veo bien y además me tiembla la mano*"... se fue pasando a cartas con remitente perfectamente identificado, bien escritas, muchas a máquina, luego redactadas en ordenador y en los años finales recibidas a través del correo electrónico.

Cartas en las que se exponían puntos de vista, se coincidía o disentía con lo dicho en el programa, se pedía información sobre cualquier cosa (en el terreno económico por ejemplo, pedían información sobre Planes de pensiones o sobre nuevos instrumentos que iban surgiendo como la hipoteca pensión, o la hipoteca inversa) pero se hacía con dos claras diferencias con respecto a los años anteriores.

La primera, el cambio que se advertía en los remitentes en cuanto a nivel cultural, acceso a nuevas tecnologías, conocimiento de las leyes que les afectaban, capacidad de argumentar, etc. La segunda, la conciencia de tener DERECHOS.

También la salud siguió interesando, pero con objetivos más abiertos. La alimentación, el ejercicio físico, las actividades deportivas más idóneas para ir cumpliendo años saludablemente, para poder ser personas autónomas capaces de gobernar su propia vida sin depender de otros, pasaron a primer plano. Y también exponían sin ambages su DERECHO a ser atendidos correcta y adecuadamente en forma, y tiempo. Y sin miedo, manifestaban quejas o denunciaban situaciones.

La residencia dejó de ser la única alternativa, aunque para muchos seguía siendo importante, pero se interesaban por otras posibilidades como las viviendas tuteladas, los programas de vivienda compartida o las familias de acogida. Y cada vez más, las cartas e intervenciones directas de los oyentes en el programa lo ponían de manifiesto, se fue abriendo paso con fuerza el deseo y la decisión de envejecer en el propio hogar, de permanecer allí donde se había vivido, en lugar de encarar un futuro que les llevaba a una vida institucionalizada, o a casa de los hijos, opción esta no exenta de dificultades y que llevaba consigo una pérdida de libertad y autonomía a la que muchas personas mayores ya no estaban dispuestas.

Estar en casa todo el tiempo posible, con las ayudas necesarias llegado el momento, era el objetivo. La teleasistencia domiciliaria, las ayudas técnicas, la ayuda a domicilio, las estancias diurnas y temporales en centros adecuados, etc. atrajeron el interés pero, una vez más, desde una perspectiva de ciudadanos con derechos en un estado del bienestar al que, según los políticos, nuestro país había llegado.

Comentar cómo fueron variando con el paso del tiempo los contenidos del programa sería prolijo, quizá sea suficiente añadir que nacieron nuevas secciones para responder a las necesidades que manifestaba el nuevo mayor que nos escuchaba. Secciones que tenían que ver con la cultura, con la universidad y el acceso a ella, con los libros, con la informática, con las leyes... Al tiempo que otras se transformaron para dar cabida a nombres relevantes de la ciencia, del arte, de la literatura, etc., y, junto a ellos, a ciudadanos de a pie cuya vida podía ser presentada como modelo de persona mayor activa y participativa, valiosa para la sociedad. Las numerosas actividades solidarias que muchos mayores realizaban por todas partes, o las iniciativas de todo tipo impulsadas y realizadas por ellos de las que tuvimos noticia, encontraron también altavoz en "El club de la vida".

Un programa de radio es un ser vivo y va cobrando vida propia. Mas allá de lo que al principio habíamos planificado, los oyentes con sus intervenciones, cartas, llamadas, aportaciones varias, fueron marcando el camino. Y nosotros lo fuimos siguiendo, tratando de acompañar y apoyar esa evolución y mostrando la nueva imagen. Porque el cambio era evidente. Estaba surgiendo, afirmándose con fuerza, un nuevo modelo de persona mayor activa con necesidades y demandas distintas, para cuya satisfacción no había, y en buena medida sigue sin haber, respuestas adecuadas.

NUEVAS DEMANDAS

Digámoslo una vez más: las personas mayores, no constituyen un todo homogéneo, a pesar de que durante tanto tiempo y en muchas situaciones todavía hoy, se hable y se actúe como si lo fuera. Los mas de siete millones y medio de personas mayores de sesenta y cinco años que viven en España conforman un colectivo tan heterogéneo como cualquier otro grupo social.

De él hay una parte, integrada mayoritariamente por mujeres de edad avanzada, con escasos recursos, quizá afectadas por alguna discapacidad que limita sus posibilidades de vida autónoma, que necesita protección y ayuda. La atención a sus necesidades tiene que hacerse desde los derechos inherentes a su condición de ciudadanas, pues ya no hay lugar para la caridad, ni el paternalismo. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006 de 14 de diciembre), al declarar que la atención a las necesidades de quienes precisan ayuda para las tareas propias de la vida cotidiana es un derecho subjetivo, supuso un importante avance en esta dirección.

Es igualmente fundamental que se reconozca a quienes viven en una institución su valor como ciudadanos, su capacidad para dirigir su propia vida mientras no hayan sido legalmente incapacitados. Como lo es, que los profesionales que trabajan en dichas instituciones se esfuercen por fomentar y defender al máximo la autonomía de los mayores a su cargo. Pero en todo caso, no pueden ser estas las únicas imágenes presentes en los medios de comunicación, ni en la sociedad, porque hay otras realidades.

A estas alturas del siglo XXI son muchas las personas mayores que presentan unas características muy diferentes a las anteriormente descritas al dibujar el perfil de la audiencia en 1987. Hoy tienen, en general, mayor nivel cultural, disfrutan de una salud y calidad de vida aceptables, de mayor grado de autonomía, mejor situación económica, y manifiestan otros intereses.

Y este será cada vez más el modelo del mayor en años venideros, especialmente cuando empiecen a acceder a la jubilación los miembros de la llamada generación del Baby boom, es decir los casi catorce millones de personas que nacieron en España entre 1957-1977 lo que sucederá a partir del año 2022. (¿Se está preparando el efecto que esta llegada tendrá sobre las pensiones, sobre el sostenimiento del estado del bienestar, sobre la edad de jubilación, sobre las ciudades en las que viven y envejecen buena parte de estas personas? ¿Se

están planificando los servicios que serán necesarios? ¿Se están ideando nuevos programas teniendo en cuenta el continuo crecimiento de las personas mayores en las ciudades y en las zonas rurales?).

Disponer de una pensión que permita vivir dignamente y recibir la atención sanitaria adecuada, es algo que a día de hoy se da por descontado, se considera lo normal que sea así aunque no sea una realidad aún para todo el colectivo y haya que seguir luchando por ello. Pero sólo esto ya no cubre las necesidades de las personas mayores. No es suficiente. Demandan más.

En ese saberse y reconocerse como personas con derechos, ciudadanos como los demás, los mayores reclaman también el derecho a acceder a la cultura en todas sus formas, a estudiar en la universidad, a vivir como y con los demás ciudadanos en un entorno intergeneracional; a no sufrir ningún tipo de exclusión por la edad. Ninguno. En ningún ámbito. Y plantean y lo expresan cada vez más, y de forma mas clara y rotunda, un derecho que, por estar muy relacionado con el enfoque y contenido de este capítulo, vamos a desarrollar con más detalle.

EL DERECHO A UNA IMAGEN SOCIAL PERTINENTE

Es decir, a una imagen que refleje su realidad actual. Que responda a cómo son los mayores de hoy como colectivo que forma parte de la sociedad, colectivo que aún tiene mucho que decir y hacer y que nunca ha dejado de aportar a pesar de que se lleve años diciendo lo contrario.

He aquí algunos ejemplos de la importancia que conceden a tener una imagen social adecuada a su realidad, y del rechazo categórico a la imagen antigua que sigue siendo habitual en los medios de comunicación y por ende en buena parte de la sociedad:

"No existe un reconocimiento social y económico que tenga en cuenta lo que hemos aportado a la sociedad con nuestro esfuerzo, trabajo, transmisión de ideas y valores y lo que podríamos continuar aportando. Con demasiada facilidad se nos coloca en situación de pasivos y se desaprovecha el potencial de conocimientos y experiencias que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra vida" (Conclusiones del II Congreso de las Personas Mayores, Barcelona 1993).

Unos años mas tarde, en 1999, los asistentes al Congreso de la Gent Gran celebrado también en Barcelona, tras estudiar la imagen de la vejez en los medios de comunicación, creyeron oportuno hacer públicas las siguientes observaciones:

"La imagen de las personas mayores que se transmite a través de los medios de comunicación no corresponde a la realidad porque es parcial e incide en los estereotipos presentando imágenes fijadas en otro tiempo. Es necesario potenciar las actividades para la gente mayor, para el provecho de la sociedad y para rehabilitar esta imagen tan deformada que a menudo se presenta en los medios".

E indicaban algunas acciones que podrían ayudar a conseguirlo, entre ellas propiciar una mayor y más directa participación de las personas mayores en los medios de comunicación, elaborar un libro de estilo para que los periodistas utilicen un lenguaje que defina bien la realidad, o impulsar políticas activas para cambiar la imagen de la vejez desde los medios. Otro ejemplo:

"Es fundamental que las personas mayores pasen de tener la consideración de seres pasivos a activos, de carga a recurso. Que desaparezca la imagen de mayor igual a persona que recibe ayudas y servicios". (Congreso Confederal de la Unión Democrática de Pensionistas, Valencia, 2002).

El estudio sobre "Envejecimiento saludable" presentado en septiembre de 2002 en Roma, en el primer encuentro para mayores organizado por los laboratorios Pfizer, puso de manifiesto que "dos de cada tres europeos mayores de cincuenta y cinco años se sienten infravalorados por la sociedad. Y que lo que más les gustaría, es que cambiara el trato condescendiente que les da la sociedad y sobre todo dejar de ser vistos como una carga".

Es una contradicción más de las muchas con las que vivimos. Hoy que se llega a edades avanzadas en buenas condiciones. Hoy que ser octogenario no es ninguna hazaña y que a nuestro lado viven cada vez más centenarios, las personas de cincuenta y cinco años que tienen media vida por delante, sienten que se las considera una carga. Cuando los expertos hablan de que la línea del envejecimiento se ha retrasado al menos diez años, y que lo que se predicaba antes de una persona de sesenta y cinco años hoy cabe decirlo, y no siempre, de una de setenta y cinco, los "cincuentones" se sienten socialmente marginados, considerados una carga o en situación de pasar a serlo mas pronto que tarde.

En septiembre de 2005 en el transcurso de un Seminario celebrado en Santander, en el marco de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, los mayores hicieron un conjunto de peticiones a los medios. Entre ellas que incluyan en sus contenidos el perfil del mayor español actual; que reflejen el cambio social que se está produciendo en las nuevas generaciones de mayores tanto en las necesidades como en las expectativas; que reconozcan a las personas mayores como miembros activos de pleno derecho en una sociedad para todas las edades, que acepten el derecho de acceso a los medios, reconocido por la Constitución, y que lo hagan efectivo favoreciendo la presencia en ellos de los mayores como colectivo social.

Por su parte, los periodistas que participaron en éste mismo Seminario, a la vista de las peticiones y propuestas de los mayores, firmaron la llamada Declaración de Santander en la que, entre otras cosas, se comprometían a mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, rescatando los valores que encarnan las personas mayores como la serenidad, la experiencia, el respeto, la independencia o la memoria. A incluir a este colectivo en todo tipo de informaciones, en plano de igualdad con los demás. A evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales sobre las personas mayores. A propiciar desde los medios el tratamiento de los temas con una perspectiva intergeneracional. A dar voz a los mayores como ciudadanos independientes y protagonistas de sus propias vidas y a acabar con su invisibilidad recurriendo a ellos como fuente informativa.

Me temo que todo esto se quedó en papel mojado porque dos años después, en 2007, los alumnos de la Universidad de Mayores de la Universidad de Alicante, tras seguir un curso titulado "Las personas mayores y los medios de comunicación. Tratamiento de una presencia", hicieron público un Manifiesto que, entre otras cosas, destacaba los siguientes puntos relativos al tratamiento de las personas mayores en los medios de comunicación:

> "La visibilidad del colectivo en los medios es prácticamente nula. Los mayores estamos ausentes. La presencia sólo se hace efectiva cuando el ámbito es el de los sucesos o la crónica rosa. La tendencia generalizada es la de remarcar nuestros defectos y no exaltar nuestros valores. Se nos trata tópica e inadecuadamente y de un modo no proporcional al porcentaje de mayores en la sociedad española. El colectivo aparece de forma homogénea. La ausencia de rigor se une al exceso de estereotipos y a la falta de reflexión sobre la realidad de una heterogeneidad nunca presente y que, sin embargo, forma parte de la realidad del mayor actual. La no aceptación por parte de los medios de una nueva cultura en la que se facilita la colaboración intergeneracional, se hace visible en las tendencias informativas. El lenguaje se utiliza de forma discriminatoria".

Ante estas realidades, los alumnos de la citada Universidad de Mayores demandan a los medios de comunicación que en el tratamiento informativo abandonen los tópicos que inducen a una imagen errónea, alejada de la pluralidad de las personas mayores. Que hagan visibles a los mayores de forma normalizada como parte activa de la sociedad. Que abandonen el empleo de la imagen degradada y discriminatoria, que utilicen una terminología correcta y respetuosa y que, en la publicidad, consideren a los mayores como consumidores adultos capaces de tomar sus propias decisiones. En suma, un acercamiento de los medios de comunicación a la realidad de las personas mayores de hoy, a sus perfiles, necesidades y demandas.

Y han hecho algo más los alumnos de la alicantina Universidad de Mayores. Han creado un Observatorio para analizar constantemente la imagen que proyectan las artes y los medios, compararla con la que los mayores tienen de sí mismos e ir desmontando las imágenes y estereotipos negativos tan incrustados en la cultura actual. Objetivo sin duda ambicioso el que se han propuesto.

El 16 de mayo de 2007, Día Mundial de la Sociedad de la Información, los Centros de Mayores de la Obra Social Caixa Galicia se unieron a la celebración de esta jornada realizando una actividad práctica a través de tres blogs. En uno de ellos, (http://mayorescaixagalicia2.blogspot.com) el tema a debatir era "mayores y medios de comunicación", a partir de preguntas como ¿Reflejan los medios la enorme diversidad de modos de vida de los mayores? ¿Están presentes (los mayores en los medios) con el mismo porcentaje de representación que tienen en la vida española? ¿Qué opina usted del modo en que los medios de comunicación-periódicos, revistas, televisión, radio, publicaciones en Internet, muestran la realidad de los mayores? Y otras mas o menos en la misma dirección. Los comentarios fueron numerosos y jugosos. He aquí algunos ejemplos:

> "Creo que los mayores no están suficientemente valorados en los medios de comunicación. La prensa en general dedica poco espacio a los temas que afectan a los mayo-

res (...) Con la radio y la televisión pasa algo parecido. Son contados los espacios que dedican un tiempo a la problemática de los mayores y los que hay se programan en horarios muy extremos o son de muy corta duración".

"La atención de los medios es insuficiente. Los mayores carecen de representatividad, están infravalorados y no se les considera ciudadanos con plenos derechos".

"Tal vez habría que separar a la prensa de la televisión. En prensa suelen salir algunos artículos sobre enfermedades, adelantos científicos sobre tal o cual enfermedad degenerativa propia de ancianos o prejubilaciones y problemas sobre las pensiones. No hay mucho más. En televisión el interés es concreto. Una masa impresionante de consumidores".

A la vista de todo esto, parece que no se ha avanzado mucho y que la presencia de las personas mayores en los medios sigue siendo escasa e inadecuada. Que sigue sin incluir realidades normales en la vida cotidiana como por ejemplo que el 75% tiene una cuenta corriente o una libreta de ahorro (Estudio VidaCaixa, 2004), que casi el 85% reside en una vivienda de su propiedad, frente al 3'5% que vive en una institución. Que también participan de la tendencia que se advierte en el conjunto de la sociedad de constituir hogares unipersonales, pues un 16% viven solos, y de ellos casi el 24%, mayoritariamente mujeres, viven solas por libre decisión, o que, siguiendo una línea común, el 1,4% de los mayores están separados o divorciados.

El estudio del Catedrático de Sociología D. Manuel Martín Serrano, publicado en 2001 con el título "La Tercera edad y el consumo" señala que al 28% de los mayores le preocupa la soledad, que el 8% recibe ayuda de algún miembro de la familia y que el 27% necesita ayuda para realizar diversas actividades domésticas. Pero que también es cierto que el 69% se siente feliz, que el 45% se declara capacitado para cuidar a sus nietos, el 28% para atender enfermos, el 27% para enseñar su oficio a otros... Y no es que se sientan capacitados, es que muchos están llevando a cabo esas tareas; el 6% de las personas mayores de sesenta y cinco años cuida niños a diario, el 6,5% cuida a otros adultos y se considera que más del 13% de las personas que participan en tareas de voluntariado son mayores, aunque está por hacer un censo actualizado y fidedigno de los miembros de este colectivo que están prestando su ayuda solidaria a través de diferentes ONG u otras entidades, o en iniciativas de gran interés en ocasiones puestas en marcha por ellos mismos.

Estos datos hablan de rasgos, de perfiles de la persona mayor de hoy. Esa persona que encontramos en el cine, en el teatro, en un concierto, haciendo la compra, nadando en una piscina, recogiendo a los nietos en el colegio, viajando, en una biblioteca, en una conferencia, visitando un museo, en la farmacia, paseando, asistiendo a una clase, estudiando un idioma, tomando un café, echando una partida, colaborando voluntariamente en múltiples actividades, participando en una asociación y un largo etcétera.

DESDE NUESTRA EXPERIENCIA

Creemos que no se puede continuar manteniendo una imagen tan antigua sobre las personas mayores. No se puede, ni se debe, porque es injusto y porque desvaloriza su papel y su lugar en la sociedad. Lograr una imagen ajustada a su realidad actual es algo que compete, en primer lugar, a las propias personas mayores, es un trabajo que tienen que llevar a cabo desde sus asociaciones y organizaciones. Pero, evidentemente, la tarea incumbe y mucho a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto.

Conseguir que los medios de comunicación muestren la imagen plural de la vejez es una necesidad imperiosa. Pero no se logrará fácilmente. Es necesaria una reflexión profunda, un cuidado exquisito del lenguaje y una estrategia comunicativa. Y es básico huir del sensacionalismo y el morbo.

El reto es construir entre todos, y en ello los medios de comunicación tienen un papel fundamental, una imagen de la vejez como una etapa más de la vida. Conseguir que se difunda y se integre en el pensamiento personal y colectivo, que el envejecimiento es un proceso y que una persona mayor es alguien que ha cumplido un número de años, que ha llegado hasta aquí con una maleta llena de vivencias, experiencias, alegrías, fracasos, renuncias, triunfos, conocimientos, achaques, temores, éxitos... En definitiva, con una maleta llena de vida. Y que lo que lleva en ella, su equipaje vital, le sirve para seguir viviendo el presente y para saber responder a los retos que le traiga el futuro. Pero que todo eso que los mayores tienen, es valioso también para los demás, para el conjunto de la sociedad. Y que es un grave error no valorarlo.

Dar una imagen adecuada, que refleje la realidad de los mayores de hoy, exige también mostrar una imagen plural. Porque no hay una única forma, un único modelo de envejecer, un único tipo de persona mayor.

A lo largo de los años, quienes hicimos "El club de la vida" intentamos asumir nuestra parte de responsabilidad en esta tarea. Creímos que era nuestra obligación estar atentos a la realidad, a las demandas y a las palabras del propio colectivo. Estábamos convencidos de que esto nos llevaría a dar una imagen más veraz. Y quisimos, también, ir acompañando su evolución y dándola a conocer en la medida de nuestras posibilidades.

Esto nos llevó a ofrecer imágenes de mayores activos. A dar a conocer iniciativas de todo tipo protagonizadas por mayores. A respetar su voz para que manifestaran, sin intermediarios, como adultos en plenitud de sus derechos y deberes, sus necesidades, deseos y reivindicaciones. A buscar y ofrecerles todo tipo de información, especialmente aquella que sirviera para facilitar su participación en todos los ámbitos. A atender sus deseos de aprender incluyendo contenidos en esta dirección y muy especialmente orientaciones, direcciones, posibilidades concretas que estaban a su alcance.

También a tratar de apoyar en lo posible a aquellos mayores que tenían sobre sus hombros la responsabilidad de cuidar a otros de más edad, o de menos, porque la complejidad de la vida actual también les afecta. Las personas mayores no viven en una burbuja, ni en un

mundo aparte. La separación o divorcio de los hijos, la drogadicción, el paro, los accidentes de tráfico, por poner algún ejemplo de situaciones tan habituales hoy en nuestra sociedad, están detrás en muchas ocasiones de los papeles y las tareas que muchos mayores se ven obligados a asumir, o de derechos que tienen que reclamar legalmente.

En definitiva, intentamos abrir la mirada para mostrar otras realidades interesantes, que merecían ser destacadas, ofrecer una visión de las personas mayores más ajustada a su pluralidad.

Los medios siempre han contado con personajes como exponente o reflejo de la realidad social. Hoy son los poderosos, famosos y triunfadores los que ocupan ese espacio. En "El club de la vida" no, o al menos no exclusivamente. Abrimos la puerta a personajes con los que los ciudadanos de a pie pudieran identificarse. Y al hacerlo, descubrimos que muchos de estos ciudadanos anónimos tenían mucho que decir, que aportar, que enseñar, que muchos servían como modelo de una nueva forma de vivir el envejecimiento.

Y tratamos de huir de ese aforismo que dice que hoy sólo es noticia la mala noticia, para tratar de mostrar que hay diversas formas de entender la vida, diversas maneras de ser mayor. Que es posible vivir en positivo toda la vida y disfrutar de ella se tenga la edad que se tenga.

Y en ello estábamos, ilusionados en esta tarea a pesar de los años que llevábamos en ella, cuando nos arrolló el expediente de regulación de empleo de RTVE. Tres de las cuatro personas que integrábamos el equipo (en el camino se habían quedado con anterioridad por jubilación otras dos que no fueron reemplazadas), fuimos "invitadas" a sumarnos al ERE y marcharnos a casa. Es decir, nos convertimos en miembros del grupo social a cuyo lado, codo a codo, llevábamos veinte años.

Nos convertimos en destinatarios de aquellas denostadas frases que tantas veces habíamos comentado: *"qué suerte tienes, a partir de ahora no tendrás que darle un palo al agua"*, *"se acabaron los madrugones"*, *"adiós al despertador"*. Y de aquellas otras que tal vez duelen más: *"sois jubilados de lujo a costa de los demás"*, *"cobráis gracias a nuestro trabajo"*. Tuvimos que plantearnos la pregunta, que tantas veces habíamos oído al otro lado del teléfono, o leído en una carta: *¿y ahora, qué hago yo con mi vida?* y que buscar apoyo en las ideas, y en los recursos, y en las posibilidades, que desde nuestro trabajo profesional habíamos ofrecido a otros, a ciudadanas y ciudadanos anónimos que fielmente, durante veinte años, se congregaron con ese objetivo en torno a la alegre sintonía que sonaba cinco minutos después de las siete de la mañana de cada sábado y cada domingo.

Sintonía que el tres de septiembre de 2007 abrió por última vez "El club de la vida", porque el programa por decisión de la "autoridad competente" desapareció de la parrilla de Radio Uno de Radio Nacional de España. Paradojas de la vida.

Bibliografía

Libros

A. Kalish, R. (1991): *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Ediciones . Pirámide. Madrid.

Amorós Martí, P. y otros (2006): *Construyendo futuro. Las personas mayores una fuerza social emergente*. Alianza Editorial. Madrid.

Bazo Royo, Mª. T. (1992): *La ancianidad del futuro*. S.G. Editores. Barcelona.

Bermejo García, L. (1994): *Viva la jubilación*. Editorial Popular. Madrid.

De Castro, A. (1990): *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Ed. Narcea. Madrid.

Díaz Aledo, L. (1993): *Envejecer es vivir*. Editorial Popular. Madrid.

F. Heumann, L. y P. Boldy, D. (1995): *Envejecer dignamente en la comunidad*. S.G. Editores. Barcelona.

Fernán Gómez, F (1999): *Nosotros los mayores*. Editorial Temas de Hoy. Madrid.

Freixas Farre, A. (1993): *Mujer y envejecimiento: aspectos psicosociales*. Fundación "La Caixa" Barcelona.

Friedan, B. (1994): *La fuente de la edad*. Editorial Planeta. Barcelona.

García Gutiérrez, A. (1993): *La fuerza de la experiencia. Por qué, cómo y dónde invertirla*. Editorial Popular. Madrid.

Ginzo, J. (2000): *La pasión de vivir con un montón de años*. Editorial Temas de Hoy. Madrid.

Leer, U. (1980): *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Editorial Herder. Barcelona.

López Aranguren, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. IMSERSO, Madrid.

Medina González, M. (2001): *Prejubilación ¿premio o pesadilla?* El Olivo. Jaén.

Medina, J. (1997): *El reloj de la edad*. Crítica. Barcelona.

Moragas Moragas, R. (1989): *La jubilación un enfoque positivo.* Edicciones Grijalvo. Barcelona.

Moragas Moragas, R. (2001): *La jubilación una oportunidad vital*. Editorial. Herder. Barcelona.

Pérez Ortiz, L. (1997): *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad.* IMSERSO. Madrid.

Pipher, M. (2000): *Claves para entender el mundo de los mayores*. Amat Editorial. Barcelona.

Riviere, M. (2003): *El malentendido*. Icaria Editorial. Barcelona.

Rodríguez Cabrero, G. (1997): *Participación social de las personas mayores*. IMSERSO. Madrid.

San Román Espinosa, T. (1989): *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Fundació Caixa de Pensions. Barcelona.

Sobreroca Ferrer, Ll. y otros (1994): *La vejez a debate. Una controversia escrita en el siglo I a de C*. Diáfora S.A. Barcelona.

Subirats, J. (1992): *La vejez como oportunidad*. IMSERSO. Madrid.

Trinidad Requena, A. (2005): *La realidad económica y social de las personas mayores*. Instituto de Estudios Económicos. Madrid.

Varios (1991): *Jornadas Medios de Comunicación y Tercera Edad*. IMSERSO. Madrid.

Vázquez-Vigo, C. (1982): *El miedo a los años*. SM Ediciones. Madrid.

Artículos

Aguilar Baltar, A. (1992): "La radio y los mayores". En A. Abellán (ed.): *Una España que envejece.* La Rábida U.H.S.M.

Documentos de trabajo

Barroso Ruiz, A. y Abellán García, A. (1991): *Análisis de audiencia de un medio de comunicación de mesas: Las personas de edad y la radio*. CSIC. Centro de Investigaciones sobre la economía, la sociedad y el medio.

COLECCIÓN MANUALES Y GUÍAS

Serie Personas Mayores

31001. Malos tratos a Personas Mayores. Guía de actuación.

31002. Diez temas jurídicos de Portal Mayores.

31003. Guía de Servicios de Atención Residencial para Personas Mayores 2009.

31004. Guía de Servicios de Atención Residencial para Personas Mayores 2009 (CD-ROM).

31005. Nuevas miradas sobre el envejecimiento.

31006. Nuevas miradas sobre el envejecimiento (CD-ROM).

Colaboran:

ISBN 84-8446-120-3

P.V.P.: 20 €