

MONOGRAFÍAS

HUMANITAS

1

ENVEJECIMIENTO

Director Invitado:
José Manuel Ribera Casado



FUNDACIÓN MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

MONOGRAFÍAS HUMANITAS



Pau Casals 22, 6º.
08021 Barcelona.
Tel.: 93 240-23-23.
Fax: 93 240-23-24.
e-mail: fundacion@fundacionmhm.org
<http://www.fundacionmhm.org>

Presidente
José Antonio Dotú

Vicepresidente
Edgar Dotú Font

Secretario
Agustín Jausás Martí

Vocales
Mario Foz Sala
Ciril Rozman

Director Científico
Mario Foz Sala

Gerente de Gestión
Ana María de las Heras

Gerente Editorial
Fco. Javier Ruiz

Director Administrativo
Àlex Borràs

Director Artístico
Vicente Olmos

MONOGRAFÍAS **HUMANITAS**

Publicación trimestral de carácter monográfico.

Editada por «Fundación Medicina y Humanidades Médicas»

© Copyright 2004 Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Suscripciones: Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Pau Casals 22, 6º. 08021 Barcelona.

Tel.: 93 240-23-23. Fax: 93 240-23-24.

e-mail: fundacion@fundacionmhm.org - <http://www.fundacionmhm.org>

Tarifa de suscripción:

(un año, 4 monografías regulares más una extraordinaria + acceso a edición electrónica en Internet)

ESPAÑA

	Personal	Institucional
Normal	100 €	120 €
Oferta lanzamiento	80 €	100 €
Renovación	75 €	90 €

MONOGRAFÍA SINGULAR 25 €

(Canarias, Ceuta y Melilla menos 4% IVA)

INTERNACIONAL

Correo	Personal	Institucional
Superficie todo el mundo	120 €	150 €
Aéreo Europa	135 €	170 €
Aéreo resto del mundo	150 €	190 €

MONOGRAFÍA SINGULAR 30 €

Preimpresión: Fotoletra, S.A.

Impresión: Rotographik, S.A.

Santa Perpetua de Mogoda (Barcelona), España

Depósito Legal: B-47.934-2003

ISSN: 1697-1663

LOPD

Cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 del 13 de diciembre, referida a la protección de datos de carácter personal, le informamos que su nombre, dirección, profesión y especialidad que ejerce forman parte del fichero automatizado de esta Fundación sin ánimo de lucro. Si usted deseara ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación puede efectuarlo dirigiéndose por escrito a esta Fundación.



Patronato

Junta Directiva

D. José A. Dotú Roteta (*Presidente*)
D. Edgar Dotú Font (*Vicepresidente*)
D. Agustín Jausàs Martí (*Secretario*)
Prof. Mario Foz Sala (*Vocal*)
Prof. Ciril Rozman (*Vocal*)

Patronos

Dr. Ricardo Alonso-Barajas Martínez
Prof. Antonio Bayés de Luna
Prof. Miquel Bruguera Cortada
Prof. Rafael Carmena Rodríguez
Dr. Pere Gascón Vilaplana
Dr. Amando Martín Zurro
Prof. Evelio J. Perea Pérez
Dr. Josep M.^a Piqué Badia
Prof. Celestino Rey-Joly Barroso
D. Antonio Rodríguez Escobar
Prof. José M.^a Segovia de Arana
Prof. Josep Terés Quiles
Prof. Miquel Vilardell Tarrés
Prof. Juan José Zarranz Imirizaldu

MONOGRAFIAS HUMANITAS

Director

Mario Foz Sala

Consejo Editorial

Francesc Abel i Fabre (*Barcelona, España*)

Carlos Alonso Bedate (*Madrid, España*)

Rafael Argullol Murgadas (*Barcelona, España*)

Carlos Ballús Pascual (*Barcelona, España*)

Juan Pablo Beca Infante (*Santiago, Chile*)

Margarita Boladeras Cucurella (*Barcelona, España*)

Francesc Borrell Carrió (*Barcelona, España*)

Marc Antoni Broggi i Trias (*Barcelona, España*)

Victoria Camps Cervera (*Barcelona, España*)

Arachu Castro (*Boston, EEUU*)

Josep María Comelles Esteban

(*Tarragona, España*)

Adela Cortina Orts (*Valencia, España*)

Azucena Couceiro Vidal (*Madrid, España*)

James F. Drane (*Edinboro, EEUU*)

Susan M. DiGiacomo (*Amherst, EEUU*)

Josep Egozcue Cuixart (*Barcelona, España*)

Dietrich von Engelhardt (*Lübeck, Alemania*)

Sergio Erill Sáez (*Barcelona, España*)

Juan Esteva de Sagrera (*Barcelona, España*)

Anna García Altés (*New York, EEUU*)

Omar García Ponce de León (*Cuernavaca, México*)

Henk ten Have (*Nijmegen, Holanda*)

Héctor Jausás Farré (*Barcelona, España*)

Albert R. Jonsen (*San Francisco, EEUU*)

Arthur Kleinman (*Boston, EEUU*)

Juan Ramón Lacadena Calero (*Madrid, España*)

José Lázaro Sánchez (*Madrid, España*)

Pablo Lázaro y de Mercado (*Madrid, España*)

Fernando Lolas Stepke (*Santiago, Chile*)

Guillem López Casanovas (*Barcelona, España*)

José María López Piñero (*Valencia, España*)

Alfonso Llano Escobar, S.J. (*Santafé de Bogotá, Colombia*)

José A. Mainetti (*Buenos Aires, Argentina*)

Eduardo Menéndez (*México, D.C., México*)

Jesús M. de Miguel (*Barcelona, España*)

Enrique Miret Magdalena (*Madrid, España*)

Luis Montiel Llorente (*Madrid, España*)

Vicente Ortún Rubio (*Barcelona, España*)

Marcelo Palacios (*Gijón, España*)

José Pardo Tomás (*Barcelona, España*)

Edmund D. Pellegrino (*Washington, EEUU*)

Cristóbal Pera (*Barcelona, España*)

Enrique Perdiguero Gil (*Alicante, España*)

José Luis Peset (*Madrid, España*)

Oriol Romani Alfonso (*Tarragona, España*)

Carlos María Romeo Casabona (*Bilbao, España*)

Javier Sánchez Caro (*Madrid, España*)

Miguel Ángel Sánchez González (*Madrid, España*)

Hans-Martin Sass (*Bochum, Alemania*)

Bernat Soria Escoms (*Alicante, España*)

María Luz Terrada (*Valencia, España*)

Carmen Tomás-Valiente (*Valencia, España*)

MONOGRAFÍAS HUMANITAS

1

ENVEJECIMIENTO

Director Invitado

José Manuel Ribera Casado

SUMARIO

Editorial	1
<i>Mario Foz</i>	
Presentación	3
<i>José Manuel Ribera Casado</i>	
¿Qué es envejecer?	7
<i>José Manuel Ribera Casado</i>	
Apuntes para una historia de la vejez	21
<i>Luis Sánchez Granjel</i>	
Psicología de la vejez	27
<i>Rocío Fernández Ballesteros</i>	
El envejecimiento desde la biología: ¿conocemos los límites?	39
<i>Mónica de la Fuente</i>	
Vejez y recursos sociales en España: políticas sociales prioritarias	53
<i>Gregorio Rodríguez Cabrero</i>	
Vejez y recursos sociales en América Latina	73
<i>Marta Peláez y Laura Rodríguez Wong</i>	
Calidad de vida y cuidado del anciano: ¿hemos avanzado en el último medio siglo?	85
<i>John Pathy</i>	
La vejez como oportunidad	99
<i>Victoria Camps</i>	
Envejecer desde la literatura	107
<i>Teresa Pàmies</i>	



EDITORIAL

Hace ahora poco más de un año dábamos cuenta de la creación de nuestra Fundación Medicina y Humanidades Médicas, e informábamos de su finalidad y objetivos: contribuir al estudio y desarrollo de la Medicina y de las Humanidades Médicas.

Unos meses después tuvimos la satisfacción de presentar nuestra Fundación en sendos actos celebrados en Barcelona y Madrid. En dichos actos decíamos que las Humanidades Médicas son «un conjunto de disciplinas todavía insuficientemente cultivadas en nuestro país y que, sin embargo, están llamadas a desempeñar un papel de gran importancia en la reflexión, el análisis y el debate que se produce en nuestro mundo acerca de la salud y la atención sanitaria».

En este breve período creemos haber conseguido, a través de la publicación de la revista «HUMANITAS Humanidades Médicas», ofrecer, como era nuestro propósito desde la perspectiva multidisciplinaria que ofrecen las Humanidades Médicas, reflexiones y análisis de notable valor sobre cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad, la medicina y su práctica, y la atención sanitaria en general, y sobre el cúmulo de conceptos, percepciones, dilemas, conflictos y actitudes que se da en la sociedad actual en torno a estos fenómenos. Esta convicción no nace de una autocomplacencia acrítica, sino que se sustenta en numerosos testimonios externos que han avalado la trayectoria y el valor de la publicación.

Esta constatación de que lo hasta ahora hecho se encuentra en el buen camino no nos ha

impedido, sin embargo, reflexionar sobre la mejor manera de dar cumplimiento a la finalidad y objetivos de nuestra Fundación, que no son otros que los de contribuir desde el mayor rigor científico e intelectual al estudio y desarrollo de la Medicina y las Humanidades Médicas.

En consecuencia, en un ejercicio de racionalización de nuestra actividad, hemos decidido centrar por el momento toda ella en la creación y edición de una serie de monografías, que denominaremos genéricamente «Monografías HUMANITAS», cuyo primer número tiene usted en sus manos. Estas monografías se publicarán de forma seriada bajo esta denominación, en un número mínimo de cuatro al año, con una periodicidad trimestral, y en ellas daremos cabida tanto a temas de Medicina, en sus aspectos científicos y clínicos, que sean de especial relevancia, interés y actualidad, como a otros específicamente dedicados a las Humanidades Médicas. Tenemos previsto, además, editar cada año una monografía de carácter extraordinario.

Así pues, esta nueva serie de «Monografías HUMANITAS» verá sensiblemente ampliado tanto el espectro temático de las cuestiones que en ella se aborden como la extensión, profundidad y diversidad de perspectivas desde las que se traten los temas, lo que permitirá llevar a cabo el análisis transversal e integrador que va a constituir una de las características fundamentales de esta nueva publicación. Nos complace anticiparle que los temas que tenemos previsto publicar en las «Monografías HUMANITAS» a lo largo del presente año son:



ENVEJECIMIENTO

- ***Envejecimiento*** (Director: Prof. J. M. Ribera Casado).
- ***Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*** (Director: Prof. R. Bayés Sopena).
- ***Investigación con células troncales*** (Director: Prof. Carlos M. Romeo Casabona).
- ***Uso de drogas y drogodependencias*** (Director: Prof. O. Román Alfonso).
- ***Evidencia científica, atención sanitaria y cultura*** (Director: Dr. Xavier Bonfill).

Por otra parte, esta nueva línea de actuación nos permitirá ofrecer a las instituciones y profesionales interesados en las «Monografías HUMANITAS» editadas por nuestra Fundación un acceso más flexible a las mismas, bien ad-

quiriendo todas ellas mediante la formalización de una suscripción anual, bien mediante la compra de monografías singulares de su especial interés.

Tenemos la confianza de que esta nueva etapa de nuestra actividad abra nuevas y provechosas oportunidades de servicio a los profesionales directa o indirectamente implicados en todo lo relacionado con la salud, la medicina, la atención sanitaria y las Humanidades Médicas.

Mario Foz

Director

Monografías HUMANITAS



PRESENTACIÓN

Debo iniciar este prólogo con una confesión. Pocas veces he tenido oportunidad de presentar una monografía de la que me encuentre más satisfecho. La que tiene Vd. entre sus manos recoge desde perspectivas muy diferentes algunos de los aspectos más importantes relacionados con el proceso de envejecer. Y lo hace de la mano de unos autores que, cada uno en su campo, pueden ser considerados, sin lugar a dudas, entre los más expertos que es posible encontrar en estos momentos en relación con las cuestiones que abordan. La variedad temática dentro de un enfoque común, la riqueza en el desarrollo de los diferentes capítulos y la extraordinaria calidad de los autores que aparecen en el índice de esta obra justifican ampliamente el testimonio de satisfacción con el que he querido iniciar estos comentarios.

Se ha dicho, y se repite de forma continuada, que el envejecimiento es, probablemente, el fenómeno social más trascendente que estamos viviendo desde hace varias décadas. Sin duda lo va a seguir siendo al menos durante toda la primera mitad del siglo XXI. Conocer sus claves más importantes y reflexionar sobre ellas constituye una obligación ineludible para toda persona culta de nuestra época. Mucho más si su actividad profesional está orientada desde cualquier perspectiva hacia la atención del mayor.

En geriatría hablamos mucho de inter y de multidisciplinariedad. Entendemos que trabajar en ese contexto es uno de los requisitos indispensables para poder hacer bien nuestro oficio. Ese es el marco desde el que fue diseñado este libro. A lo largo de sus capítulos se profundiza en cuestiones muy distintas. Todas ellas de gran calado. Todas encuadra-

bles dentro del apartado genérico de envejecimiento. Y todas, sin excepción, presentadas por unos autores que -debo insistir en ello- son líderes indiscutibles en las cuestiones que les han sido encomendadas.

Así, a la hora de repasar el índice vemos que, tras un primer capítulo de cuestiones generales redactado por quien esto firma, nos encontramos con una breve revisión de aquellos puntos que más han trascendido a la hora de dibujar una historia de la vejez. Su autor, el Prof. Sánchez Granjel, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Salamanca, es una figura bien conocida en su ámbito, discípulo de primera hora de D. Pedro Laín Entralgo, estudioso en profundidad del tema que expone, acerca del cual ha tenido oportunidad de publicar diferentes trabajos desde hace ya muchos años.

La Profa. Rocío Fernández Ballesteros, catedrática en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, es directora desde hace años de un Master en Gerontología Social dentro de su propia Universidad y participante activa en diferentes sociedades, grupos de trabajo y foros de todo tipo españoles y europeos, en torno a temas relacionados con el envejecimiento. A ella corresponde el siguiente capítulo. Un capítulo que aborda la interesante cuestión de los cambios psicológicos operados en el curso del envejecimiento, sus eventuales causas, las diferentes maneras de manifestarse y, especialmente, sus consecuencias y las vías para facilitar el hecho de que estos cambios tengan lugar de la forma más positiva posible.

Uno de los capítulos más actuales en el campo de la biogerontología es el que hace referencia al porqué y al cómo envejecemos. También al intento



ENVEJECIMIENTO

de dar una respuesta lo más precisa posible al interrogante acerca de cuáles son los límites extremos de nuestras posibilidades de vida, y en qué medida esos límites son inamovibles o, por el contrario, cabe esperar que los avances científicos permitan una prolongación de los mismos. De ello trata el trabajo de la Profa. Mónica de la Fuente, catedrática de la Facultad de Biología de la Universidad Complutense y, sin duda, una de las expertas con mayor experiencia en estudios de este tipo dentro de nuestro país.

El Prof. Gregorio Rodríguez Cabrero, de la Universidad de Alcalá de Henares, es uno de los máximos expertos españoles en las cuestiones relativas a la sociodemografía del envejecimiento. El capítulo que nos ofrece en esta monografía es un buen testimonio de ello. Su aportación va mucho más allá de una fría exposición de números y estadísticas para entrar en el análisis riguroso de lo que han dado de sí hasta ahora y pueden dar en el futuro las políticas sociales sobre la vejez de cara a construir lo que él, acertadamente, describe como "un modelo de solidaridad intergeneracional que articule a los diferentes agentes sociales e institucionales".

Por razones históricas, socioculturales y hasta familiares y afectivas es poco discutible que la preocupación por los temas de América Latina forma parte del sentir profundo de cualquier español. Desgraciadamente, no siempre en España disponemos de información suficiente sobre la realidad del otro lado del Atlántico. En el caso del envejecimiento, con sus problemas y sus consecuencias, las interrelaciones a todos los niveles parecen bastante obvias, como también lo son las posibilidades de una incidencia recíproca que redunde en beneficio mutuo de los ancianos y de los profesionales de aquí y de allá. Marta Peláez es una de las grandes expertas

en estas cuestiones, como lo acredita su trabajo de muchos años dentro de la Oficina Panamericana de Salud. Por ello creo que reviste un gran interés la panorámica que nos ofrece sobre lo que a día de hoy representan en Latinoamérica la vejez y los recursos sociales que a ella se destinan.

El siguiente capítulo trata sobre un tema capital. La calidad de vida de la persona mayor. Una cuestión a la que se da cada vez mayor importancia, que resulta muy difícil de medir y cuyo análisis implica perspectivas muy distintas que cubren desde la salud percibida hasta el encaje social en el propio entorno del individuo. El Prof. J. Pathy es catedrático jubilado de la Universidad de Cardiff, editor y autor de uno de los textos más clásicos de geriatría, del que se han realizado varias ediciones, y experto de primer nivel en el tema.

La Profa. Victoria Camps, catedrática en la Facultad de Filosofía de la Universidad Autónoma de Barcelona, es una de las expertas con mayor reconocimiento dentro del campo de la bioética. Su contribución se centra en un tema tan lleno de sugerencias como el título que lo encabeza: «La vejez como oportunidad». Su contenido responde plenamente a las expectativas del mismo. Tras reconocer la autora la gran carga ética que entraña la desatención, de toda índole, a la que muchos ancianos se ven sometidos, defiende la idea de que la vejez es ante todo una oportunidad, siempre que quienes se encuentran en esa etapa de la vida dispongan de tres elementos esenciales: salud, dinero y amor.

Por último, Teresa Pàmies, escritora bien conocida en el mundo de la cultura y con una amplia y fecunda trayectoria literaria, ha tenido la amabilidad de obsequiarnos con unas reflexiones acerca de la vejez y la literatura. En ellas incorpora a su propio testimonio el de otros autores que también se han



PRESENTACIÓN

manifestado sobre estos puntos. Pienso que se trata de una contribución personal de gran interés, que aporta un complemento poco habitual al resto de los temas seleccionados para la monografía.

Tras todo lo anterior sólo me resta expresar de nuevo mi felicidad por el privilegio que representa haber coordinado una obra de esta naturaleza. También agradecer a todos los autores su esfuerzo y la calidad del producto que ofrecen. Y, cómo no, extender también este agradecimiento a la Fundación Medicina y Humanidades Médicas, pionera en

este tipo de publicaciones, que apuesta por la calidad, y que ha asumido el bonito riesgo de iniciar una colección de monografías que, haciendo honor al nombre de la colección, demuestran desde este primer número el propósito por desarrollar temas de alto contenido humanístico. Pienso que, en último término, el lector va a ser el principal beneficiario de todo este esfuerzo conjunto. Que así sea.

José Manuel Ribera Casado
Director Invitado



¿QUÉ ES ENVEJECER?

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO*

*Catedrático de Geriátría. Facultad de Medicina.
Universidad Complutense. Jefe de Servicio de Geriátría.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España)*

Puntos de partida y algunos conceptos

Definir la vejez resulta extraordinariamente complejo. La vejez no es un tema académico, afirma Bobbio. Simone de Beauvoir, en su espléndido libro «*La vejez*», insiste desde la introducción en lo complejo que puede resultar un intento de abarcar la vejez de una manera global. Insiste en un punto importante: la tendencia existente en las sociedades occidentales, especialmente en los Estados Unidos, a esquivar tanto el término como su contenido. Habla de la carga negativa que conlleva esta palabra y de su asociación por parte de muchas personas con la palabra triste. Alude a una «conspiración de silencio» cuando se deben tratar temas en relación

con la vejez y considera que el análisis de lo que es y representa debe llevarse a cabo desde una perspectiva muy plural.

Asociar vejez y tristeza es algo muy extendido en nuestra sociedad. Como lo es cargar a la vejez de toda suerte de contenidos negativos. Una demostración muy ilustrativa de ello la da cualquier diccionario de sinónimos, donde los que aparecen unidos a las palabras viejo o anciano entran de lleno en su mayor parte en la categoría del insulto, y dan la razón a quienes durante décadas han estado buscando expresiones alternativas menos hirientes como «tercera edad» o «personas mayores» a la hora de intentar nominar de forma neutra a este grupo etario.

Personalmente puedo afirmar que, cuando hace ya cerca de veinte años decidí dedicarme plenamente a la geriatría, el comentario que escuché con más frecuencia fue el de «cómo vas a hacer eso. Tratar con viejos es muy triste y además se mueren». Ninguna de las dos afirmaciones es especialmente cierta. Las personas mayores se mueren como nos morimos todos, pero pueden vivir mucho tiempo y en muy buenas condiciones. Más falsa aún es la afirmación referida a la tristeza. La sociedad tiende a ser cruel con sus mayores y esto hace que dedicarse a ellos sea algo extraordinariamente gratificante en

*Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.

En 1984 puso en marcha la Unidad, luego Servicio de Geriatría, del Hospital Clínico San Carlos, de la que es responsable desde su inicio.

Ha sido Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Sección Clínica de la Rama Europea de la IAG (International Association of Gerontology).

Ha participado en múltiples reuniones científicas y publicado gran número de artículos originales y revisiones en diferentes revistas españolas y extranjeras. Ha dirigido 37 tesis doctorales y desde 1990 dirige el único Programa de Doctorado en Geriatría existente en España.



ENVEJECIMIENTO

la medida en la que su respuesta no sólo es por lo común mucho más agradecida que la del paciente más joven, sino que suele aparecer cargada de satisfacción y con un alto grado de empatía.

En todo caso es difícil delimitar a partir de qué momento una persona puede ser considerada vieja o anciana. El relativismo y lo subjetivo juegan en este terreno un papel nada desdeñable. La palabra «viejo» (o «vieja») aplicada a una persona no deja de ser una expresión equívoca que no puede identificarse con o a partir de una edad determinada. En ese contexto tiene razón de ser la cínica expresión, atribuida a Maurice Chevalier, de que «viejo es aquél que tiene quince años más que yo». Lo cierto es que no se es viejo desde un momento determinado. Establecer una línea divisoria en función de la edad sólo tiene sentido en dos situaciones.

Una de ellas la marca la Administración y viene fijada por la jubilación. La sociedad, a través de sus órganos representativos, establece una determinada edad como tope para poder seguir ejerciendo cualquier tipo de actividad laboral. Ello supone en cierta forma una muerte civil obligatoria. Un salto a partir del cual la persona es declarada oficialmente inútil para lo que ha sido el ejercicio de su profesión durante toda su vida activa. En nuestro país ese límite se sitúa mayoritariamente en torno a los 65 años. En realidad, la jubilación que -no lo olvidemos- viene de júbilo y que fue en su momento uno de los logros sociales más importantes en la historia de la humanidad, se ha convertido hoy para muchas personas en un drama; en una agresión que va mucho más allá de lo meramente laboral. Afecta a individuos que, plenos aún de sus facultades intelectuales y físicas, se ven abocados a buscar -a reinventarse- contenidos vitales para un tiempo que va a representar como veremos el 30-40% de lo que ha sido

su vida activa anterior. No es ahora el momento de profundizar en esta cuestión, pero considero que sí es importante dejar constancia desde estas líneas de lo que tiene de agresión el corte jubilar en la actualidad para buena parte de nuestros conciudadanos.

La otra circunstancia donde se pone una línea divisoria es la relativa a los estudios de población; a la investigación epidemiológica. Cuando queremos comparar prevalencia de enfermedades, llevar a cabo ensayos clínicos sobre población mayor, o plantear hipótesis de trabajo clínico o social en orden a determinados proyectos se hace necesario, obviamente, delimitar con una raya el campo de actuación. El corte se establece aquí de una manera mucho más aleatoria en función del objetivo perseguido en cada caso.

Fuera de esas dos situaciones no hay razón para establecer un límite basado en la fecha de nacimiento. No se es viejo desde un momento determinado. Por eso parece mejor hablar en términos dinámicos y utilizar expresiones como envejecer o envejecimiento. Al estudio de este proceso; a conocer sus causas, sus manifestaciones y sus consecuencias en cualquier orden de la vida se ha destinado una ciencia: la «gerontología». Se trata de un término muy expresivo que apenas necesita aclaración y que fue utilizado por primera vez por Metchnikoff, en 1901, en su libro *«La naturaleza del hombre: Estudios de una filosofía optimista»*. Metchnikoff, de origen ruso pero cuya actividad profesional estuvo esencialmente ligada a Francia, recibió poco después, en 1908, el premio Nobel por estudios en los que correlacionaba el envejecimiento con la alimentación y la autointoxicación intestinal.

Los estudios gerontológicos pueden llevarse a cabo desde perspectivas muy diversas, abarcan diferentes campos de trabajo y son, por consiguiente,



¿QUÉ ES ENVEJECER?

multi e interdisciplinarios. Suele admitirse que la edad moderna de estos estudios se inicia en los Estados Unidos en 1941 a través de Nathan Shock. A partir de finales de los años cincuenta se empiezan a poner en marcha los llamados estudios longitudinales. De nuevo Nathan Shock fue pionero con el BLSA (Baltimore Longitudinal Study of Aging) que, si en un primer momento se orientó esencialmente al estudio del envejecimiento cardiaco, muy pronto dio paso a otras formas de investigación sobre el envejecimiento.

En 1975 se crea en los Estados Unidos el «National Institute of Aging» y posteriormente otros muchos países europeos siguen el ejemplo americano y, en mayor o menor medida, van prestando atención al fenómeno del envejecimiento y primando a través de sus agencias oficiales aquellas investigaciones que, desde cualquier perspectiva, ayuden a entenderlo y afrontarlo mejor. En España, el FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) mantuvo desde los años ochenta y por más de una década una de sus líneas de trabajo centrada en este tema. Esa línea, como alguna otra, fue interrumpida incomprendiblemente en la segunda mitad de los noventa. La propia Unión Europea en su V Plan de Acción (1998-2002) ha considerado prioritarias las investigaciones sobre envejecimiento. Desde las Naciones Unidas se han promovido en dos ocasiones (Viena 1982 y Madrid 2002) sendas «Asambleas Mundiales del Envejecimiento» en las que entre otras muchas conclusiones se ha recalcado la prioridad de las investigaciones en este terreno.

En la práctica la investigación gerontológica incluye tres grandes áreas muy interrelacionadas entre sí. En primer lugar, aquella que trabaja por mejorar nuestro conocimiento acerca de los mecanismos básicos que determinan el porqué y el cómo

envejecemos, así como de las posibilidades de actuar sobre estos mecanismos. Se trata de lo que se conoce como «biogerontología». El segundo aspecto tiene que ver con el estudio de aquellas cuestiones más vinculadas directamente con la salud. Hablaríamos de gerontología clínica o de geriatría. El tercer campo de investigación y de actuación, extraordinariamente amplio, es el concerniente a lo que en terminología gerontológica se conoce como área de «las ciencias sociales y del comportamiento».

Con cierta frecuencia personas no expertas en estos campos confunden los términos gerontología y geriatría. Por ello puede resultar conveniente aclarar éste último. Se define la geriatría como «la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano en situación de salud o de enfermedad». Ello incluye cuestiones relativas a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de la gerontología. Es también una ciencia relativamente joven. En 1909 Ignatius Nascher, un médico de origen austriaco instalado en los Estados Unidos, utilizó por primera vez la palabra geriatría, estableciendo un paralelismo con la pediatría y aludiendo a aquella parte de la medicina relativa a la vejez y a sus enfermedades. Sin embargo, la especialidad no adquirió entidad propia hasta finales de los años treinta, cuando la Dra. Majorie Warren, en el West Middlesex de Londres, demostró que la asistencia específica a determinados ancianos mejoraba notablemente su pronóstico funcional así como su morbilidad y mortalidad.

La expresión «medicina geriátrica», preferida en la actualidad por algunos, no deja de ser conceptualmente incorrecta, parcial en su interpretación y con un claro deje gremialista cuando con ella lo que se persigue es sustituir a la palabra «geriatría». El



ENVEJECIMIENTO

concepto de Geriátría va mucho más allá del de medicina geriátrica. La geriátría tal como ha sido definida más arriba intenta dar respuesta a los problemas de salud del anciano y, por eso mismo, es obvio que no debe limitarse a la atención médica sino que, junto con ella, debe necesariamente incorporar cuidados de enfermería, de fisioterapia y de otras muchas disciplinas dentro de las ciencias de la salud. Por otro lado, lo de «medicina geriátrica» no deja de sonar a un cierto esnobismo. A nadie se le ha ocurrido sustituir «cardiología» o «ginecología» por medicina cardiológica o medicina ginecológica, por poner símiles potencialmente equivalentes. Por último, no está de más recordar que en España la especialidad de Geriátría está reconocida oficialmente con ese nombre y no con otro dentro de las especialidades médicas desde el año 1978.

El mirador del envejecimiento

Cuando pensamos o hablamos en términos de envejecimiento debemos tener presente que nuestra mirada cubre, al menos, tres tipos de dimensiones complementarias muy interrelacionadas entre sí. La primera perspectiva es realmente un deseo. Envejecer, alcanzar edades elevadas, representa una aspiración para la inmensa mayoría de las personas. Por muy mala imagen que pudiera tener la vejez en cuanto tal, todo el mundo desea alcanzarla. Tener la posibilidad de envejecer significa vivir muchos años, retrasar la muerte lo más posible. En el fondo eso es lo que supone llegar a ser viejo o muy viejo. Por ello es cierta y muy ilustrativa la sentencia de que «envejecer no es tan malo si se piensa en la alternativa».

Envejecer se convierte así en una aspiración, pero una aspiración que cada vez se va logrando para un

mayor número de individuos. Y este logro da pie a la segunda reflexión; a la segunda dimensión del fenómeno del envejecimiento. Se puede hablar de la nueva evidencia demográfica -o sociodemográfica- en la medida en que el cambio demográfico se asocia a una serie de circunstancias más o menos específicas que contribuyen a dar identidad a este subgrupo de población. Lo cierto es que cada vez hay más viejos en el mundo y que esta tendencia se va a ver acentuada en el curso de los próximos años. De hecho, este acontecimiento -el salto demográfico- ha sido definido como el hecho más relevante del siglo XX. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud en esos momentos, afirmaba en 1999 que «el envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico...».

Pero el concepto de envejecer incorpora una tercera perspectiva fundamental. Aquella que valora todo lo que de cambio -de proceso dinámico e ininterrumpido- implica ese término. Envejecer representa modificar permanentemente nuestra realidad como persona en cualquiera de sus aspectos y también nuestra posición individual en el contexto social del que formamos parte. Hacerlo de la mejor forma posible -mejorar la calidad y no sólo la cantidad- supone un reto para nuestra sociedad y, en la medida en la que lo vayamos consiguiendo, será su principal éxito.

Es evidente que caben otras muchas perspectivas para el análisis del envejecimiento. Algunas de ellas como la histórica, o la que estudia aquello que se sabe acerca de los motivos últimos (de los porqués) de este proceso se glosan en otros capítulos de esta monografía. Mi intención en esta revisión es la de comentar el segundo y el tercer epígrafes que acabo de señalar para, a partir de ellos, dibujar un perfil que permita responder, al menos en parte, a la interroga-



¿QUÉ ES ENVEJECER?

ción que se plantea como punto de partida en este artículo.

Apuntes sobre la dimensión sociodemográfica del envejecimiento

Para el análisis de este punto es necesario empezar aclarando algunos conceptos que no siempre son utilizados con propiedad. En primer lugar el de «extensión o expectativa de vida máxima» (*life span*). Se entiende por ello el máximo período de tiempo que en el reino animal puede alcanzar la vida de un individuo. Diferente para cada especie, es común para los diferentes individuos de una misma especie y se ha mantenido con mínimas modificaciones a lo largo de los tiempos. En todos los períodos de la historia y en todas las especies han existido casos excepcionales que, en una proporción muy minoritaria, han logrado alcanzar esa longevidad máxima. En la especie humana la esperanza de vida máxima se sitúa en torno a los 120 años. La persona documentada como más longeva, Jeanne Calment, falleció en Francia, en 1997, a la edad de 122 años. La investigación biogerontológica actual va encaminada en gran medida a modificar -alargar- esta constante.

El segundo concepto es el de «esperanza o expectativa de vida media» (*expectancy of life*). Se refiere al tiempo que, de acuerdo con la estadística, puede vivir previsiblemente un individuo a partir de un momento y en un contexto geográfico determinados, bien sea ese momento el de su nacimiento o el de cualquier otra edad. Para establecerlo se toma como base el conjunto de la población utilizada como punto de referencia y se fija 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.

En la Roma del siglo I la esperanza de vida media al nacer superaba ligeramente los 30 años. En la España de principios del siglo XX se situaba en los 35 años, mientras que cien años después en España, con mínimas variaciones regionales, estos valores son de 76 años para los varones y de 83 para las mujeres, similares a los de los demás países desarrollados.

Al aumento en la esperanza de vida han contribuido muchos factores. El primero y más importante la reducción de la mortalidad infantil a partir de la potabilización generalizada de las aguas. También las mejoras higiénicas y de alimentación, la lucha contra los llamados factores de riesgo y, en menor medida, los avances médicos de todo tipo: control de infecciones, anestesia, desarrollo de la cirugía, nuevos fármacos, etc.

Existen otros dos conceptos fundamentales en geriatría en la medida en que aluden a algo consustancial con el bienestar de la persona mayor, su capacidad funcional y, ligado a ello, su independencia o dependencia para determinadas actividades. Estos conceptos son los de «esperanza de vida independiente» y «esperanza de vida dependiente» y aluden a la capacidad del individuo para valerse por sí mismo. En España, la esperanza de vida media a los 65 años es de unos 17-20 años (tabla 1), de los que alrededor del 60% serán de vida independiente, mientras que el otro 40% lo será de vida dependiente. El período de dependencia aumenta porcentualmente a medida que la edad de referencia que se toma es más alta. La lucha contra «la dependencia» y su visión especular, la búsqueda de una buena «capacidad funcional» constituyen el objetivo fun-



ENVEJECIMIENTO

TABLA 1. Esperanza de vida en España para los grupos de población anciana

	1950	1980	1994
A los 65 años	12,75	16,52	18,07
A los 75 años	7,24	9,83	10,91
A los 85 años	3,47	5,27	5,49
A los 95 años	1,63	2,30	2,05

Anuario de Estadística 1998 (INE, 1999).

damental de la geriatría y su mayor reto en estos momentos.

Se denomina «índice de envejecimiento» a la proporción de individuos mayores de 65 años en relación con el total de la población. Se trata de un índice en crecimiento continuo, que ha pasado de ser en España del 7,2% en 1950 al 8,2% en 1960, y a situarse en el 17% en el último censo oficial (31-12-2001). Ello significa que si en 1960 el número de españoles mayores de 65 años era de dos millones y medio, a 31-12-2001 (tabla 2) esta cifra se ha elevado hasta casi siete millones y supera por primera vez en la historia al número de menores de 15 años. Nunca en la historia el número de viejos oficiales (mayores de 65 años) había superado al de niños. El número y la proporción de personas por encima de los 76 años también continúa creciendo. En la actualidad son 2,7 millones. Y lo mismo ocurre en cualquier otra edad donde situemos el corte. La tendencia es a seguir subiendo en los próximos años, sin que apenas se modifiquen las cifras totales de población.

El índice de envejecimiento se ha utilizado como parámetro para medir el desarrollo de un país, estableciéndose de forma arbitraria el valor del 10% como frontera entre desarrollo y subdesarrollo.

Al incremento relativo de la población anciana contribuye no sólo el aumento en la esperanza de

vida, sino también muy importantemente el descenso en el número de nacimientos. Los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE, julio de 2003) nos hablan de una tasa de fecundidad de 1,25 hijos por mujer, cuando en 1970 esta tasa era de 2,8. En el momento actual este parámetro nos sitúa junto a griegos e italianos en la cola de Europa.

Existen otras características que pueden ayudarnos a dibujar el perfil de nuestra población de más edad. Entre las que hacen referencia a la salud cabe destacar que desde un punto de vista subjetivo nuestros ancianos se encuentran en una situación aceptable. Así al menos se desprende de las múltiples encuestas de salud publicadas al respecto y de manera específica de las que publica cada dos años el INE. Las respuestas bueno o muy bueno a la pregunta sobre cómo califica usted su estado de salud superan siempre a las de malo o muy malo, incluso en edades muy avanzadas. Importa destacar que siempre, en cualquiera de los subsegmentos de edad, es mayor la proporción de respuestas positivas entre los hombres que entre las mujeres.

Sin embargo, la realidad no es tan optimista. Sabemos que enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, las padecen tres de cada cuatro personas mayores de 65 años. Una proporción similar tiene problemas en su aparato osteoarticular. La patología en los órganos de los sentidos

TABLA 2. Datos sobre la población española (censo de 31-12-2001)

	Mayores de 65 años	Menores de 15 años
Año 1981	4.236.700 (11,2%)	25,7%
Año 2001	6.964.267 (17,0%)	15,6%



¿QUÉ ES ENVEJECER?

alcanza casi al cien por cien de nuestros ancianos, lo mismo que los problemas bucodentales. Un tercio de este colectivo se cae al menos una vez al año. Y enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central, con las infecciones o con los tumores malignos aumentan de manera muy llamativa su incidencia y prevalencia en relación con la edad.

Entre el 20 y el 25% de esta población tiene limitaciones para llevar a cabo por sí misma alguna actividad básica de la vida diaria (comer, vestirse, lavarse, ir al baño, etc.), mientras que cerca de un 10%, en proporción creciente con la edad, tiene algún grado de deterioro cognitivo. Es decir, son personas «dependientes» que requieren la ayuda de terceros para sus quehaceres más elementales y contribuyen a la creación de esa nueva categoría profesional que viene denominándose «cuidador». El perfil más típico del cuidador es el de una mujer de entre 50 y 70 años, normalmente esposa, hija o nuera del dependiente, cuando no, cada vez más, asalariada(o) externa.

En ese contexto resulta preocupante el número de ancianos que viven solos. Aunque las estadísticas varían mucho en función de quién las hace y también según la geografía (rural o urbana) y el nivel de desarrollo de cada entorno específico, los cálculos nos indican que entre un 15 y un 25% de este colectivo vive solo. Cuatro de cada cinco de ellos son mujeres y sorprendentemente la proporción de soledad es mayor por encima de los 80 años. Si consideramos que esta proporción es casi el doble en países tan próximos a nosotros como Francia o Italia y que alcanza hasta el 70% en Berlín, deduciremos que la tendencia es hacia el crecimiento de este colectivo en el curso de los próximos años.

Por otra parte, los recursos sociales de los que se dispone son pocos. El número de plazas residencia-

les en nuestro país es de 3 por cada 100 mayores de 65 años, cifra que viene a suponer la mitad del cálculo de necesidades establecido para los países de la Unión Europea. También son muy escasas las ofertas de apoyo domiciliario social o sanitario, así como las de otros sistemas de ayuda tales como plazas en centros de día, en hospitales de día, posibilidades de telealarma, etc.

Como apunte final para este retrato, indicar que el nivel cultural y de estudios sigue siendo muy bajo entre los españoles que han alcanzado estas edades. No llega al 10% la proporción de los que tienen bachillerato o estudios superiores y la tasa de analfabetismo funcional se calcula en torno al 30-35%. Sin embargo, en este terreno las previsiones son más optimistas y en las próximas décadas la situación va a ser claramente mejor.

Los recursos específicos para apoyar de forma profesionalizada en materia de salud a los más necesitados de este colectivo -a los llamados pacientes geriátricos- son también muy escasos en nuestro país. No llegan a un 20% los hospitales de primer nivel con algún tipo de estructura geriátrica (unidades o servicios). En atención primaria, salvo excepciones simbólicas, la presencia de estas estructuras brilla por su ausencia. Ello a pesar de que siguen vigentes documentos como el «Plan Gerontológico Nacional» (1993) o los «Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores» del Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). Estos documentos ofrecen un modelo de desarrollo de asistencia geriátrica, con base hospitalaria, pero muy integrado en atención primaria. En ellos se afirma que el «sistema de servicios ha de ser integral, interdisciplinar y rehabilitador». Entre los objetivos genéricos aplicables a la salud de los mayores se habla de «potenciar las actuaciones de pre-



ENVEJECIMIENTO

vención del deterioro funcional y de promoción de la salud», de «garantizar la continuidad de los cuidados a los diferentes niveles». En el último de estos documentos se dedica un capítulo a la «Atención primaria de salud a las personas mayores», y en él se destaca como objetivo principal para el médico de atención primaria el de «colaborar en el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud». Otros documentos doctrinales importantes son las recomendaciones del Consejo de Europa (1985), las de las Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento (Viena, 1982 y Madrid, 2002), las de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (1986 y 2000) y las recomendaciones de la institución del Defensor del Pueblo (2000).

¿Qué cambia con el envejecimiento?

Tal vez sea ésta la pregunta clave. En la medida en la que envejecer representa un proceso dinámico lleva siempre tras de sí la idea de cambio. Un cambio que habitualmente se traduce en pérdidas y que como tal es vivido tanto por quien lo experimenta a nivel personal como por cualquier observador externo. En términos técnicos se acepta que envejecer es un proceso que se inicia con el nacimiento (algunos dicen que lo hace en torno a los treinta años, a partir del momento en el que los procesos catabólicos empiezan a dominar a los anabólicos) y que es de naturaleza multifactorial. Durante el mismo se produce una pérdida de vitalidad, lo que conduce, en último término, a la muerte (Hruza, 1972). La vitalidad se viene definiendo como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus distintas funciones biológicas (Beier, 1973).

Si hubiera que limitarse a señalar un único factor responsable de este cambio cabría decir que envejecer -perder vitalidad- se expresa a través de una pérdida continuada de los mecanismos de reserva del organismo. Ello conlleva un aumento progresivo de su vulnerabilidad sea cual sea el parámetro que queramos valorar, con la posibilidad de claudicar en forma de enfermedad o de muerte ante agresiones cada vez más simples. Cuando aumentan los requerimientos, como ocurre en las situaciones de sobrecarga funcional, la pérdida de vitalidad se hace más evidente hasta que nuestro organismo llega a hacerse incapaz de mantener en términos funcionales lo que conocemos como homeostasia en las situaciones de estrés fisiológico.

Son pérdidas que, como he indicado, tienen lugar a todos los niveles y que van más allá de la esfera puramente física. En ese sentido son universales. También lo son en cuanto que afectan a todos los individuos de la especie. Sin embargo, la cadencia de aparición de este deterioro es variable tanto de unas personas a otras como entre los diferentes componentes del individuo (órganos, aparatos y sistemas). Son pérdidas que afectan a la morfología (pérdidas anatómicas), a las funciones fisiológicas (pérdidas funcionales), a los sistemas de control (pérdidas homeostáticas), pero también al componente psicológico, al grado de actividad física y, evidentemente, a la manera de estar en el mundo y a la relación de la persona con su medio entorno.

A que estos cambios tengan lugar contribuyen un conjunto muy amplio de factores. El primero y más importante tiene que ver probablemente con la propia carga genética con la que venimos al mundo. Se trata de nuestro «haber» más importante, de aquello que nos programa con un carácter indivi-



¿QUÉ ES ENVEJECER?

dualizado desde el punto de vista de lo que constituye nuestra reserva funcional. Con el paso del tiempo vamos «consumiendo» esa reserva, y este gasto -esas pérdidas- determinan la primera y principal vía para explicar los cambios vinculados al hecho de envejecer.

El segundo condicionante es el propio ambiente. La forma de vivir que ha ido protagonizando cada uno desde su nacimiento. Ello incluye aspectos como el grado de actividad física mantenido a lo largo de la vida, el tipo de alimentación, la mayor o menor contaminación ambiental a que se ha estado expuesto, los llamados hábitos tóxicos, con el tabaco y el alcohol a la cabeza, y el conjunto enorme de variables que incluimos en el apartado de lo que se conoce como «factores de riesgo».

Un tercer tipo de circunstancias responsables de los cambios asociados al envejecimiento son las derivadas de las secuelas que han dejado las diferentes enfermedades o mutilaciones, accidentales o quirúrgicas, a las que nos hemos visto sometidos a lo largo de toda la vida anterior. Cada una de ellas va dejando su marca en mayor o menor medida, y a sus consecuencias de todo tipo tiene que irse adaptando el organismo cuando ha logrado sobrevivir a ellas.

En base al grado relativo de participación de cada uno de estos componentes en el proceso de envejecer se habla de envejecimiento fisiológico (o eugérico) cuando ocurre exclusiva o, al menos, primordialmente en función del paso del tiempo, sin estar demasiado (nunca del todo) condicionado por las alteraciones patológicas (envejecimiento patogénico) o por los factores ambientales. La literatura de habla inglesa utiliza la expresión «*successful aging*» (envejecer con éxito) para expresar el grado máximo de este envejecimiento eugérico, reservan-

do la expresión «*usual aging*» (envejecimiento normal) para aquella otra forma de envejecer mucho más habitual en la que las limitaciones derivadas de enfermedades o del ambiente son la norma.

En todo caso «*age is not a disease*», como dice uno de los lemas de la Sociedad de Geriátrica de los Estados Unidos. La vejez no es una enfermedad. Este es un principio que todos debemos tener claro, más aún en el caso de los médicos. Es un principio que debe ayudar a luchar contra fatalismos y contra las conductas basadas en la resignación que aplican muchos médicos, así como algunos ancianos y no pocos de sus familiares. Debe ayudar también a superar tópicos del tipo «eso son cosas de la edad» o «a su edad qué querrá». Bien es cierto que, como es lógico, habitualmente la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos y de una menor capacidad para adaptarse a cualquier tipo de cambios, incluidos aquellos que tienen que ver con la esfera de lo social y la relación con el entorno.

El ideal que debemos perseguir es el que representa la expresión «envejecer con éxito». Pensando en ello podemos apuntar dos objetivos fundamentales tanto en términos de envejecimiento poblacional como referido al propio e individual de cada persona, al menos mientras no siga siendo utópico el logro de un objetivo más ambicioso como lo sería expandir el tope de lo que hemos definido como esperanza máxima de vida. El primero de estos objetivos plausibles lo sería de carácter cuantitativo: prolongar la esperanza de vida media acercándola a la esperanza de vida máxima («rectangularizar» la curva de supervivencia). El segundo tiene un carácter cualitativo. Busca «comprimir la morbilidad», llegar a edades muy avanzadas en el mejor estado posible de salud, ciñendo los problemas en este terreno a aquel período de tiempo que de forma ine-



vitable va a preceder en semanas o en apenas unos pocos meses a la muerte. Este segundo objetivo aparece íntimamente ligado al ya expuesto de evitar cualquier forma de incapacidad que pueda conducir a una situación de dependencia.

Dado que no es posible todavía intervenir en el primer gran condicionante de nuestro envejecimiento: nuestra carga genética y el gasto que de ella va haciendo el paso del tiempo, resulta fundamental para el logro de los dos objetivos que se acaban de exponer intentar incidir en los otros dos condicionantes: la patología acumulada y los factores ambientales. La palabra clave en este terreno es una: «prevenir». Vista desde la geriatría, el punto de partida de la prevención debe basarse en dos principios:

-Cuanto antes se inicie esa prevención mejor. Es evidente que el niño que lava sus dientes desde muy pequeño va a llegar a edades avanzadas con una boca más sana que el que no lo hace. Podemos poner infinitos ejemplos de este tipo.

-Ninguna edad es suficientemente avanzada para no admitir de manera eficaz la posibilidad de medidas preventivas. Un buen ejemplo de ello, entre otros muchos posibles, sería el del tabaco. Dejar de fumar a cualquier edad va a reportar beneficios en materia de prevención incluso cuando ello se haga a los 80 o 90 años.

Los campos para ejercitar esta prevención son muy extensos. Entre ellos cabe citar en primer término todos los que tienen que ver con los estilos de vida (actividad física, alimentación, higiene, hábitos saludables, etc.). En segundo lugar la lucha contra los diferentes factores de riesgo que vamos conociendo cada vez mejor, y a la cabeza de ellos la lucha contra los factores de riesgo cardiovascular. También aplicar aquellas medidas preventivas que pudiéramos denominar directas, como puede ser el

empleo de vacunas ante determinadas enfermedades. Evitar hábitos tóxicos, incluyendo entre ellos no sólo alcohol y tabaco sino también el uso inadecuado de fármacos. Por último, tiene interés llevar a la práctica un cribado periódico de determinadas enfermedades muy comunes en edades avanzadas y cuyo control o erradicación puede ser posible cuando se detectan de manera precoz. Pensemos, por ejemplo, en la hipertensión arterial, en la diabetes mellitus tipo 2, o en determinados tumores malignos como los de mama, próstata o colon.

Cabría todavía analizar, en un plano más profundo, dentro del campo de la biogerontología, cuáles son los factores responsables de nuestro envejecimiento. Entrar en aquello que desde hace décadas se ha venido llamando «teorías del envejecimiento». Hacerlo aquí rebasaría el marco de estos comentarios, por lo que remito al lector al capítulo de esta monografía de Mónica de la Fuente donde se presenta una lúcida y actualizada presentación de esta cuestión.

A título informativo, en la tabla 3 se recoge el subapartado dedicado a biomedicina dentro del «programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI», presentado de forma conjunta por el departamento de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y la Asociación Internacional de Gerontología en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En él se apuntan algunos de los campos en los que la investigación puede ser más relevante dentro de este terreno.

A modo de comentario final

Hemos visto lo difícil que puede resultar encontrar una definición adecuada para la vejez. También, las diferentes aristas desde las que se puede



¿QUÉ ES ENVEJECER?

TABLA 3. Programa de investigación sobre envejecimiento para el siglo XXI (subapartado de biomedicina)

1. Mecanismos subyacentes del envejecimiento, enfermedades asociadas a la edad, comorbilidad, consideraciones secundarias y discapacidad.
2. Identificación de marcadores biogenéticos del envejecimiento humano.
3. Interacción de factores determinantes biomédicos, sociales y económicos. Repercusión del alargamiento de la vida. Estudios en personas centenarias.
4. Trayectoria de las principales enfermedades del envejecimiento: epidemiología y repercusiones sobre el envejecimiento de la población en distintos ámbitos.
5. Estrategias de prevención e intervenciones eficaces en distintas condiciones de enfermedad de las personas mayores (especialmente de los más viejos) en diferentes lugares, condiciones socioeconómicas, ocupaciones, etc.
6. Programa internacional sobre evaluación de la eficacia y la seguridad de las intervenciones farmacológicas.
7. Inclusión de las personas mayores en ensayos de tratamientos o servicios de los que pueden beneficiarse.

Proyecto conjunto del departamento de Naciones Unidas sobre Envejecimiento y la Asociación Internacional de Gerontología.

contemplar este fenómeno. Hemos visto, igualmente, cómo el número absoluto y relativo de personas mayores crece y crece en nuestras sociedades. Las personas que alcanzan una edad avanzada son cada vez más y así va a seguir ocurriendo en las próximas décadas. Se han expuesto también algunas de las características que configuran las principales señas de identidad de este grupo etario.

Alegrémonos por la época en la que nos ha tocado vivir y de poder ser protagonistas vivos actuales o futuros de estos cambios relativos al fenómeno de envejecer. Pero vayamos un poco más allá. Busquemos no sólo el «cada vez más» sino también y sobre todo el «cada vez mejor». Busquemos lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como «envejecimiento activo». Algo que la propia OMS define 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».

Si, como recuerda Simone de Beauvoir, la vejez no es solamente un hecho estadístico sino que representa la culminación de un proceso, contribuyamos entre todos a que esta culminación lo sea en los términos más positivos posibles.

Para ello es necesario el compromiso de todos. De los individuos, de los profesionales y, en general, del conjunto de la sociedad. En el caso de las personas mayores este compromiso puede y debe vivirse de muchas formas. La primera de ellas tomando conciencia de la fuerza que representa el propio colectivo y en base a ello no resignándose a ser un sector marginal de la sociedad. Exigir respeto a los poderes públicos y al resto de la sociedad. Un respeto operativo que se traduzca en la puesta en marcha de todos aquellos medios que dentro de un marco de justicia e igualdad garanticen unas mejores condiciones de vida y de salud.

A nivel individual es necesario asumir la realidad de las propias limitaciones, pero sabiendo que, junto



ENVEJECIMIENTO

a ellas, la edad avanzada aporta un sinfín de elementos positivos que van desde ese tópicos tan manido pero tan real que es poder disponer de «experiencia», hasta la posibilidad de hacer rentable un tiempo con el que a otras edades es muy difícil contar. Ello obliga a un esfuerzo por mantenerse fiel a los principios y valores interiorizados a lo largo de toda la vida anterior. El anciano debe ser el primer interesado en contribuir a mantener y mejorar su propia salud y su posición en la vida. Para ello prevención y actividad van a ser sus palabras clave.

En el caso de los profesionales hay que tomar conciencia de que somos nosotros quienes en primera instancia debemos ser capaces de responder a la pregunta sobre lo que es envejecer. Ello implica la posibilidad de ofrecer respuestas a muchos niveles. En primer término a nivel educativo. Hay que educar, transmitir mensajes saludables al anciano y a su entorno. Explicarles las ventajas de la prevención, de llevar una vida activa y participativa. Contribuir con ellos a la lucha contra la resignación y contra la discriminación. La edad en sí misma nunca debe ser un criterio de exclusión para nada. Animarles a ser solidarios. Cumplir aquello que a propósito de la geriatría tan bellamente expresa Bobbio cuando afirma que «la nobleza de su fin ... no estriba sólo en aliviar los sufrimientos físicos, sino también, lateralmente, en exhortar a quien está a punto de entrar en la última fase de la vida a no dejarse dominar por el temor, a veces obsesivo, de la decadencia, a sentirse un vencedor con respecto a los jóvenes muertos que son los vencidos y no él».

La sociedad en cuanto tal debe tomar conciencia clara y operativa de la realidad que representa esa parte de sí misma que llamamos los viejos. Y debe exigir a los poderes públicos que tomen las medidas oportunas para permitir a sus protagonistas vivir

con dignidad esa vejez. Ello implica la toma de medidas en materia de pensiones, de vivienda, de educación sanitaria específica. Implica disponer de la posibilidad de acceder a una medicina especializada cuando ello sea necesario; crear una red amplia y variada de servicios sociales; luchar contra los abusos, los malos tratos y las negligencias, una forma de violencia doméstica tan ignorada como frecuente; fomentar la investigación y la formación de profesionales en las diferentes áreas relacionadas con el envejecimiento.

Con todo ello, sin duda, cuando dentro de unos años sea necesario revisar este tema es seguro que seguirá siendo muy difícil definir la vejez, pero, en todo caso, vivirla será mucho más grato para aquellos -la mayoría- que la alcancen.

Lecturas recomendadas

- Cassel CHK, Leipzig Cohen HJ, Karson EB, Meier DE. *Geriatric medicine*, 4.ª ed. Nueva York: Springer-Verlag, 2003.
- Bobbio N. *De senectute*. Madrid: Tauros, 1997.
- de Beaubois S. *La vejez (Ed esp)*. Barcelona: Edhasa, 1989.
- Defensor del Pueblo. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 2000.
- Geokas MC. *Clinics in geriatric medicine I: The aging process*. Filadelfia: WB Saunders, 1985. (Especialmente los capítulos siguientes: Hayflick L. The cell biology of aging, pp. 15-28, y Kenney RA. Physiology of aging, pp. 37-60.)
- Guillén Llera F, Rui Pérez Cantera I. *Manual Salgado Alba de geriatría*, 3.ª ed. Barcelona: Salvat, 2002.
- Hazzard WR, Blass JP, Ettinger Jr WH, Halter JH. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4.ª ed. Nueva York: McGraw Hill, 1999.
- Kent B, Buttlar RN. *Human aging research*. Nueva York: Raven Press, 1988.
- Krauss S. *The aging body*. Nueva York: Springer, 1985.
- Ministerio de Asuntos Sociales. *Plan Gerontológico Nacional*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.



¿QUÉ ES ENVEJECER?

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Bases de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

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

Morley JE, Armbrrecht HJ, Coe RM, Vellas B. *The science of geriatrics*. New York: Springer Publishing Company, 2000.

Pathy MSJ. *Principles and practice of geriatric medicine*, 3.^a ed. Chichester: John Wiley and Sons, 1998.

Revista Española de Geriatria y Gerontología 2002;37(supl. 2):1-122. Suplemento monográfico donde se recogen: a) la «Declaración política de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento», b) El «Plan de Acción Internacional de

Madrid sobre el Envejecimiento 2002», c) los «Documentos del Foro de Valencia», d) la Declaración final y recomendaciones del «Foro Mundial de ONG sobre Envejecimiento», e) el Documento de la OMS sobre «Envejecimiento activo: un marco político», y f) el documento de la OIT: «Una sociedad inclusiva para una población que envejece: el desafío del empleo y la protección social».

Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. *Geriatría en atención primaria*, 3.^a ed. Madrid: Aula Médica, 2002.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: IDEPSA, 2000.



APUNTES PARA UNA HISTORIA DE LA VEJEZ

LUIS SÁNCHEZ GRANJEL*

*Académico de Número. Real Academia Nacional de Medicina.
Catedrático Emérito de Historia de la Medicina.
Universidad de Salamanca. Salamanca (España)*

La vejez es edad social y, para quien la vive, etapa particularmente compleja en la que hoy exploran estudiosos de disciplinas tan diferenciadas como la sociología y la economía y con especial interés la medicina y la psicología.

El pasado de la vejez, tema de este artículo, obliga a sus estudiosos a recurrir a fuentes informativas bien distintas, empezando por la literatura médica, los testimonios escritos sobre costumbres, los relatos de viajeros y los que pueden definirse como anticipo del periodismo, las opiniones, casi siempre críticas o admonitorias de eruditos y hombres de Iglesia, y finalmente, sin pretender agotar la enumeración de fuentes documentales, la biografía y la literatura de creación cuando ofrece real o modificada la realidad humana que recrea.

La parvedad de obra histórica solvente sobre la vejez acaso pueda explicarse por la diversidad de las rutas de pesquisa a seguir, algunas no habituales en el quehacer del historiador. Ha sido la historiografía

francesa, tan sensible a lo cotidiano, la que ha aportado los primeros estudios, rigurosamente elaborados, sobre la historia de la vejez, iniciando una bibliografía que aquí no corresponde mencionar.

La aproximación al problema social y humano de la vejez, aquí en su dimensión histórica y con los límites impuestos a este artículo, obliga a deslindar en el tema tres aspectos, bien diferenciados aunque complementarios, presentes en la realidad histórica y actual de la ancianidad; atañe el primero al conocimiento del proceso del envejecimiento, generador de la vejez como edad de la vida; es el segundo la realidad social y personal de quien vive esa edad de la vida; el tercero, finalmente, hace referencia a la literatura médica o no profesional que trata del cuidado del anciano.

El primero de los problemas enunciados comprende dar noticia de las hipótesis elaboradas y ofrecidas para conocer el origen de los deterioros y discapacidades que conducen a la situación menesterosa, precisada de atención y cuidado, que caracteriza el vivir del anciano.

La primera respuesta a esta necesidad explicativa, a la que estaba reservada prolongada vigencia, la fórmula el pensamiento griego con la teoría que concibe el existir humano sostenido por un principio vital, designado como 'calor innato', al que se in-

*Doctor 'Honoris Causa' por la Universidad Pontificia de Salamanca. Autor de *Historia General de la Medicina Española* (5 vols.; 1968-1986) y la *Historia Política de la Medicina Española* (1985). Sus estudios sobre la vejez incluyen las obras *Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriátrica* (1991) y *Los ancianos en la España de los Austrias* (1996).



ENVEJECIMIENTO

corpora la supuesta existencia de cuatro elementos, el calor y la frialdad, la humedad y la sequedad, cuya variable combinación explicaría la diferencia de temperamentos y, por su evolución en el curso vital, determinaría el tránsito de las edades, desde la infancia, con predominio del calor y la humedad, a la vejez, que se impondría en el vivir humano con el dominio ahora de la sequedad y la frialdad. La aceptación por la medicina griega de esta explicación justifica que Galeno se mostrara contrario a la identificación, que sostuvo Aristóteles, de la vejez como enfermedad; la vejez, para la medicina griega, sería un estado 'natural', pues, en frase de Galeno, 'no es otra cosa que la constitución seca y fría del cuerpo, resultado de una larga vida'.

Esta explicación fue asimilada por la medicina árabe, recogida por los médicos medievales y reafirmada por los médicos humanistas del Renacimiento, y su vigencia se prolonga hasta etapa avanzada del siglo XIX. Las conquistas logradas por la medicina europea desde el siglo XVI no depararon argumentos nuevos suficientes para recusar la interpretación clásica del envejecimiento; por su parte, el soporte creencial que el cristianismo impone a la imagen del hombre contribuyó a mantener aquella interpretación heredada.

Avanzado el siglo XIX, cuando la centuria se aproxima a su término, se incorporan a la medicina conquistas científicas y quienes las interpretan deducen de ellas nuevas hipótesis para dar explicación al proceso del envejecimiento. Las caracteriza, en contraste con la teoría griega, la fugacidad de su aceptación. Con los límites impuestos a esta exposición sólo cabe hacer enumeración de tales teorías. Para unas la vejez es la consecuencia de un daño que genera perturbaciones en el funcionalismo orgánico; otras son atribuidas a alteraciones en la es-

tructura celular y, entre las de formulación más reciente, figuran las elaboradas por los psicólogos y las que surgen del campo de la genética.

Se consideró superada la teoría griega al creer haber encontrado en la arteriosclerosis la causa originaria de los deterioros orgánicos y la perturbación de funciones sensoriales y psíquicas; le sigue la que sostuvo que las alteraciones que la vejez presenta serían ocasionadas por la flora intestinal causante de una autointoxicación; otra explicación del envejecimiento proviene del estudio de las funciones biológicas de las glándulas de secreción interna, considerando unos el origen de la vejez en perturbaciones de la función tiroidea y otros en una disfunción de la función gonadal, opinión que llegaría a inducir un intervencionismo quirúrgico para devolver al deteriorado organismo senil su perdida vitalidad.

Los estudios sobre los mecanismos químicos coloidales dieron soporte a una nueva línea de pesquisa en la génesis del envejecimiento. La elementalidad biológica de la célula ofreció punto de partida de una búsqueda explicativa del deterioro orgánico de la vejez, atribuyéndolo a la limitada capacidad de replicación de las unidades orgánicas integrantes de tejidos y órganos, con presencia de una desorganización intracelular y participación con actividad envejecedora de los 'radicales libres'. Los psicogerontólogos han contribuido desde su propio campo de pesquisa a esta apasionada búsqueda de explicación del envejecimiento, realidad biológica por el momento sin respuesta, pues todas las hipótesis ofrecidas pueden considerarse insatisfactorias.

La vejez -abordo el segundo problema que ha de tratarse en este artículo- debe ser entendida no sólo como edad de la vida sin fronteras cronológicamente impuestas, sino también como etapa final a la que puede acceder la existencia humana, y resulta



conveniente examinarla con la fórmula orteguiana como 'un cierto modo de vivir', al que marcan su rumbo condicionantes tanto personales como provenientes del entorno social que enmarca el vivir del anciano.

En tanto que realidad social, como clase, la vejez sólo tiene presencia histórica que pueda ser analizada en etapas ya próximas a nuestro presente, y la impone el crecimiento numérico de los ancianos, logro alcanzado por los avances médicos y la higiene, con el ascenso de las masas urbanas y campesinas al escenario público y la conquista de privilegios antes reservados al grupo minoritario de los detentadores del poder político y económico, y fruto de este todavía reciente cambio social es una frondosa legislación de amparo y defensa del anciano, y una cada vez más apremiante problemática económica con creciente exigencia de amparo para la vulnerabilidad de la vejez; todos, los apuntados, temas cuyo estudio corresponde al político y al sociólogo.

La vejez no es únicamente problema social en cuya solución el médico cumple cometido subsidiario, pues también es realidad que se desdobra en situaciones personales, biográficas, que llevan a una distinción entre la vejez como realidad social y la que viven, individualmente, los ancianos, existencias personales que hoy son tema de estudio de los psicólogos en un campo concreto de su quehacer definido como psicogerontología.

La vejez como peripecia personal es campo de pesquisa en el que se hace preciso deslindar dos aspectos, bien diferenciados pero con influencia mutua: el que atiende a la convivencia del anciano con el entorno humano del que sigue siendo parte y el que comprende la vivencia íntima, no compartible, que suscita la condición de ser la vejez etapa que conduce

al enfrentamiento, ya inesquivable, del anciano con la finitud de su existencia.

Este doble flanco de la vejez personal es tema de estudio de psicólogos y médicos, y en el examen de su pasado, en la medida que lo hacen posible las fuentes documentales, este cometido atañe al historiador, con el forzado límite de proceder la información de un sector siempre minoritario, pues las masas urbanas y campesinas, y hasta etapas muy próximas a nuestro presente, son realidades mudas, que sólo aparecen, imprecisas y fugaces, en algunos textos literarios, en libros religiosos que defienden la práctica de la caridad y describen el modo de ejercerla y en 'arbitrios' de sociólogos y economistas; nunca, desde luego, en obras médicas.

La vejez no sólo sitúa a quien la vive ante la necesidad de acomodarse a una existencia compartida en la que se limita, hasta anularlo, todo protagonismo social, pues lo conduce a una situación en la que lo íntimo prepondera con el acompañamiento de los deterioros que cercan el vivir diario y la vivencia del ya cercano acabamiento. En esta situación personal influyen, conformándola, convicciones, ideas y creencias de dispar signo y con capacidad para generar situaciones de rechazo casi siempre, de aceptación en algunos.

Un ejemplo, que resume las posibles formas de vivir el anciano su vejez, lo ofrece la confidencia de Céfalo, noble ateniense anciano que Platón presenta en diálogo con Sócrates, y que defiende su aceptación de las limitaciones de su vejez ante la bien contraria actitud de otros ancianos críticos ante la vejez y sus limitaciones, las dos actitudes básicas que se descubren siempre en la existencia de los ancianos: la de aceptación de la situación en que coloca la vejez al anciano y la de rechazo, siempre mayoritaria.



En las etapas históricas que se suceden hasta nuestro presente la información documental, de muy distinta procedencia, confirma la perturbación de estas dos actitudes íntimas en la personalidad del anciano ante la calidad de vida que la vejez le impone; la psicología evolutiva y las pesquisas de los psicogerontólogos ofrecen información de esta realidad que las mudanzas culturales, aunque decisivas en la vida social, no han modificado.

El último problema que a su examen histórico ofrece la vejez proviene de ser edad que exige cuidado, amparo, en el que cabe deslindar el social y el que es ajustado titular como médico, aunque pueda ser ofrecido, y así sucedió, por no profesionales.

El apoyo social lo encuentra el anciano en el ámbito familiar, que es el más antiguo y puede llegar a ser heroico y, completándolo o sustituyéndolo, el amparo de organizaciones en un primer tiempo religiosas o gremiales, creadoras de centros inspirados en el espíritu de caridad, y en los que se descubre confusión entre lo que era realmente amparo y lo que ya podía considerarse inicial actividad asistencial.

El reconocimiento por el poder político, en época ya avanzada en la historia social europea, de la problemática que plantea la ancianidad conduce a una diferenciación de los centros de actividad propiamente médica, hospitalaria, de los de beneficencia, a los que quedó encomendada una atención limitada a servir de refugio tanto de ancianos como de huérfanos.

El proceso histórico en la atención social del anciano ha impuesto, como fórmula más eficaz, la creación de instituciones de fundación privada o pública, centros de acogida y cuidado del anciano. Su estudio resulta marginal para los fines de este artículo, que ha de centrarse en una referencia a la literatura surgida para la atención personalizada de los

deterioros que la vejez ocasiona; esta literatura, copiosa y presente desde la antigüedad clásica, ha sido individualizada con el término de Gerocomia y en la actualidad comprende, diferenciadas, la Gerontología o Gerocultura y la Geriátrica.

La cultura griega forjó una antropología y de ella dedujo una hipótesis -queda apuntado- sobre el proceso del envejecimiento, vigente hasta fecha próxima a nuestro tiempo. La medicina griega responde a tal concepción con una doctrina sobre el cuidado del anciano que ha conseguido dilatada vigencia.

Con los estudios sobre la dieta y su influencia en la génesis de los modos de enfermar se buscó aplicarla a la conservación de la salud y prever sus efectos sobre el envejecimiento; la formulación doctrinal de esta hipótesis figura, bien detallada, en la obra de Galeno *De sanitate tuenda*, cuya aceptación, sin ser discutida, llega al siglo XIX para acabar asumida en el más amplio cometido de la higiene. Los principios dietéticos e higiénicos de la obra galénica reaparecen en un *Régimen de los ancianos* de Avicena y en los '*regimina*' que médicos medievales redactaron para ordenar el vivir cotidiano de sus señores.

En la sociedad renacentista, y de modo más acentuado en los siglos que a ella siguen, el mundo de los señores, el único que tuvo a su servicio el saber de los médicos, amplía su base social con el ascenso al estamento de los privilegiados de mercaderes enriquecidos, y es este sector social el que sigue solicitando la ayuda médica para sus ancianos, componiendo lo que ofrece la literatura denominada gerocómica. Son libros escritos en latín o para mayor difusión en idiomas hablados, que actualizan las recomendaciones galénicas, a las que nada realmente añaden. No se hace preciso para lograr la finalidad informativa de este artículo incluir relación de las



obras cuya aparición se inicia finalizando el siglo XV; todas repiten los consejos dietéticos y las normas higiénicas que nobles y burgueses desatendían con frecuencia manteniendo costumbres, causa frecuente de vejeces prematuras; no se equivocó el médico cortesano Luis Lobera al describir, con el ejemplo de sus nobles pacientes, los padecimientos que rotuló con el término de ‘enfermedades cortesanas’.

No fueron sólo médicos los autores que ofrecieron su consejo para retrasar la aparición de los deterioros de la vejez; interesó el tema, y pruebas hay de ello, a eruditos y moralistas. Quien mejores logros obtuvo en este empeño fue Luigi Cornaro, noble veneciano ya octogenario cuando escribió el libro, muy leído en toda Europa, *Discorsi della vita sobria* y en el que explica el secreto de su saludable ancianidad cumpliendo el precepto de la sobriedad ya postulado por Galeno.

Los médicos griegos no hicieron distinción en los modos de enfermar de adultos y ancianos, designando a estos últimos como ‘enfermos de edad avanzada’, lo que suponía considerar que los deterioros del envejecimiento no tenían expresión particularizada en la patología; la vejez, edad final de la vida -así lo sostuvo Aristóteles, recuérdese- era en sí misma enfermedad, dolencia incurable, y aquella suposición mantuvo su vigencia en la medicina europea.

Algunos médicos, en las obras que escribieron, buscaron ampliar su contenido incorporando a las recomendaciones dietéticas e higiénicas la descripción de enfermedades observadas en los ancianos, y así figuran en los libros de David de Pomis, que publica finalizando el siglo XVI, y Aurelio Anselmi, que se imprime iniciada la siguiente centuria. El doble intento atestigua su incapacidad para dar forma a una patología peculiar del anciano, y la razón del

fracaso se halla en que su experiencia clínica limitada al ámbito social en que ejercieron no pudo contrastarse con una labor hospitalaria, la única que podía permitir estudiar enfermos adultos y ancianos padeciendo idénticas dolencias y descubrir diferencias en su clínica y en el pronóstico motivadas por la edad.

La primera diferenciación de un enfermar propio del anciano se encuentra en la labor clínica del médico Jean Astruc, que ejerció en hospitales de París y que quiso dar a conocer en unas ‘*leçons*’ redactadas en 1762; el que aquel estudio, por razones que se ignoran, quedara inédito retrasó el conocimiento de la patología propia del anciano al siglo XIX.

En el transcurso de esta centuria cambios sociales impuestos por la industrialización, con el incremento en la esperanza de vida fruto de conquistas médicas y del acceso de la población urbana y campesina al disfrute de algunos privilegios que hasta entonces se reservaba una minoría, entre otros el de la ayuda médica, conducen, aunados en su influencia, a cambios decisivos en la organización de las instituciones hospitalarias en las que va a cumplirse una actividad profesional, médica, acorde con el nivel científico alcanzado por la patología de la época.

No es casual que, por las mismas fechas, tres destacados médicos ochocentistas, Lorenz Geist en Alemania, Daniel Maclachlan en Londres y Jean-Martin Charcot en París, realicen labor asistencial hospitalaria que les permite conocer cómo una misma dolencia puede mostrar curso clínico distinto y exigir pronóstico diferente en pacientes adultos y en enfermos ancianos; la tradicional condición del anciano como enfermo adulto ‘de edad avanzada’, creencia griega no discutida desde tan lejana fecha, queda invalidada por la realidad clínica que permite descubrir la experiencia hospitalaria, la ‘patología



senil' que describió Charcot en sus '*leçons*' de la Salpêtrière. Esta conclusión supone el efectivo inicio de un nuevo capítulo de la Medicina para el que Nascher propuso en 1909 al término de Geriatria.

La Geriatria -puede afirmarse con criterio histórico- surge en el ámbito de la sociedad occidental contemporánea ya claramente diferenciada, con respecto a edades precedentes, con su triple faceta política, social y económica, y desde luego por la trascendencia de los avances médicos, científicos y clínicos puestos en uso en el marco de instituciones asistenciales abiertas a todos los estamentos sociales.

Nota bibliográfica

El propósito buscado en este artículo no permite incluir una información bibliográfica, pero sí resulta conveniente ponerle remate con una notificación que pueda ser útil al lector para iniciarse en un más amplio conocimiento del problema histórico de la vejez.

En la historia social de la vejez son obras de consulta obligada las de George Minois (*Histoire de la*

vieillesse. De l'Antiquité à la Renaissance. París, 1987; ed. esp.: Madrid, 1989) y Jean-Pierre Bois. París, 1988); de la utilidad de las fuentes literarias en el estudio histórico de la vejez puede ser ejemplo mi libro *Los ancianos en la España de los Austria* (Salamanca, 1996).

La historia de la Gerontología y la Geriatria cuenta con bibliografía que se inicia con los estudios de M. D. Grmek (*On ageing and of age. Basic problems and historic aspects of Gerontology and Geriatrics*, La Haya, 1958); P. Lüth (*Geschichte der Geriatrie*, Stuttgart, 1965); L. S. Granjel (*Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriatria*, Salamanca, 1991).

Una completa información bibliográfica la proporciona la obra de Nathan Wetherill Shock: *A classified bibliography of Gerontology and Geriatrics* (Stanford University Press, 1951, con suplementos de 1957 y 1963). El *Current Work in the History of Medicine*, editado por el 'Wellcome Institute for the History of Medicine', de Londres, edita, desde 1954, fascículos trimestrales con información bibliográfica clasificada temáticamente.



PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ

ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS*

*Catedrática de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
Madrid (España)*

Introducción

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinar en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social. Por esta razón, el individuo envejeciente o viejo es un sujeto de conocimiento psicológico.

La psicología es una ciencia básica dedicada al estudio del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios y, por tanto, incluye tanto la conducta motora (lo que una persona hace), emocional (lo que siente) y cognitiva (lo que piensa), como complejos atributos humanos como la conciencia, la experiencia, la personalidad, la inteligencia o la mente.

Como ciencia básica, la psicología tiene por objetivo el establecimiento de principios básicos que ri-

gen en los fenómenos psicológicos, pero también se ocupa de en qué condiciones los comportamientos o atributos psicológicos difieren entre los individuos; o, en otros términos, bajo qué supuestos se producen diferencias individuales en el comportamiento de las personas con base en su edad, su sexo u otras condiciones biológicas o sociales. O sea, hasta qué punto las mujeres difieren de los hombres en ciertas características de la personalidad o en qué medida las personas de más educación difieren de las de menos estudios.

Igualmente, la psicología se ocupa del comportamiento humano a lo largo de la vida, de cómo evoluciona y se desarrolla. Es del común saber que un recién nacido es un organismo biológico que emite unos comportamientos muy primarios (algunos reflejos), que no se diferencian básicamente de los que emiten otras especies. Es con el paso del tiempo, con la maduración de ese organismo en interacción recíproca con el contexto sociocultural en el que vive, cuando emergen toda una serie de complejas constelaciones comportamentales que van desde habilidades motoras (desde subir escaleras a conducir el más sofisticado artefacto) a los más complicados sistemas de pensamiento (ser capaz de inventar un teorema matemático) o las más excelsas emociones (en el gozo de escuchar una

*Fundadora y Directora (Editor-in-Chief) del *European Journal of Psychological Assessment* y miembro del Comité Editorial de 17 revistas de Psicología. Fue Presidenta de la European Association of Psychological Assessment. Sus áreas de interés en cuanto a investigación y publicaciones son la evaluación psicológica y la gerontología. Autora de numerosos trabajos sobre vejez y envejecimiento.



ENVEJECIMIENTO

sinfonía de Bethoven). Es en esa evolución cuando el ser humano adquiere (siempre en contacto con otras personas) las dos condiciones más propiamente humanas: la propia conciencia de sí mismo y el lenguaje como forma de comunicación.

Así pues, la psicología también se ocupa del comportamiento a lo largo de la vida tratando de establecer tanto cuáles son las pautas o los patrones típicos o cuáles son los cambios que se producen con el paso de la edad o a través del ciclo vital y, como derivación, cuáles son las más notables diferencias a lo largo de la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

Las etapas de la vida

Como en otras ciencias sociales y biológicas, los expertos han convenido en establecer distintas *etapas* evolutivas que ocurren a lo largo de la vida. Estas varían de unos autores a otros pero, en síntesis, los expertos son coincidentes en que la evolución del comportamiento humano cuenta con cuatro esenciales períodos: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

Si tratamos de establecer qué esenciales diferencias se producen en estas cuatro etapas podríamos decir que desde el nacimiento hasta la edad adulta (incluyendo la infancia y la adolescencia) se produce un fortísimo *crecimiento* en prácticamente todos los sistemas comportamentales y, por tanto, los psicólogos evolutivos lo han denominado período del *desarrollo*. Estas primeras dos etapas de la vida son perfectamente coincidentes con lo que ocurre en el ámbito biológico: en ellas se produce la maduración del individuo que, en estrecha interacción con el medio ambiente familiar y social, es responsable de

esos complejos repertorios comportamentales referidos anteriormente.

¿Qué sucede en la edad adulta y en la vejez? En principio, la creencia más común en nuestra cultura es que la edad adulta implica *estabilidad*; ello también sería coincidente con lo que sostienen las ciencias biomédicas. Sin embargo, la investigación de lo que ocurre comportamentalmente en la edad adulta es que, aunque con un menor incremento, el individuo sigue desarrollándose o perfeccionando sus repertorios comportamentales. Es más, en nuestra sociedad actual, la verdadera profesionalización llega mucho después de la adolescencia y la máxima inversión educativa y formativa no sólo se produce en los primeros años de la vida, sino a todo lo largo de ésta. En un mundo tecnificado como el nuestro, el ser humano ha de seguir inserto en procesos de aprendizaje a lo largo de toda su vida adulta, y nuestra sociedad ha sido bautizada como una sociedad del conocimiento en el que éste se convierte en un objetivopreciado a todo lo largo del ciclo de la vida.

¿Y en la vejez? Ello está todavía más claro: la común creencia es que a partir de una determinada edad empieza «la vejez». La idea más extendida es que existe un comienzo de esa vejez, generalmente establecido en la edad de jubilación, y, lo que es peor, que ello conlleva *pérdida, declive y deterioro*. Y es que la psicología -o mejor aún, algunos psicólogos- han asumido un modelo biomédico por el que sabemos que, a lo largo de la vida, pasado un período de fuerte crecimiento, todos nuestros sistemas biológicos pierden eficiencia. Es a este comportamiento de los sistemas biofísicos a lo que, desde la biología, se llama envejecimiento y se expresa como una *involución* que tiene el signo contrario a lo que llamamos desarrollo. Pero, ¿ocurre realmente eso mismo en los sistemas comportamentales?



Antes de contestar a esta pregunta deberemos recordar cuál es el objeto de la psicología (el comportamiento a los niveles de complejidad necesarios) y cómo se conforma. Hemos dicho que en cualquier comportamiento humano existe una base biológica, pero que el comportamiento se construye a través de una compleja transacción entre el individuo y el contexto sociocultural. De esta forma, todos los comportamientos que tengan un mayor componente biológico se verán afectados en forma paralela a lo que ocurra con el sistema del que dependen. Así, por ejemplo, la habilidad motora depende del sistema locomotor y si éste es dañado impedirá esa habilidad. Sin embargo, también sabemos que en esa transacción entre los elementos biológicos y los comportamentales, lo psicológico influye extraordinariamente (a todo lo largo de la vida) en lo biológico, por lo que una fuerte motivación determinará la reinstauración de una habilidad comportamental en ausencia del sustrato que la hizo posible en un primer momento. En otras palabras, aunque el sustrato natural en la plasmación de la creación pictórica sea la mano diestra que guía el pincel, ésta puede ser sustituida fácilmente por cualquier otro sustrato comportamental en la expresión artística; de ello tenemos miles de ejemplos. En este, como en otros muchos casos, el comportamiento (en este caso la motivación como motor de la conducta) explica mucho más el desarrollo o la involución del individuo que ningún otro factor biológico o, incluso, social.

El ser humano no se «termina» psicológicamente hablando (o no termina su desarrollo) cuando acaba su máxima maduración física y biológica ni empieza su deterioro cuando termina, en la edad adulta, su etapa laboral, se marchan los hijos del hogar o cuando ocurre cualquier otra condición física, biológica y social. El desarrollo humano, desde una perspectiva

psicológica, dura mientras siguen produciéndose las transacciones entre el organismo biológico y el contexto sociocultural. Pero, desde luego, en esa ecuación del cambio a lo largo de la vida -en ese balance entre evolución y desarrollo e involución y deterioro (o, en otros términos, entre pérdidas y ganancias)- existen factores psicológicos que experimentan ganancias y otros que experimentan pérdidas.

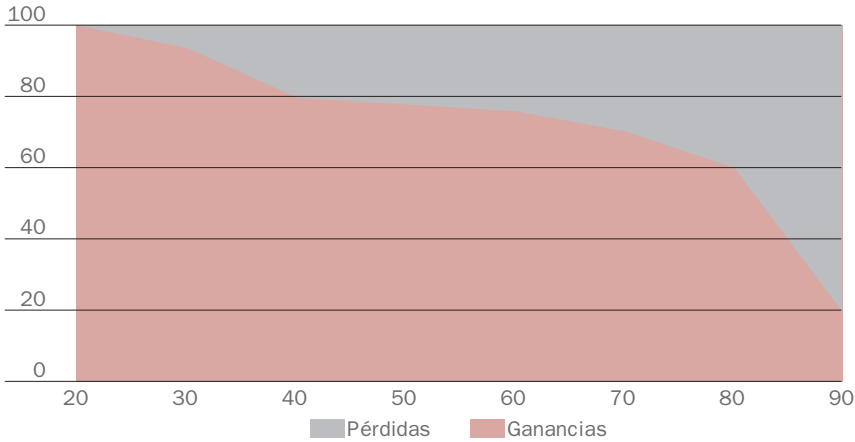
Teniendo en cuenta un amplio conjunto de características psicológicas, Heckhausen y Schulz¹ establecieron cuáles de ellas experimentaban ganancias y cuáles presentaban pérdidas a lo largo del ciclo de la vida desde los 20 a los 90 años de edad. En la figura 1 podemos apreciar cuáles fueron los resultados: si bien es cierto que en los primeros años de la vida se producen máximamente cambios positivos (desarrollo), y que también lo es que se produce una cierta meseta de estabilidad comportamental en la edad adulta (que llega a los 70 años) y que se experimentan amplios declives a partir de los 70 años, los autores concluyen que existen ganancias o mejoras, en distinta medida y proporción, a todo lo largo del ciclo de la vida, aun a los 90 años. Así, por ejemplo, sabemos que mientras que existen funciones cognitivas (en las que el tiempo de reacción o ejecución es importante) que declinan muy tempranamente (a partir de los 20 años), otras aptitudes cognitivas, como la amplitud de vocabulario o los conocimientos, no lo hacen hasta muy avanzada edad (a partir de los 70 años) o, incluso, que otras funciones socioafectivas (como el balance entre el afecto positivo y negativo) se articulan mucho mejor en la vejez. En definitiva, existe crecimiento y declive a todo lo largo de la vida.

También es verdad que existen determinadas características psicológicas como, por ejemplo, el neuroticismo, la sociabilidad, o las actitudes y los inte-



ENVEJECIMIENTO

FIGURA 1. Estimación de ganancias y pérdidas en características psicológicas a lo largo del ciclo de la vida



Heckhausen, J. y Schulz, R. (1993).

reses que, una vez instauradas en la edad adulta, se modifican muy poco a todo lo largo de la vida. En definitiva, la teoría de la continuidad² establece que existe un escasísimo cambio por lo que se refiere a las preferencias, actitudes y actividades que las personas realizan a lo largo de su vida.

A pesar de que la investigación psicológica presenta el panorama aquí sintetizado, la visión estereotipada de lo que acontece durante la vejez nos presenta un cuadro sombrío en el que, paralelamente a lo que ocurre en el plano físico, lo que necesariamente se produce según avanza la edad son cambios negativos, es decir, deterioro y decrepitud en todos los planos del psiquismo humano. Estos clichés son extraordinariamente importantes, no sólo porque implican falsas creencias, sino porque tiene efectos perversos en las personas, como se verá más adelante.

Lo importante ahora es ejemplificar estos patrones de cambio que ocurren a lo largo de la vida y

que expresan que algunos factores psicológicos experimentan deterioro o declive (isomórficamente con lo que sucede con nuestros sistemas biofísicos), mientras que otros experimentan desarrollo o cambio positivo. Hay que resaltar que se consideran declives aquellos cambios que sucederán con probabilidad al envejecer, mientras que hablamos de deterioro cuando se produce un cambio patológico (excedente del declive) generalmente causado por una determinada enfermedad.

Algunos ejemplos de cambio y estabilidad en la vejez en funciones cognitivas y afectivas

Dado que la psicología agrupa múltiples manifestaciones, no resulta aquí posible tratar con la necesaria extensión los cambios que en el conjunto de la



actividad psíquica ocurren en la vejez. Tan sólo va a ser posible realizar un breve resumen de aquello que sucede en relación con las más importantes funciones psicológicas.

Sin embargo, conviene comenzar resaltando que estamos considerando la vejez como una etapa de la vida. Los individuos llegan a esa (no bien determinada) etapa con muy distintos bagajes y experiencias debido no sólo al estado de su organismo en su sentido biológico sino, sobre todo, de la historia de aprendizaje y de las circunstancias que les ha tocado vivir. De hecho, una de las características más notables del proceso de envejecimiento es su enorme *variabilidad*. En otras palabras, en la medida en que se incrementa la edad aumentan las diferencias existentes entre los individuos envejecientes debido, lógicamente, a la diversidad de circunstancias y de contextos históricos vividos, de forma tal que, aunque aquí vamos a presentar unos determinados patrones de cambio en la vejez, la variabilidad entre los distintos procesos, funciones psicológicas y comportamientos es extraordinariamente divergente entre los distintos individuos.

Funciones cognitivas

El ser humano puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente, el ser humano responde a esa información. En este sentido, el individuo debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla. En realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancias externas como de esas funciones psicológicas aprendidas a su vez a lo largo

del proceso de aprendizaje. En definitiva, cabe preguntarse qué funciones cognitivas cambian con el paso del tiempo y cuáles permanecen estables.

Teniendo en cuenta que la *recepción de información* depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el sistema nervioso central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe que la persona más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases de procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.

Sin embargo, no cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el *aprendizaje*, la *retención* o la *memoria* de esa información. Tras el examen de los distintos tipos de aprendizaje, los autores ponen de relieve que las personas mayores, amén de requerir un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución (en comparación con las más jóvenes), tienen una amplia capacidad de aprendizaje.

Un alto porcentaje de personas mayores afirma tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. En la tabla 1 se presentan los distintos sistemas de memoria, junto a ejemplos, y los que declinan con el paso del tiempo y los que permanecen estables. Como podemos apreciar en dicha tabla, tan sólo la memoria de trabajo (también llamada operativa) y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad⁵.



ENVEJECIMIENTO

TABLA 1. Patrones de cambio en los sistemas de memoria

Sistema de memoria	Ejemplos	Patrón de cambio
Semántica	La lista de los Reyes Godos	Estabilidad
Procedimental	Conducir un coche	Estabilidad
De trabajo u operativa	Recordar una secuencia al revés de como se ha aprendido	Declive
Episódica	Cuándo se vio por última vez a alguien	Declive

Sin embargo, llegado este punto, tal vez lo más importante sea señalar que existen recursos para mejorar aquellos sistemas de memoria que han declinado. Así, Ruiz Vargas pone de relieve cuáles son los recursos que pueden ponerse a contribución para la mejora de la memoria durante la vejez: 1) estar muy motivado; 2) jugar a recordar en forma deliberada: ¡recordar por recordar!; 3) prestar mucha atención; 4) repetir, repetir y repetir; 5) dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria; 6) organizar mentalmente la información a recordar; 7) buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos; 8) crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar y, finalmente, 9) utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

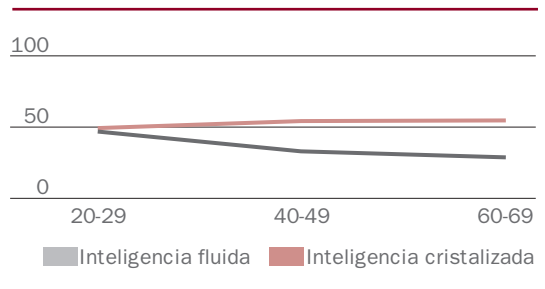
Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en un producto o estructura psicológica: la inteligencia. La inteligencia puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Por supuesto, la inteligencia es también el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales. ¿Qué cambios se producen en el funcionamiento intelectual?

En la figura 2 podemos apreciar los patrones de cambio y estabilidad del funcionamiento intelectual a lo largo del ciclo de la vida. Así, por lo que se re-

fiere a la inteligencia biológica (también llamada fluida), que aglutina aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años. Sin embargo, la inteligencia cultural (también llamada inteligencia cristalizada), que abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida.

Sin embargo, el funcionamiento intelectual también se puede compensar; existen pruebas sólidas de que la actividad intelectual (desde hacer cruci-

FIGURA 2. Cambio y estabilidad en la inteligencia fluida y cristalizada



Tomado de Baltes et al, 1997.



gramas a jugar al ajedrez) mejora el funcionamiento intelectual en la vejez e, incluso, disponemos también de datos experimentales según los cuales las personas que realizan actividad intelectual en su vida cotidiana son menos propensas a presentar demencia⁴.

Los psicólogos del envejecimiento han investigado esencialmente el funcionamiento cognitivo de las estructuras más comunes que comienzan su desarrollo en la infancia y llegan a su culmen al final de la adolescencia. No ha sido hasta los años 90 cuando se han ocupado de ciertas condiciones cognitivas que pudieran ser propias de la vez. Cuando uno conversa con una persona mayor y le pide consejo o ayuda o, también, cuando uno mismo envejece, cabe apreciar que el consejo del mayor o su forma de pensamiento tienen componentes especiales que expresan una forma especial de resolver problemas, por lo que pudiera hipotetizarse que junto a los declives señalados ocurren también algunos cambios positivos en el funcionamiento intelectual. Así, la sabiduría ha emergido en los últimos años como un nuevo constructo sujeto a investigación científica y se postula que pudiera ser un atributo que se diera con mayor probabilidad en la vejez. Este relativamente nuevo objeto de investigación ha sido definido por Baltes y colaboradores⁵ como un conjunto de conocimientos de experto en la pragmática de la vida. Pero la sabiduría no parece ser sólo una característica de la vejez; cabría decir que ni todos los viejos son sabios ni todos los jóvenes no sabios. Como señalaba Epicuro en su carta a Meneceo: «han de amar la sabiduría tanto el joven como el viejo, éste para que sintiéndose anciano rejuvenezca..., aquel para que sea joven y viejo al mismo tiempo». Sin embargo, las pruebas hoy disponibles nos llevan a pensar que la sabidu-

ría se produce con mayor probabilidad en la vejez, aunque con una frecuencia reducida. Por otra parte, también cabe resaltar que la sabiduría tampoco se puede conceptualizar como un atributo exclusivamente cognitivo, sino que tiene componentes afectivos, emocionales y, cómo no, intelectuales.

En resumen, existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez.

Funciones afectivas

Pero este procesador de información, como muy bien puede ser conceptualizado el ser humano, no parece atender, percibir, aprender o memorizar como si fuera una máquina (por muy inteligente que la máquina fuese). El ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico. Así pues, a continuación va a presentarse una síntesis de los esenciales cambios que ocurren en la vejez en el ámbito de la afectividad y del mundo emocional.

La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y, lo que es peor, un conjunto de polipatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros eventos negativos más que ocurren casi inevitablemente. Es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren



ENVEJECIMIENTO

reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento. Examinada la cuestión «fríamente», habría que concluir que con alta probabilidad las personas mayores han de experimentar una afectividad displacentera. ¿Es esto así?

Una primera respuesta a esta pregunta es claramente negativa. Las personas mayores no expresan una menor felicidad, bienestar o satisfacción con la vida cuando se las compara con las más jóvenes. Muy al contrario, las investigaciones existentes (tanto en el Estudio Mundial de Valores como en el Euro-barómetro, y lo mismo puede verificarse con datos en España o en Estados Unidos⁶) ponen de manifiesto, como podemos apreciar en la figura 3, que no existe influencia de la edad en la expresión verbal de la experiencia de la felicidad.

A este hecho -la falta de incidencia de la edad en la percepción de bienestar- se le ha llamado la «paradoja de la felicidad». ¿Cómo es posible que la edad no influya en la felicidad cuando la edad está asociada a eventos vitales negativos, a penalidades y situaciones conflictivas que, necesariamente, deben conllevar sufrimiento? Veamos brevemente qué ocurre con los afectos en la vejez.

En la última década han proliferado los estudios en los que se compara la afectividad a distintas edades (desde la juventud hasta la vejez) así como, dentro de la vejez, a los jóvenes-viejos y los viejos-viejos, y ello tanto en estudios transversales (en los que se compara la experiencia afectiva de personas de entre 18 y más de 90 años, en un momento concreto) como en estudios longitudinales (en los que se compara a las mismas personas en el proceso de envejecer y se va siguiendo su experiencia afectiva, por ejemplo, cada 5 años (a los 50, 55, 60, 65, 70, etc.)). Tanto unos como otros estudios llegan a los tres siguientes hallazgos:

1.- Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten emociones positivas con igual frecuencia que las personas más jóvenes.

2.- Existen pruebas sólidas de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años. Así, a esas edades, existe más expresión de «felicidad», «gratitud», «contento» que de «frustración», «tristeza» o «rabia».

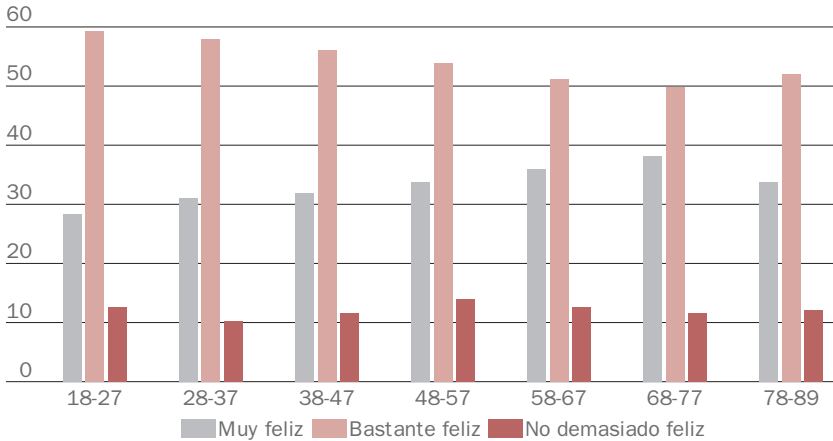
3.- La conclusión de la mayor parte de los autores que investigan el mundo afectivo de los mayores es que en la vejez existe una mayor complejidad y riqueza emocional. En otras palabras, que en la vejez se incrementa el manejo adecuado de los afectos y que, por tanto, existe una mayor «madurez» afectiva.

Dos preguntas asaltan ante este panorama claramente positivo: qué otras condiciones pueden explicar o justificar estos tres hallazgos y, por ende, la paradoja de la felicidad en la vejez, y de qué forma puede integrarse esta visión globalmente positiva del mundo afectivo en la vejez cuando esencialmente se utilizan instrumentos de autoinforme y no existe ni un «felizómetro» que evalúe objetivamente la felicidad ni ninguna otra medida de la experiencia subjetiva de contento que no pase por su expresión verbal.

Los autores han examinado minuciosamente en qué medida el contexto (la condición socioeconómica, el estado civil, etc.), la salud y la situación funcional y las relaciones interpersonales influyen en la afectividad (positiva y negativa) en la vejez y en qué medida estos factores son más importantes que la edad. Nuevamente, la conclusión parece ser bastante contundente: no se encuentran efectos de la edad en la afectividad positiva cuando se controlan otras variables. En otras palabras, la edad es una



FIGURA 3. Porcentaje de personas que expresan su grado de «felicidad» según su edad (N=32.029)



Mroczek y Kolarz, 1998.

variable *vacía* y tan sólo conlleva los efectos de otras covariantes. De entre ellas, no son precisamente la salud o el estado funcional los mejores predictores de la afectividad, sino la personalidad y el funcionamiento intelectual.

Carstensen⁷ ha elaborado una teoría que permite explicar tanto el bienestar como el balance entre el afecto positivo y el negativo en la vejez: la teoría de la *selectividad socio-emocional*. En breve, el rol del afecto y de la cognición van reestructurándose con la edad. Ello permite una mayor cohesión entre los dos e influye en que haya una mayor regulación de la emoción en la vejez, lo que lleva consigo una maximización de los aspectos positivos y una minimización de los negativos, cuyo producto es una mayor satisfacción o bienestar.

En definitiva, si en el mundo cognitivo ocurren cambios negativos debidos a la edad, en el mundo afectivo parecen ocurrir cambios positivos esencial-

mente ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional. Por supuesto, resulta vital continuar investigando estos aspectos de afectividad y emocionalidad en la vejez con el fin de descifrar lo que a mi entender sería no sólo una «paradoja» sino la «culminación» de la experiencia de la vejez.

Llegados a este punto, parece conveniente reflexionar sobre la congruencia entre lo que la experimentación científica afirma que sucede en el funcionamiento cognitivo y afectivo a lo largo de la vida y el común sentir y pensar en nuestra sociedad.

Estereotipos sobre la vejez y sus efectos

La percepción y la conceptualización (o, en otros términos, las «teorías implícitas») sobre el envejeci-



ENVEJECIMIENTO

miento y la vejez forman parte de las más clásicas corrientes de pensamiento. Así, por ejemplo, Platón conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro, mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y de conocimiento. De estas dos visiones, la que cuenta con una mayor inserción en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. No es de extrañar; la belleza, la salud, la rapidez están en la base de los valores de nuestra época y todas estas condiciones físicas son algunas de las que declinan a lo largo del ciclo de la vida. Pero empece-mos por aclarar previamente a qué llamamos estereotipo.

En breve, un estereotipo es un cliché o un modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder, y nos sirve a modo de teoría implícita respecto de ese sujeto de conocimiento. Estos clichés, en términos generales negativos, son aprendidos a través del proceso de socialización del individuo, el cual transcurre en un ambiente sociocultural determinado. Lo importante es que estas imágenes o clichés, una vez aprendidos, tienen un poder causal en el sentido de que son la *causa* de la conducta tanto individual como social referida a ese objeto de conocimiento e, incluso, pueden convertirse en profecías que tienden a su autocumplimiento.

Pero esas imágenes o clichés actúan no sólo explícitamente a través de opiniones y juicios, sino que lo hacen en forma implícita; en otras palabras, los individuos no son conscientes de que algunas de sus formas de conceptualización sobre la vejez son extraordinariamente negativas e influyen -incluso determinan- comportamientos «edaístas» discrimi-

natorios. Por ejemplo, se ha demostrado que, cuando personas de distintos grupos de edad son sometidas subliminalmente a elementos verbales asociados a la vejez, toman decisiones negativas perjudiciales más rápidamente que si se enfrentan a estímulos relativos a la juventud⁸.

Es más, estos estereotipos desencadenan actitudes negativas que, a veces, provocan desigualdades sanitarias o sociales. Tan es así que Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han venido emitiendo recomendaciones que tratan de provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez⁹.

Hace algunos años, investigamos las creencias de la población española referidas a la vejez¹⁰. Hacíamos preguntas del tipo: «La mayor parte de los adultos mantiene un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, aproximadamente, edad en la que se produce un fuerte deterioro de la salud», o «Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños». Pues bien, el 72,6% de la muestra encuestada (representativa de la población española mayor de 18 años) estaba de acuerdo con la primera afirmación y el 75% estaba de acuerdo con la segunda. En resumidas cuentas, es cliché muy común que la gente mayor está deteriorada, es incapaz de aprender nuevas cosas, no pueden cuidarse a sí mismos, y son desagradables y regañonas. Todas estas afirmaciones son falsas; los datos con los que contamos no avalan la existencia de un momento puntual en el que la salud se deteriore; a todo lo largo de la vida existe una amplia capacidad de aprendizaje, y la gente no cambia su personalidad cuando llega a la vejez sino que, muy al contrario, avala el aserto de que se envejece como se ha vivido.



Es más, los datos experimentales y empíricos con los que contamos expresan la existencia de una *extraordinaria variabilidad* en la vejez; en resumidas cuentas, las diferencias entre las personas mayores superan a las que existen entre las de cualquier otra edad. Por tanto, no podemos generalizar entre individuos mayores e, incluso, cuando afirmamos que a una determinada edad declina una determinada función psicológica, queremos decir que la puntuación promedio en esa función en ese grupo de edad es más baja que la que presenta otro grupo de menor edad o el mismo grupo de edad cuando era más joven pero, incluso, tendríamos que decir también que existen personas, en ese grupo de edad, en las que esa función no declina en absoluto.

Pero, además, sabemos que en gran parte de condiciones psicológicas *la práctica es más importante que la edad*. Por ejemplo, no cabe duda de que la velocidad de tecleo declina con la edad; sin embargo, una persona mayor entrenada será mucho más rápida que una no entrenada. En otras palabras, en múltiples aspectos la edad no es más importante que la práctica o la experiencia, sino que, muy al contrario, la experiencia o la práctica tienen mayor influencia sobre el comportamiento que la edad.

Pero los estereotipos no sólo implican al amplio grupo social que los sustenta sino al propio grupo de personas mayores. Preguntémoslo siguiente: una vez que se ha aprendido e internalizado que con la vejez necesariamente llegan todo tipo de penalidades, ¿cómo influyen los estereotipos negativos en torno a la vejez cuando se envejece?

Levy¹¹, tras realizar múltiples estudios transculturales, experimentales y longitudinales, concluye que los estereotipos negativos sobre la vejez que asumen las personas mayores influyen en su *memoria*, causan *estrés* y peores formas de combatirlo

e, incluso, predicen menor *sobrevivencia*. Visto desde otra vertiente, en estudios longitudinales, las personas que tenían asumidos estereotipos más positivos vivieron 7 años más que las que tenían concepciones negativas en torno a la vejez.

Conclusiones

La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinarios, puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social. La psicología, como disciplina científica que se ocupa del comportamiento humano a los niveles de complejidad necesarios, es una disciplina básica que estudia los cambios psicológicos que se producen en el transcurso de la vida.

El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre isomórficamente al envejecimiento biofísico. Existen funciones psicológicas que declinan muy tempranamente, una vez llegadas a su máximo desarrollo, y existen otras que se mantienen e incluso se desarrollan a todo lo largo de la vida.

Notas

1. Heckhausen J, y Schulz R. Optimization by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *Int J Behav Develop* 1983;16: 115-124.
2. Véase Achley RC. *Continuity and adaptation in aging*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
3. Véase Ruiz-Vargas JM. Mejore su memoria, siempre hay tiempo. En: Fernández-Ballesteros R (ed.). *Vivir con Vitalidad. Tomo III: Cuide su mente*. Madrid: Pirámide, 2002.
4. Véase Calero MD. La actividad mental. Prevención del envejecimiento cerebral. En: Fernández-Ballesteros R (ed.).



ENVEJECIMIENTO

- Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente.* Madrid: Pirámide, 2002.
5. Para una revisión véase Fernández-Ballesteros R, Moya R, Iñiguez J, Zamarrón MD. *Qué es Psicología de la vejez.* Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.
 6. Véase Fernández-Ballesteros R. *Psicología del envejecimiento.* Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 1996, y Mroczek DK, Kolarz CM. The effect of age on positive and negative affect. *J Personality Social Psychology* 1998;75: 1333-1349.
 7. Carstensen LL. Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1991;11:195-217.
 8. Perdue CW, Gurtman MB. Evidence for the automaticity of ageism. *J Experiment Soc Psychol* 1990;26:199-216.
 9. Véase Naciones Unidas. *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento.* Nueva York, 2002. UN, OMS. *Envejecimiento Activo.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
 10. Fernández-Ballesteros R (ed.). *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.* Barcelona: SG Ed., 1992.
 11. Levy BR. Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J Gerontol* 2003;58B:203-211.
- Calero MD. La actividad mental. Prevención del envejecimiento cerebral. En: Fernández-Ballesteros R (ed.). *Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente.* Madrid: Pirámide, 2002.
- Carstensen LL. Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1991;11:195-217.
- Fernández-Ballesteros R (ed.). *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.* Barcelona: SG Ed, 1992.
- Fernández-Ballesteros R. *Psicología del envejecimiento.* Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 1996.
- Fernández-Ballesteros R, Moya R, Iñiguez J y Zamarrón MD. *Qué es Psicología de la vejez.* Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
- Fernández-Ballesteros R (ed.). *Vivir con Vitalidad. 5 Tomos.* Madrid: Pirámide, 1999.
- Levy BR. Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J Gerontol* 2003;58B:203-211.
- Mroczek DK y Kolarz CM. The effect of age on positive and negative affect. *J Personality Social Psychology* 1998;75: 1333-1349.
- Naciones Unidas. *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento.* Nueva York: UN, 2002; OMS. *Envejecimiento Activo.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Perdue CW y Gurtman MB. Evidence for the automaticity of ageism. *J Experimental Social Psychology* 1990;26:199-216.
- Ruiz Vargas JM. Mejore su memoria. Siempre hay tiempo. En: Fernández-Ballesteros R (ed.). *Vivir con Vitalidad. Tomo III. Cuide su mente.* Madrid: Pirámide, 2002.

Lecturas recomendadas

Achley RC. *Continuity and adaptation in aging.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.



EL ENVEJECIMIENTO DESDE LA BIOLOGÍA: ¿CONOCEMOS LOS LÍMITES?

MÓNICA DE LA FUENTE*

*Catedrática de Fisiología. Departamento de Fisiología
(Fisiología Animal II). Facultad de Ciencias Biológicas.
Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)*

*Recuerde el alma dormida,
avive el seso e despierte
contemplando
cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte
tan callando;
cuán presto se va el placer,
cómo después de acordado,
da dolor;
cómo a nuestro parecer,
cualquiere tiempo pasado
fue mejor.*

*Decídme: La hermosura,
la gentil frescura y tez
de la cara,
la color e la blancura,
cuando viene la vejez,
¿cuál se para?
Las mañas e ligereza
e la fuerza corporal
de juventud,
todo se torna graveza
cuando llega el arrabal
de senectud.*

...

(Jorge Manrique.

«Coplas a la muerte de su padre». Siglo XV).

*Licenciada en Ciencias Biológicas y en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid (UCM), y Doctora en Biología por la UCM. Ha desarrollado su labor docente e investigadora en diferentes universidades españolas y en centros extranjeros. Es diplomada en Sanidad y especialista en Bioquímica Clínica. Ha dirigido 40 tesis y es autora de 345 publicaciones científicas.

Su interés investigador se centra en el proceso de envejecimiento. Sus publicaciones sobre estos temas son pioneras en España.

Introducción

Este poema recoge fragmentos que reflejan reflexiones que el ser humano se ha hecho a lo largo de su historia sobre lo que es la vida, el paso del tiempo, el envejecimiento y la muerte, hechos que realmente constituyen el «todo» de nuestra existencia. Muchos otros poetas y escritores han reflejado, de forma más o menos bella y acertada, sus ideas sobre el envejecimiento y la muerte. Debemos tener presente que el envejecimiento es un concepto «cultural», que surge cuando nuestro cerebro culminó su evolución en el *Homo sapiens sapiens* hace 150.000 años. La adquisición de la consciencia que realizó este *Homo sapiens*, mucho más evolucionada que la que se ha podido detectar en otros primates no humanos y que ha ido viéndose influida por el efecto que la cultura ha tenido sobre nuestro cerebro, nos ha permitido plantearnos preguntas como: ¿por qué envejecemos?; ¿es necesario este proceso?; ¿podría ser evitado? Estas cuestiones suelen asociarse a las que implican una idea tan relacionada con el envejecimiento como es la de la muerte, la meta final del mismo, y nuestra consciencia ha admitido siempre muy mal lo inevi-



ENVEJECIMIENTO

table tanto del uno como de la otra. Así, a lo largo de la historia, en paralelo con las reflexiones sobre las preguntas enunciadas se han buscado, en ocasiones de una forma extremadamente obsesiva, «remedios» que nos permitieran alcanzar la inmortalidad. No obstante, el ser humano ha deseado y desea más que esa inmortalidad la eterna juventud. Recordemos lo que recrean muchas obras literarias, como *El Fausto* de Goethe, escrita a primeros del siglo XIX, que recoge la leyenda medieval del doctor Fausto quien, consagrado toda la vida a la ciencia, pacta con el diablo a fin de recuperar la juventud y alcanzar el amor de Margarita. Parece, pues, evidente que nos produce más miedo la vejez incapacitante que la muerte. Como dijo Oscar Wilde, «El drama de la vejez no consiste en ser viejo, sino en haber sido joven».

Aunque la dimensión del hombre está basada en tres pilares que se interrelacionan -el biológico, el psicológico y el social-, el envejecimiento es un hecho biológico, y posiblemente es desde la perspectiva de la Biología, sea con una visión molecular, celular, fisiológica (quizás ésta sea la más acertada) o conductual, como mejor podremos entenderlo y asumirlo y dar respuestas a las preguntas indicadas. Si, como decía Aristóteles, sólo se puede amar lo que se conoce, el conocimiento de nuestro proceso de envejecimiento, la comprensión del mismo, nos puede llevar a minimizar el sentimiento de indefensión que tenemos frente a lo irremediable, a aceptar mejor ese deterioro que el paso de los años produce en nuestro aspecto físico y en nuestra capacidad funcional, y evitar así que caigamos en la frustración.

El hecho de que el envejecimiento sea un problema en los países «desarrollados» se debe a que en ellos los avances sanitarios y sociales alcanzados

están permitiendo aumentar nuestra esperanza de vida o longevidad media (en estos países la longevidad media es de unos 78 años en las mujeres y de unos 72 en los hombres) y con ello cada vez es mayor el número de personas que superan los 65 años. Puesto que el proceso de envejecimiento se inicia muy tempranamente, una vez que hemos alcanzado nuestra edad reproductora, en esos países es cada vez más largo el período de la vida durante el que se está envejeciendo. Este proceso culmina al cumplirse el tiempo que representa la esperanza de vida máxima o longevidad máxima (la edad máxima alcanzable por los individuos pertenecientes a una especie concreta) que tenemos como miembros de la especie *Homo sapiens sapiens*. Así, los avances sanitarios y un adecuado estilo de vida, que pueden permitirnos una mayor longevidad media, no nos permitirán superar los más o menos 120 años que ya indicaba el *Génesis* podía vivir el ser humano, esto es, nuestra longevidad máxima, algo sólo posible en un todavía lejano futuro si se pudiera manipular los genes de una forma apropiada.

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 científicas que se han dado a algunas de estas preguntas, en muchos casos ni siquiera bien planteadas por muchos 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 generando en la sociedad, las publicaciones de los estudios y teorías que aparecen sobre este tema han aumentado considerablemente, y una excesiva información, mal inter-



pretada 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 desde las aportaciones científicas desde donde tenemos que partir para llegar a responder las preguntas indicadas. Pero, además, sólo desde la ciencia podremos elaborar estrategias que permitan alcanzar un envejecimiento más saludable y conocer los límites de los cada vez más frecuentes intentos de incrementar nuestra longevidad¹.

Conseguir una respuesta razonable a las preguntas del cómo, dónde y por qué del proceso de envejecimiento pasa por esbozar una breve revisión de las teorías enunciadas sobre el mismo, para así, centrándonos con una cierta mayor extensión en la del «estrés oxidativo», pero aunando sobre ella otras aportaciones más clásicas y otras más modernas, poder llegar 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 sobre cómo envejecer no es más que el precio a pagar por tener una existencia con todas las posibilidades de estar llena de «vida». Pero también veremos cómo, en base a los conocimientos de que hoy disponemos, es posible mejorar nuestra calidad de vida, consiguiendo un envejecimiento saludable. Se aportarán datos de nuestro laboratorio que demuestran el papel relevante que tiene nuestro sistema defensivo, el sistema inmunitario, como claro marcador de longevidad y en el que se puede comprobar la efectividad de diversos factores del estilo de vida para mejorar nuestra salud en la vejez, y consecuentemente acercar nuestros años de existencia a los que delimita la esperanza de vida máxima de nuestra especie.

¿Qué es el envejecimiento desde la Biología?

No es fácil definir el envejecimiento, aunque parece aparentemente muy sencillo reconocer más o menos la edad de las personas que vemos. De hecho, hay numerosas definiciones, pero en todas se recoge la misma idea: cambios que se van sucediendo en nuestras células y tejidos con el paso del tiempo, que suponen una pérdida progresiva de rendimiento 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), lo que aumenta el riesgo de enfermedades y de muerte. El envejecimiento es un proceso biológico que presentan todos los organismos multicelulares, incluso en un medio ambiente óptimo y que está caracterizado, según indicó el eminente gerontólogo Strehler², por ser universal (tiene lugar en todos los individuos), endógeno o intrínseco (las causas del proceso tienen un origen interno), progresivo (dichas causas están presentes a lo largo de toda la vida de los individuos), y deletéreo (tiene un acusado carácter perjudicial para el individuo). Es posible que de estas cuatro características las que más puedan ayudar a entender el proceso de envejecimiento sean las de que es progresivo y endógeno. Este carácter endógeno explica el hecho de que las especies animales tengan una esperanza de vida máxima muy diferente, aunque vivan en ambientes y condiciones muy parecidas, pues, como antes se ha comentado, en la longevidad máxima los genes son determinantes. Sin embargo, en la longevidad media de un individuo de una especie, como sucede en el ser humano, los factores ambientales y de estilo de vida influyen decisivamente. De hecho, si los



genes pueden participar en un 25% en esa longevidad media, el estilo de vida puede llegar a hacerlo en un 75%. De aquí la importancia que tiene fomentar adecuados hábitos que nos permitan acercarnos lo más posible a nuestra esperanza de vida máxima.

El cómo, el dónde y el porqué del envejecimiento

Se ha comentado que 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 que han realizado los científicos del problema 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 coopera-

ción con otras áreas científicas. Al igual que en la historia de los ciegos que tenían que describir al elefante tras palpar cada uno diferentes partes del animal, los gerontólogos también han llegado a descripciones sobre el envejecimiento tan parciales y alejadas de una realidad más objetiva como las emitidas por aquellos invidentes. 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 sigue esta tendencia, cada vez que los investigadores se acercan a estudiar el envejecimiento lo hacen desde la perspectiva de su campo de experiencia (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 manera que cada uno propone una teoría diferente para explicar ese proceso. Por ello, no es de extrañar que cuando en 1990 Medvedev⁵ se puso a recopilar las teorías existentes hasta ese momento 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 haya elaborado 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 Hayflick⁴ están perdiendo apoyo. Un hecho importante y que ha ayudado a entender el envejecimiento humano es la comprobación de que los mecanismos celulares fundamentales del mismo son similares en todas las especies animales, por lo que lo observado en los



animales de experimentación se puede extrapolar a la especie humana.

Principales teorías biológicas del envejecimiento

Hacer una relación de todas las casi 300 teorías que hay sobre el envejecimiento resultaría pesado e inútil. No obstante, se pueden agrupar las más relevantes en dos grandes apartados. En uno de ellos, el que se ha denominado de «teorías deterministas», se pueden incluir todas las que consideran a los genes como únicos responsables del envejecimiento. En el otro gran grupo, el de las «teorías estocásticas» o «epigenéticas», quedan incluidas todas las que teniendo en cuenta la participación de los genes otorgan un papel relevante también a los factores ambientales.

Entre las primeras es muy conocida, por ejemplo, la teoría del límite mitótico de Hayflick⁵, según la cual las células tendrían un reloj endógeno que marcaría el número de divisiones, de mitosis, que son capaces de tener, número que estaría relacionado con la edad del individuo y con la longevidad de la especie. La pérdida de esa capacidad mitótica supondría el envejecimiento celular y su muerte. Esta teoría, muy original y correcta para explicar la senescencia celular *in vitro*, no resulta útil para aclarar el envejecimiento de todo nuestro organismo. De hecho, no se ve cómo se pueda aplicar ese límite mitótico a células que prácticamente no se dividen como nuestras neuronas. Los mismos inconvenientes tiene la tan renombrada teoría de la telomerasa. Según Olovnikov⁶, el acortamiento en cada división celular de los extremos de los cromosomas -los telómeros- estaría relacionado con la tasa de envejeci-

miento, de manera que el fin de la división celular se produciría cuando se llegara al total acortamiento de los mismos. Basándose en ese hecho, la administración de telomerasa, la enzima encargada de reponer los telómeros, permitiría preservar la capacidad mitótica celular. No obstante, todo ello no resulta relevante para comprender el envejecimiento del organismo, pues los mamíferos no mueren porque se agote su potencial mitótico⁷. Todas estas teorías, que son muy útiles para entender la senescencia celular replicativa, no sólo no han permitido dar respuesta a la pregunta de cómo envejecemos, sino que han oscurecido la visión que permite llegar claramente a dicha respuesta. Hoy en día todavía hay muchos científicos que cuando hablan de envejecimiento están sólo contemplando este aspecto tan parcial de lo que es este proceso. Es evidente, como ya se ha comentado, que la duración máxima de la vida tiene una base genética, pero los datos de que disponemos hasta el momento demuestran que sólo con los «gerontogenes» no resulta fácil explicar el envejecimiento del ser humano⁸.

En el otro gran grupo de teorías, los factores del medio ambiente tienen un papel fundamental en la desorganización que ocurre al envejecer pues, aunque el envejecimiento sea intrínseco, tienen en cuenta que las alteraciones que aparecen con el paso del tiempo son siempre el resultado del intercambio de materia y energía del organismo con el medio ambiente. De las teorías incluidas en este apartado se pueden destacar, entre otras, las basadas en el envejecimiento de los sistemas fisiológicos, principalmente de aquellos que intervienen en el mantenimiento de la homeostasia corporal como el nervioso, el endocrino o el inmunitario. Al sistema endocrino, fundamentalmente a las gónadas, se le atribuyó, ya desde hace tiempo, un papel clave



ENVEJECIMIENTO

en el envejecimiento, lo que justificó los tratamientos «rejuvenecedores» de Brown-Sequard y Voronof, basados en la inyección de extractos de testículo y en la implantación de esta glándula, respectivamente⁹. Lo mismo sucedió con el sistema nervioso, al que se le ha asignado un papel regulador del envejecimiento de *todo* el organismo¹⁰. También la teoría inmunológica del envejecimiento hacía responsable del mismo al deterioro que experimenta el sistema inmunitario con la edad¹¹. Más recientemente, una vez establecida científicamente la comunicación existente entre los tres sistemas reguladores del organismo, lo que se ha denominado el sistema neuroinmunoendocrino, también se estableció como otra teoría de envejecimiento el deterioro de dicha comunicación¹². Es evidente que, por importantes que sean estos sistemas, su alteración no puede explicar el proceso de envejecimiento y, como ya indicó Hayflick¹³, estas teorías carecen de universalidad, pues no todos los organismos que envejecen tienen complejos sistemas neuroendocrinos o inmunitarios. Además, los déficits en estos sistemas al envejecer pueden ser simplemente el resultado de las alteraciones básicas que se producen en todas las células viejas. Es un hecho que todos los sistemas envejecen, aunque lo hagan a diferente velocidad, y por tanto tenemos que distinguir claramente entre causa y efecto del envejecimiento.

Otro grupo de entre las teorías estocásticas se centra más en los mecanismos celulares. Así, dada la relevancia que para el funcionamiento de las células tiene la membrana citoplásmica y organelar, se ha propuesto que las alteraciones que experimentan las mismas con el paso del tiempo son fundamentales en el proceso de envejecimiento¹⁴. Esta teoría gerontológica de la membrana tampoco ofrece una explicación lógica de los mecanismos funda-

mentales del envejecimiento, ya que los componentes de las membranas se renuevan continuamente.

Las teorías que se centran en alteraciones de carácter metabólico constituyen también otro grupo relevante. De acuerdo con la teoría del «*rate-of-living*» de Pearl¹⁵, la longevidad máxima de las distintas especies animales es inversamente proporcional a la disipación de energía o metabolismo basal característicos de cada especie. Esta teoría se relaciona con un factor ambiental importante, como es la temperatura, y también con la nutrición, además de con el oxígeno (que se comentará con mayor detalle más adelante). En este contexto puede incluirse también la teoría de la «restricción calórica», según la cual esa reducción permite un aumento de la esperanza de vida, tanto la media como la máxima¹⁶. A pesar del ya abundante cúmulo de datos favorables a esta teoría¹⁷, a la luz de una revisión crítica se comprende cómo el efecto que ejerce sobre la esperanza de vida media es entendible al incidir en un menor metabolismo y ser su efecto una consecuencia lógica de la teoría oxidativa que luego se comentará. Respecto a la incidencia en la esperanza de vida máxima, los experimentos pueden ser cuestionados por cuanto se utilizan especies experimentales en cautividad que normalmente ingieren un exceso de alimento energético, por lo que la restricción posiblemente permita crear una situación más parecida a la que tienen esos animales en su estado natural.

En este grupo de teorías epigenéticas habría que incluir la que se ha demostrado más útil para explicar a todos los niveles de organización el proceso de envejecimiento: la teoría de los radicales libres o de la oxidación. 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 celular¹⁸⁻²⁰. Los radicales libres (especies químicas derivadas del oxígeno que pueden existir independientemente y que contienen uno o más electrones desapareados), producidos continuamente en el metabolismo celular como consecuencia de la inevitable utilización del oxígeno, no sólo pueden causar el envejecimiento, sino también otros procesos degenerativos como el cáncer, la arteriosclerosis, la amiloidosis y la inmunodeficiencia¹⁸. Los radicales libres de oxígeno, dada su gran reactividad al intentar aparear el electrón que tienen desapareado tomándolo de otra molécula cercana a la que deterioran, reaccionan con todo tipo de biomoléculas (lípidos, proteínas, glúcidos y ácidos nucleicos), lo que va a suponer la alteración de las mismas y la pérdida de su funcionalidad y, con ella, de la función celular. 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 fisiológicos²¹. Por tanto, el funcionamiento de nuestro organismo se basa en un perfecto equilibrio entre la magnitud de oxidantes que producimos y la de defensas antioxidantes de que dispongamos para neutralizar los oxidantes. Es la pérdida de este equilibrio, por un exceso en la producción de los primeros o por una menor disponibilidad o control de los segundos, lo que lleva al estrés oxidativo²² que subyace a la enfermedad y al envejecimiento. Así, el estrés oxidativo permite explicar lo que sucede en

el organismo al envejecer, a saber, mayor producción de ROS y menor presencia y acción de las defensas antioxidantes, lo que lleva al daño en las biomoléculas y a la consecuente falta de función celular. De este modo se entienden muchos de los datos que sustentan otras teorías antes comentadas, como la correlación inversa entre esperanza de vida y tasa metabólica, el que la restricción calórica, al originar menos producción de radicales libres, aumente la longevidad, la alteración de las membranas con la edad, el daño al ADN, el papel protector de las defensas antioxidantes y cómo la mayor expresión de las mismas puede aumentar la longevidad media²³. Sin embargo, esta teoría, tal cual fue enunciada, aunque nos aproxima a entender cómo se envejece, no responde al dónde y al porqué tiene lugar este proceso de envejecimiento. Así, dada la complejidad del mismo, ninguna teoría aislada ofrece una explicación satisfactoria de todos sus aspectos. Tenemos que recurrir a integrar la teoría oxidativa con otras anteriores y posteriores para aclarar, por ejemplo, por qué las células de los metazoos, -organismos pluricelulares-, a diferencia de ciertos organismos unicelulares que no muestran envejecimiento en un medio óptimo, son incapaces de contrarrestar la involución senil causada por los radicales libres, y por qué surgieron en el curso de la evolución biológica células destinadas a envejecer.

Una primera aproximación para dar alguna respuesta a las preguntas antes realizadas la tenemos en la «teoría mitocondrial del envejecimiento» propuesta por Harman²⁴ y de forma más perfilada por Miquel²⁵. 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, idea ya apuntada por Harman, focaliza



ENVEJECIMIENTO

el proceso en el genoma mitocondrial y en las células diferenciadas (con escasa capacidad para dividirse). El envejecimiento quedaba ligado al daño oxidativo que los radicales producen en el genoma mitocondrial, 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 diferenciada. Esto supone una pérdida de la capacidad de síntesis de ATP que se genera en las mitocondrias y que proporciona la capacidad bioenergética celular. De este modo, con el paso del tiempo, esas células van perdiendo rendimiento y resistencia al estrés, lo que sustenta la base del deterioro funcional que se produce al envejecer²⁵. Más recientemente, Barja²⁶ 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 longevidades máximas, 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 y en los lípidos, y con una menor presencia de ácidos grasos insaturados (esto es, con dobles enlaces, que son más fácilmente oxidables). Con esta aportación ya sabemos dónde se inicia el envejecimiento: en las mitocondrias de las células diferenciadas. Para entender adecuadamente el porqué del envejecimiento es conveniente intentar explicar antes una teoría integradora del envejecimiento.

Teoría integradora del envejecimiento

Retomando conceptos clásicos como los de Weissman, Minot y Pearl, y aunándolos con los de

Williams y con las hipótesis comentadas del estrés oxidativo y la vulnerabilidad del genoma mitocondrial, se podría llegar a entender el proceso de envejecimiento. Ya en 1891 Weissman reflexionó sobre las diferencias entre células que muestran una longevidad ilimitada, como es el caso de las germinales, y otras que envejecen, como las somáticas. Este gerontólogo apuntó que la causa del envejecimiento fue la división del trabajo que acometieron las células de los organismos pluricelulares. Las células somáticas, que superaron en número a las reproductoras, se distribuyeron los diferentes trabajos del organismo creándose así sistemas de tejidos claramente diferenciados. De este modo se perdió el poder regenerativo de partes considerables del organismo, centrándose en las células sexuales la capacidad de reproducir el organismo entero. Igualmente Minot²⁷, en 1907, propuso que el envejecimiento es el «precio pagado por la diferenciación celular», y Pearl¹⁵ añadió que envejecer es efecto secundario del metabolismo. Por su parte, Williams²⁸, en 1957, se planteó cómo era posible que tras poder conseguir un metazoo complejo, como es el caso del hombre, el hecho milagroso de la morfogénesis fuese incapaz de realizar una tarea aparentemente más fácil como es la de preservar lo que ya estaba formado. La respuesta que dio, como posible causa fundamental de esa paradoja, es que el objetivo prioritario de la evolución no es la longevidad individual, sino la supervivencia de la especie, que en los animales se asegura a través de la reproducción sexual. Esta supervivencia se consigue, en la evolución, a través de dos estrategias. Una sería la producción de individuos de desarrollo rápido y alta fertilidad, como sucede con los insectos, que al mantener un elevado grado de actividad metabólica y funcional tendrían una vida corta. Otra seguiría la



vía opuesta, que culmina en los mamíferos y más claramente en los humanos y otros primates, consistente en un desarrollo lento y un menor potencial reproductor, junto a un metabolismo menos intenso y un envejecimiento más enlentecido. De hecho, otra teoría del envejecimiento, la del «*disponible soma*» o del «soma desechable»²⁹, indica que la longevidad de las distintas especies animales depende de un equilibrio entre su capacidad reproductora y la eficacia de sus mecanismos de mantenimiento y reparación de las células diferenciadas del soma, destinadas a «desecharse» una vez que se ha asegurado la supervivencia de la especie a través de la reproducción. Se hace evidente 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 período de la vida del individuo. Así, según Williams, el envejecimiento sería consecuencia de los efectos secundarios del producto de genes que serían beneficiosos para conseguir el máximo rendimiento funcional en la edad de la reproducción, pero que resultarían nocivos después. Son las necesidades de mantenimiento de la especie y no las del individuo las que imperan biológicamente. Esa idea también fue desarrollada por Medawar, quien destacó la poca importancia que tiene el que un desastre «golpee» a un individuo que ya ha dejado atrás su edad adecuada para reproducirse. Así, se planteó que 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 extirpación del mismo cuando dejara de serlo³⁰.

Siguiendo el razonamiento apuntado y simplificando mucho, se podría indicar que el cómo del en-

vejecimiento es por el estrés oxidativo, el dónde se situaría en un principio en las mitocondrias de las células diferenciadas y el porqué sería la consecuencia de mantener una adecuada actividad vital que permita la reproducción y el mantenimiento de la especie.

Si analizamos desde una perspectiva evolutiva por qué se ha implantado el envejecimiento, podríamos decir que éste se inició cuando en nuestro planeta apareció el oxígeno y los primeros microorganismos anaeróbicos dieron paso a los aeróbicos, los cuales aprendieron a aprovechar esta nueva molécula para obtener energía que les permitía una vida más activa. Resulta curioso el hecho de que las mitocondrias, las organelas que permiten la utilización del oxígeno en las células y la obtención de mayor cantidad de la molécula energética, el ATP, provengan de bacterias aeróbicas que se introdujeron en las células para crear una simbiosis que resultó ser muy beneficiosa a ambas, pero principalmente a la célula. La cooperación entre dos organismos propició así una mejor perspectiva vital. Pero toda ventaja lleva apareado un «coste», una «renuncia»; en este caso fue disponer de la maquinaria productora de radicales libres que permitía la oxidación que conduce al envejecimiento. No olvidemos que el oxígeno es, lo mismo que los propios radicales libres que produce, necesario y deletéreo. Es como el dios Jano, uno de los más antiguos de la mitología romana, representado con dos rostros que se oponen y que representa el origen de todo. Lo que da vida produce la muerte.

El siguiente paso en este proceso evolutivo lo situaríamos en el paso de organismos unicelulares a pluricelulares y en el hecho de que las células comenzaran a repartirse el trabajo para el funcionamiento del organismo. Ya en ese momento se dis-



ENVEJECIMIENTO

tinguieron las células germinales, que conservaron la inmortalidad al mantener su capacidad de división, y las que se especializaron en diferentes tipos de trabajos. Estas últimas, a medida que fueron alcanzando mayor especialización y consecuentemente mayor diferenciación, fueron perdiendo su capacidad replicativa. El ejemplo más típico de estas células muy especializadas puede ser la neurona, célula fundamental de nuestro sistema nervioso, que realmente constituye el «yo» de cada individuo. Esa mayor especialización daba paso a un organismo con superior capacidad para llevar a cabo funciones diversas y de mayor «finura» biológica, lo que hacía que la especie mejorara y se asegurara su supervivencia al quedar las células germinales bien «protegidas» y dedicadas únicamente a la misión reproductora. De nuevo se producía una colaboración biológica, en este caso entre diferentes tipos celulares que hacían de cada individuo una «colonia celular». Pero este beneficio biológico lleva apareado un coste: las células diferenciadas son más susceptibles al daño de los radicales libres que se inicia en sus mitocondrias.

Con esta base, y teniendo presente que a la selección natural no le importa en absoluto el envejecimiento, las especies eligieron entre las dos estrategias antes comentadas para su mantenimiento. Unas optaron, posiblemente por su debilidad frente a los depredadores, por una capacidad de reproducción mayor y una longevidad máxima menor. Otras, dotadas de mayores defensas frente a los depredadores por sus características, tamaño o habilidades, optaron por una menor tasa reproductiva con una longevidad máxima mayor que compensaba aquella. Los genes de estas especies hacen que la tasa de producción de radicales libres en sus mitocondrias sea baja, el daño al ADN mitocondrial sea

menor y sus ácidos grasos sean menos susceptibles a la oxidación, lo que asegura su mayor longevidad²⁶. En este punto se puede establecer una confrontación, más bien semántica que biológica, entre quienes dicen que el envejecimiento está genéticamente programado y que existen «gerontogenes» y quienes aseguran que no parece probable que el envejecimiento esté directamente controlado por los genes. Estos últimos, no obstante, indican que existe una base genética para el proceso de envejecimiento, pero que el mismo parece ser más un efecto secundario, no programado, del alto grado de estrés oxidativo en las células diferenciadas.

Estrategias para controlar el envejecimiento

Asumiendo como inevitable el envejecimiento y la muerte, también hemos de tener presente que el paso de los años proporciona una serie de ventajas, como la acumulación de experiencia y de cierta sabiduría, ventajas que deben ser utilizadas. El conocimiento científico de la biología del envejecimiento nos ha provisto de estrategias que nos permiten tener una vejez saludable en la que disfrutar de esas ventajas, y es desde este conocimiento como nos podremos aproximar a comprender dónde están los límites para los cada vez más frecuentes intentos de incrementar nuestra longevidad¹. Actualmente, los campos de actuación en esa búsqueda de métodos efectivos «anti-envejecimiento», que lo que realmente pueden hacer es incrementar nuestra longevidad media al propiciar un envejecimiento saludable, se centran básicamente en tres pilares: la nutrición, la actividad física y mental, y el control del estrés emocional que favorezca una



adecuada «actitud ante las situaciones de la vida». A estas tres estrategias se suman otras, como la terapia hormonal, obviar hábitos nocivos como el tabaco o la ingestión elevada de alcohol, y una serie de aspectos relativos al estilo de vida que a la larga repercuten en el mismo objetivo: mantener un mejor estado de salud. Junto a estas aproximaciones relativamente fáciles de asumir por una mayoría de la población, se han desarrollado otras más sofisticadas que propugnan la manipulación genética o la utilización de células madre para enlentecer el envejecimiento. Estas estrategias, que posiblemente nos permitirían aumentar nuestra longevidad máxima, se vislumbran como más inalcanzables y acompañadas de efectos secundarios indeseables¹.

El sistema inmunitario y el envejecimiento

Para poder conocer la eficacia de esas estrategias basadas en el estilo de vida, que permiten al ser humano aumentar su longevidad media y acercarla a la máxima en excelentes condiciones de salud, se requiere, en primer lugar, la utilización de parámetros que indiquen la auténtica «edad biológica» o «edad funcional» de cada sujeto, la cual no tiene por qué coincidir con la edad cronológica y es la que manifiesta claramente la tasa de envejecimiento del individuo y consecuentemente su esperanza de vida³¹. Nuestro grupo ha comprobado que el estado funcional del sistema inmunitario puede ser un excelente marcador de dicha edad biológica. Es un hecho demostrado que este sistema, encargado de reconocer «lo propio» a cada individuo y en consecuencia de eliminar lo que le es extraño,

como los microorganismos que le invaden y las células que se transforman en tumorales, es un claro marcador del estado de salud³². El sistema inmunitario se deteriora con la edad, pero esto no significa que todas sus capacidades funcionales disminuyan; las hay que se encuentran incluso estimuladas, por lo que se ha sugerido que lo que se produce al envejecer es una «reestructuración» de este sistema³³. Nuestro grupo ha estandarizado, tanto en ratones como en humanos, una serie de parámetros funcionales de las células inmunitarias que se modifican con la edad, y ha comprobado cómo en las dos especies tiene lugar una evolución semejante de dichos parámetros a lo largo de la vida, los dos años en los ratones y los 100 años en el ser humano³⁴. Al envejecer disminuyen las capacidades funcionales que son más beneficiosas, como pueden ser la respuesta linfoproliferativa a los antígenos o la actividad *natural killer* (NK) frente a células tumorales, mientras que aumentan las que podrían resultar perjudiciales al activarse en exceso, como es el caso, por ejemplo, de la liberación extracelular de radicales libres de oxígeno o la de citocinas proinflamatorias³⁴. Un hecho que demuestra el importante papel del sistema inmunitario en la salud y la longevidad de los individuos es que los centenarios que llegan a esas edades en buenas condiciones son los que mantienen una funcionalidad de sus leucocitos semejante a la de los adultos³⁵. Pero la acreditación como marcadores de «edad biológica» y consecuentemente de longevidad de tales parámetros la conseguimos gracias a un modelo de envejecimiento prematuro que caracterizamos en ratones. Los animales con los parámetros inmunitarios típicos de individuos cronológicamente más viejos presentaron una menor esperanza de vida³⁶⁻³⁷. Dada la idéntica evolución de los parámetros estan-



darizados en ratones y en humanos, los resultados en animales nos permiten extrapolar al ser humano la idea de que cuando un individuo presenta valores típicos de una edad mayor en esos parámetros tiene una esperanza de vida más limitada.

En base a estos datos y al hecho de que las células inmunitarias envejecen por lo mismo que se ha indicado para las demás células del organismo, es decir, por el estrés oxidativo, y más en el caso de estas células que requieren producir ROS para llevar a cabo muchas de sus funciones, hemos podido comprobar, tanto en ratones como en humanos, que la ingestión de cantidades apropiadas de antioxidantes en la dieta puede «rejuvenecer» dichos parámetros inmunitarios, llevando, en el caso de los animales de experimentación, a tener una mayor longevidad media^{1,38-41}. También hemos llegado a resultados similares con el ejercicio físico moderado, el cual, entre otras cosas, favorece la presencia de defensas antioxidantes en las células inmunitarias⁴²⁻⁴⁴. La actividad mental y la superación del estrés emocional también mejoran la función inmunitaria. Por tanto, basándonos en el valor de marcador de edad biológica del sistema inmunitario, podemos asegurar que todas esas estrategias resultan útiles para incrementar nuestra longevidad.

Puede resultar curioso el hecho de que los avances científicos sólo hayan conseguido demostrar con datos experimentales lo que el saber popular ha tenido muy claro desde hace siglos a la hora de mantener una adecuada salud. No hay que esperar a soluciones extremas proporcionadas por la futura tecnología; desde ahora mismo podemos aplicar esos conocimientos que nos ofrece la ciencia y disfrutar de un largo envejecimiento saludable.

Referencias bibliográficas

1. De la Fuente M. Biología y envejecimiento: ¿dónde están los límites?. En: Ribera JM y Gil P (ed.). *Prevención en Geriatría: ¿Es posible?* Clínicas Geriátricas. Madrid: Editores Médicos, SA, 2003; 23-42.
2. Strehler BL. *Time, cell and aging*. New York: Academic Press, 1962.
3. Medvedev ZA. An attempt at a rational classification of theories of aging. *Biol Rev* 1990;65:375-398.
4. Hayflick L. Recent advances in the cell biology of aging. *Mech Ageing Dev* 1980;14: 59-79.
5. Moorhead PS, Hayflick L. The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp Cell Res* 1961;25:585-621.
6. Olovnikov AM. Principle of marginotomy in template synthesis of polynucleotides. *Dokl Akad Nauk SSSR* 1971;201:1496-1499.
7. Carlson JC, Riley JCM. A consideration of some notable aging theories. *Exp Gerontol* 1998;33:127-134.
8. Vijg J. Profiling aging by gene arrays. *Mech Ageing Dev* 1999;112:1-4.
9. Trimmer EJ. *Rejuvenecimiento*. Barcelona: Plaza & Janés, 1972; 129-155.
10. Linseth K, Miquel J. Envejecimiento normal del sistema nervioso: alteraciones funcionales y bioquímicas e intervenciones terapéuticas. En: Hayflick L, Barcia D, Miquel J (ed.). *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. Madrid: ELA, 1990; 79-101.
11. Walford RL MHC-regulation of aging: An extension of the immunologic theory of aging. En: Warner HR, Butler RN, Sprott RL, Schneider EL (ed.). *Modern Biological Theories of Aging*. New York: Raven Press, 1987; 243-260.
12. Fabris N. Neuroendocrine-immune interactions: a theoretical approach to ageing. *Arch Gerontol Geriatr* 1991;12: 219-30.
13. Hayflick L. Theories of biological of aging. *Exp Gerontol* 1985;20:145-159.
14. Zs-Nagy I. The role of membrane structure and function in cellular aging: A review. *Mech Ageing Dev* 1979;9: 237-246.
15. Pearl R. *The rate of living*. London: University of London Press, 1928; 50.
16. Yu BP, Masoro EJ, Bertrand HA, Lynd FT. Life span study of SPF Fischer 344 male rats fed ad libitum or restricted diets: longevity, growth, lean body mass and disease. *J Gerontol* 1982;37:130-141.
17. Weindruch R, Walford RL, Fligiel S, Guthrie D. The retardation of aging in mice by dietary restriction: longevity,



- cancer, immunity and lifetime energy intake. *J Nutr* 1986;116:641-654.
18. Harman D. A theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol* 1956;11:298-300.
 19. Harman D. Free radical theory of aging: role of free radicals in the origination and evolution of life, aging and disease processes. En: Johnson JE Jr, Walford R, Harman D, Miquel J (ed.). *Free Radicals, Aging and degenerative Diseases*. New York: Alan R Liss, 1986; 3-49.
 20. Gerschman R. Man's dependence on the earthly atmosphere. En: Schaeffer KS (ed.). *Proceedings 1st Symposium Submarine and Space Medicine*. New York: MacMillan, 1962;475.
 21. Knight JA. Review: Free Radicals, Antioxidants, and Immune System. *Ann Clin Lab Sci* 2000;30:145-158.
 22. Sastre J, Pallardo FV, García de la Asuncion J, Viña J. Mitochondria, oxidative stress and aging. *Free Rad Res* 2000;32:189-98.
 23. Wickens AP. Ageing and free radical theory. *Resp Physiol* 2001;128:379-391.
 24. Harman D. The biologic clock: the mitochondrias? *J Am Geriatr Soc* 1972;20:145-147.
 25. Miquel J. An integrate theory of aging as the result of mitochondrial DNA mutation in differentiated cells. *Arch Gerontol Geriatr* 1991;12:99-117.
 26. Barja G. Rate of generation of oxidative stress-related damage and animal longevity. *Free Rad Biol Med* 2002;33:1167-1172.
 27. Minot CS. The problem of age, growth and age. *Pop Sci Monthly* 1907;71:509-527.
 28. Williams GC. Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. *Evolution* 1957;2:397-411.
 29. Kirkwood TBL, Holliday R. The evolution of aging and longevity. *Proc R Soc London* 1979;Ser B:531-446.
 30. Medina JJ. *El reloj de la edad*. Barcelona: Crítica, 2003.
 31. Borkan A, Norris AH. Assessment of biological age using a profile of physiological parameters. *J Gerontol* 1980;35:177-184.
 32. Wayne SJ, Rhyne RL, Garry PJ, Goodwin JS. Cell-mediated immunity as a predictor of morbidity and mortality in subjects over 60. *J Gerontol* 1990;45:M45-48.
 33. Pawelec G, Barnett Y, Forsey R, Frasca D, Globerson A, McLeod J, et al. T cells and aging. *Front Biosci* 2002;7: D1056-183.
 34. De la Fuente M. Inmunosenescencia. En: Cascales M, Cabezas JA, García-Barreno P (ed.). *Bioquímica y Fisiopatología del envejecimiento*. Madrid: Instituto de España, 2003; 133-168.
 35. Franceschi C, Monti D, Sansoni P, Cossarizza A. The immunology of exceptional individuals: the lesson of centenarians. *Immunol Today* 1995;16:12-16.
 36. Guayerbas N, Catalán M, Victor VM, Miquel J, De la Fuente M. Relation of behaviour and macrophage function to life span in a murine model of premature immunosenescence. *Behav Brain Res* 2002;134:41-48.
 37. Guayerbas N, De la Fuente M. An impairment of phagocytic function is linked to a shorter life span in two strains of prematurely aging mice. *Dev Comp Immunol* 2003;27:339-350.
 38. De la Fuente M, Ferrández MD, Burgos MS, Soler A, Prieto A, Miquel J. Immune function in aged women is improved by ingestion of vitamins C and E. *Can J Physiol Pharmacol* 1998;76:373-80.
 39. De la Fuente M. Papel de los antioxidantes en la nutrición del anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:63-71.
 40. Guayerbas N. Cambios con la edad en la función inmune en un modelo murino de envejecimiento prematuro. Efecto de los antioxidantes. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2003.
 41. De la Fuente M. La nutrición y el sistema inmunitario en el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37:17-25.
 42. Marcos JF, De la Fuente M. Utilidad del Entrenamiento General y el de Fuerza para Mejorar el Sistema Inmunitario. En: *Entrenamiento de Fuerza Para Todos*. Madrid: IWF, 2000; 611-643.
 43. Ferrández MD, De la Fuente M. Effects of age, sex and physical exercise on the phagocytic process of murine peritoneal macrophages. *Acta Physiol Scand* 1999;166: 47-53.
 44. De la Fuente M. Sistema inmunológico y deporte. *Selección* 2002;11:125-134.



VEJEZ Y RECURSOS SOCIALES EN ESPAÑA: POLÍTICAS SOCIALES PRIORITARIAS

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO*

*Catedrático de Sociología. Departamento de Fundamentos de Economía e Historia Económica.
Universidad de Alcalá de Henares. Madrid (España).*

«La esencia de una buena sociedad consiste en que cada uno de sus miembros, a despecho del género, la raza u origen étnico, tenga acceso a una vida gratificante»

J. K. Galbraith (Una sociedad mejor, 1996).

Introducción

El proceso de envejecimiento en España durante los últimos veinte años ha sido muy intenso, rápido y diversificado en cuanto a su impacto social. Por una parte, el proceso de envejecimiento ha cambiado radicalmente la posición social de las personas mayores en la sociedad española y, con ello, su

imagen social en los medios de comunicación y en la visión de la sociedad sobre el papel de este colectivo. Un reflejo de esto es el auge sin precedentes de la sociología de la vejez y de la ciencia geriátrica. Por otra parte, el carácter positivo, real y simbólico de las personas mayores en la sociedad ha obligado a una reflexión en profundidad sobre tres aspectos concretos: la relación entre la llamada tercera edad y los otros grupos de edad (política de edades), la problemática de la vejez en cuanto a diferencias de recursos económicos y disponibilidad de servicios de apoyo, sanitarios y sociales y, finalmente, los retos que plantea el envejecimiento en lo referente a la calidad de vida, sistema de cuidados personales e impacto de las situaciones de dependencia.

En este limitado trabajo pretendemos, en primer lugar, trazar un muy esquemático perfil sociológico de la vejez, no por conocido menos necesario como punto de partida; en segundo lugar, haremos una valoración de los recursos públicos de que dispone la misma en lo tocante a pensiones, sistema sanitario y servicios sociales (fundamentalmente); en tercer lugar, señalaremos algunas de las tendencias en sociología de la vejez con especial referencia a la suficiencia económica y la protección ante el riesgo de dependencia; por último, propondremos para el de-

*Licenciado en Ciencias Políticas, Ciencias Económicas y Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Obtuvo su doctorado en la Universidad Autónoma de Madrid. Ha llevado a cabo numerosos estudios e investigaciones sobre economía y sociología de los servicios públicos y sociales y sobre la atención de larga duración a los mayores, lo que se recoge en su libro *La protección social de la dependencia en España* (1999). Otras de sus publicaciones son: *Política Social en España 1980-92* (1994), *Las Entidades Voluntarias en España* (1996) y *Modelos de atención sociosanitaria: aproximación a sus costes* (2002). Ha participado en más de cuarenta proyectos de investigación.



bate aquellas políticas sociales que pueden potenciar el bienestar y la participación social de las personas mayores en España.

En todo caso, en cualquier propuesta de políticas sociales han de tenerse en cuenta tres aspectos cruciales de tipo conceptual que orientan este trabajo. El primero consiste en recordar que el bienestar, la salud y las condiciones de vida en la vejez son en gran medida una resultante del bienestar, salud y condiciones de vida previos, de la posición y cambios en la estructura social a lo largo del ciclo vital y laboral. En segundo lugar, que la utilización de la expresión personas mayores, entre otras posibles (edad propecta, viejos, tercera edad, etc.) no es más que una convención cargada de muy diferentes significados que, en realidad, ocultan una amplia diversidad grupal en términos de la edad de incorporación a la vejez, clase social y participación social. El tercer aspecto es que las políticas sociales no sólo tienen que ser correctoras de las desigualdades más graves, sino que deben ser activas en la creación de bienestar y en la prevención de situaciones de exclusión social en las edades propectas, es decir, que el Estado de Bienestar, en cuanto institución organizada de la solidaridad colectiva, tiene que jugar un papel activo en las políticas sociales de vejez.

Perfiles básicos del envejecimiento en España

Todo análisis de políticas públicas de vejez debe ir precedido de una descripción básica de la estructura sociodemográfica de la población mayor de 65 años (aceptando aquí el convencionalismo de dicha edad como corte legal diferencial entre activos y pasivos,

si bien no responde a la complejidad de la realidad social), de forma que dispongamos del mapa social del envejecimiento sobre el que actúan las políticas públicas.

Un primer dato de partida es el crecimiento del volumen de la población mayor en España desde el año 1970 (3.300.000 personas mayores de 65 años), momento en que la tasa de población mayor de 65 años llega al 10% de la población española después de setenta años (desde 1900) de haber estado por debajo de dicho porcentaje, hasta el año 2000 en que dicho volumen de población casi alcanza los 6.850.000, lo que supone un porcentaje del 16,9% de la población total. El proceso de envejecimiento se acelera en España con la abrupta caída de la fecundidad a partir de finales de los años setenta con tal intensidad que en 2000 el porcentaje de personas mayores de 65 años supera ligeramente al porcentaje medio de la UE (16,3%) e iguala al de países como Alemania y Bélgica. Las proyecciones de la población para el año 2050 nos indican que, de no cambiar las tendencias actuales, que en parte se están modificando debido al impacto de la inmigración en las tasas de fecundidad, la proporción de personas mayores de 65 años alcanzará en 2020 el 20% y superará el 30% en el año 2050.

Con ser este hecho importante, lo es más el crecimiento de la población mayor de 80 años si tenemos en cuenta, por ejemplo, que en este colectivo es donde el impacto de las situaciones de dependencia tiene una mayor incidencia. Baste considerar que en 1970 la población de 80 y más años era de 524.000 personas (el 1,5% de la población española y el 16% de la población de 65 y más años), mientras que en 2001 es de 1.584.000 personas, es decir, que se ha triplicado en tres décadas (el 3,9%



de la población española y, sobre todo, casi el 23% de la población de 65 y más años). En otras palabras, se ha producido en un breve lapso de tiempo histórico el envejecimiento del envejecimiento o cristalización de la llamada «cuarta edad», todo un éxito en cuanto a esperanza de vida pero que plantea nuevos retos a las políticas sociales en cuanto a lograr una esperanza de vida libre de discapacidad (Sánchez Vera, 1996). En este sentido es de interés destacar cómo en el período 2000-2020 la población de 65 y más años en conjunto reducirá su ritmo de crecimiento (por ejemplo, en la segunda mitad de la década de los noventa del pasado siglo la población de 65 y más años creció 640.000 personas y en la segunda mitad de la presente década no llegará a 300.000, debido al efecto de la guerra civil en la pirámide poblacional) y, sin embargo, la población de 80 y más años crece mucho más intensamente (en la segunda mitad de la década de los noventa del pasado siglo creció 150.000 personas y en la segunda mitad de la presente década crecerá en 310.000 aproximadamente, algo más del doble). La situación cambiará a partir del quinquenio 2020-25, cuando lleguen a la edad de 65 años las generaciones nacidas en la década de los sesenta del siglo XX, momento en el que se acelerará el ritmo de crecimiento de este colectivo en conjunto en comparación con el colectivo de 80 y más años. El reto más importante en términos de políticas sociales de servicios y prestaciones técnicas de aquí al año 2015 aproximadamente será, sin duda, la población de 80 y más años, máxime si tenemos en cuenta el cambio que se está produciendo en la estructura de cuidados informales, a lo que posteriormente nos referiremos.

El impacto del envejecimiento es desigual desde el punto de vista demográfico, ya que existen diez

comunidades autónomas (CCAA) cuyo porcentaje de personas mayores supera a la media nacional en el año 2000, como son Castilla y León (22,3%), Aragón (21,5%), Asturias (21,4%), Galicia (20,3%), Castilla la Mancha (19,6%), La Rioja (19,5%), Cantabria (19,0%), Extremadura (18,8%), Navarra (18,2%), Cataluña (17,3%) y País Vasco (17,2%). Existe una España más envejecida que otra y que, en general, viene a coincidir con la España rural y más desertizada (las dos Castillas, Aragón y Galicia) con una baja cobertura de servicios sociales, si bien es cierto que el envejecimiento tiene un peso importante en CCAA industriales y con una cobertura de servicios sanitarios y sociales muy elevada (País Vasco y Navarra). Aunque la población mayor se reparte por todo el territorio, urbano y rural, existe sin duda una presencia muy importante de la población mayor en el mundo rural, lo cual plantea problemas de aislamiento y de acceso a los servicios sociales y sanitarios.

En tercer lugar, el proceso de envejecimiento ha caminado paralelo a un aumento muy rápido de la esperanza de vida al nacer que es, sin duda, un éxito social. La expectativa de vida al nacer en España al año 2000 era de casi 83 años en las mujeres y de más de 75 años en los hombres, muy semejante a la de Italia y Francia. Por otra parte, se trata de un proceso de envejecimiento fuertemente feminizado. A medida que se eleva la edad, la relación hombre/mujer en la estructura poblacional se desplaza hacia la mujer de forma que, por ejemplo, si a los 65 años por cada 100 mujeres hay 88 varones, a los 75 años esa relación es de 100 a 70 y a los 85 de 100 a 46. La feminización del envejecimiento no sería un problema social en sí mismo si no viniera acompañada de un mayor aislamiento (la importancia cuantitativa y cualitativa de las mujeres que vi-



ven solas) y de ingresos más bajos que los hombres, ya que son viudas o personas que en su gran mayoría no han tenido carreras de seguro.

En definitiva, la estructura social de la población española mayor de 65 años se caracteriza por su rápido crecimiento en los últimos treinta años, por la importancia creciente de la población de 80 y más años, por su feminización y, finalmente, por el peso relativo de la población mayor que vive en el mundo rural. Este muy esquemático bosquejo del envejecimiento nos sirve para poder comprender lo que sigue, es decir, de qué recursos públicos, además de los privados, disponen las personas mayores para hacer posible un envejecimiento que sea seguro, saludable y autónomo.

Recursos públicos para las personas mayores y políticas públicas. Una evaluación tentativa y sintética

Una evaluación de las políticas sociales para las personas mayores debe considerar tres aspectos concretos, entre otros, la seguridad económica o unos ingresos suficientes, un sistema sanitario que contemple la especificidad de la problemática de la atención a las personas mayores y, por último, un sistema de servicios sociales personales que apoye y, en su caso, sustituya al sistema informal de cuidados personales. La vivienda es otra de las políticas a considerar, no tanto en cuanto a la tenencia, que no es un problema grave en la mayoría de las personas mayores, sino en lo referente a las condiciones de accesibilidad y habitabilidad. Sin embargo, sin negar su especial importancia, no la abordaremos en estas páginas y nos remitimos al capítulo 4 (Pérez Ortiz) del Informe 2002 del INSERSO.

Seguridad económica

La autonomía individual y la integración social de las personas mayores pasa por garantizar una seguridad económica en consonancia con el nivel de vida de la población general y que viene garantizada por la propia Constitución Española (CE) en su art. 41 que establece que «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad». Además de este principio general, la mencionada CE hace una referencia explícita a la seguridad económica de la población mayor al establecer en su art. 50 no sólo la garantía de la seguridad económica, sino también la sanidad y los servicios sociales: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio».

En España la gran mayoría de las personas mayores vive de una pensión y, como consecuencia, es crucial conocer el grado de cobertura y, sobre todo, la intensidad protectora. El sistema de Seguridad Social español ha logrado entre los años 1980 y 1995 la cobertura universal de las pensiones entre la población mayor por vía contributiva y no contributiva.

El problema no reside tanto en la cobertura, en gran medida lograda, sino en la intensidad protectora, en la suficiencia de las pensiones. En este sentido hay que señalar tres aspectos concretos relacionados con la intensidad protectora, con la diferencia



de género y, finalmente, con la estructura de edades de los pensionistas:

En primer lugar, la *reducción de la intensidad protectora* de las pensiones mínimas contributivas de la Seguridad Social durante los últimos años y, lo que es más grave desde el punto de vista de lucha contra la pobreza y la exclusión social, la reducción de la intensidad protectora de las pensiones no contributivas o asistenciales, cuya cuantía es ya de por sí muy baja. Así, tal como podemos ver en la tabla 1, la evolución de las pensiones respecto de la renta familiar bruta per capita disponible nos indica que las pensiones mínimas contributivas de la Seguridad Social han tenido

una evolución negativa, que el importe medio de las pensiones del régimen general de la Seguridad Social alcanza su máximo en 1995 para posteriormente descender al igual que la cuantía de la pensión media contributiva de la Seguridad Social y que, finalmente, la intensidad protectora de las pensiones no contributivas se ha deteriorado. En este último caso, a finales de 2002 había 207.540 perceptores de pensiones no contributivas de jubilación con una cuantía media mensual de 280,39 euros, a los que hay que añadir un colectivo de casi 30.000 pensionistas de jubilación de los sistemas extintos de FAS y LISMI con cuantías mensuales de 149,86 euros en 2002.

TABLA 1. Prestaciones sociales como porcentaje de la renta familiar bruta per capita disponible

	1985	1990	1995	2000	85/00
A) Pensiones mínimas contributivas de la Seguridad Social					
1. Invalidez con cónyuge a cargo	76,8	74,2	67,2	62,1	-14,7
2. Invalidez total	76,8	74,2	67,2	62,1	-14,7
3. Viudedad 65 +	55,4	58,2	57,2	52,7	-2,7
B) Régimen General de la Seguridad Social: importe medio					
Total	75,5	68,2	83,7	80,7	+ 5,2
Jubilación	86,9	78,8	100,7	96,1	+ 9,2
Invalidez	81,8	72,5	91,2	91,4	+ 9,6
Viudedad	50,6	48,0	55,6	52,9	+ 2,3
C) Cuantía pensión media contributiva de la Seguridad Social					
	75,1	71,1	69,1	67,1	-8,0
D) Prestaciones no contributivas					
1. FAS/LISMI	30,5	34,9	27,4	21,5	-9,0
2. Pensiones no contributivas	-	-	41,6	36,4	-3,7 (desde 1992)

Fuente: Elaboración propia en base a INE y Anuario de Estadísticas Laborales.



ENVEJECIMIENTO

En segundo lugar, la cuantía de las pensiones en España nos muestra una clara *discriminación por razones de sexo*, tanto por el peso de las mujeres en las pensiones de viudedad (en 2002 éstas eran el 94,1% del total de pensiones de viudedad mayores de 65 años, es decir, 1.586.800 pensiones), como por las diferencias de las cuantías medias de las pensiones entre hombres y mujeres que reflejan la distinta intensidad de la incorporación al mercado de trabajo y, por tanto, distintas carreras de seguro. Así, en diciembre de 2002, mientras la cuantía media de las pensiones de mujeres viudas mayores de 65 años era de 366,78 euros al mes, una pensión de jubilación media era de 552,03 euros por mes. Es más, la diferencia de la cuantía mensual media según género es muy acusada en las pensiones de jubilación: 630,32 euros por mes en el caso de los varones frente a 420,50 euros en las pensionistas mujeres.

Esto, como decimos, es en gran medida un reflejo de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, ya que, mientras en el caso de los pensionistas varones contributivos el porcentaje de los que perciben una pensión de jubilación afecta a 2.845.900 personas (96,3% de todos los pensionistas varones), en el caso de las mujeres las pensiones por jubilación las perciben 1.487.000 personas (el 47,8% de las mujeres pensionistas de tipo contributivo). Las pensiones de viudedad percibidas por mujeres constituyen el 51,1% de todas las pensiones percibidas por mujeres o, de otra manera, son el 26,2% de todas las pensiones contributivas. Ello es reflejo de un modelo de familia y del rol tradicional de la mujer como ama de casa, que en la actualidad está cambiando con intensidad.

Finalmente, y en tercer lugar, *las diferencias de edad* introducen un factor de discriminación econó-

mica importante. Así, una pensión de viudedad contributiva percibida por una mujer tiene una cuantía media mensual de 407,07 euros mensuales en el tramo de 65 a 69 años y se reduce a 318,53 a partir de los 80 años de edad. Dicho de otro modo, una pensión media mensual de jubilación percibida por un varón en el tramo de edad de 65 a 69 años es de 739 euros y de 485,35 a partir de los 85 años de edad; en el caso de las mujeres es de 458,56 euros al mes en el tramo de 65 a 69 años y de 334,45 a partir de los 85 años de edad, todo ello referido a diciembre de 2002. En suma, con la edad aumenta el riesgo de inseguridad económica en las personas mayores y de manera particular en las mujeres pensionistas. En ambos casos esta incertidumbre tiende a paliarse gracias a que a edades elevadas muchos pensionistas abandonan su hogar para vivir con algún familiar, con lo cual garantizan los cuidados informales necesarios en situaciones de dependencia y comparten sus gastos con el nuevo núcleo de convivencia y cuidado.

En definitiva, el sistema público de pensiones español ha logrado la universalización de las rentas de sustitución y de compensación, es decir, contributivas y no contributivas, en los últimos veinticinco años. Sin embargo, los indicadores señalados nos muestran que se trata de un sistema que en los últimos años ha profundizado su baja intensidad protectora que si, en general, perjudica a la población pensionista, opera sobre todo en las pensiones mínimas de la Seguridad Social, en las mujeres pensionistas y en los perceptores de pensiones no contributivas (el 84% de los perceptores de estas pensiones de jubilación son mujeres). La contención del gasto social durante los últimos años, además del diferencial de renta con la media de la UE, ayuda a explicar cómo el éxito logrado en la cobertura del



TABLA 2. Gasto en protección social por funciones (% del PIB)

Funciones	1980	1983	1986	1990	1993	1996	1998	2000
Enfermedad	4,69	4,66	4,54	5,13	6,81	6,47	5,80	5,44
Invalidez-incapacidad	1,81	1,96	1,99	2,12	1,71	1,71	1,60	1,46
Vejez	5,42	6,19	6,47	6,45	8,70	9,04	8,31	8,03
Supervivencia	1,80	1,92	1,89	1,98	0,96	0,95	0,86	0,81
Familia	0,77	0,61	0,45	0,35	0,39	0,43	0,42	0,42
Empleo	2,84	3,24	3,39	3,39	5,23	3,26	2,67	2,32
Vivienda	-	0,01	0,03	0,14	0,11	0,08	0,07	0,06
Diversos	0,31	0,28	0,25	0,23	0,12	0,17	0,14	0,14
Administración	0,67	0,67	0,80	0,87	0,62	0,52	0,47	0,43
TOTAL	18,31	19,52	19,80	20,66	24,66	22,63	20,34	19,11

Fuente: Elaboración propia en base a Anuario Estadísticas Laborales. En pesetas de 1986.

sistema de pensiones, acompañado de un limitado crecimiento en la intensidad protectora hasta 1996, se ha deteriorado durante los últimos años de manera relativa (tabla 2). La elasticidad del gasto en vejez, que en el quinquenio 1990-95 fue del 1,36 en relación con el PIB, se ha reducido en el siguiente quinquenio 1996-2000 al 0,91. Si bien es cierto que la función del gasto en vejez ha pasado del 29,6% del gasto social en 1980 al 42% en 2000, ello es reflejo sobre todo del impacto demográfico más que de la intensidad protectora. Además, en términos comparativos, el gasto en vejez por habitante en unidades de poder de compra sigue estando muy alejado de la media de la Unión Europea (UE), en torno al 61% del gasto medio europeo, solamente por encima de Portugal e Irlanda, aunque en la explicación de este hecho se debe tener en cuenta la diferencia de renta.

Aunque la universalización de las pensiones ha reducido de manera muy intensa la pobreza en la

población mayor de 65 años, este colectivo sigue teniendo un peso relativo importante en la población pobre en España. Según la encuesta sobre Condiciones de Vida de la Población Pobre en España (FOESSA, 1998), el 11,3% de las personas pobres tenían más de 64 años (971.000 personas), en su gran mayoría (71%) en situación de precariedad social o pobreza cercana a la línea de la pobreza (50% de la renta mediana per cápita). Esto viene a suponer un porcentaje de personas pobres mayores de 65 años del 14%, un porcentaje inferior a la media nacional de personas pobres (22%), según la citada encuesta, gracias a las políticas de universalización de pensiones y sanidad, pero aún importante en términos relativos. Con todo, tan importante o más que la tasa de pobreza es la propia cuantía de los ingresos por pensiones que limitan la capacidad de compra de servicios por parte de los pensionistas. Baste considerar, por ejemplo (y sin tener en cuenta el patrimonio de las personas mayores), que a fina-



les del 2002 casi el 22% de las pensiones del sistema contributivo de la Seguridad Social no superaban los 300 euros mensuales que, en el caso de las pensiones de viudedad, se elevaba al 32,3%.

La atención sanitaria a las personas mayores: universalización deficiente

La universalización de la atención sanitaria y la gratuidad de los productos de farmacia han constituido un factor positivo en la atención a las personas mayores y en la reducción de los costes que estos suponen para ellas. Sin embargo, ello no quiere decir que podamos hablar en puridad de un sistema de atención integral a las personas mayores en España, ni que exista un sistema de atención sanitaria que tenga en consideración la diversidad de necesidades sanitarias existentes.

En el capítulo sobre la atención sanitaria a las personas mayores en España del mencionado informe del Defensor del Pueblo de 2000 se señalan las características que debe reunir dicha atención sanitaria: integral, integrada, integradora, terapéutica y rehabilitadora, precoz, progresiva, continuada, con medios estructurales adaptados y coordinada. ¿Cumple estos requisitos el sistema español? La respuesta es que sólo parcialmente.

Por una parte, desde los primeros años de la década de los noventa del pasado siglo los problemas de atención sanitaria a las personas mayores pasaron a primer plano tanto en el Plan Gerontológico 1992-97, como en otras iniciativas conocidas del Ministerio de Sanidad y Consumo (Criterios de Ordenación de Servicios Sanitarios para la Atención de las Personas Mayores del año 1995 o el Plan Estratégico del INSALUD de 1997, por mencionar algu-

nos hitos), de actuaciones conjuntas como el Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales para la potenciación de la atención sociosanitaria de las personas mayores, que da paso a la creación de comisiones sociosanitarias de área o, finalmente, las iniciativas de las CCAA en materia sanitaria, que tienen su punto de arranque en el Programa Vida als Anys puesto en marcha en Cataluña en la temprana fecha de 1986.

Por otra parte, como señala el citado informe, existe una amplia variabilidad entre las Áreas de Salud y entre las CCAA en cuanto al desarrollo de los programas de atención al mayor debido a la escasez de tiempo por paciente en la atención primaria, a la limitada formación geriátrica de los profesionales de la salud (hoy en proceso de cambio) y a las lagunas existentes en cuanto a servicios de geriatría de referencia. Si a ello unimos los estereotipos sobre la salud del anciano y la resistencia latente a dedicar recursos a las personas mayores por la supuesta limitada eficacia que pueda tener la atención médica de tipo especializado, sobre todo, la resultante es que la universalización de la atención sanitaria oculta problemas concretos en cuanto a la accesibilidad real a los servicios sanitarios de las personas mayores y la tendencia a limitar los recursos sanitarios a este colectivo, particularmente los de tipo especializado.

Por el contrario, la evidencia empírica (González Montalvo, 1998) nos muestra que la asistencia geriátrica, allí donde está desarrollada, es eficiente ya que permite reducir las estancias medias hospitalarias de los pacientes geriátricos, la reducción de la institucionalización después de las altas hospitalarias, también la contención del coste de farmacia y de la propia mortalidad y, por último,



un alto rendimiento de la atención geriátrica integrada en hospitales de día.

La culminación de la transferencia de las competencias a las CCAA en 2002 ha planteado el problema de la coordinación de los programas y la desigualdad en la distribución de los recursos en el territorio del Estado. Esta realidad, que afecta al conjunto del sistema sanitario, también incide en la atención sanitaria a las personas mayores y puede incidir aún más en el futuro si no se establecen marcos normativos y de recursos equitativos en los diferentes territorios sanitarios que faciliten la accesibilidad a los recursos sanitarios a las personas mayores.

Un gran déficit: los servicios sociales personales

Existe unanimidad entre los profesionales de la gerontología y la geriatría respecto a que el gran déficit en servicios públicos para la vejez tiene lugar en los servicios sociales o de cuidado personal.

El análisis realizado en 2000 por Pilar Rodríguez sobre los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria, poniendo de manifiesto las lagunas protectoras en este campo, tanto en cuanto a recursos como en lo que se refiere a la debilidad del derecho a los servicios sociales, apenas si se ha modificado. El Informe 2002 del INSERSO, en el capítulo correspondiente sobre servicios sociales, referido al año 2001, sigue poniendo de manifiesto el déficit en servicios sociales personales: a) La cobertura de ayuda a domicilio sólo alcanza al 2,07% de la población mayor de 65 años, siendo muy pocas las CCAA que superan ese porcentaje (Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla la Mancha, Extrema-

adura, Navarra y País Vasco), aunque se trata de porcentajes de cobertura muy bajos en general y con una intensidad horaria mensual también muy baja (4 horas semanales). b) Igualmente, la cobertura del sistema de teleasistencia en 2001 era también muy baja: el 1,07% de la población mayor de 65 años. c) Una gran laguna asistencial son los centros de día, que únicamente alcanzan una cobertura del 0,24% de la población mayor, unas 16.500 plazas, lo que supone un gran impedimento para la asistencia de rehabilitación y de cuidados de personas que están en fases intermedias de dependencia o que precisan durante un tiempo una atención semiespecializada de cuidados personales.

Es decir, si bien los servicios residenciales tienen una cobertura razonable en la actualidad (algo más de 3 plazas por cada cien personas mayores), la gran laguna o déficit son los servicios sociales de tipo comunitario básico e intermedio. Sin éstos no es posible afrontar el reto de los cuidados personales de las personas en situación de dependencia personal y/o instrumental. A ello hay que añadir, como antes decíamos, la debilidad del derecho a los servicios sociales condicionado por la carencia de recursos y que deja fuera a grupos de población de recursos limitados, es decir, la inexistencia de un derecho subjetivo a los servicios sociales, como es el caso de la atención sanitaria. Por último, la desigualdad de recursos sociales entre CCAA y las diferencias en cuanto a los requisitos económicos y normativos en el acceso a los servicios sociales impiden cualquier género de complacencia en este campo. La reciente ley de servicios sociales del Principado de Asturias, que contempla una serie de derechos subjetivos a los servicios sociales personales, ha abierto una vía de desarrollo que únicamente tendrá viabilidad si el resto de las CCAA sigue esa senda de universaliza-



ción de los servicios sociales y dicho proceso queda reforzado, coordinado y apoyado financieramente por una ley estatal marco de servicios sociales que fije unas prestaciones básicas de carácter universal y garantizadas como derecho subjetivo.

El papel de las políticas públicas en el período 1990-2002: una visión global

Las políticas de vejez han tenido como marco de referencia el Plan Gerontológico Estatal que se puso en marcha en 1992 y que pretende crear una cultura en las políticas públicas de atención integral de las necesidades de las personas mayores en España, dentro de una visión general de que la vejez es un éxito social, no una carga, y de que las políticas públicas tienen como objetivo garantizar un envejecimiento activo en un contexto de seguridad económica personal y de servicios sociales y sanitarios suficientes y de calidad. Se trataba de dar coherencia al conjunto de las intervenciones en política social de vejez del ámbito del Estado, de las CCAA y de las corporaciones locales, de introducir la colaboración entre administraciones con competencias en la materia, de apoyar programas innovadores y de movilizar a las propias personas mayores como actores centrales de sus propias políticas. Tal es la filosofía del primer plan 1992-97 y del Plan de Acción para Personas Mayores para 2000-2005.

La valoración que del mismo se ha hecho por expertos y por sus máximos responsables es dual. Por una parte, el Plan ha permitido dar visibilidad pública a las políticas de vejez, estimular la innovación de acciones y programas y poner en marcha planes gerontológicos y, en general, planes para las personas mayores en las diferentes CCAA y en muchos

ayuntamientos, a la vez que ha sido un estímulo en la definición de la política de pensiones (Pacto de Toledo), en la puesta en marcha de planes de salud para personas mayores y en el estímulo de la participación social. Pero, por otra parte, el Plan, siendo un referente institucional relativo, ha sido en cierto modo un gigante con pies de barro debido a su debilidad financiera, también debido a la limitada capacidad de la Administración Central para introducir equilibrios entre CCAA en cuanto a recursos sociales y sanitarios y, finalmente, por su propia debilidad institucional para poder llevar a cabo políticas de Estado en el marco de un sistema de servicios transferidos a las CCAA.

En conclusión, la protección social de las personas mayores en España, tal como hemos visto sintéticamente en el análisis precedente, se caracteriza por tres rasgos:

a) *Universalización incompleta*, ya que la cobertura del sistema de pensiones y del sistema sanitario tiene su contrapunto en el déficit de servicios sociales y en la debilidad del derecho a los mismos. A ello hay que sumar la laguna de la protección social a la dependencia a la que nos referiremos posteriormente.

b) *Baja intensidad protectora* en cuanto al sistema de pensiones de una parte de la población mayor, también en cuanto a la atención especializada de carácter geriátrico y, sobre todo, baja intensidad protectora en el campo de los servicios sociales personales.

c) Finalmente, *deficientes niveles de coordinación y de articulación de políticas y programas de vejez, a la vez que desigualdad de recursos entre territorios*, tanto en servicios de atención sanitaria como, sobre todo, en el ámbito de los servicios sociales.



Las prioridades de la política social de vejez para la presente década: seguridad económica y protección ante el riesgo de dependencia

Criterios orientadores de las políticas sociales de vejez

El criterio básico general orientador de las políticas sociales de vejez debe ser, en nuestra opinión, el de *apoyar la autonomía de las personas mayores en un contexto de seguridad económica y con garantía de unos servicios públicos sociales y sanitarios suficientes y de calidad.*

Hace algunos años Alan Walker (1996), en un trabajo de análisis de una encuesta (Eurobarómetro) realizada a una submuestra de personas mayores de 60 años de los países de la UE en el año 1992, señalaba que los problemas claves o prioridades para este colectivo eran la garantía de ingresos y los cuidados prolongados en su caso. El primer problema era contemplado entonces como una responsabilidad pública y el segundo como una responsabilidad de facto de la familia. Estos dos problemas continúan siendo los fundamentales.

La existencia estable de sistemas universales y gratuitos de sanidad conlleva que la atención sanitaria no sea un problema, al menos en cuanto acceso. La cobertura de los sistemas públicos de pensiones, aunque garantizada, es objeto de preocupación entre las personas mayores debido al debate permanente sobre la viabilidad de estos sistemas y a los ajustes y equilibrios financieros que conllevan, todo lo cual genera incertidumbre. Sin embargo, la consideración de los cuidados informales ha cambiado desde entonces hasta hoy, ya que siguen siendo responsabilidad de las familias, y de las mujeres en concreto,

pero los cambios en la estructura y dinámica de las familias y la incorporación de la mujer a la población ocupada han supuesto que, de manera progresiva, los países de la UE con modelos de protección social de tipo Seguridad Social hayan puesto en marcha políticas de apoyo, que no de sustitución, a la estructura social de cuidados informales.

Seguridad económica y protección social a la dependencia como políticas sociales prioritarias

La seguridad económica. El Pacto de Toledo como garantía de la estabilidad del sistema público de pensiones

Tal como antes hemos señalado, la fuente de ingresos más importante de las personas mayores son las pensiones, si bien una parte de ellas tienen otras fuentes adicionales de ingresos procedentes del ahorro y del patrimonio. Las pensiones, por su volumen financiero y por su impacto social, se han convertido en centro del debate político y económico, además de en fuente de conflictos sociales a lo largo de la construcción del Estado de Bienestar en España. La tensión mediática entre los partidarios del mantenimiento del sistema de reparto y los partidarios de la privatización, sin considerar ahora otras fórmulas intermedias, así como el recurrente debate electoral sobre las pensiones, ha generado durante la última década momentos de incertidumbre entre las personas mayores sobre la viabilidad del actual sistema público sin que, por otra parte, haya tenido lugar un debate científico y político en profundidad y sin provocar alarma social.

Las pensiones públicas son, como decimos, la principal fuente de ingresos para la gran mayoría de



ENVEJECIMIENTO

las personas mayores. Las políticas favorables a la privatización del sistema público de pensiones no han tenido éxito en España hasta el momento, aunque la extensión del sistema privado complementario ha sido muy intensa desde la aprobación de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones de 1987, además de los crecientes estímulos fiscales a favor de las pensiones privadas desde 1995 hasta la actualidad.

Ahora bien, en lo referente al sistema de pensiones ha tenido lugar un pragmático proceso de reforma desde 1985 hasta hoy, en el que han predominado los factores electorales y la prudencia política, y que no es sino la resultante de un delicado equilibrio político y de una sólida institucionalización de la Seguridad Social que frenan cualquier pretensión de reforma radical de privatización, si bien también parece que no es viable a medio-largo plazo el mantenimiento del statu quo actual sin una reforma permanente del sistema. La firma del Pacto de Toledo, en abril de 1995, supuso la consolidación de un modelo de reforma permanente del sistema público de pensiones y su conversión en política de Estado, al margen del debate electoral, lo que nunca se ha logrado plenamente.

Las reformas realizadas hasta ahora están manteniendo el sistema público de reparto. Ahora bien, en el debate sobre la reforma del sistema de pensiones existen dos grupos de problemas: los de tipo ideológico y los de tipo técnico, si cabe la expresión, y que, en la práctica, se presentan entremezclados. Es decir, la reforma del sistema de pensiones se presenta bajo una doble faz: la interpretación ideológica (privatización frente a socialización) y la interpretación financiera (capitalización frente a reparto).

Por una parte, están los factores de tipo ideológico y político del debate. No cabe duda de que, en

conjunto, el debate sobre el sistema de pensiones ha tendido en España a una cierta polarización ideológica entre reparto y capitalización, entre la reforma lenta del sistema actual y la reforma radical o privatización.

De un lado, estarían los partidarios de un sistema de socialización de los riesgos en general, del que el sistema de pensiones sería la columna vertebral. Para los partidarios de la visión socializadora están aumentando las incertidumbres sobre la viabilidad del sistema de protección social en general, de las que son manifestaciones concretas la mayor asistencialización de las prestaciones sociales, la privatización de la gestión de los servicios, la sustitución del gasto social por desgravaciones fiscales y la tendencia hacia la «americanización» de la visión de la protección social.

De otro lado, existen otras posiciones que favorecen un estado de bienestar con un menor peso de gasto social, orientado a satisfacer las necesidades de los pobres y necesitados, un contexto en el que el mercado tenga una mayor presencia en la provisión de servicios y en prestaciones monetarias como las pensiones. Es decir, un estado de bienestar de naturaleza más asistencial dejando que el mercado sea la institución donde se satisfagan las necesidades de la mayoría de los ciudadanos.

La experiencia de los últimos diez años confirma que el consenso ha sido la práctica permanente respecto del sistema público de pensiones en España. Existe una cierta confianza en que el acuerdo y el consenso deben ser la línea permanente de acción política en el tema de las pensiones dadas sus repercusiones sociales y electorales. El nuevo acuerdo de los partidos políticos para desarrollar el Pacto de Toledo, de octubre de 2003, parece que confirma la senda del consenso sobre la reforma de las pensio-



nes, lo cual no supone afirmar que exista unanimidad, ya que para ciertos expertos el Pacto de Toledo puede ser la justificación político-electoral para demorar reformas inevitables.

Por otra parte, están los factores económicos y demográficos del debate. Parece existir un acuerdo más nítido en la identificación de los problemas reales que subyacen a la reforma, aunque no sobre su interpretación y consecuencias institucionales y económicas. Por ello, parece necesario diferenciar aquí tres aspectos: los problemas del sistema actual de pensiones públicas, la interpretación sobre su evolución y los acuerdos existentes sobre las reformas necesarias.

Hay un elevado grado de acuerdo sobre los problemas que afectan al sistema público de pensiones. Por una parte, existe acuerdo sobre la importancia del factor demográfico a largo plazo y, en concreto, a partir de los años 2025-2030, cuando se jubilen las cohortes de población más numerosas de España, la generación del baby-boom nacida en los años sesenta del siglo XX. Este impacto podría moderarse en parte por el crecimiento de la población española debido a la actual corriente inmigratoria, un fenómeno nuevo en España ya que históricamente ha sido un país de emigración hasta no hace demasiado tiempo. Por otra parte, existe acuerdo sobre que el envejecimiento de la población y el aumento en el número de pensiones debe solventarse, en un sistema de reparto como el español, mediante el crecimiento del empleo. Se dispone de un amplio margen de maniobra en este sentido: la llegada de inmigrantes económicos en número creciente, la extensión de la vida laboral y una mayor creación de empleo femenino. De hecho, la Comisión Europea, en su informe de finales del año 2002 (elevado al Consejo Europeo en marzo de 2003) sobre la viabilidad

del sistema público de pensiones, afirma que es indispensable que se adopten nuevas medidas para estimular la participación activa de mujeres y de los trabajadores mayores. El margen de maniobra de España para el crecimiento del empleo es teóricamente bastante elevado de cara a los años venideros, dada la baja tasa de empleo femenino en comparación con países de nuestro entorno económico. Sin embargo, las elevadas tasas de paro de España y las políticas de jubilaciones anticipadas son un factor negativo en relación con la capacidad de creación de empleo y además tiene consecuencias financieras negativas para el Estado de Bienestar. En este sentido existe un acuerdo unánime sobre que es necesario frenar el ritmo actual de las prejubilaciones por su doble impacto negativo en cuanto a destrucción de capital laboral y elevado coste para la Seguridad Social, que asume de manera anticipada el retiro de colectivos muy numerosos (baste considerar que a los 60 años están jubilados la mitad de los trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social que tendrían que haberse jubilado a los 65 años).

La interpretación de las consecuencias del envejecimiento sobre el sistema de pensiones a largo plazo ofrece una amplia diversidad a varios niveles: primero respecto del ritmo de la reforma, ya que para unos el ritmo actual es compatible con el ritmo político y con la necesidad de que los ciudadanos vayan asumiendo progresivamente el endurecimiento de los requisitos de acceso a la pensión y del modo de calcular sus pensiones que, en parte, podrían ir a la baja, mientras que para otros existe un gran retraso de forma y habría que afrontar con decisión los condicionantes políticos que están afectando de manera negativa la urgencia imperativa de la reforma. En segundo lugar, hay diversas inter-



pretaciones sobre la intensidad de los problemas del sistema de reparto y, por tanto, de su reforma: para unos no existen riesgos en el sistema de reparto, que gozaría de una salud envidiable en la actualidad, el sistema de pensiones sería sólido y seguro y de lo que se trataría es de «reforzar» el sistema actual de solidaridad intergeneracional complementado con sistemas privados de carácter complementario; para otros la cuestión no es si existen problemas para los pensionistas actuales sino si los habrá para los del futuro; de ahí que defiendan la necesidad de la reforma para los trabajadores con menos de 50 años, reforma que consistiría en dar por finalizado el sistema de reparto transitando hacia otro de capitalización.

Finalmente, en cuanto a las reformas necesarias parece existir un acuerdo muy relativo entre los defensores de un sistema de reparto y los de un sistema mixto (excluimos aquí a los partidarios de la estricta privatización que hoy por hoy constituyen una minoría, si bien muy influyente, dentro del sistema financiero español). Tal acuerdo, recogido parcialmente en el desarrollo del Pacto de Toledo del año 2003, se refiere a seis aspectos concretos: 1) Retraso de la edad de jubilación (una primera reforma se ha hecho mediante la Ley 35/2002 de «Medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible», recogida también en la Recomendación 11 del último Pacto de Toledo). 2) Aumento del número de años para calcular la pensión y que algunos defienden su extensión a toda la vida laboral (esta medida no se ha adoptado en el Pacto de Toledo pero sí implícitamente para el futuro). 3) Eliminar algunos de los regímenes especiales de la Seguridad Social (Recomendación número 4 del Pacto de Toledo: simplificación e integración de regímenes especiales). 4) Creación de un Fondo de

Reserva de la Seguridad Social (Recomendación número 3 del Pacto de Toledo). 5) Consolidación de un sistema mixto que refuerce la capitalización del sistema y favorezca las pensiones privadas complementarias. 6) Finalmente, favorecer la ampliación de la población que cotiza a la Seguridad Social mediante una mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo (cuyas tasas son todavía más bajas que en la mayoría de los países de la UE), facilitando la incorporación de los inmigrantes económicos en la economía española y frenando las jubilaciones anticipadas (Recomendación Adicional número 2: mujer y protección social; Recomendación Adicional número 5: inmigración; Recomendación número 11: flexibilidad en la edad de jubilación).

La pregunta obligada es si la estrategia del Pacto de Toledo de racionalización del sistema de reparto, en el que se combina el refuerzo del principio contributivo con el principio de mantenimiento del poder adquisitivo, es la respuesta que hará viable el sistema en el futuro o si, por el contrario, el Pacto de Toledo está dilatando el problema de la reforma radical del mismo a favor de un sistema mixto de reparto con los pensionistas actuales y de transición hacia un sistema de capitalización individual obligatoria.

En nuestra opinión, el sistema público de pensiones ha logrado evitar hasta ahora que se cumplan las previsiones catastrofistas sobre su porvenir mediante la combinación de un largo período de crecimiento económico (1994-2001) y medidas de consolidación y reforma puestas en marcha desde 1995. El saneamiento financiero del sistema de pensiones continuará posiblemente debido a la ampliación de la población ocupada y a la moderación en el crecimiento de la población pensionista en los próximos diez años. La separación de fuentes de financiación, el refuerzo del principio contributivo, la



flexibilidad en la edad de jubilación y el incremento del período de cálculo de la pensión pueden hacer viable el sistema de reparto si, al mismo tiempo, se aplican políticas que refuercen el sistema de ocupación como son el apoyo a los cuidados personales de la familia (de niños y personas dependientes), reducción de las desigualdades salariales entre hombres y mujeres y reducción de la tasa de empleo precario, situaciones todas ellas que frenan el crecimiento estable de la población laboral que cotiza.

Estas políticas seguramente harán viable el sistema hasta los años 20 de este siglo, si se mantiene el consenso en torno al actual sistema. El mantenimiento del actual sistema de reparto en el largo plazo, reforzado en su naturaleza contributiva, dependerá en nuestra opinión no sólo del factor demográfico, sino también del conjunto de factores que condicionan el sistema de pensiones, es decir, del factor demográfico, del empleo y la productividad y también, y sobre todo, del mantenimiento o alteración del consenso social y político sobre la viabilidad del actual sistema. Los factores institucionales serán en nuestra opinión determinantes.

La protección social de la dependencia: el desarrollo de la atención sanitaria y de los cuidados personales

En los últimos veinte años han tenido lugar una serie de cambios tanto en el sistema de servicios de bienestar como en la estructura informal de cuidados que suponen una transición en nuestro sistema protector y de cuidados informales.

Por una parte, el desarrollo del Estado de Bienestar en España ha configurado, en cuanto a los cuidados de larga duración, tres sistemas muy diferentes y desequilibrados en cuanto a accesibilidad,

prestaciones y financiación. Por una parte, en el ámbito de la Seguridad Social, existe un sistema de prestaciones monetarias de ayuda de tercera persona cuya naturaleza sociojurídica depende de una relación laboral (ayuda de tercera persona por gran invalidez contributiva) o de la incapacidad para el trabajo unida a la necesidad de ayuda de tercera persona (ayuda de tercera persona de carácter no contributivo) o del sacrificio del acceso al empleo por cuidar a un familiar (pensión de favor familiar). Prestaciones monetarias todas ellas más relacionadas con una condición laboral o necesidad de recursos que con la estricta protección objetiva de la situación de dependencia.

Por otra parte, existen dos sistemas de servicios públicos que intervienen en la atención de las personas con dependencia:

a) El *sistema sanitario de cobertura universal para todos los ciudadanos, pero que está limitado en cuanto al desarrollo de prestaciones sanitarias dirigidas a la rehabilitación de las personas que precisan cuidados de larga duración*; en la práctica se produce la derivación hacia la rema de servicios sociales.

b) Los *servicios sociales, por su parte, tienen un carácter asistencial, su oferta es insuficiente* para hacer frente a las necesidades crecientes de cuidados personales y, a pesar de su reciente modernización y cierta extensión, constituyen una oferta residual que tiene que cubrir la familia directamente o mediante ayudas externas contratadas. Si a ello unimos la creciente desigualdad entre los sistemas autonómicos de servicios sociales en cuanto a la oferta de servicios, requisitos de acceso y financiación, la resultante es que el sistema de servicios sociales en su actual estructura de oferta no puede dar una respuesta positiva a la demanda social de cui-



ENVEJECIMIENTO

datos de larga duración (Rodríguez Rodríguez, 2000).

En todo caso, la existencia de tres sistemas que intervienen en los cuidados o atención personal exigen una articulación de la acción política para lograr la necesaria universalidad de una serie de prestaciones básicas para todos los ciudadanos

Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en el tamaño y funciones de la familia, además de la diversificación de los tipos de hogares y formas de convivencia, conllevan una redefinición de la solidaridad familiar que en la práctica ya está teniendo lugar. Por ejemplo, la incorporación de los varones mayores de 65 años como cuidadores principales de sus esposas mayores dependientes empieza a ser un hecho; igualmente, la incorporación de los varones como cuidadores secundarios y, finalmente, el creciente recurso a los cuidadores externos privados (inmigrantes económicos, extranjeros mayormente) son indicadores de los inevitables cambios en el sistema informal de cuidados de larga duración. Ello no supone afirmar que esté teniendo lugar un retroceso de la solidaridad familiar, sino su adaptación en una sociedad en la que la igualdad de género y el empleo son prioritarios socialmente. De ahí que los seguros públicos de dependencia no tengan como objetivo la sustitución de la solidaridad familiar, excepto en casos muy determinados en que ésta no existe o no es posible llevarla a cabo por las especiales necesidades de cuidados que pueda precisar una persona dependiente (por ejemplo, fase terminal de un enfermo de Alzheimer), sino justamente la creación de un sistema de apoyo efectivo a la familia cuidadora o, en su caso, de cobertura de necesidades de cuidados especializados, que generen bienestar individual y familiar, además de contribuir

a la creación de empleo y al bienestar general de la sociedad.

Ambas realidades -la existencia de un sistema insuficiente y desequilibrado de cuidados personales en España y los cambios en la estructura familiar- exigen una respuesta global y articulada ante las necesidades de atención a las personas con dependencia. De hecho, la respuesta ya ha empezado tanto en términos prácticos (la proliferación de programas y planes de atención a las personas dependientes en las CCAA, muy diferentes entre sí en cuanto a enfoques, medios y resultados) (Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002), como en el debate social (baste como ejemplo el posicionamiento de CEOMA [2003] a favor de una ley estatal de protección social a las personas con dependencia) y, sobre todo, en el debate y en la acción política (Pacto de Toledo de octubre de 2003 y creación de la Comisión para el Estudio de la Dependencia de 2003).

Este común acuerdo orienta la acción de las políticas sociales de protección social a la dependencia hacia fórmulas de aseguramiento colectivo bajo responsabilidad estatal como alternativa fundamental al nuevo reto. De hecho, la gran mayoría de los países de la UE han adoptado fórmulas de aseguramiento colectivo bien como extensión de modelos de naturaleza universalista, bien como extensión de la Seguridad Social mediante una nueva rama de seguro. Los países, como es el caso de los del Sur de Europa, de tradición asistencialista y familiar en la protección de este riesgo, se ven en cierto modo obligados a reorientar las políticas sociales de atención personal hacia fórmulas de seguro público colectivo.

Es más, el Eurobarómetro de 1992, aunque lejano en el tiempo, muestra cómo la gran mayoría de



la población de más de 60 años de la UE entrevistada se decanta a favor de un modelo público de aseguramiento, exactamente más del 70%, o más del 80% una vez eliminados los que no contestan o no saben, al menos en cuanto a financiación.

En el caso concreto de España, la orientación hacia políticas sociales de protección social de la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social viene avalada por varias vías: a) En primer lugar, existe un *acuerdo o concertación entre CCOO, CEOE y Gobierno, firmado en abril de 2001*, en apoyo de un seguro de dependencia que se concretó en el compromiso de la puesta en marcha de una comisión para el estudio de la dependencia, finalmente hecho realidad en octubre de 2003. b) En segundo lugar, el *Defensor del Pueblo*, en base a un informe de organizaciones profesionales sociosanitarias, se manifestó en 2000 a favor de un seguro de dependencia en el ámbito de la Seguridad Social. c) En octubre de 2003, en la *renovación del Pacto de Toledo*, las Cortes aprobaron una recomendación a favor de la protección social de la dependencia. d) Por último, diferentes organizaciones sociales -caso concreto de CEOMA- se han posicionado públicamente a favor de una ley estatal de protección social a las personas con dependencia (CEOMA, 2003).

Todos estos recientes antecedentes nos indican claramente no sólo la existencia de un consenso social y político sobre la necesidad de la protección social a las distintas situaciones de dependencia, sino también la urgencia de desarrollar una política social que plasme dicho consenso. El problema reside, obviamente, en definir qué modelo de protección social puede ser el más efectivo socialmente.

Tal como hemos señalado recientemente (Rodríguez Cabrero, 2004) una ley de protección social a la dependencia podría tener los siguientes rasgos:

a) La protección social a la dependencia se justifica en el art. 41 de la CE y, por tanto, en el *ámbito protector de la Seguridad Social* desde el que se garantizaría una serie de prestaciones sociales (monetarias y técnicas) para todos los españoles sin discriminación por razones de renta. Es decir, la protección social a la dependencia generaría un derecho subjetivo en aquellos que precisen ayudas personales y/o instrumentales para actividades de la vida diaria, rehabilitación o apoyos familiares.

b) La situación de dependencia contemplaría una *diversidad de situaciones o grados* que, de acuerdo con la práctica internacional, serían básicamente tres: moderado, grave y severo, *evaluados por equipos multidisciplinarios sociales y sanitarios* de los que existe una amplia tradición en España en el campo de los servicios sociales de la Seguridad Social y en el sistema sanitario (especialidad de geriatría). Las prestaciones pueden ser monetarias y en servicios, una combinación que habría de hacerse en base a la elección de la persona en situación de dependencia y a la valoración profesional. La necesaria potenciación de los servicios sociales en España, con unos niveles de cobertura muy exigüos, conlleva que las prestaciones estén orientadas a reforzar la estructura de los servicios sociales sin detrimento de la libertad de elección. Además, deberá favorecerse la atención integral sanitaria de las personas mayores, de manera particular de las personas en situación de dependencia. Los servicios de medicina geriátrica tendrán que extenderse y reforzarse tanto al nivel primario como en el especializado e institucional.

c) La *financiación* del sistema se haría en base a *cotizaciones e impuestos generales*, cubriendo de este modo tanto a la población trabajadora como a



la incapacitada para el trabajo. Dicha financiación garantizaría una serie de prestaciones básicas para todos los españoles en el ámbito de los servicios sociales, puesto que el sistema sanitario es gratuito. El exceso de las prestaciones sociales se financiaría a título privado o mediante seguros privados complementarios, es decir, mediante tipos de copago diferenciados en función de los ingresos. Respecto al coste nos remitimos al análisis de J. Montserrat (2004) en relación con las personas mayores dependientes, que nos ofrece un marco de comprensión del gasto razonable del seguro de dependencia y que se estima en el 0,37% del PIB en gasto sanitario y un gasto en servicios sociales que variaría entre un mínimo del 0,97% y un máximo del 1,24% del PIB. Es decir, que el gasto total en protección social a la dependencia oscilaría entre un mínimo del 1,33% del PIB, incluyendo el gasto sanitario y en servicios sociales, y un máximo del 1,60% del PIB.

d) La puesta en marcha de un seguro de dependencia exigiría algunas medidas previas: reconducir todas las prestaciones actuales de la Seguridad Social hacia las nuevas prestaciones por grados de dependencia; eliminar las desgravaciones fiscales por su discutible eficacia protectora; inversión de choques en servicios sociales comunitarios de cara a facilitar la eficacia protectora y el apoyo real a la familia cuidadora.

e) Por último, el *sistema de gestión sería compartido por todas las Administraciones Públicas*, teniendo en cuenta que tanto el sistema sanitario como los servicios sociales son competencia de las CCAA y que los servicios sociales son gestionados por los ayuntamientos. Las Administraciones Centrales tienen que garantizar el principio de igualdad social y de equidad territorial.

Conclusión

Las políticas sociales de vejez del futuro tienen un doble reto: por una parte, tienen que seguir profundizando el Estado de Bienestar en las áreas que afectan y contribuyen a un envejecimiento saludable y autónomo de las personas mayores. Lo cual supone completar la universalización en lo referente a la protección social de las situaciones de dependencia y, además, mejorar la calidad del sistema sanitario y de los servicios sociales, así como garantizar la seguridad económica de las personas mayores.

Pero, por otra parte, las políticas de vejez tienen que ir preparando los retos de los años venideros, sobre todo a partir de 2020, cuando el número creciente de personas mayores, unido a los cambios en la estructura social y familiar, exijan nuevos diseños en las políticas públicas, cuya responsabilidad y solidaridad no recaerá solamente en el Estado y en la familia sino, también, en el conjunto de la sociedad española.

Un mercado de trabajo estable y niveles de renta crecientes serán la base económica que garantice la satisfacción de las necesidades del envejecimiento en el futuro. Pero, en todo caso, las opciones de las políticas públicas serán fundamentales en el diseño del modelo de bienestar de las personas mayores. Optar por un modelo de solidaridad intergeneracional organizado a través del Sector Público es claramente distinto de un modelo de responsabilidad individual y familiar en cuanto a diseño, financiación, redistribución e impacto social. La complejidad social del envejecimiento del futuro mediato obliga a la construcción de un modelo de solidaridad intergeneracional que articule a los diferentes agentes sociales e institucionales. La regulación, financiación e, incluso, gestión por parte del Sector Público continuarán siendo cruciales para hacer frente a dicho reto.



Lecturas recomendadas

- Bazo MT, Domínguez Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Reis* 1996; nº 73.
- Carbonell Collar A, González Montalvo JI. Asistencia sanitaria a las personas mayores en España. En: Defensor del Pueblo. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo, 1996.
- CEOMA. *Bases para una Ley estatal de protección social a las personas con dependencia*. Madrid: CEOMA, 2003.
- EDIS/FOESSA. *Condiciones de vida de la población pobre en España*. Madrid: FOESSA, 1998.
- INSERSO. *Informe 2002: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de Personas Mayores, 2002.
- Montserrat J. *Los costes de la protección social a la dependencia de la población mayor: gasto razonable versus gasto actual*. Mimeo (en publicación) en Jornadas de Políticas de Intervención Social.
- Rodríguez Cabrero G (Coor.). *La protección social a la dependencia*. Madrid: INSERSO, 1999.
- Rodríguez Cabrero G y Montserrat J. *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: INSERSO, 2002.
- Rodríguez Cabrero G. *La protección social de la dependencia*. Madrid: Laboratorio Fundación Alternativas, 2004.
- Rodríguez P. Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria. En: Defensor del Pueblo, *op. cit.*
- Sánchez Vera P. Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. *Reis*, 1996; nº 73.
- Sancho Castiello M. La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. En: Defensor del Pueblo, *op. cit.*
- Walker A. Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Reis*, 1996; nº 73.



VEJEZ Y RECURSOS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA

MARTHA B. PELÁEZ, PH.D¹ Y LAURA RODRÍGUEZ WONG, PH.D²

¹Asesora Regional en Envejecimiento y Salud.

Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC. (EEUU).

²Consultora en Demografía y Salud.

*Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
Washington DC. (EEUU).*

Introducción

El número de personas de 60 años o más que viven en América Latina y el Caribe aumentará de unos 44 millones en 2002 a cerca de 100 millones en 2025¹. Durante la primera década de este siglo, un millón de personas por año se incorporará al grupo de personas adultas mayores, mientras que durante la década de 2010-2020, el crecimiento será de dos millones de personas por año. Sin embargo, el envejecimiento es mucho más que una

cuestión de cifras. El envejecimiento de la población plantea un cambio de cultura en la sociedad que requiere reflexión y acción.

¿Cómo es la vejez en América Latina? El envejecimiento es todavía el hijastro descuidado del ciclo de vida humano tanto en la literatura como en las políticas de familia y población. Es más fácil discutir los temas relacionados con la muerte y la eutanasia que los temas relacionados con la construcción social de un envejecimiento digno. La muerte es un evento; tiene una dimensión de finalidad, y aunque este tema es todavía considerado tabú, es más fácil de manejar que el tema de «la vejez». Los años dorados, o los ciudadanos de oro, son aquellos que, según pensamos, con gran paternalismo, merecen alguna diversión o paseo; sin embargo, nos cuesta pensar en su derecho a tener una vejez digna. En la estructura familiar, los abuelos(as) son venerados mientras que cuidan a los nietos y resuelven algún problema para los hijos. Los abuelos(as) son una «carga inaguantable» en el momento en que requieren cuidados y dejan de dar soluciones para los problemas de la generación joven. En este sentido, el capital social acumulado por todo un curso de vida puede, con la

Matha Peláez es Doctora en Filosofía por la Universidad de Tulane, New Orleans, Louisiana. Desde el 1985 se ha especializado en el tema de Envejecimiento y Salud Pública. Es Asesora Regional en Salud de los Adultos Mayores en la Organización Panamericana de la Salud. Ha publicado trabajos sobre diferentes aspectos de Ética y Envejecimiento, así como sobre la organización de servicios integrales para un envejecimiento digno.

Laura Rodríguez es Doctora en Demografía Médica por la Universidad de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Profesora del Departamento de Demografía en el Centro de Desarrollado y Planificación Regional (CEDEPLAR) en la Universidad de Minas Gerais, Brasil, y consultora en Demografía y Salud de la Organización Panamericana de la Salud.



pérdida de funcionalidad física o mental, desaparecer por perder la base de reciprocidad que lo fundamenta. Invertimos en la salud y bienestar del niño no por lo que el niño produce, sino por lo que producirá en el futuro; sin embargo, el adulto mayor con alguna discapacidad parece perder su valor productivo en la escala de valores sociales y por tanto deja de justificar una inversión familiar o social.

La vejez en América Latina se vive con inseguridad económica y desprotección social. El grado de desprotección se encuentra asociado a los modelos de transferencias intergeneracionales adoptadas en cada país y al alcance de los mismos. En general, la gran mayoría de la población con suficientes recursos sociales, o sea con una protección económica, logra tal condición a través de la participación en el mercado laboral formal donde se encuentran las disposiciones necesarias para proteger a los trabajadores y a sus familias frente a los principales riesgos de la edad, la enfermedad o la discapacidad.

Durante la vejez, como en cualquier otra etapa de la vida humana, se tienen problemas, alegrías, habilidades y potenciales, pero tanto en el ámbito personal como en el social hace falta definir las condiciones básicas para un envejecimiento digno y una longevidad con calidad de vida. Estas condiciones se tendrían que incorporar en una política nacional de salud, trabajo, deporte, cultura, vivienda y bienestar social. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la publicación «Envejecimiento Activo», propone tres pilares de un marco político para el envejecimiento activo: salud, participación y seguridad². Se van acumulando pruebas científicas en torno a que el envejecimiento exitoso se ha de fundamentar en mantener la vitalidad física, mental y social como factores protectores para evitar las enfermedades que discapacitan en la vejez.

El principal objetivo de este artículo consiste en analizar la vejez en América Latina desde la perspectiva de la participación en la familia, en redes sociales y en el mercado laboral.

Rápido crecimiento en el envejecimiento de la población en América Latina

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe es el resultado de los éxitos obtenidos en materia de salud pública, que redujeron la mortalidad infantil durante el decenio de los años cuarenta, cuando los índices de fecundidad eran altos. Lo anterior estuvo seguido por las disminuciones bruscas en la fecundidad durante los años setenta y los incrementos de la esperanza de vida a la edad de 60 años durante la década de los noventa³. El número de personas de 60 o más años de edad en América Latina y el Caribe aumentará con tasas anuales de crecimiento del 3,5% durante los próximos 20 años, tres veces la tasa de aumento prevista para la población mundial total. La proporción de personas de 60 años y más en la población total de la Región aumentará del 8% actual al 14% en el año 2025 y al 23% en el año 2050.

La rapidez del envejecimiento de la población tendrá una repercusión sin precedentes sobre todos los sectores de la sociedad en América Latina y el Caribe. Esto pone de especial relieve la urgencia de orientar los servicios de salud y los servicios sociales a las necesidades de los mayores y de sus familias; a orientar la cultura para que reconozca las contribuciones de los mayores a la sociedad; y, además, de ajustar las pensiones no contributivas y otras protecciones económicas para la vejez y hacerlas sostenibles en el siglo XXI.



El efecto de la fecundidad reducida, combinada con una mayor longevidad, tiene un impacto importante en las razones de dependencia en la población. Las razones de dependencia se calculan al dividir el número de personas de la población en edades probablemente no activas (definido aquí como la suma de la población de 0-14 años y de más de 65 años) por cien personas en edad económicamente activa (15-64 años de edad). En el caso de América Latina y el Caribe, si bien es cierto que esta razón disminuirá, pasando de 83,8 en 1975 a 49,8 en 2025, también lo es que se tornará más compleja. En cuanto el componente «joven» disminuye, el componente «adulto mayor» aumenta, incrementando así el costo de la dependencia. Si al inicio de este siglo el componente «adulto mayor» representaba menos del 20% del total de la dependencia, hacia mitad del siglo representará el 50%. Otro factor de dependencia que es útil para proyectar la realidad de la nueva familia latinoamericana del siglo XXI es la razón de personas potencialmente disponibles para cuidar a una persona mayor con discapacidad. La razón de dependencia se calcula dividiendo el número de individuos de la población adulta (definida aquí como la población de 15 a 65 años) por cada persona de 65 años o más. Encontramos que la razón de adultos que están potencialmente disponibles para prestar cuidados y servicios a las personas de edad con el transcurso del tiempo se reducirá a 6,4 para 2025; una disminución brusca de la razón de 12,2 a principios del siglo⁴. Estas diversas cifras nos ayudan a comprender los problemas potenciales relacionados con los recursos sociales tanto de tipo familiar como formal para las personas mayores. Otra forma de entender el rápido cambio que se producirá en la población de América Latina es analizar el Índice de Envejecimiento, es

decir, la cantidad de personas de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. En aproximadamente 20 años, en la mayoría de los países de América Latina habrá por lo menos una persona de 60 años por cada dos niños menores de 15 años; en algunos países, como en Cuba, habrá 164 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años.

En las próximas dos décadas la esperanza de vida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe excederá de los 70 años. La esperanza de vida a la edad de 60 años ha aumentado desde los 10 o 12 años en la década de los cincuenta, a 20 años en la actualidad. Esto significa que las personas que hoy tienen 60 años pueden esperar vivir cerca de 8 años más que aquellos que cumplieron esta edad en 1950 y que, por tanto, no sólo habrá más personas sobreviviendo hasta los 60 años sino que, también, estos sobrevivientes tendrán un promedio de 8 años más para participar en los diversos sistemas de transferencia.

Debido a que los adultos mayores constituían durante el siglo XX una proporción relativamente baja de la población en la mayoría de los países de América Latina, el diálogo de equidad generacional y de recursos sociales para la vejez no se consideró como tema prioritario del discurso social y político. Empezamos el siglo XXI con la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid 2002) y con un llamado a la acción por parte de la Conferencia Sanitaria Panamericana en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en septiembre de 2002. Es evidente que durante las próximas décadas las necesidades sociales y sanitarias del grupo de personas de 60 años y más no podrán seguir excluidas de las agendas políticas y económicas de América Latina. La cuestión de la participación de las personas adultas mayores en la familia, la sociedad y el desarrollo



económico del país se convertirá en una de las inquietudes más importantes en los primeros decenios de este siglo.

Participación y bienestar

«El aislamiento físico y emocional es un factor de alto riesgo que afecta negativamente a la salud y al bienestar de las personas de edad, mientras que el apoyo social, tanto emocional como material, puede tener efectos positivos a nivel de la salud»⁵.

Las redes de apoyo social desempeñan un papel importante en la vida del adulto mayor. Existe abundante literatura que revela la existencia de una fuerte asociación entre la participación de los adultos mayores en redes sociales y su salud en general⁶. El artículo de Berkman y Syme, publicado en 1979, encuentra esta asociación y demuestra la existencia de mayor mortalidad entre adultos mayores que, al inicio del estudio, presentaron relaciones sociales relativamente más escasas o frágiles. A este artículo le siguieron muchos otros que vuelven a insistir en este tipo de asociación. Se ha encontrado que, en general, los individuos más integrados socialmente viven más, tienen mayores probabilidades de sobrevivir a un infarto de miocardio, declaran con menos frecuencia estar deprimidos, presentan menos recurrencias de cáncer y son menos susceptibles a padecer enfermedades infecciosas. Las conclusiones de estos estudios sugieren que el estar aislado supone un riesgo para la salud en magnitud comparable a los riesgos asociados al hábito de fumar, la presión arterial elevada y la obesidad. Ese riesgo permanecería aun después de controlar estos y otros factores tradicionales de riesgo⁷.

La relación entre las redes sociales y la salud es compleja. Por una parte, la red social se puede convertir en una fuente de afectos positivos, fortalecimiento de la autoestima, de sentimientos de seguridad y pertenencia⁸. Por otra parte, si el número de contactos que el adulto mayor tiene se limita a «ayudas recibidas», esta relación se puede convertir en una fuente de conflictos interpersonales ocasionados por la pérdida de autonomía del adulto mayor y por los cambios de roles que ocurren cuando éste se encuentra en una situación de dependencia. La literatura a favor de que los individuos que están más integrados socialmente viven más y tienen mayores probabilidades de tener una vejez con calidad de vida es abundante.

También hay pruebas de la relación que existe entre el bienestar del adulto mayor y su bienestar socioeconómico; por tanto, cualquier análisis de la participación social de las personas adultas mayores en América Latina tiene que incluir una discusión de dos tipos principales de intercambios relacionados con el bienestar en la vejez: 1) las relaciones sociales que ocurren en la familia, con amigos y vecinos, ya sea dentro o fuera del hogar; y 2) las relaciones económicas necesarias para la sobrevivencia.

Participación en redes familiares: frecuencia y tipo

Los vínculos familiares entre varias generaciones aseguran la distribución de los bienes o los servicios de cada miembro de la familia, ya sea en reciprocidad por bienes y servicios brindados en el pasado, en cumplimiento con la responsabilidad moral y legal de proveer para los menores de edad, o en cum-



plimiento con el cuarto mandamiento -«honrar al padre y a la madre»-. Cuando la familia no tiene bienes suficientes para satisfacer las demandas de todos los miembros de la familia, entonces los bienes familiares tienen que distribuirse de acuerdo con el principio ético que rige la cultura familiar: equidad, beneficencia o reciprocidad. Además de la transferencia de los bienes y los servicios, las transferencias familiares incluyen apoyo emocional y moral, compañerismo personal y otros bienes intangibles. Los mecanismos para las transferencias familiares no siempre se declaran explícitamente; en cambio, se elaboran con frecuencia según la disponibilidad de los familiares y las expectativas de cómo los recursos limitados se distribuirán entre las generaciones. En el caso de las familias pobres, las transferencias tienden a favorecer a las generaciones más jóvenes; cuando el adulto mayor no puede contribuir más a las necesidades de los más jóvenes, por su estado de salud o discapacidad, su presencia en el núcleo familiar se convierte en un factor de estrés grave si no hay apoyo adicional de una red social amplia o del Estado.

En América Latina se vive la paradoja de la familia como red social de principal importancia para los adultos mayores. Por una parte, la familia está pasando por cambios estructurales importantes producidos por la migración, la incorporación de la mujer al trabajo formal e informal y la fragmentación de las redes familiares por el medio ambiente urbano en que viven la mayoría de los adultos mayores. Por otra parte, el Estado depende más que nunca de la familia para que proteja a los niños, cuide a los adultos mayores con discapacidades y utilice la economía familiar para resolver los problemas de acceso a comida y medicamentos, que el adulto mayor sin trabajo o jubilación no puede afrontar.

La residencia familiar multigeneracional es en gran parte una realidad que está desapareciendo. No obstante, el intercambio intergeneracional y la reciprocidad -aunque no siempre sin conflicto- es todavía una realidad en América Latina. Anteriormente, un fuerte factor determinante de los niveles de fecundidad altos en las sociedades tradicionales y rurales era la necesidad de asegurar la supervivencia familiar y la seguridad en la vejez. Las metas de fecundidad se mantuvieron en niveles altos para asegurar que los miembros mayores de una familia o grupo que perdieron la capacidad de trabajar fueran apoyados por los miembros más jóvenes⁸.

Sin embargo, los descensos en las tasas de fecundidad han conducido a un número reducido de personas y de recursos disponibles para atender las necesidades de las personas de edad. En la mayoría de las culturas, las mujeres siguen siendo las prestadoras de cuidados para todas las generaciones. En América Latina, las mujeres que tienen menos hermanas(os) para compartir sus funciones de cuidadoras son también las que, por elección o por necesidad, están trabajando fuera del hogar. Se espera de estas mujeres, muchas de ellas de alrededor de 50 años de edad, que resuelvan los problemas de la atención prolongada a los cuidados crónicos de los mayores con discapacidades; brinden ayuda a las hijas e hijos cuidando a los nietos; y, además, se preparen para poder envejecer activamente y con salud física y mental.

Veamos entonces con quién viven los adultos mayores en siete ciudades de América Latina y el Caribe.

En la encuesta SABE⁹ encontramos que aproximadamente uno de cada dos adultos mayores está casado o vive en unión libre. De éstos, menos de la



quinta parte vive con algún hijo casado, con excepción de La Habana. Por otra parte, en las ciudades de Buenos Aires y Montevideo, que pertenecen a los países más adelantados en la transición demográfica, aproximadamente el 40% de los adultos mayores que están viudos, divorciados, separados o que nunca estuvieron casados, viven solos. En Santiago de Chile, La Habana, Sao Paulo y Ciudad de México, sólo una cuarta parte de los adultos mayores no casados viven solos.

Dónde vivir en la vejez puede ser una decisión libre o puede ser una imposición de sobrevivencia económica, tanto para el adulto mayor como para los hijos. En las ciudades estudiadas, las transferencias familiares intergeneracionales son más evidentes cuando la persona mayor vive en el mismo hogar con un hijo adulto. En estos casos las transferencias son de doble vía. El adulto mayor presta tanta ayuda a los hijos como los hijos a los mayores. Para los adultos mayores que no residen con sus hijos el grado de transferencias intergeneracionales es mucho menor.

Por medio de la encuesta SABE podemos confirmar la reciprocidad del intercambio a través de las generaciones. El intercambio raramente es estrictamente monetario. Las personas de edad reciben principalmente de sus hijos alimentos y ropa, transporte y otros servicios, como la ayuda en sus actividades del vivir diario. Las personas de edad también proporcionan ayuda a las generaciones más jóvenes, incluida la atención para sus nietos, la ayuda en faenas domésticas y ayuda monetaria. En la encuesta SABE encontramos que entre los adultos mayores que conviven con otros, el 65% recibe algún servicio y el 52% recibe dinero de otros, mientras que el 54% presta algún servicio en el hogar y el 40% contribuye con dinero.

Relaciones con amigos y asociaciones

Las personas van creando redes, de mayor o menor extensión y con diferentes grados de compromiso, durante toda la vida y participan pasiva o activamente ofreciendo y/o recibiendo información, compañía y soporte social. Las personas que sobreviven a los 60 años llegan a esta etapa de la vida con pérdidas significativas en su red, ya sea por jubilación, por la muerte de sus contemporáneos o por la migración del núcleo familiar. Con la edad, la red tiende a reducirse. La sociedad no está organizada para la regeneración de redes sociales en la edad mayor. Los hogares y los barrios no están estructurados para que los adultos mayores tengan espacios de encuentro para rehacer, renovar e insertarse en roles significativos y en círculos de apoyo mutuo. En la encuesta SABE, menos del 10% de los adultos mayores manifiestan recibir alguna ayuda de amigos, vecinos o servicios de la comunidad; sin embargo, en cuatro de las siete ciudades estudiadas (Buenos Aires, Montevideo, Santiago de Chile y Sao Paulo), entre el 15 y el 25% de las personas de 60 años y más indicaron estar participando en actividades de voluntariado en la comunidad.

Indicadores indirectos de la existencia de una red social también pueden ser las actividades recreativas, *hobbies* y actividades en la iglesia o templo. En la encuesta SABE, aproximadamente un tercio de los adultos mayores refieren que participan de forma regular en actividades recreativas o *hobbies* y un 80 % en todas las ciudades, excepto La Habana y Montevideo, manifiestan que la religión desempeña un importante papel en su vida.

Las personas adultas mayores necesitan los mismos servicios básicos que las personas de otras edades -educación, recreación, atención de salud, servicios sociales y transporte-. Si la persona mayor vive



sola, necesita protección para su seguridad y el contacto con su comunidad. Los clubes de adultos mayores, los centros para adultos mayores y las organizaciones de autoayuda están empezando a surgir en América Latina, pero las personas mayores que participan en estas asociaciones son todavía una minoría.

Participación económica y transferencias formales entre las generaciones

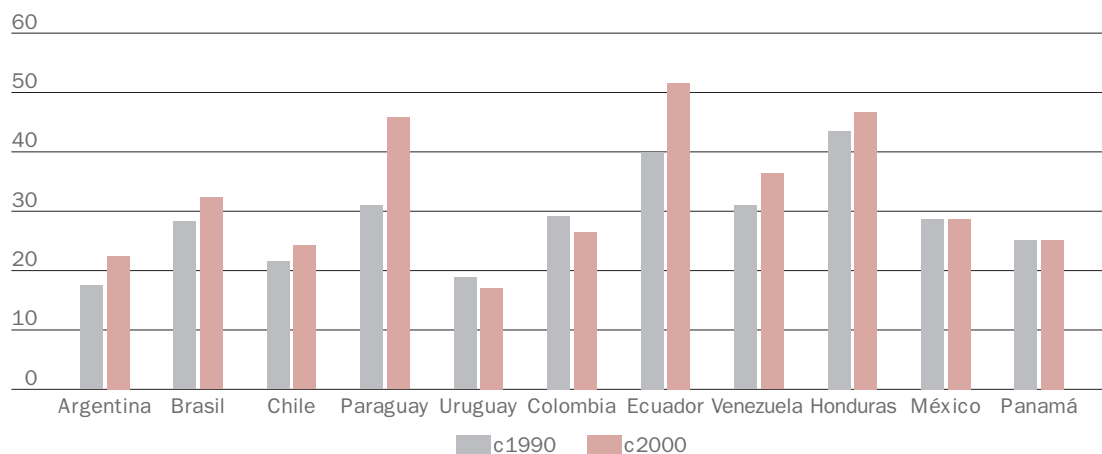
Para caracterizar la participación social de los adultos mayores en la región tenemos que hacernos algunas preguntas en relación a su participación económica. Es decir, ¿cuántos adultos mayores trabajan?; ¿por qué trabajan?; ¿en qué trabajan?; ¿de qué viven los que no trabajan?

¿Cuántos adultos mayores trabajan?

De acuerdo con los datos de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), hay una creciente tasa de participación laboral de las personas de 60 años y más en la mayoría de los países de América Latina. La inseguridad económica y la desprotección social de la población adulta mayor es de tal magnitud que la jubilación no es una opción para la mayoría de los que pueden seguir trabajando. La OIT informa de que durante la última década la tendencia es de un ligero incremento en la tasa laboral en la población de 60 años y más (fig. 1).

El 50 % de los adultos mayores que trabajan recibe dinero por jubilación, lo que puede indicar que, aun teniendo seguridad social, el adulto mayor necesita de ingresos adicionales para satisfacer sus necesidades básicas.

FIGURA 1. Tasas de participación laboral de los adultos mayores



Fuente: Elaboración de los datos por Fabio Bertranou, Organización Internacional del Trabajo (2003).



ENVEJECIMIENTO

TABLA 1. Características de los arreglos domiciliarios de las personas adultas mayores, por ciudades y de acuerdo a su estado civil (valores en %)

	Buenos Aires	La Habana	Ciudad de México	Montevideo	Santiago de Chile	Sao Paulo
Casado/en unión						
Vive solo con cónyuge	53,3	27,5	24,0	50,7	24,1	35,0
Vive con hijos solteros	31,8	27,4	48,2	33,5	41,0	46,5
Vive con algún hijo casado	7,9	31,9	19,4	8,9	21,3	7,3
Otros	6,3	12,7	6,3	6,0	13,1	10,8
Total (Nº)	448	719	682	709	574	1123
Solteros, viudos o separados						
Vive solo	43,1	17,7	19,6	36,7	20,0	29,8
Vive con hijos solteros	21,0	27,3	38,1	26,5	28,7	34,9
Vive con algún hijo casado	16,7	34,5	27,0	19,1	26,4	15,8
Otros	19,0	20,6	15,3	17,8	24,9	19,5
Total (Nº)	590	1179	560	726	706	1019

Fuente: OPS/OMS. Encuesta SABE 2000.

En la encuesta SABE se le preguntó a los entrevistados sobre su ocupación principal en la semana previa a la entrevista; en total, uno de cada cuatro adultos mayores declaró haber trabajado. Cuando desagregamos por edad, se encuentra que más de la mitad de las personas de entre 60 y 65 años de edad trabaja; la proporción de hombres de 75 años o más que trabajan puede llegar a un 20%. Sin ninguna diferencia en razón de sexo o edad, tres de cada cuatro personas que trabajan dan como razón principal para trabajar el factor económico (tabla 1). Sin embargo, aun trabajando, más de la mitad de las personas declara no tener suficiente dinero para satisfacer las necesidades básicas del vivir diario.

El derecho a trabajar, en el caso de los adultos mayores en la región, es el derecho a sobrevivir con dignidad. El trabajo que se le niega al adulto mayor, por su edad, representa negarle la oportunidad de mantener una independencia económica a la cual tiene tanto derecho como cualquier otro adulto en la sociedad. El trabajo decente es uno de los objetivos de la OIT; sin embargo, parece que el trabajo decente para los adultos mayores en muchos de los países de América Latina tiene fecha de vencimiento; es decir, un ciudadano de edad avanzada pierde el derecho a su trabajo porque otros ciudadanos más jóvenes se consideran «con más derechos», simplemente por razón de la edad.



¿De qué viven los que no trabajan?

Si el trabajo, bien sea por edad, por estado de salud o por discapacidad, no es una opción para muchos adultos mayores, ¿de qué viven los que no pueden trabajar o los que no logran encontrar trabajo?

Una minoría de las personas de edad en América Latina y el Caribe tiene acceso a la seguridad social. La mayoría depende de programas de pensiones de naturaleza no contributiva y asistencial. Algunos de ellos otorgan protección a personas en extrema pobreza y/o con graves discapacidades permanentes. Esto es especialmente válido para las mujeres y los más pobres. Brasil se destaca como uno de los países que ha logrado durante las últimas décadas una cobertura excepcional de pensiones no contributivas y asistenciales a los adultos mayores, especialmente en las comunidades rurales. Los programas de pensiones no contributivas y asistenciales han tenido una repercusión en el alivio de la pobreza¹⁰.

En la mayoría de las ciudades en las que se realizó la encuesta SABE dos tercios de los adultos mayores que no trabajan reciben alguna jubilación o pensión no contributiva, con excepción de la Ciudad de México, donde apenas un cuarto de ellos recibe alguna pensión o jubilación (tabla 2). Las ayudas de dinero de los hijos son la segunda fuente más importante de recursos para las personas que no trabajan. Por último, se registran proporciones importantes de personas que refieren no recibir ingresos. Por ejemplo, en la Ciudad de México, más de la mitad de los adultos que no trabajan también declaran no tener ningún ingreso propio, ya sea por pensiones o por recibir ayuda monetaria de familiares.

Pobreza y vulnerabilidad

Para lograr una buena estimación de la pobreza en las personas adultas mayores, es necesario tener cálculos fiables acerca del número de personas en la red familiar del adulto mayor que se benefician de las pensiones o jubilaciones de los mayores. ¿Cuántas familias pobres se alimentan con la pensión del abuelo cuando éste deja de comprar medicamentos para alimentar a los nietos? Igualmente, tendríamos que realizar un mayor esfuerzo en elaborar un índice de pobreza para las personas adultas mayores. ¿Qué gastos básicos deben incluirse en la canasta básica de sobrevivencia para una persona mayor? ¿Necesitan las personas mayores más o menos recursos que un persona joven? Los gastos en salud -medicamentos, correcciones ópticas, prótesis y otros aparatos técnicos de apoyo- son gastos esenciales para mantener un nivel mínimo de autonomía en la edad mayor; sin embargo, ninguno de estos gastos es considerado usualmente en la determinación del nivel de pobreza de este grupo de edad.

Conclusiones

Según un proverbio chino, lo importante no es llegar a «viejo», sino cómo se vive la vejez. Algunas personas se preocupan más por cambiar la apariencia de la vejez que la percepción que la sociedad tiene de esa etapa de la vida. La sabiduría de Mafalda es compartida por muchas personas. Cuando a Mafalda le preguntan qué quisiera ser de mayor, su respuesta es «*wash and wear*»: cualquier cosa menos tener arrugas. A los 60 años, mi respuesta es: «*cualquier cosa menos una vejez absurda y sin sentido*».



ENVEJECIMIENTO

TABLA 2. Características seleccionadas con relación a la ocupación principal y fuente de ingresos de las personas de 60 años y más. Encuesta SABE (2000) (valores en %)

	Buenos Aires	Bridgetown	Ciudad de México	La Habana	Montevideo	Santiago de Chile	Sao Paulo
Ocupación principal en la semana previa a la entrevista							
Trabajó	24,9	15,0	37,6	22,2	16,0	26,4	27,0
Jubilado	43,0	68,6	13,5	65,1	64,7	32,3	51,9
Quehaceres del hogar	21,4	2,2	25,1	6,5	9,2	14,4	15,9
No trabajó	4,4	12,4	21,4	3,5	8,7	18,6	2,6
Otros	6,3	1,8	2,4	2,7	1,4	8,3	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Razón para trabajar							
Necesita	80,9	60,5	60,4	65,3	73,8	73,7	68,7
Para ayudar a la familia	4,2	15,4	17,9	7,3	3,9	6,7	7,5
Porque desea ⁽¹⁾	1,9	22,9	20,7	27,1	20,2	16,2	23,8
Otros	0,0	1,2	1,0	0,3	2,1	3,4	0,0
Total	100	100	100	100	100	100	100
Fuente de ingreso de los que no trabajan ⁽²⁾							
Por jubilación	65,9	68,9	23,4	76,3	80,9	58,1	73,1
Ayuda de otros familiares	10,5	6,7	21,4	41,5	3,6	12,9	11,0
Alquileres y otras rentas	4,2	1,3	2,7	0,3	4,2	3,5	11,3
No recibe ingresos	27,2	10,8	53,5	(3)	15,7	17,3	19,3

Fuente: OPS/OMS. Encuesta SABE, 2000.

⁽¹⁾Le gusta el trabajo, quiere sentirse útil o quiere mantenerse ocupado.

⁽²⁾Se trata de respuestas múltiples, por lo que la suma de la declaración de las fuentes puede superar el 100%.

⁽³⁾No disponible.

Reflexionar sobre los recursos sociales de los mayores en América Latina es importante porque es con los vínculos de familia y de comunidad y con la solidaridad entre las generaciones, como la vejez puede vivirse con sentido y bienestar. La reflexión sobre lo que falta por hacer es positiva mientras que se reconozca que en todos los sectores de la sociedad hay una agenda por cumplir.

El reto para la sociedad es lograr cambiar la forma como se vive la vejez en el siglo XXI. Para garantizar que las personas mayores de América Latina y el Caribe sobrevivan y estén cada día mejor, y que el ciclo de salud aumente junto con el ciclo de vida, la Organización Panamericana de la Salud propone que los temas de envejecimiento se integren de manera racional en



las funciones esenciales de salud pública. O sea, que los Estados:

- Desarrollen pautas y procesos para vigilar el estado de salud de las personas adultas mayores.
- Promuevan una agenda de investigación para identificar las amenazas a la salud de las personas mayores.
- Promuevan comportamientos y entornos saludables para el envejecimiento.
- Proporcionen a los adultos mayores recursos para su propio autocuidado.
- Desarrollen servicios integrales de protección social.
- Desarrollen un marco regulatorio para proteger los derechos de las personas mayores.
- Definan normas adecuadas para los servicios de salud geriátricos tanto en el primer nivel como en los niveles más especializados.
- Desarrollen un plan nacional para capacitar en geriatría al personal de atención primaria de salud.

En cumplimiento con el llamado de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid en el año 2002, las agendas de las organizaciones internacionales y la cooperación internacional para el desarrollo deben incluir prioridades y metas concretas para la implementación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y el fortalecimiento de las redes sociales para un envejecimiento digno¹¹.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. *Perspectivas de la población mundial: revisión 2003*. Nueva York: División de Población de Naciones Unidas, 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. *El envejecimiento activo: guía de políticas*. Ginebra: OMS, 2003.
3. Palloni A, Pinto G, Pelaez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *Int J Epidemiol* 2002;31:762-771.
4. United Nations. *World Population Ageing 1950-2050*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division, UN, 2002.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Envejecimiento Activo: Un Cambio de Paradigma*. Washington: OPS, 1999.
6. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109: 186-204.
7. Cohen S. Social relationships and health: Berkman & Syme (1979). *Adv Mind Body Med* 2001;17:5-7.
8. Peláez M, Martínez I. Equity and systems of intergenerational transfers in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal of Public Health* 2002;11:5-6.
9. Peláez M, Palloni A, Albala C, Alfonso JC, Ham-Chande, R, Hennis A, et al. *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizadas a más de 11.000 personas de 60 años o más en siete ciudades*. Washington: OPS, 2000.
10. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELADE, 2003.
11. Naciones Unidas. *Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento*. Nueva York: UN, 2002.



CALIDAD DE VIDA Y CUIDADO DEL ANCIANO: ¿HEMOS AVANZADO EN EL ÚLTIMO MEDIO SIGLO?

JOHN PATHY, OBE, FRCP*

*Emeritus Professor of Geriatric Medicine, University of Wales College of Medicine,
University of Wales, Cardiff, Wales (United Kingdom).*

Introducción

Antes de pasar a ocuparnos de aspectos de relevancia para los ancianos, debemos preguntarnos quiénes son ellos. Podríamos decir que ellos son nosotros ayer y que nosotros somos ellos mañana. Desde el punto de vista gerontológico podríamos definir el envejecimiento como el momento en que la esperanza de vida empieza a decaer. El hombre goza de su máximo vigor, es decir, es menos probable que muera, a la edad de doce años y, desde un punto de vista actuarial, la esperanza de vida empieza a declinar a partir de esta edad. El envejecimiento es un proceso que acaece durante toda la vida y no hay un estadio inmutable en ella que determine el paso a la tercera edad. La ley inglesa declaró en 1899 que no podía considerarse «anciana»

*Profesor Emérito de Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gales (Reino Unido). Ha ocupado cargos de máximo rango como especialista en el Hospital Universitario de Cardiff, en Gales, y como especialista en Enfermedades Infecciosas en Cardiff. Igualmente ha sido Asesor para Gales en Geriátrica y Asesor sobre Viruela de la Welsh Office, una extensión del Gobierno británico en Gales.

Es Director de un importante tratado de Geriátrica: *Principles and Practice of Geriatric Medicine*.

a ninguna persona por debajo de los cincuenta años. En muchos países, se considera que la edad a la que comienza a percibirse una pensión estatal es el inicio de la vejez, pero esta edad es variable en los diferentes países o, incluso, en los de nivel económico más bajo ni siquiera se otorga esta retribución. El concepto mismo de ser mayor ha cambiado enormemente durante los últimos cincuenta años. En los años 50, los pacientes que se acercaban a la setentena se resistían seriamente a realizar una rehabilitación activa por considerarse demasiado mayores para tales actividades, mientras que hoy, estas actitudes raramente se dan en personas por debajo de los ochenta o noventa años.

Desde que Shakespeare describió las Siete Edades del Hombre se ha tendido a categorizar a las personas en grupos etarios de características definidas. Aun cuando esto presenta algunas ventajas administrativas en relación a las políticas escolares o de pensiones o a la provisión de servicios, pasa por alto que la vida es un continuo, de manera que tal categorización puede tener efectos psicológicos de creación de estereotipos negativos. La palabra senil, con el significado de «mayor o envejecido», se utiliza a menudo en sentido peyorativo para dar a entender que alguien está convirtiéndose en un inca-



pacitado mental. No es inusual que las personas que envejecen crean que, como ocurre con las máquinas, algunas partes de su cuerpo pueden deteriorarse a causa del uso o del exceso de uso. Desgraciadamente, algunos médicos refuerzan esta falsa creencia al utilizarla como atajo de la que debería ser una profunda explicación sobre la planificación del estilo de vida encaminado a la preservación de la vitalidad.

Peter Townsend¹ (1959), que participó en un estudio llevado a cabo en todo el ámbito nacional del Reino Unido, Dinamarca y los Estados Unidos, informó de que en el Reino Unido había más ancianos encamados viviendo en sus casas que en todo el conjunto de hospitales e instituciones. Sin embargo, el rápido desarrollo de servicios geriátricos activos en todo el Reino Unido, la Europa continental, Norteamérica y los países industrializados en general, ha desempeñado un papel esencial a la hora de mejorar la competencia funcional de las personas mayores con algún tipo de enfermedad incapacitante.

Entre los factores demográficos que influyen en la estructura etaria de una población se encuentran la fertilidad, la mortalidad en todas las edades, especialmente en la infancia, la inmigración y la emigración. En algunos países europeos, el descenso de las tasas de fertilidad está haciendo peligrar la renovación de la población. Las previsiones apuntan a que en el año 2050, en algunos países europeos y en Japón, un 10% de la población rondará los ochenta años o superará esta edad². La mayoría de las proyecciones del pasado han subestimado los futuros incrementos del número de los muy ancianos debido a aumentos no previstos de la esperanza de vida en la tercera edad, y es muy posible que esto pueda ser un fenómeno acelerado.

Nutrición

Son muchos los factores que influyen a la hora de conseguir llegar a edades elevadas, particularmente si se pretende que ello se consiga en un estado de buena salud. La herencia genética es una contribución sustancial^{3,4}. El estado nutricional en la infancia y probablemente en la época de gestación, y por supuesto en la edad adulta, ejerce una influencia ampliamente reconocida sobre la salud a largo plazo. Una pobre ingesta alimentaria se relaciona a menudo con estados depresivos, con la pérdida de un cónyuge o incluso con la de un animal de compañía muy querido. Muchas enfermedades crónicas, particularmente la insuficiencia cardíaca y la enfermedad respiratoria obstructiva crónica, están asociadas a anorexia y a pérdida de peso. Sin embargo, el tratamiento moderno de estas enfermedades ha mejorado sustancialmente los resultados. Manton⁵ (2001) mostró que los casos de invalidez crónica disminuyeron en los Estados Unidos entre 1982 y 1999 y que esa tendencia continúa. No hay razón para suponer que estos hallazgos no sean trasladables a Europa. Las infecciones, los traumatismos (accidentales o quirúrgicos) y el impacto ergonómico de la invalidez sobre la realización de las tareas diarias aumentan las necesidades energéticas.

En la vejez avanzada es fundamental tomar en consideración el aspecto cuantitativo de la dieta. En esta etapa de la vida una aportación calórica inadecuada conduce a la persona a un estado de debilidad progresiva. En cualquier caso, cada vez está dando más importancia al elemento cualitativo de la dieta que uno ha seguido durante la mayor parte de la vida, incluyendo la última etapa, por ser de fundamental importancia para la salud⁶. El tipo de dieta llamada mediterránea, con una elevada ingesta de frutas, verduras, pescado y pasta, y la utilización del aceite de oliva,



monoinsaturado, en la preparación de los platos, se asocia a una reducción de riesgos cardiovasculares y a un aumento de la longevidad. Existe una gran desinformación acerca de las grasas y los hidratos de carbono. Los alimentos altamente glucémicos, como el pan, las patatas y el arroz⁷, producen una rápida liberación de insulina, disminuyen la sensibilidad a la misma y reducen la concentración de colesterol HDL. Cada vez se concede una mayor importancia al papel de las dietas altamente glucémicas y a la diabetes tipo II. Los guisantes, las alubias y las lentejas contienen hidratos de carbono de bajo contenido glucémico y no provocan una liberación rápida de insulina debido a que su ritmo de absorción es mucho más lento.

La grasa es el nutriente de mayor concentración calórica. En los Estados Unidos se recomienda que como máximo un 30% de las calorías deriven de las grasas. El UK Health of the Nation Programme⁸ pretende reducir el porcentaje de calorías derivadas de las grasas en al menos un 12% para el año 2003, y las derivadas de grasas saturadas en un 35% para el 2005. La principal fuente de grasas saturadas la componen alimentos como la carne, la mantequilla, el queso, y la nata. Las grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas derivan principalmente de fuentes vegetales como el aceite de oliva, el aceite de semilla de uva y las nueces, pero el pescado, especialmente el azul, es una fuente importante de grasa insaturada. Hay datos científicos que apoyan el papel que desempeñan las grasas saturadas y las grasas trans (poliinsaturados hidrogenados) en la aterogénesis, aunque la infección pueda ser el factor detonante. El Longitudinal Nurse Health Study, llevado a cabo en los Estados Unidos, informó de que las mujeres que ingerían al menos 15 g de nueces (que contienen una gran cantidad de ácidos grasos poliinsaturados) cinco veces a la semana sufrían muchas menos enfermedades coronarias que las que no lo hacían.

La obesidad se está convirtiendo en un problema creciente en la sociedad occidental, incluso entre las personas mayores, aunque hay relativamente pocos ancianos obesos debido a su alto índice de mortalidad. Las mujeres toleran la obesidad sensiblemente mejor que los hombres. Sin embargo, la morbilidad de las mujeres obesas es mayor que la de las no obesas. La reducción de la ingesta de hidratos de carbono de alto contenido glucémico y de grasas del tipo trans y saturadas, unida a un moderado incremento de la actividad física, es a menudo suficiente para conseguir un razonable control del peso.

Una ingesta proteica adecuada es esencial para el mantenimiento de la masa muscular. La deficiencia proteica puede ir asociada a una fuerte pérdida muscular y a una merma de la capacidad inmunitaria. En personas sanas, las necesidades proteicas se sitúan alrededor de 1 g/kg, pero las afecciones inflamatorias, los traumatismos quirúrgicos o accidentales y las infecciones graves incrementan significativamente los requerimientos de proteínas.

El cuidado de la boca forma parte del mantenimiento general de la salud. En el Reino Unido no se está produciendo un descenso suficientemente rápido de las tasas de personas edentadas. Ello tiene mucho que ver con el estado de salud dental. En Gales, entre las personas con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años, el 45% de los hombres y el 64% de las mujeres son edentados⁹ y esta situación puede implicar restricciones alimentarias incluso cuando los afectados utilizan dentaduras postizas.

Los suplementos vitamínicos y minerales son necesarios para tratar trastornos deficitarios bien definidos, pero su papel es cuestionable en casos de personas mayores que siguen dietas equilibradas en las cantidades adecuadas. La síntesis de vitamina D₃ (colecalférol) a través de la acción de la luz solar sobre la piel



ENVEJECIMIENTO

contribuye al almacenamiento de dos terceras partes de esta vitamina; en cambio, las personas cuya exposición al sol es limitada pueden presentar deficiencias de la misma. Los cristales domésticos comunes impiden el paso de las longitudes de onda terapéuticas de los rayos UVL. En ensayos clínicos controlados se ha observado que suplementos de un mínimo de 17,5 mcg de vitamina D y 500 mg de calcio al día reducen la incidencia de fracturas de cadera y de otras fracturas no vertebrales.

La vitamina C, que es hidrosoluble, se destruye rápidamente durante la preparación de los alimentos. El tiempo transcurrido desde que se prepara la comida hasta que se les sirve a los pacientes en los hospitales o residencias de ancianos puede reducir sustancialmente el contenido de vitamina C en los alimentos. Se ha demostrado que las «comidas sobre ruedas» han perdido cerca del 90% de su contenido en vitamina C en el momento en que se les sirve a los pacientes.

La deficiencia de ácido fólico se debe a menudo a múltiples factores, a saber: una ingesta inadecuada, tiempos de cocción demasiado prolongados, malabsorción del mismo, una mayor exigencia metabólica y los efectos de diversos medicamentos. Un posible cuadro de anemia megaloblástica o, más aún, el incremento de la concentración plasmática de homocisteína, pueden apuntar a una deficiencia de ácido fólico. Cada vez se acepta más que la deficiencia de ácido fólico constituye un riesgo de padecer demencia de causa vascular y enfermedad de Alzheimer.

La deficiencia de vitamina B12 se debe principalmente a la pérdida de producción de factor intrínseco por parte de las células parietales gástricas, la mayoría de las veces debida a una enfermedad autoinmune que puede dar lugar a una anemia perniciosa. Un tratamiento eficaz y rentable para casos de deficiencias

confirmadas de esta vitamina consiste en la administración de 1.000 mcg de vitamina B12 por vía subcutánea, diariamente durante dos semanas, para recuperar rápidamente las reservas hepáticas, y la subsiguiente inyección de la misma dosis de vitamina B12 cada tres meses durante toda la vida.

La anemia ferropénica de causa dietética se da poco entre los hombres de cualquier edad así como en las mujeres posmenopáusicas en las sociedades desarrolladas. Este es el tipo de anemia más común y la hemorragia gastrointestinal es la responsable de todos los casos excepto los más leves. La hemorragia puede ser aguda, intermitente o crónica, y puede haber sido inducida por la ingestión de algún medicamento, por ejemplo aspirina o antiinflamatorios no esteroideos, o por lesiones benignas o malignas del tracto gastrointestinal o de la mucosa nasal. Es preciso examinar tanto el tracto intestinal superior como el inferior, pues las lesiones duales son bastante frecuentes. En el anciano el moderno endoscopio flexible ha sido un elemento particularmente beneficioso para un estudio diagnóstico con escaso riesgo, así como para poder establecer el tratamiento más adecuado en cada caso.

Desgraciadamente, en la mayoría de los países los recursos económicos disponibles para el mantenimiento de la salud son relativamente escasos. La mayor parte de los presupuestos nacionales se destinan al control de la enfermedad. En el Reino Unido, el así llamado «National Health Service» (Servicio Nacional de la Salud) es en realidad un «National Sickness Service» (Servicio Nacional de la Enfermedad) con un interés apenas tangencial por la salud.

Ya se ha comentado antes brevemente el papel de la dieta, pero a veces se necesitan consejos más específicos: la ingesta de sodio y potasio por parte de personas con hipertensión o insuficiencia cardiaca es un ejemplo habitual. Para ello pueden resultar muy útiles



los folletos en los que se indican las cantidades medias aproximadas de sodio y potasio que contienen los alimentos más comunes, así como algunas sugerencias para la reducción del sodio y el aumento del potasio en las comidas. Cada persona puede decidir qué elementos concretos prefiere excluir de su dieta, habida cuenta de que, en cualquier caso, podrá mantener el objetivo propuesto. Esto da al anciano la sensación de controlar su propia dieta lo que redundará en un mejor seguimiento de la misma. Cualquier consejo relacionado con el control del estilo de vida debe ir precedido por una argumentación que permita al paciente entender lo que se pretende con ello. Cuanto mayor sea la comprensión y la sensación de control por parte de los pacientes, mayor será su motivación y el éxito previsible de las recomendaciones.

Actividad física

A medida que envejecemos, la masa y la fuerza muscular se reducen hasta el punto de que incluso la realización de actividades tales como el levantamiento de una bolsa de la compra o de una pequeña maleta pueden requerir el máximo esfuerzo disponible. El umbral que separa la capacidad o no para llevar a cabo un trabajo muscular puede detectarse tras un período de dos o tres días de confinamiento en una cama. Los estudios longitudinales reflejan una menor pérdida de fuerza muscular debida a la edad. Sin embargo, debemos tener en cuenta los posibles errores a que pueden dar lugar los pequeños tamaños de las muestras de la mayoría de estudios longitudinales. Los individuos que han mantenido un nivel sustancial de actividad física muestran menor pérdida de fuerza muscular. La potencia muscular difiere de la fuerza en que es una mezcla entre la

velocidad de contracción del músculo y la generación de fuerza por parte de éste. La velocidad de contracción del músculo depende de la combinación adecuada en el funcionamiento de las fibras de contracción rápida y lenta. La pérdida progresiva de masa muscular es responsable del declive de la fuerza muscular, mientras que la pérdida cualitativa de fibras rápidas del tipo II se asocia a la disminución de la potencia del músculo.

Se ha comprobado que dar un paseo a buen ritmo durante veinte minutos tres veces a la semana reduce el riesgo de sufrir un infarto de miocardio o una embolia y tiene importantes beneficios al reducir la presión arterial elevada¹⁰, particularmente cuando se asocia a diabetes mellitus. El ejercicio en general contribuye al mantenimiento de la masa ósea. Las personas mayores que son físicamente débiles o sufren enfermedades cardíacas o respiratorias, o una incapacidad de los miembros inferiores, pueden tener una tolerancia limitada al ejercicio, pero es sorprendente hasta qué punto pueden mejorar mediante un programa de ejercicio progresivo^{11,12}. Hemos constatado que las personas con enfermedad respiratoria obstructiva crónica pueden mejorar su capacidad de recorrer distancias si se les proporciona una pauta de ejercicio que permita un uso efectivo de los músculos accesorios de la respiración.

Contribución de la Geriátrica

No hay duda de que existe un grupo significativo de enfermedades y de incapacidades leves que no han sido reconocidos ni documentados en la población anciana. El cribado extenso e indiscriminado en la población general no ha demostrado ser renta-



ble, y Freer¹³ (1965) ha cuestionado su efectividad en una población anciana. Nosotros hemos demostrado que el uso de un cuestionario postal con un seguimiento posterior y su correspondiente intervención con carácter selectivo puede influir favorablemente sobre el gasto y reducir el mal uso de los recursos sanitarios por parte de los ancianos que viven en la comunidad¹⁴. Son muy numerosos los trastornos de la salud poco importantes que, con el tiempo, dan lugar a problemas más graves y a un aumento de la mortalidad. La fragilidad se debe mayoritariamente a múltiples pequeños trastornos de la salud, que pueden ser prevenidos y tratados.

La introducción de la medicina geriátrica, inicialmente en el Reino Unido y más tarde en la Europa continental y en Norteamérica, revolucionó la atención médica de las personas mayores y fue el estímulo para la expansión posterior de los conocimientos sobre la enfermedad en la vejez y para el estudio científico en todo el mundo del envejecimiento y sus trastornos. El control de la enfermedad aguda en pacientes ancianos y la introducción del concepto de movilización y alta hospitalarias tempranas han reducido las complicaciones invalidantes.

La piedra angular de la medicina geriátrica es la prevención de los problemas crónicos. Sus principales fundamentos son: el diagnóstico precoz, pues el tiempo no corre a favor de la gente mayor; el tratamiento temprano y efectivo; la movilización precoz, porque incluso unos pocos días de encamamiento pueden ser desastrosos, lo que cuestiona seriamente el papel de esta medida como parte del cuidado de los pacientes conscientes; una evaluación médica, psicológica, funcional y social, que requiere la participación coordinada de equipos interdisciplinarios; y la progresiva reducción de la dependencia.

Algunos problemas relevantes

No me es posible en esta revisión describir en detalle las enfermedades asociadas a la vejez, pero comentaré algunos puntos generales que pueden resultar relevantes.

Afecciones cardiovasculares

La presentación de la enfermedad en la vejez puede diferir notablemente de como se presenta en edades anteriores. Esto se manifiesta de forma muy evidente en el caso del infarto agudo de miocardio (IAM)¹⁵. Con la edad, el dolor torácico se hace vez menos frecuente, y pueden dominar el cuadro clínico otros síntomas como la dificultad respiratoria aguda y el estado confusional¹⁶. El IAM asociado a la diabetes tiene una presentación clínica alterada¹⁷. La incidencia de enfermedad coronaria isquémica es mucho más elevada entre los hombres que entre las mujeres en la edad media de la vida, pero pasados los setenta años la incidencia se incrementa en ambos sexos y, después de los setenta y cinco, es más elevada entre las mujeres. El incremento en las fibras elásticas de la pared arterial, posiblemente debido al cambio de actividad de la elastasa a causa de la edad, junto con el aumento de precursores beta que potencia la rigidez parietal, actúan de manera combinada para incrementar la poscarga¹⁸. Se sabe que la angina de pecho es menos frecuente que en edades más tempranas. Esto puede deberse en parte a afecciones incapacitantes concomitantes tales como la artrosis, que disminuye la actividad y reduce así el umbral de dolor coronario. Es evidente, sin embargo, que todavía quedan por identificar algunos factores importantes



que limitan el dolor causado por la isquemia coronaria en la vejez¹⁹.

El tratamiento del IAM en la vejez es esencialmente igual que el recomendado para las personas más jóvenes y a menudo está basado en la realización de angioplastias agudas, colocación de stents o terapia trombolítica. El índice de mortalidad es significativamente superior en la vejez. En presencia de otros factores de riesgo, la morbilidad y la mortalidad se incrementan aún más. Múltiples factores de riesgo cardiovascular que implican un mal pronóstico no han recibido la misma importancia por parte de los profesionales en el paciente anciano que la que se les da cuando ocurre a edades más jóvenes. Sin embargo, la introducción de unidades específicas en los servicios geriátricos de agudos de los hospitales generales, equipadas adecuadamente y con plantillas especializadas en el control y monitorización de este grupo de pacientes, ha mejorado considerablemente los resultados¹⁹.

La estenosis aórtica es la lesión valvular predominante en la vejez, pero la enfermedad valvular mitral a menudo sólo comienza a manifestarse en edades avanzadas. El desarrollo a partir de la década de los años ochenta del tratamiento quirúrgico de las enfermedades cardiovasculares, y especialmente de la cirugía valvular aórtica, ha tenido un enorme impacto sobre la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes. La combinación de cirugía de bypass arterial coronario y de sustitución de la válvula aórtica se asocia a una mortalidad más elevada que una intervención aislada²⁰, pero no siempre es así²¹. La supervivencia actuarial de 5-7 años en la vejez es comparable a la de las personas de la población general de la misma edad y sexo²¹. Una utilización más amplia de los betabloqueantes en el preoperatorio²² puede reducir la mortalidad en pacientes ma-

yores que requieren cirugía valvular urgente, pero cuya salud es demasiado pobre para someterse a cirugía de bypass arterial coronario. Un mayor desarrollo de la tomografía arterial coronaria no invasiva por emisión de positrones, así como de la angioplastia intravascular y de la colocación de stents guiadas por ultrasonidos, pueden permitir una operación en dos tiempos en pacientes vulnerables y mejorar los resultados de la cirugía valvular a esta edad²³.

El estudio longitudinal de Framingham²⁴ puso de manifiesto que la incidencia anual de insuficiencia cardíaca se elevó de una proporción de 1 por cada 1.000 mujeres y 2 por cada 1.000 hombres por debajo de los 54 años, y a 13 y 14 para el caso de las mujeres y de los hombres respectivamente con edades comprendidas entre los 75 y los 84 años. En un estudio más reciente llevado a cabo en el Reino Unido se informó de un incremento de la prevalencia de 5,5/1.000 en personas por debajo de la cincuentena a 47/1.000 en personas de 80 años²⁵ y de una incidencia anual estimada de un 1,2% en personas de más de 85 años²⁶.

A pesar de que los resultados están mejorando con las estrategias terapéuticas actuales, el pronóstico de la insuficiencia cardíaca sigue siendo pobre, con una tasa de mortalidad al año que se eleva desde el 14% en personas menores de 70 años hasta un 26% de los 75 años en adelante²⁷. La insuficiencia cardíaca se diagnostica tanto por exceso como por defecto muy frecuentemente entre la población anciana. Ello es así bien por la presencia de manifestaciones atípicas, bien por atribuirse a esta entidad manifestaciones propias de otros procesos. La cardiopatía isquémica es la principal causa de insuficiencia cardíaca. La astenia y la fatiga pueden ser sus rasgos cardinales. La incapacidad física puede retrasar la presencia de disnea, pero el uso de un



ENVEJECIMIENTO

mayor número de almohadas en la cama por la noche (ortopnea) puede ser un claro indicio de insuficiencia cardíaca. Un elemento que puede resultar útil para la detección de una insuficiencia cardíaca es la elevación de la concentración plasmática del péptido natriurético tipo B, aunque el diagnóstico debe confirmarse mediante una ecocardiografía. El edema en los miembros inferiores debido a una insuficiencia venosa o a la inmovilidad asociada a la artrosis de rodilla o de cadera es una causa frecuente de tratamiento diurético a largo plazo en la errónea creencia de que el problema subyacente es una insuficiencia cardíaca.

El uso de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ACE), y más recientemente de los antagonistas de la angiotensina, ha conseguido un mejor control sintomático que el tratamiento diurético aislado. Sin embargo, el peligro de un bloqueo neuroendocrino triple es ahora evidente. La adición de espironolactona aporta beneficios probados. La prueba del paseo de seis minutos es una técnica útil para comparar los resultados de diferentes tratamientos farmacológicos cardiovasculares. Como ocurre con todas las demás alteraciones de la salud, es crucial tratar las afecciones concomitantes. Esto se hace obvio en el caso de la anemia, en las enfermedades renales y respiratorias y en la diabetes.

Aunque la presión arterial se eleva con la edad, este fenómeno no forma parte del proceso normal del envejecimiento. Es un rasgo que se da particularmente en las culturas cuya ingesta de sodio es tradicionalmente alta, por ejemplo, en algunas zonas de la China continental, Hong Kong y Singapur. En el pasado, la epidemiología de la hipertensión en la vejez se veía como un fenómeno asociado a la edad, y se consideraba que el tratamiento producía

más un incremento de los síntomas que beneficios; de ahí la renuencia generalizada a tratar esta afección. En realidad, no fue hasta la publicación en 1985 del The European Working Party Study²⁸ cuando se comenzó a tener especialmente en cuenta a los ancianos hipertensos a pesar de que ya se les había venido incluyendo anteriormente en los ensayos clínicos en adultos de todas las edades. La inclusión de muchos sujetos con enfermedades concomitantes en el estudio EWPHE fue posiblemente la responsable de la presentación en forma de J de los resultados de los pacientes que participaron en ensayos clínicos después de los años 80. La hipertensión sistólica es el rasgo característico de la hipertensión en individuos ancianos y los estudios de cohortes presentan escasas diferencias de género, mientras que los estudios transversales y longitudinales indican que tanto la hipertensión sistólica como la diastólica son más frecuentes entre las mujeres. Cuando los criterios de hipertensión de Framingham de PA sistólica > 160 mmHg y PA diastólica > 95 mmHg se redujeron a 140/90 mmHg, la prevalencia de la hipertensión se incrementó sustancialmente. La hipertensión sistólica es el factor principal de riesgo cardio y cerebrovascular. El estudio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly)²⁹, en el que se utilizó clortalidona, un diurético tiazídico ya largamente utilizado, dio como resultado una reducción de la mortalidad global (17%), de los ictus fatales y no fatales en un 37%, y de la mortalidad de causa cardiovascular en un 25%.

A pesar del descenso de la mortalidad por ictus, su prevalencia está aumentando a causa de los cambios demográficos y continúa siendo la tercera causa más frecuente de muerte.

Cada vez se está utilizando más la terapia fibrinolítica para los ictus trombóticos detectados me-



dante resonancia nuclear magnética, dentro de las tres horas previas, pero sólo para una pequeña proporción de los pacientes. Debe seguirse un estricto protocolo si se quiere evitar que el daño supere al beneficio. Desgraciadamente, el reciente y amplio ensayo IMAGES (Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke) no ha confirmado los beneficios previstos⁵⁰. Los problemas de deglución requieren un tratamiento inmediato por parte de logopedas expertos. La rehabilitación activa llevada a cabo tan pronto como el estado clínico general lo permita es imprescindible y es una tarea interdisciplinaria. Tras el alta del hospital, las sesiones de rehabilitación en el mismo o en el domicilio ayudan a reducir el deterioro funcional subsiguiente⁵¹.

La prevención es una responsabilidad médica esencial. Si hubiera un programa de prevención determinado y bien fundamentado, orientado a identificar y tratar de manera agresiva todos los factores de riesgo conocidos, la incidencia de ictus descendería y las afecciones aisladas más invalidantes podrían atenuarse en las sociedades desarrolladas. El control de la hipertensión, particularmente de la hipertensión sistólica, el control de las concentraciones anormales de lípidos, un estricto control de la diabetes, la obesidad, el tabaquismo, de la ingesta excesiva de alcohol y la llamada al ejercicio físico son básicos para cualquier estrategia de reducción del riesgo.

Una actuación en materia de salud pública como la reducción de la ingesta de virus gracias a una mejor higiene alimentaria puede estar teniendo algo que ver con el leve descenso en la incidencia de las enfermedades vasculares arterioescleróticas³². Más recientemente, se ha apuntado el papel, cierto es que controvertido, que puede tener el citomegalovirus humano en la aparición de la arterioesclerosis, pero todavía no se ha demostrado una relación cau-

sal clara. La reducción de la ingesta de sodio en la dieta y el incremento de la de potasio, obtenido principalmente a través de la fruta, favorecen el descenso de las cifras de presión arterial, lo que es claramente beneficioso en orden a prevenir el ictus. Aparte de su efecto sobre la presión arterial, el potasio parece tener efectos protectores adicionales frente al ictus, efectos que además se han mostrado como una variable independiente.

Afecciones neurológicas

La enfermedad de Parkinson es una afección que pertenece al grupo de los síndromes caracterizados por la presencia de acinesia y rigidez, y es esencialmente una enfermedad de la tercera edad, aunque excepcionalmente puede presentarse durante la juventud. Alrededor de dos tercios de los casos pertenecen al grupo idiopático de causa desconocida. La mayoría de los casos restantes se deben a la toma de fármacos neurolépticos que sustancialmente se prescriben en exceso. Las enfermedades vasculares cerebrales pueden dar lugar a rasgos parkinsonianos, pero son normalmente distinguibles mediante una evaluación cuidadosa. La atrofia multisistémica y, más comúnmente, la parálisis supranuclear progresiva pueden confundirse en los primeros estadios con la enfermedad de Parkinson.

Es característico en los primeros estadios el temblor de miembros superiores, a menudo unilateral, pero se presenta con menor frecuencia en la edad avanzada. El temblor esencial se diagnostica a veces erróneamente como enfermedad de Parkinson, pero nada justifica cometer este error. La rigidez está presente de manera invariable y es el síntoma principal en los muy ancianos. A veces se ven afectados el



ENVEJECIMIENTO

equilibrio y el paso lo que puede hacer difícil algo como cruzar una puerta. Esta afección no sólo incapacita, sino que además provoca aislamiento social debido a la lentitud al comer y al balbuceo. La dificultad al levantarse de una silla o darse la vuelta en la cama pueden ser los primeros problemas. La introducción de nuevos agonistas de la dopamina ha permitido prolongar el tratamiento farmacológico con respuesta favorable, pero en los casos en que la esperanza de vida es inferior a cinco años es más adecuado continuar utilizando compuestos L-dopa/decarboxiladores periféricos para producir una mejora funcional máxima y para tener que preocuparse menos por los efectos secundarios a largo plazo de la terapia con L-dopa. Cuando la esperanza de vida es mayor, el uso inicial de otros fármacos antiparkinsonianos puede proporcionar beneficios a largo plazo. La selegilina, un inhibidor selectivo irreversible de la monoaminoxidasa B, tiene un leve efecto antiparkinsoniano e inhibe la destrucción de la dopamina endógena con la consiguiente reducción de la dosis necesaria de L-dopa en alrededor de un 20%. Algunos estudios han planteado un leve aumento de la incidencia de muerte súbita con la selegilina, pero esto no ha quedado confirmado en el amplio estudio DATATOP³⁵. Esta diferencia puede deberse a diferencias en el estado de salud de los participantes en los diferentes estudios. El uso inicial de agonistas de la dopamina tales como pergolida o cabergolina puede retrasar la necesidad de utilizar L-dopa, y así posponer algunos de sus efectos adversos a largo plazo. Sin embargo, los ancianos son más proclives a sufrir los efectos adversos de los agonistas de la dopamina, por ejemplo estado confusional agudo, que los pacientes jóvenes. La apomorfina inyectable puede mejorar sustancialmente la respuesta al tratamiento cuando el tratamiento a base de L-dopa ya no es efi-

caz o produce desagradables fluctuaciones on-off. Es necesario el tratamiento concomitante con domperidona para prevenir las fuertes náuseas producidas por la apomorfina.

La dificultad para darse la vuelta en la cama de manera espontánea aumenta el riesgo de úlceras de presión en los enfermos de Parkinson, de forma que en presencia de fiebre, el umbral para la aparición de una úlcera sobre la zona presionada puede no ser superior a una o dos horas. Ello hace inevitable la adopción de precauciones muy estrictas, como el uso de colchones que reduzcan la presión y los cambios posturales cada hora. La infección respiratoria intercurrente es también un peligro importante en el ambiente hospitalario.

La demencia es una afección adquirida que consiste en una alteración de la cognición que implica en todos los casos una pérdida de memoria y que va acompañada de otros deterioros cognitivos que van presentándose a medida que avanza el tiempo. La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia en Occidente. El uso extendido de términos dispares para referirse a la demencia senil fue en gran parte responsable del retraso en la comprensión de esta enfermedad y del escaso interés de los investigadores por ella en los comienzos. La edad es determinante en lo que respecta a la incidencia de esta enfermedad, cuya mayor frecuencia se registra en las décadas octava y novena de la vida. Una incidencia familiar de un 15% puede ir particularmente ligada al hecho de que la enfermedad aparezca en estadios más tempranos de la edad adulta. La presencia del isomorfo 4 eta del gen de la apolipoproteína 4 incrementa 8 veces la probabilidad de padecer Alzheimer.

La alteración de los niveles de conciencia no es un rasgo de la demencia, pero sí lo son la merma



de la capacidad de pensamiento abstracto y de la capacidad y práctica del lenguaje, cuya intensidad y desarrollo en el tiempo varían ampliamente. La depresión, que aparece a menudo en los primeros momentos de la enfermedad, es frecuente y puede enmascarar el verdadero trastorno. La demencia progresa inexorablemente pero a un ritmo variable, y los cambios ambientales agudos pueden precipitar fases espontáneas de desorientación severa. La incapacidad para reconocer a un cónyuge o a un hijo o una hija puede causar una gran angustia en la familia. Mediante resonancia nuclear magnética cerebral longitudinal se ha comprobado que las tasas de atrofia en el envejecimiento normal son bajas. La atrofia del lóbulo medio temporal es un indicio de futuro declive cognitivo⁵⁴. Este extremo se ha visto confirmado en un estudio longitudinal en el participaron pacientes bajo su propio control, lo que elimina posibles efectos de cohorte⁵⁵.

La depresión en ancianos con demencia responde bien a los antidepresivos. La trazadona es particularmente útil porque también corrige el cansancio y el insomnio sin producir confusión. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa, como el donepecilo o la rivostagmina, producen una mejoría moderada en los primeros estadios. El seguimiento de los pacientes en régimen ambulatorio en clínicas de la memoria es muy útil.

En Japón, la demencia vascular es más frecuente que el Alzheimer, al contrario de lo que ocurre en Occidente. La demencia vascular tiene habitualmente una forma de presentación diferente, con episodios alternos de deterioro y mejoría cognitivos, aunque se observa, no obstante, un curso lento hacia el empeoramiento. Las exploraciones mediante tomografía computadorizada o resonancia nuclear magnética pueden identificar múltiples pequeños infar-

tos, un solo gran infarto, o un pequeño número de infartos moderados. El tratamiento agresivo de los factores de riesgo vascular subyacente tiene unos resultados más favorables de lo que habitualmente se supone.

Debe destacarse que los factores de riesgo vascular no son infrecuentes en la enfermedad de Alzheimer si se buscan con todo el cuidado.

La demencia por cuerpos de Lewy tiene aproximadamente la misma prevalencia que la vascular. Algunos síntomas de alerta son los rasgos neuropsicológicos tempranos. Pueden producirse importantes alucinaciones visuales, y la respuesta adversa aguda a los fármacos del grupo de la fenotiacina es alarmante y puede resultar fatal debido a un síndrome neuroléptico maligno profundo. Puede aparecer rigidez extrapiramidal. La demencia presenta una respuesta moderadamente positiva a los inhibidores de la colinesterasa.

Traumatismos

Las fracturas son cada vez más frecuentes debido a los cambios demográficos. Las fracturas vertebrales y del cuello del fémur se encuentran entre las más habituales y a menudo se producen ante un traumatismo mínimo; a este respecto, la osteoporosis es un importante factor subyacente. Los traumatismos son la quinta causa de muerte más frecuente en las sociedades industriales⁵⁶. Las fracturas de cadera se producen alrededor de los ochenta años. Un 12% de las mujeres y un 5% de los hombres en el Reino Unido sufrirán una fractura del cuello del fémur a la edad de 85 años⁵⁷. El incremento anual del número de fracturas de cadera conducirá a que éste se haya doblado alrededor del año 2050⁵⁸. Las frac-



ENVEJECIMIENTO

turas del cuello femoral se dividen en intra y extracapsulares, con una mayor incidencia de las fracturas cervicales. Para ambos tipos la frecuencia se incrementa con la edad, pero las fracturas trocántreas crecen a un ritmo más alto. Las fracturas del cuello del fémur sin desplazamiento pueden ser tratadas con un la colocación de tres tornillos, pero las fracturas con desplazamiento requieren una hemiartroplastia protésica³⁹. Normalmente, el tratamiento de las fracturas intertrocántreas con un tornillo deslizante de cadera resulta exitoso pero las fracturas inestables necesitan una hemiartroplastia⁴⁰.

La intervención quirúrgica y posterior movilización tempranas son esenciales y han reducido las tasas de mortalidad del 50% de cincuenta años atrás al 10% actual.

Perspectivas de futuro

El conocimiento fundamental de los aspectos biológicos del envejecimiento se ha desarrollado en direcciones realmente atractivas. Parece ser que la enzima telomerasa estabiliza los telómeros y previene el acortamiento cromosómico en las células cancerosas mitóticas. La actividad de la telomerasa puede tener un papel importante en las células somáticas normales. Es probable que se encuentre un método seguro para prevenir el acortamiento cromosómico y la apoptosis celular, que podrá no sólo alargar la esperanza de vida sino incrementar su calidad y el vigor de las personas. El hallazgo de que pueden formarse neuronas del hipocampo, y probablemente también de otras partes del cerebro humano, a partir de células madre, aunque en un número reducido⁴¹, y que los experimentos con ratas indican claramente que el número de células madre convertidas en neuronas

puede aumentar sustancialmente, abre la posibilidad de prevenir o curar la enfermedad de Alzheimer o la de Parkinson.

Una vejez saludable y vigorosa se debe a algo más que a la mera ausencia de enfermedad. Durante las dos últimas décadas, los ancianos han venido gozando de un mejor estado de forma y muchos de los que entre ellos se encuentran por debajo de los ochenta años no se consideran a sí mismos ancianos. Esta percepción cambiante de la dimensión del envejecimiento se acentuará con toda probabilidad en los próximos años. Es probable que la prolongación de la vida activa alcance un punto que ni la sociedad ni los gobiernos han siquiera considerado. Las personas jubiladas conforman la espina dorsal de muchas organizaciones de voluntariado y es probable que sean, cada vez más, factores de estabilidad y soporte en las familias. Tenemos que formular la pregunta de cómo la sociedad y los gobiernos planearán estrategias sanitarias activas durante los años venideros y qué políticas sociales serán relevantes para las futuras generaciones de ancianos que tendrán una mayor base de información, y estarán o podrían estar mejor informados y ser menos proclives a la aceptación de un rol social pasivo. La riqueza de una nación no deriva en su totalidad del trabajo o las actividades de las generaciones del presente, sino que se basa también en los desarrollos y objetivos de nuestros antecesores, y todos y cada uno de nosotros, jóvenes o mayores, compartimos esa herencia. Es nuestro deber añadir a esa herencia nuestros esfuerzos individuales y legar todo ello a quienes nos sucedan.

Un estereotipo negativo continúa menguando recursos socialmente aceptables y limita la completa explotación del trabajo, el deporte y las actividades relacionadas con el pensamiento. En algunos países están estableciéndose leyes preocupantes, que sustraerán o



disminuirán el poder de decisión de los ancianos mental o físicamente enfermos, curiosamente en aras a su mayor dignidad. Ningún dictador alcanzó jamás el poder bajo otro supuesto que el del bien común.

Referencias bibliográficas

1. Townsend P. The place of older people in different societies. En: Hansen PF (ed.). *Age with a future*. Proceedings of the Sixth International Congress of Gerontology, Copenhagen. 1994; 36-43.
2. United Nations World Population Project. The 1998 Revision. 1999.
3. Herskind R. *Understanding Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
4. Herskind R, McGuem A, Holme M. The heritability of human longevity. *Hum Genet* 1996;97:319-325.
5. Manton KG, XiLiang Gu. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above 65 from 1982-1999. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2001;98:6354-6359.
6. Pathy MSJ, Bayer A. Nutritional Management of Elderly Patients. En: *Encyclopaedia of Food Sciences and Nutrition*. 2nd Edition. Oxford: Elsevier, 2003.
7. Foster-Powell K, Miller JB. International tables of glycaemic index. *Am J Clin Nutr* 1995;62:871S-893S.
8. Health of the Nation. Department of Health White Paper. 1992.
9. Steele JG, Walls AWG, Ayatollahi SMT, Murray JG. Clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *Br Dent J* 1996;1180: 17-23.
10. Haberg JM, Mountain SJ, Wade H. Effect of exercise training in 60-65 year old persons with essential hypertension. *Am J Cardiol* 1989;64:343-53.
11. Pathy, MSJ. Exercise training in chronic obstructive airways disease. *Geriatr Med* 1980;10:4-5.
12. Peach H, Pathy MSJ. Follow-up study of disability among elderly patients discharged from hospital with exacerbation of chronic bronchitis. *Thorax* 1981;36:585-589.
13. Freer CB. Geriatric screening: a reappraisal of prevention strategies in the care of the elderly. *J Roy Coll Gen Pract* 1965;35:288-291.
14. Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, Dibble A. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992;340:890-893.
15. Pathy MSJ. Clinical presentation of myocardial infarction in the elderly. *Br Heart J* 1967;29:190-199.
16. Bayer AJ, Chadha JS, Farag RR, Pathy MSJ. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:263-266.
17. Day JJ, Bayer AJ, Pathy MSJ, Chadha JS. Acute myocardial infarction: diagnostic difficulties and outcome in advanced old age. *Age Ageing* 1987;16:239-243.
18. Froelich J, Galis ZS. Increased expression of matrix metalloproteinase in the thickened intima of ageing rats. *Hypertension* 1999;33:116-118.
19. Day JJ, Bayer AJ, Pathy MSJ. A high dependency unit - an innovation in the care of the acutely ill elderly patient. *Comprehensive Gerontology* 1988;2:67-70.
20. Kirsch M, Guesnier L, Le Besnerais P. Cardiac operations in octogenarians: perioperative risk factors for death and impaired autonomy. *Ann Thorac Surg* 1998;66:60-67.
21. Gilbert T, Orr W, Banning A. Surgery for aortic stenosis in severely symptomatic patients older than 80 years: experience in a single UK centre. *Heart* 1999;82:138-142.
22. Mungane DT, Layung EL, Wallace A, for the Multicentre Study of Perioperative Ischaemia Research Group. Effect of atenolol on mortality and cardiovascular morbidity after non-cardiac surgery. *N Engl J Med* 1996;335:1713-1720.
23. Pathy MSJ. Cardiac surgery in elderly patients: benefits and resource priorities. *Heart* 1999;82:121-122.
24. McKee PA, Castelli WP, McNamara M, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham Study. *N Engl J Med* 1971;285:1441-1446.
25. Clarke KW, Gray D, Hampton JR. How common is heart failure? Evidence from PACT (Prescribing Analyses and Cost Data) in Nottingham. *J Public Health Med* 1995;1: 459-464.
26. Cowie MR, Wood DA, Coates AJ. Incidence and aetiology of heart failure: a population based study. *Eur Heart J* 1999;20:421-428.
27. Pulitano G, Del Sindaco D, Tavezzi L. Clinical features and outcome of elderly out-patients with heart failure followed up in out-patient cardiology units: data from a large nation wide cardiology data base (IN-CHF Registry). *Am Heart J* 2002;143:45-55.
28. Amery A, Birkenlarger CW, Brisco P. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly Trials. *Lancet* 1985;1: 1349-1354.
29. SHEP Co-operative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with



ENVEJECIMIENTO

- isolated systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991;265:3255-3264.
30. Muir KW, Lees KR, Ford I, Davis S; Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke (IMAGES) Study Investigators. Magnesium for acute stroke (Intravenous Magnesium Efficacy in Stroke trial): randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363:439-445.
31. Out-patient Service Trialists. Recent review of rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet* 2004; 363:252-256.
32. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: an update. *N Engl J Med.* 1986; 314:488-500.
33. Parkinson Study Group. Impact of deprenyl and tocopherol treatment in Parkinson's disease in DATATOP subjects not requiring levo-dopa. *Ann Neurol* 1996;39: 29-45.
34. Rusinek H, De Santi S, Frid D. Regional brain atrophy predicts future cognitive decline: 6 year longitudinal MR imaging study of normal ageing. *Radiology* 2003;229: 691-698.
35. Schott JM, Fox NC, Frost C. Assessing the onset of structural changes in familial Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2003;53:181-188.
36. Schwab GW, Karder DR. Trauma in the geriatric patient. *Arch Surg* 1992;127:701-706.
37. Royal College of Physicians of London. Fractured neck of femur. Prevention and management. Report. 1989.
38. Koval KJ, Zuckerman JD. Fractures. I Overview and evaluation of treatment of femoral neck fractures. *J Am Acad Orthopedic Surg* 1994;2:141-149.
39. Lu-Yao GL, Keller RB, Littenberg B, Wernberg JE. Outcomes after displaced fractures of the femoral neck. *J Bone Joint Surg* 1994;76A:15-25.
40. Haentjens P, Caterleyn PP, DeBoeck H. Treatment of unstable intertrochanteric and subtrochanteric fractures in elderly patients. *J Bone Joint Surg* 1989;71A:1214-1225.
41. Eriksson PS, Gage FH (1998), quoted from Kempermann G and Gage FH. New nerve cells for the adult brain. *Scientific American* 1999: 38- 34.



LA VEJEZ COMO OPORTUNIDAD

VICTORIA CAMPS*

*Catedrática de Ética y Filosofía Política. Facultad de Filosofía.
Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona, España)*

Introducción

No es la vejez uno de los temas más queridos de la bioética. Es, tal vez, demasiado cotidiano para que llame la atención como problema o como objeto de investigación. Todos tenemos personas cercanas que viven difícilmente la ancianidad: con dependencias, demencias, soledad, incomprensión, escasez económica. A los mayores deben atenderlos sus familiares si no están tan enfermos que requieren ser hospitalizados. Es un problema privado, no público; no es una cuestión de interés común.

Desde un punto de vista ético debe preocuparnos, por supuesto, esa inatención y despreocupación de las políticas y administraciones públicas por la suerte y la calidad de vida de nuestros mayores. Pero lo que hay que hacer para cambiar la situación tiene muchos frentes, comenzando por la asis-

tencia social y sanitaria y acabando por la educación. Es de este último frente del que quisiera hablar. Nos han educado, mejor o peor, para vivir la vida característica de un ser adulto con todas sus facultades en juego. No nos han educado para enfrentarnos a la decadencia y a las limitaciones que trae consigo el paso de los años. Cada cual puede abordar su vejez de dos maneras: viéndola sólo como un problema, causa de angustias y de desesperación, o viéndola como la oportunidad de vivir de otra forma, de sacar el máximo partido de las propias capacidades.

Para explicar lo que quiero decir, pondré un frente al otro dos textos que me parecen paradigmáticos para la comprensión actual de la vejez. El primero es de Norberto Bobbio, un eminente filósofo del Derecho que, al cumplir los ochenta años, escribió uno de los textos más desgarrados de la literatura sobre la vejez, con el ciceroniano título *De senectute*¹. El segundo pertenece a una científica igualmente prestigiosa, premio Nobel de Medicina en 1986, Rita Levi Montalcini, la cual escribe, a una edad cercana a la de Bobbio, un libro rebosante de esperanza titulado *El as en la manga*². La simple comparación de los títulos de ambas publicaciones dice ya mucho del mensaje lacónico y depresivo del primer libro frente al aliento optimista del segundo.

*Doctora en Filosofía por la Universidad de Barcelona. Ha sido miembro de los comités éticos de distintos hospitales de Barcelona. Actualmente es Presidenta de la Fundación Alternativas (Madrid) y de la Fundación Víctor Grifols i Lucas (Barcelona). Es miembro del Consejo de Redacción de diferentes revistas. Entre su obra escrita destacan: *Los teólogos de la muerte de Dios* (1968), *Pragmática del lenguaje y filosofía analítica* (1976), *La imaginación ética* (1983), *Ética, retórica y política* (1983) y *Virtudes públicas* (1990).



ENVEJECIMIENTO

Leemos en el *De senectute* de Bobbio:

La sabiduría para un viejo consiste en aceptar resignadamente los propios límites. Pero, para aceptarlos, hay que conocerlos. Para conocerlos, hay que buscar alguna razón que los justifique. No he llegado a ser un sabio. Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo más remedio.

Diré con una sola palabra que mi vejez es la vejez melancólica, entendiendo la melancolía como la conciencia de lo que no he conseguido ni podré conseguir. Es la imagen de la vida como una calle donde la meta siempre está más lejos y, cuando creemos que la hemos alcanzado, no es la que habíamos pensado como definitiva. La vejez se convierte entonces en el momento en que nos damos cuenta de que el camino no sólo no está realizado, sino que ya no hay tiempo para realizarlo, y que hay que renunciar a conseguir la última etapa.

A este texto desalentador sólo cabe agradecerle la amarga sinceridad de sus líneas. Veamos, por el contrario, este párrafo de *El as en la manga*, en el que la autora empieza precisamente con una réplica a las manifestaciones hechas por Bobbio:

Pienso, al contrario que Bobbio, que no debemos vivir la vejez recordando el tiempo pasado, sino haciendo planes para el tiempo que nos queda, tanto si es un día, un mes o unos cuantos años, con la esperanza de realizar unos proyectos que no pudieron acometerse en los años de juventud.

A lo largo de su libro, Montalcini se refiere, a título de ejemplo, a una serie de personalidades célebres y longevas. Desarrolla, así, la teoría de que el cerebro es el «as en la manga» que todas las personas tienen y deben saber utilizar adecuadamente en la vejez. «En el juego de la vida, la carta más alta es la capacidad de valerse, en todas las fases vitales pero especialmente en la senil, de las actividades mentales y psíquicas propias». Para ello, conviene que no limitemos nuestros recursos con factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Es cierto -reconoce la autora- que los factores extrínsecos -el deterioro físico, la dependencia, el dolor, la enfermedad- son incontrolables. Y sólo de ellos depende muchas veces el sentimiento de ineptitud y la consiguiente desesperación por ir viendo mermadas las propias capacidades. Pero, en ocasiones, los factores que conducen a la desgana de vivir y a la decrepitud no son sólo extrínsecos, sino intrínsecos, los cuales se reducen a la falta de previsión en la juventud y en la edad adulta, al no haberse preparado para ejercer actividades alternativas en la vejez. La síntesis de la teoría de Montalcini es clara: no debemos ignorar, a lo largo de la vida, que algún día tendremos que enfrentarnos a la vejez. Si lo ignoramos, como lo propicia, por otro lado, el hedonismo de la sociedad en que vivimos, es muy fácil que, cuando llegue el momento de tener que echar mano de algunos recursos intrínsecos, porque los otros van desapareciendo, nos encontremos con la triste realidad de que no tenemos ninguno porque no fuimos previsores ni capaces de almacenarlos. Esa previsión es, a fin de cuentas, el «as» que puede salvarnos en el trance de la vejez.

Tal vez no sea casual que el texto optimista sea obra de una mujer, mientras que la amargura sea expresada por un hombre. Que las mujeres tenemos



más recursos para enfrentarnos a las dificultades de la vida es una realidad, derivada no tanto de diferencias biológicas como de una cultura ancestral que hemos heredado y gravita sobre nosotras haciéndonos, en general, más previsoras y, quizá también, más dispuestas para el sacrificio y las limitaciones. El varón sabrá ser más previsor en cuestiones económicas, porque ésa ha sido su función, pero los recursos materiales, siendo como son una gran ayuda, no bastan para abordar con entereza de ánimo las fatalidades. Ver la vejez no como un problema -o no sólo como un problema-, sino también como una oportunidad es uno de los grandes retos que, a nivel individual y colectivo, nos plantea una sociedad cada vez más envejecida.

La desconsideración por la etapa final y más difícil de la vida no es una novedad. Si echamos una ojeada a la historia de la filosofía, nos damos cuenta de lo poco que nos han ayudado los filósofos a enfrentarnos a la realidad de la vejez y de la muerte. Los estoicos son una excepción. Epicteto, Séneca, Marco Aurelio, Cicerón, nos han dejado testimonios vitales y escritos de sus esfuerzos para superar el sufrimiento y la muerte. Su doctrina de la *ataraxia* -la insensibilidad que busca el sabio- depende de una concepción del mundo y del conocimiento que no podemos detallar aquí. En líneas generales, su teoría viene a decir que el dolor y el mal no dependen tanto de lo que son las cosas en sí mismas como de nuestra percepción de ellas. La tristeza que sentimos por la muerte de un ser querido o por nuestro propio deterioro podemos superarla si caemos en la cuenta de que la muerte del hijo y la propia vejez son inevitables, no dependen de nosotros. Sólo aquello que depende de nosotros, aquello que estamos en condiciones de cambiar o de evitar, merece ser objeto de nuestra preocupación. Esa forma

de entender la realidad es, para los estoicos, la auténtica libertad: aceptar lo inevitable y empeñarse en luchar contra lo evitable. Por eso, la mayoría de dichos filósofos fueron partidarios del suicidio, entendiéndolo como una opción libre cuando uno comprende que la vida ha perdido todo sentido. Podríamos decir que los estoicos fueron los primeros militantes a favor de la eutanasia. Oigamos a Marco Aurelio: «O vives en el mundo y te has acostumbrado, o te has ido porque querías, o has muerto y tu misión ha terminado. No hay nada más: ten buen ánimo»⁵.

Así de sencillo. Pero quizá sólo así, construyendo ese buen ánimo, resignado pero alegre, es posible transformar la mirada sobre la vejez y hacer de las razones por las que esa etapa se muestra como la más infeliz de la vida, razones para apreciarla. Es lo que quiere enseñarnos Cicerón en su *De senectute*. Enumera en dicho libro los motivos que nos llevan a aborrecer la vejez: la actividad decrece, la fuerza física disminuye, los placeres dejan de serlo y la muerte se aproxima. Pues bien, Cicerón contrapone a cada uno de esos motivos otros que compensan lo que se va perdiendo. Si es cierto que la vejez nos vuelve inactivos y el cuerpo se debilita, no por ello decrece la actividad intelectual: el viejo puede poner al servicio de la sociedad toda su experiencia; el cultivo del espíritu, el ejercicio, la dietética -ya en el siglo II después de Cristo!- ayudan a combatir la decrepitud física; si los placeres propios de la juventud disminuyen para el anciano, existen otros como la amistad y la buena conversación. En cuanto a la muerte, si destruye el alma, ¿por qué preocuparse?, y si no la destruye, lo que adviene no es la muerte sino el tránsito a un futuro eterno. En realidad, es el amor por la vida lo que ha de llevar a quererla sea como sea.



ENVEJECIMIENTO

El amor por la vida y esa previsión de futuro que recomienda Montalcini. Cicerón dice algo similar: «Debéis retener que yo alabo aquella vejez que descansa en los fundamentos que se han puesto en la juventud... Ni el cabello blanco ni las arrugas pueden, de repente, destruir el prestigio, sino que, si se ha vivido honradamente en la etapa anterior, la última etapa recoge los frutos del prestigio».

Dejemos a los clásicos. Lo cierto es que Cicerón hablaba para una sociedad agradecida a este respecto, una sociedad que respetaba y otorgaba un lugar de privilegio a sus mayores, cosa que hoy ya no ocurre. Las lecciones que hemos repasado hasta ahora para afrontar con buen ánimo el envejecimiento van dirigidas al individuo, al que le piden un esfuerzo previsor para asumir una etapa realmente llena de espinas. No se habla, en ningún caso, del reconocimiento social que los mayores también necesitan para no sentirse solos ante la frustración mayor o menor que acompaña al proceso de hacerse viejo. Nuestra sociedad es un reflejo perfecto de lo que dijo con gracia Johnatan Swift: «Todo el mundo quiere vivir muchos años, pero nadie quiere llegar a viejo». En efecto, cada vez está más en nuestras manos la posibilidad de vivir más tiempo, pero aspiramos a que esa vida más larga no sea la que le correspondería al anciano, sino la de un cuerpo sano y al máximo de sus potencialidades. La clave está en conseguir «una vida de calidad», no simplemente en seguir viviendo. Y creo que ése es el objetivo en el que debemos empeñarnos si queremos que la vejez sea -insisto- no tanto un problema como una oportunidad. ¿Cómo mantener la calidad de vida en la vejez? O ¿cómo evitar que, con los años, acabe perdiéndose la calidad de vida? Trataré de dar respuesta a estas preguntas fijándome en tres aspectos que considero básicos para el manteni-

miento de la calidad de vida. Curiosamente, responden a los tres requerimientos de una antigua copla de todos conocida. Lo que necesitamos son estas tres cosas: salud, dinero y amor. Veámoslo con detalle.

Salud

La pérdida de salud y, en especial, la pérdida de autonomía personal son factores claros de baja calidad de vida. El deterioro físico es inevitable y, en muchas ocasiones, va acompañado de una dependencia total de los demás. Quizá sea esa dependencia el rasgo que determina que uno ha llegado realmente a la vejez. Mientras es posible valerse por uno mismo -caminar, orientarse, vestirse, leer- es lógica la resistencia a verse como un anciano. Lo que caracteriza la situación de ancianidad es, por encima de todo, la falta de autonomía para llevar una vida mínimamente normal. Lo que caracteriza a la ancianidad es la dependencia en todas sus formas.

Pienso que, en tal situación, la persona mayor teme, sobre todo, dos cosas, que pueden parecer contradictorias: el *abandono* y la *hiperprotección*. Teme ser abandonada a su suerte, que dejen de cuidarla o que la excluyan definitivamente de la vida de los otros. Hacerse viejo significa ir renunciando a muchas cosas, la peor y la última de las cuales tal vez sea el verse desprovisto de ese cuidado que nos deben los seres más cercanos, cuidado que muchas veces es sustituido por otro excesivamente «profesional» y distante. Pero si la persona mayor teme el abandono, también teme la protección excesiva. Mejor dicho, teme ser tratada más como un objeto de la técnica y de la experimentación médica que



como una persona. La tecnificación y la especialización de la medicina tienen el peligro de perder de vista al ser humano, al individuo, al que no sólo hay que curar de sus dolencias, si la curación es posible y razonable, sino que hay que *cuidar* cuando no hay curación o ésta es desaconsejable. La medicina altamente tecnificada de nuestro tiempo parece tener el objetivo último de la inmortalidad a cualquier precio. Si es cierto que la vida es un derecho básico y que, en principio, la vida es mejor que la muerte, es totalmente insensato convertir ese principio en un arma contra la finitud que define la vida humana. Como es insensato mantener un modelo de medicina dirigido sólo a curar la enfermedad y a alargar la vida. Los fines de la medicina están cambiando y deben cambiar si queremos que nuestra medicina sea sostenible y si buscamos una vejez de calidad, es decir, una vejez que no haga de los ancianos un colectivo de excluidos⁴.

Dinero

En el modelo de estado que tenemos y, a duras penas, intentamos mantener -el estado de bienestar- la vejez se encuentra formal y, en cierto modo, también materialmente protegida-. Pero esa protección siempre es escasa, insuficiente, y no deja de ser una especie de providencia que fuerza a los mayores a pasar a formar parte de un colectivo no siempre apetecible. Cicerón explicaba que la vejez implica la liberación de la carga del trabajo. «Jubilación» viene de «júbilo»; por tanto, debería significar el comienzo de un período más tranquilo y descansado. No obstante, no todas las contrapartidas de la liberación laboral son jubilosas. No es precisamente un aspecto jubiloso el que tienen nuestros pensio-

nistas, salvo en contadas excepciones, y pese a los esfuerzos de las administraciones públicas para mostrar los lados más lúdicos de la atención a la tercera edad. Que la jubilación sea obligatoria es seguramente algo que el principio de igualdad de oportunidades, defendido por el estado de bienestar, tiene que llevarnos a repensar y modificar.

Todo ello hace que el paso obligado a engrosar las filas de los pensionistas representa, en la mayoría de los casos, una de esas «nuevas exclusiones» que florecen en las actuales democracias sociales⁵. El trabajo obligatorio es una maldición, como bien quedó reflejado en el libro del Génesis, pero asimismo lo es la inactividad forzada, que es la del parado y, en bastantes ocasiones, la del jubilado. Acostumbrados a entender como trabajo sólo el que recibe una remuneración salarial, cualquier otra forma de actividad deja de ser reconocida como trabajo. Es una vieja reivindicación feminista la llamada de atención sobre el trabajo doméstico como un trabajo que siempre ha estado privado de reconocimiento. Lo mismo ocurre con el trabajo voluntario, una forma de actividad que moviliza cada vez más a las personas mayores, como moviliza asimismo a los jóvenes. En resumen, nuestro modelo de sociedad tiende a relegar a los ancianos a la inactividad, o a una actividad nada reconocida, como la de ejercer de abuelo. Todo ello cierra las puertas a un envejecimiento positivo, el que propugna Rita Levy Montalcini.

Dicha inactividad forzada trae consigo, como es lógico, la pérdida de capacidad adquisitiva y, por tanto, añade un elemento de capital importancia a la condición de inexistencia social que padecen los mayores. En la sociedad de consumo, el que no produce ni consume en grandes proporciones deja de existir. Es lo que les ocurre a los mayores, que poco



ENVEJECIMIENTO

a poco habrán de ir descubriendo que la oferta del mercado no va dirigida a ellos. O no ha sido así hasta ahora. Pues también es cierto que, a medida que la sociedad va envejeciendo, el mercado no tarda en encontrar una nueva fuente de ingresos, la de las «necesidades» de los ancianos. Las «tiendas del abuelo», todavía excepcionales, han de acabar proliferando, contribuyendo a generar demandas por ahora aún poco verbalizadas. Lo que no deja de ser una nueva forma de excluir y considerar al mayor como alguien que solicita y necesita mercancías especiales. A nadie parece ocurrírsele que es toda la realidad la que debería estar pensada para el envejecimiento, el cual trae consigo una serie de achaques que complican la vida de las personas que los padecen sólo porque las cosas han sido diseñadas para otros, no para ellas. La vista cansada, por poner un solo ejemplo, es un achaque generalizado a partir de una edad relativamente temprana. Sin embargo, todo lo que hay que leer -libros, periódicos, letreros, anuncios- está hecho sólo para quienes conservan la agudeza visual intacta. Se lamentaba de ello Ramón y Cajal, en su espléndido *El mundo visto a los ochenta años*, y escribía: «Atendiendo a móviles económicos, editores e impresores parecen confabulados para atormentar a la senectud estudiosa»⁶.

Amor

El tercer punto sobre el que quiero llamar la atención es el del amor. Amor, afecto, amistad, reconocimiento, da lo mismo el nombre que queramos darle. Es una condición igualmente indispensable para una vejez digna y de calidad.

Me he referido en los apartados anteriores a la salud y al dinero. Se trata de dos bienes básicos que

deben ser protegidos y que hay que procurar distribuirlos por igual. La protección de la salud es un derecho fundamental, y el goce de una renta mínima es uno de los bienes que todo estado justo debería garantizar. Pero no basta la justicia como condición de unos mínimos de felicidad; también tiene que haber amor, compañía, fraternidad, solidaridad. Virtudes estas últimas que no puede proporcionar la administración pública, como hace con las pensiones o con la protección de la salud, sino que dependen de una buena disposición en nuestras mutuas relaciones. Los mayores no sólo necesitan justicia, sino también afecto, incluso compasión, si entendemos bien esta palabra como el «sentir con» el que sufre y lo pasa mal. Si queremos evitar que los ancianos se sientan excluidos porque se les expulsa del mundo activo, y queremos superar el paradigma de una medicina estrictamente curativa propiciando el cuidado, habrá que apelar a las actitudes de las personas y no sólo a una gestión de las administraciones públicas más justa.

El filósofo de la política recientemente fallecido John Rawls ha defendido que uno de los bienes básicos que ha de garantizar la sociedad justa consiste en las «condiciones sociales de la autoestima»⁷. Efectivamente, la autoestima es una condición inexcusable de eso que llamamos calidad de vida. Una persona que carece de autoestima, por las razones que sean, no vive bien ni a gusto; su vida carece de calidad. La cuestión que hay que plantearse es: ¿qué hacer para garantizar las condiciones sociales de la autoestima? Una parte le corresponde sin duda al estado, tomando las medidas legislativas y políticas propias de un estado social: protección universal de la salud y la seguridad que proporciona una renta mínima. Pero otra parte nos corresponde a todos en la medida de las posibilidades de cada uno. Los



mayores necesitan afecto, cuidado, estima, para poder a su vez autoestimarse. Necesitan la cercanía de la familia, de los amigos, una cierta calidez social. Sería una perversión del estado de bienestar considerar que todas estas carencias son obligaciones exclusivas de las administraciones y que nosotros no tenemos ninguna obligación ni nada que poner de nuestra parte. Un estado de derecho precisa ciudadanos que sean, a su vez, sujetos de deberes.

Para que las tres condiciones mencionadas como requisito para una vejez más digna se hagan realidad, la sociedad debe transformarse. La sociedad debe cambiar, por lo menos, en tres sentidos básicos: en la política, en la medicina y en la educación.

a) Tiene que haber cambios en las políticas públicas que replanteen la obligatoriedad de la jubilación, que aseguren la garantía y dignidad de las pensiones, que ayuden a las familias para que éstas puedan cuidar de los mayores, que reconozcan el valor de cualquier forma de trabajo sea o no remunerado.

b) Tiene que haber cambios en la medicina para que el cuidado entre a formar parte de sus fines como lo ha sido siempre el curar.

c) Tiene que cambiar la educación para que se cumplan las tareas preventivas que recomendaba Rita Levy Montalcini. Prepararse para la vejez es la

forma de prepararse para vivir dignamente, y los recursos de los que uno puede echar mano en la vejez no se improvisan, sino que se atesoran a lo largo de toda la vida. En el libro de Ramón y Cajal citado antes se lee lo siguiente: «Preguntaba Talleyrand, ministro de Napoleón, a un amigo suyo si sabía jugar a las cartas: «No, por desgracia». «Amigo mío, tendrá usted una vejez desastrosa».

Notas

1. Norberto Bobbio. *De senectute*. Turín: Einaudi, 1996.
2. Rita Levy Montalcini. *El as en la manga*. Barcelona: Crítica, 1999.
3. Para una introducción breve al pensamiento de los estoicos puede verse el prólogo de Victoria Camps a la edición de *Meditaciones*, de Marco Aurelio, y de *Enquiridión*, de Epicteto. Barcelona: Círculo de Lectores, 2002.
4. El cambio que debe experimentar la medicina está muy bien expuesto en el informe realizado por The Hastings Center. The Goals of Medicine. *Hastings Center Report* November-December 1996.
5. El sociólogo francés Pierre Rosannvaillon explica muy bien esta circunstancia del estado de bienestar en las sociedades avanzadas en su libro *La nouvelle question sociale*. París: Éditions du Seuil, 1996.
6. Santiago Ramón y Cajal. *El mundo visto a los ochenta*. Madrid: Espasa Calpe, 1960.
7. El libro más accesible de este eminente filósofo recientemente fallecido es *La justicia como equidad. Una reformulación*. Barcelona: Paidós, 2002.



ENVEJECER DESDE LA LITERATURA

TERESA PÀMIES*

Escritora. Barcelona (España)

La literatura ha aportado, y sigue aportando, estimados datos a las Ciencias Médicas por ser reflejo de la vida humana, en la salud y en la enfermedad; en la infancia, la juventud, la madurez y la ancianidad. Los escritores también enferman o conviven con la enfermedad de otros, experiencias que un día pueden ser tema literario tamizado por la imaginación del escritor/a, cronista de su tiempo y circunstancia, no sólo para dar fe de lo que acontece sino también de cómo lo afronta el ser humano en cada etapa de su vida.

Sí; los escritores también enferman y envejecen. Conocen la llamada «angustia del papel en blanco» que, en algunos casos, puede influir en su salud, pero esto no requiere tratamiento médico y debe afrontarlo solo, cuando no encuentra las palabras para llenar el espacio vacío, transmitir una idea, un sentimiento, una emoción efímera o duradera... No

son enfermedades sino frustraciones que no conocerá el albañil frente a la pared que le sale torcida, porque sabe cómo enmendar el gazapo y confía en su pericia para lograrlo. Cada profesión se ejerce con acierto y con errores, pero las consecuencias no son las mismas para el escritor que para el albañil. Por esto me parece pertinente la comparación.

El dolor físico derivado de una enfermedad puede ser explicado por la Medicina, aunque no siempre acierte en el diagnóstico y tratamiento, pero la Literatura no se propone curar enfermedades, sino indagar en el ánimo o el alma del ser humano que las padece o cree padecerlas, que también es una manera de estar enfermo. Si el paciente es, además, escritor o escritora, puede espantarse ante un trastorno de la salud y tratará de explicárselo, pensando en escribirlo para el lector que el cronista tiene siempre en cuenta a la hora de escribir.

Retener los avisos para poder describirlos: es lo que hizo Josep Pla cuando una madrugada le despertó el primer golpe de pecho de un imprevisible infarto del miocardio, en su cama de solterón en la casa solariega donde vivía solo cuando no viajaba o no pernoctaba en el cuarto de invitados de sus amigos y admiradores, que eran muchos y ricos, rumbosos anfitriones con mansiones rodeadas de jardines y numerosos criados para atender al ilustre huésped.

*Escritora, activista política, persona siempre comprometida con la sociedad en la que le ha tocado vivir. Desde 1939 a 1971 vivió exiliada en América Latina, Checoslovaquia y Francia. Su extensa obra literaria se extiende por los más diversos géneros, como novela, dietarios, reportajes, y colaboraciones en prensa. Ostenta, entre otros, el Premi d'Honor de les Lletres Catalanes. Entre su vasta obra cabe destacar *Testament a Praga* (1971), *Quan érem capitans* (1974), *Records de guerra i d'exili* (1976) o *Dona de pres* (1975).



ENVEJECIMIENTO

Pero aquel día, Josep Pla se encontró solo ante el infarto. Los primeros momentos consecutivos al ataque fueron descritos minuciosamente a los médicos que le atendieron en la clínica de Gerona donde fue trasladado en la ambulancia que llamaron el matrimonio de payeses que guardaban la finca y habitaban en la planta baja de la casona. Los especialistas y el personal sanitario del centro médico valoraron la información que les diera el enfermo. No es habitual que un paciente pueda narrar lo que le ocurre con palabras propias no plagadas de manuales de Medicina pero más inteligibles. Su oficio de escritor y su capacidad de observación le permitieron a Josep Pla colaborar con sus médicos y ellos le aconsejaron escribirlo y publicarlo, como se hizo con el relato sobre un dolor agudo de pierna que leemos en la página 19 de su libro *«Notes del capvesprol»* (Notas del atardecer) en castellano, aunque el vocablo *«capvesprol»*, en el catalán del Empordà, no es un atardecer cualquiera sino específico de aquel litoral, definido como «viento marino y leve que sopla al anochecer». El título del libro es una metáfora del ocaso del viejo escritor. Traduzco al castellano el fragmento del texto original escrito en catalán:

«Estas últimas semanas me ha dolido mucho la pierna derecha, entre la articulación, el muslo y la rodilla. Es un dolor que, a ratos, me produce efectos muy desagradables, otras veces no tanto, pero siempre molestísimo. No he querido hablar con ningún médico, ni he tomado pastillas ni medicamento alguno. Sigo creyendo que, cuando se tiene una enfermedad, el elemento más importante es el enfermo siempre que éste se encuentre en posible observación».

«El dolor que he tenido ha afectado, sobre todo, la tendencia de mi cuerpo a la verticalidad, o sea: a mantenerme en pie. Siempre que lo he intentado, el dolor ha aumentado en términos más vivos; cuando, por el contrario, he doblado el cuerpo como si me dispusiera a andar a gatas con las manos tocando el suelo, el dolor ha disminuido. El bastón que he utilizado alguna vez me ha servido de poco, en cambio, apoyarme en los muebles de la casa, agarrado al canto de una silla, una mesa o una puerta, ha facilitado mis movimientos».

Son experiencias banales pero importantes cuando quien las vive sabe contarlas con la amenidad y la naturalidad de un escritor como Josep Pla, que sólo pedía: «que me dejen libre para escribir sobre lo que veo. Las personas que escriben de imaginación, sin saber nada de nada, producen papeles y libros retóricos; con frases engorrosas y enroscadas; utilizan gran cantidad de palabras para no decir nada. Yo soy partidario de la literatura de observación de la vida humana, de lo que tenemos delante. En definitiva, la única literatura que ha durado es ésta.» (*«Notes del capvesprol»*, pág. 50.)

Consecuente con sus teorías, Josep Pla se observó a sí mismo para explicárselo y explicarlo, como hemos leído refiriéndose a la aparición del dolor de su pierna derecha, convertido en tema literario -'literatura de la 'observación de la vida humana'-, pero donde resultó excepcionalmente lúcido y literariamente prodigioso fue en el seguimiento de los diversos episodios de su propio envejecimiento, reflexiones que han sido estudiadas, contrastadas y discutidas en los últimos años por profesionales de la Geriátrica y por los jubilados más activos de numerosos centros para la tercera edad, reuniones,



mesas redondas y coloquios a los que, alguna vez, he asistido en mi calidad de escritora interesada en el tema. Me consta que la «literatura de la observación de la vida humana» ayuda enormemente a comprender, entre otros fenómenos, el de la vejez.

«Ahora que voy llegando a los ochenta años a una velocidad increíble -escribía Pla en su Diario-, que todavía tengo la absurda ilusión de escribir este libro, a veces pienso en el pasado y, al escribir las cosas, debo reconocer que, dentro de mi total limitación, he sido muy afortunado y que he ido sorteando los escollos de la existencia, a veces conscientemente, a menudo con una perfecta inconsciencia. Si me quejara, sería un desagradecido, un indecente desagradecido. He tenido la fortuna de ser una persona limitada, concreta y, hasta donde me ha sido posible, libre».

Recuerdo que la lectura de este párrafo en catalán y en una conferencia-coloquio organizada por la Associació Aula d'Extensió Universitaria para jubilados deseosos de ampliar sus conocimientos culturales, suscitó un animado debate centrado en la dificultad, por no decir la imposibilidad, de ser libre en la ancianidad que depende de tantas cosas en nuestra sociedad. Fue una discusión desordenada en torno a lo que suele llamarse filosofía de la vida, no sólo en la vejez, sino en cada etapa. Los ejemplos aducidos no siempre encajaban con las tesis del escritor. La mayoría de las opiniones se mostraban escépticas sobre el fondo de la cuestión; otros se expresaban en la línea de lo escrito por el doctor Luis Rojas Marcos en su folleto «Aprender a vivir» (1999), muy leído por los jubilados activos y motivados. Uno de los participantes en el coloquio citó un párrafo ante un público

que empezaba a mostrar cierto cansancio o aburrimiento. El respetable se animó, visiblemente, al oír las primeras ideas del prestigioso especialista:

«El envejecimiento del cuerpo y de los sentidos disminuye poco a poco nuestra libertad de acción, mientras que los órganos internos nos llaman la atención con sus averías. Por otro lado, las condiciones económicas, que a menudo empeoran después de la jubilación, limitan la capacidad de tomar decisiones libremente. No obstante, si nos lo proponemos, casi siempre es posible adoptar un estilo de vida razonablemente independiente, estimulante y activo».

Fue posible en el caso de Josep Pla, pero el suyo no fue un estilo de vida asequible a la mayoría. Otro escritor catalán, Josep Maria Espinás, puso el dedo en la llaga comentando, críticamente, la publicidad destinada a vender productos y recetas para detener el envejecimiento:

«El anuncio citado habla DE QUIENES no quieren transmitir a los demás sus señales de fatiga o estrés. Me parece una actitud positiva. Ahora bien, este engaño caritativo sólo es de recibo si es temporal. Si envejecer no está entre sus planes... eso ya es otra cosa. Porque no se trata ya de sugerir que un hombre disimule discretamente su edad, sino que presenta el proceso de envejecimiento como un hecho al que podemos decir: ¡NO!».

Y el escritor septuagenario añade:

«La aceptación del envejecimiento es una condición básica de la salud psíquica, y más



ENVEJECIMIENTO

en la edad que nos damos cuenta más claramente del proceso. ¿Qué quiere decir saber envejecer? No sentirse víctima del paso del tiempo, admitir que es una evolución natural y -contra lo que dice el anuncio- absolutamente recomendable, que el hecho de envejecer entre en nuestros planes y figure en nuestra Agenda psicológica. Y así se puede envejecer con el ánimo adecuado. Traduzco de un latino antiguo: '¡Qué lamentable es envejecer de mala gana!'».

Y esto nos lo recuerda el escritor catalán más leído en Cataluña, de la generación posterior a Josep Pla, como Espinás, que sabe envejecer «con buen ánimo», activamente, creando, a la vez, obras literarias que ayudan a envejecer, como el espléndido testimonio: «*Temps afegit (com un autoretrat)*» y los reportajes de sus viajes a pie por Castilla, País Vasco, Extremadura y Galicia, escritos después de cumplir setenta y tres años a ritmo joven y siempre entusiasta.

En la literatura castellana encontramos testimonios estremecedores sobre la vejez vivida y no sólo como tema literario: libros como el de la gran escritora burgalesa María Teresa León titulado «*Memoria de la melancolía*» escrito en el exilio romano que compartió con su esposo Rafael Alberti, tres años mayor que ella.

La joven historiadora granadina Antonia Rodrigo visitó a la pareja, ya septuagenaria, al objeto de escribir su libro sobre famosos españoles editado por Plaza y Janés el año 1979 en Barcelona.

«Cuando conocí a María Teresa León en su hermosa casa del barrio romano del Trastevere, muy cerca del discurrir del Tiber, su memoria empezaba a nublar su claro entendi-

miento. Emprendía la huida por el camino de las sombras, pero todavía eran fugas repentinas, lagunas poco dilatadas en las que pronto reaparecía su fulgurante lucidez, como un sol radiante escapado entre negros nubarrones y, entonces, como el sol, su palabra brillaba todavía más». (Antonia Rodrigo, *Mujeres de España*, pág. 172.)

La ya septuagenaria escritora presentía la inminencia del desastre que presagiaban «los negros nubarrones» a los que se refería, metafóricamente, su colega granadina y cuando, repentinamente, recobraba «su fulgurante lucidez», escribía en el Diario que se convertiría en su libro póstumo «*Memoria de la melancolía*»: «Pobre libro mío, desarreglado como memoria de vieja. ¡Qué desolación! -leemos en la página 243.

El esfuerzo por «acordarse» no sólo es mental sino de todo el cuerpo, de toda el alma. «No puedo recordar algunos nombres pero sí el surco que dejaron algunas gentes». Mas también el surco se desvanece, como los nombres de quienes lo señalaron y, entonces, el empeño en retenerlos desgasta las neuronas y se produce el extravío total porque, como escribía María Teresa al borde de la demencia senil que finalmente acabó con ella: «Siempre necesitamos quien nos abra el camino del conocimiento; quien nos indique, con su ejemplo, dónde se han de ir colocando nuestros pasos» (pág. 61).

Ay, qué pánico se apodera del viejo prematuro ante el paso de cebra de su propia calle, miedo de confundir el verde con el rojo y cruzar unos metros de asfalto donde puede esperarlo la muerte o el accidente que lo deje definitiva y totalmente lisiado. ¿Dónde colocar los pasos, cuándo, cómo? Pavorosos dilemas para el desmemoriado transeúnte que no tiene quien le indique dónde colocarlos.



Hay un momento en que «ya no llegan a nosotros los ruidos vivos, sino los muertos. Memoria del olvido» -escribió Emilio Prados- recordado fugazmente por su colega en declive, memoria melancólica, a medio apagar, «memoria de la melancolía» que María Teresa León escogería para su libro: «Pobre libro mío, desarreglado como memoria de vieja. ¡Qué desolación!». Y, recuperando repentinamente recuerdos entrañables -«la memoria del corazón» en expresión de José Luis Aranguren-, María Teresa añadía:

«No sé quien solía decir en mi casa: hay que tener recuerdos. Vivir no es tan importante como recordar. Lo espantoso era no tener nada que recordar, dejando detrás de sí una cinta sin señales. Pero qué horrible es que los recuerdos se precipiten sobre ti y te obliguen a mirarlos y se revuelquen sobre tus entrañas, que es el lugar de la memoria».

«A la memoria del sonido sigue la de los olores, la del tacto. Se mezclan para no tener piedad de nosotros» (pág. 54.)

A mitad de su exilio romano, María Teresa León sintió los primeros zarpazos de una vejez que su belleza física y su alegría legendaria pudieron aplazar pero no evitar. Y gradualmente fue constatando que «Es difícil ser viejo. Se necesita un aprendizaje que es el drama de nuestra vida». Ella no estaba preparada para ejercer de vieja denominada. Y esto no se aprende. Las visitas de jóvenes compatriotas llegados especialmente de España para conocer los iconos supervivientes de la tremenda guerra fratricida le sugirieron reflexiones como la que leemos en la página 36 de su libro:

«¿Y cómo preguntar a los que entran en mi casa y se sientan a mirarnos como piezas de museo, si sigue manando la fuente, el arroyito; si los pinos protegen a los amantes? Me corroe el alma una melancolía indefinible. ¿Por qué me faltan las palabras clave para dialogar con ellos?».

No sólo le duele no poder hablar de la tierra con los jóvenes que nacieron en su ausencia, sino la sospecha de que ellos crean que no tiene nada que decirles; y lo que les habría dicho, si encontrara ella las palabras, lo escribe en su diario, apresuradamente, antes de que se le olviden.

«No tienen que esforzarse, lo comprendemos todo. Y comenzamos a repetirles la historia que ya sus padres les habrán contado, pues para nosotros está invariablemente presente aquel estar Madrid por Cataluña y Cataluña por Madrid. Cataluña mandaba voluntarios a la capital de España amenazada...».

Y de nuevo la desordenada evocación de aquella guerra, en la cual la pareja León-Alberti jugó un papel de primer orden y cuyo desenlace les obligó a huir para iniciar un exilio que duraría cuarenta años, en el cual envejecerían, perdiendo ella la memoria de los hechos y el nombre de cada elemento de los paisajes de la infancia y la juventud, por los que no osará preguntar a los jóvenes compatriotas que iban a Roma para «mirarlos como pieza de museo». Pero se siente vieja, que es peor que ser pieza de museo.

«Por la calle se da uno cuenta de que las viejas son todas del mismo modelo. Lo difícil es diferenciarse. A mi me da miedo que llegue



ENVEJECIMIENTO

un día en que nadie me vea. Sería un purgatorio eso de andar por la calle sin que ninguna mirada se cruzase con la mía. Yo creo que las viejas muy viejas con personalidad se vuelven borrachas y escandalizan a todo el mundo. Sí, hay que hacer algo, distinguirse... A veces no tenemos tiempo de mirarnos. Vivir en Roma es salvarse diariamente de morir bajo las ruedas de un coche y eso da alegría, la alegría de sobrevivir» (pág. 47).

María Teresa León sobrevivió al exilio y, cuando España inició una nueva singladura democrática, la insigne escritora castellana volvió a su tierra acompañada de su también insigne esposo. Reconoció el farol de alguna calle, la fuente de una plazuela, un balcón con los geranios de antaño, pero había olvidado los nombres. Podía haber escrito un hermoso libro sobre el retorno, pero no habría hallado las palabras idóneas. Se perdieron en su memoria deshilachada. Murió plácidamente en una residencia geriátrica de Madrid sin haberlas recobrado.

Otros escritores castellanos de la misma generación volvieron del exilio con la memoria en condiciones de enraizar de nuevo en la tierra madre, proseguir su obra literaria respirando el aroma de los pinos y los robles, y los jarales bajo la lluvia, oír por las calles la lengua que no enmudeció en su ausencia, aunque ellos, los escritores exiliados, como dijo León Felipe en su destierro mexicano, «se llevaron la palabra». Se la llevaron pero algunos la olvidaron al entrar en la vejez. No así el escritor granadino Francisco Ayala que, a sus noventa y siete años, no ha olvidado las palabras de ayer y sigue aprendiendo y enseñando las de hoy, abonando el terreno para las de mañana. Sigue activo en el ámbito de las letras y del pensamiento.

El verano del 2003 viajó a Sevilla para reunirse con los integrantes de la Fundación que lleva su nombre. El corresponsal del diario «El País» en la capital andaluza lo describió así: «Francisco Ayala camina por el mundo con lucidez y curiosidad a los 97 años». La curiosidad ayuda a evitar la decrepitud y a envejecer armoniosamente. Es la lección que da el nonagenario profesor y creador de literatura.

Al cumplir los 93 años en su casa de Madrid, a instancias de los amigos y periodistas que fueron a felicitarlo, dijo que a partir de los noventa se negó a celebrar más aniversarios. Alguien le preguntó cómo se encontraba en ese momento y, con sentido del humor, el escritor contestó: «¿Cómo quieres que esté, a mi edad?». El eminente historiador catalán, Josep Maria Ainaud de Lassarte, jubilado pero activo en todas las iniciativas culturales destinadas a la tercera edad, muestra el mismo sentido del humor cuando le preguntan por su salud: «Si no entramos en los detalles, digamos que estoy bien». Es una manera inteligente e inofensiva de eludir el típico diálogo sobre achaques reales o imaginados en la vejez, que acaban fatalmente en depresiones o crisis de hipocondría tipo «malade imaginaire», pero sin literatura.

El discurso del escritor granadino no ha variado de lo dicho a los noventa y tres años. Tiene 97 y sigue defendiendo los mismos valores, captando los cambios constatados desde entonces. Los sigue con la mente abierta y opina con la sinceridad de los viejos que no dependen de nadie ni de nada, sólo de la conciencia, y la suya no admitió nunca la mentira, que no hay que confundir con la inventiva literaria de sus novelas que, como «*Los usurpadores*», «*Cabeza de cordero*» y «*El jardín de las delicias*» siguen reeditándose y estudiándose en las universidades.



La mejor prueba de la juventud mental del nonagenario escritor es su enfoque moderno del hecho literario y de los cambios que se han producido en el mundo en el curso de medio siglo. A diferencia de algunos de sus coetáneos de sectores menos ilustrados, Ayala no se asusta de los trastornos que la tecnología y los cambios de costumbre pueden ocasionar a su vejez cotidiana, ordenada y confortable, a salvo de los sobresaltos que desquician esquemas mentales profundamente arraigados.

«Puedo sorprenderme ante algo que me resulta nuevo, que llega a despertarme una sonrisa, una carcajada, pero todo me interesa», declaraba a los 93 años en la presentación de sus libros reeditados.

Pero donde el escritor granadino se muestra más moderno y culturalmente avanzado es en su discurso en el Círculo de Bellas Artes de Madrid, cuando el año 1997 le homenajearon con motivo de sus noventa años. Ante el asombro de algunos de sus colegas, incluso más jóvenes, Francisco Ayala proclamó que la librición de la mujer es el gran fenómeno de este siglo, una observación joven en boca de un anciano que sabe envejecer desde la literatura. Y no es el único.

El escritor mallorquín Cristóbal Serra, que se autodefine como «ochentón en quien no ha muerto la jovialidad», respondiendo al cuestionario de la revista «El Ciervo» para un monográfico titulado «Aprender a envejecer», muestra un envidiable sentido del humor, algo que, desgraciadamente, se pierde con el paso de los años. El autor de «*Nótu-las*», libro elogiado en su día por el Premio Nobel de Literatura Octavio Paz, mostró no sólo su jovialidad sino la verdad de su experiencia de octogenario.

«No deja de ser un don de la vida llegar a viejo sin ser un vejstorio. Si se mira uno al

espejo y ve que su rostro aún conserva cierta tersura, agradece al paso del tiempo que su huella en la cara no sea muy visible. Entonces, exteriormente, no mueves a lástima. Hay que agradecer, pues, esa gracia que se une a la de vivir».

«También hay que agradecer la *mens* que pueda aún alojar pensamientos, proyectos y algún que otro primor creativo. A mi me han encontrado los ochenta con un libro que no acaba de salir en el mercado y que espero puedan leer pronto mis lectores. El título del libro: «*El asno inverosímil*».

Tras explicar lo que se propone con un libro de título surrealista, el «jovial ochentón» relata varios detalles de su cotidianeidad: «anclado en la rutina... en esa rutina que, para mi, constituye el substrato de nuestras vidas. Es tan rutinaria mi vida como la de cualquier mortal que vive solo y se las ha de apañar para comprar el pan y asegurarse la pitanza diaria. Esto me ocupa unas horas al día. Una vez realizada esta diligencia doméstica, puedo permitirme ser diligente o indolente. Si soy diligente me dedico a releer viejos libros que tengo anotados y que leo con presteza. Escucho música, despejo dudas mentales, si puedo, y algunas veces escribo aquellas cartas que me apetece escribir».

Y como guinda de su deliciosa narración, Cristóbal Serra cita una frase de Swift: «Jamás un hombre sabio quiso rejuvenecer». Y es de sabios recordarlo a la edad de ochenta años.

Es lo que podríamos llamar un testimonio positivo y estimulante, a diferencia de la estremecedora y convulsa evocación de la escritora María Teresa León, pero ambas experiencias, contadas desde la literatura, son maneras de envejecer que comparten



ENVEJECIMIENTO

muchos ancianos en nuestra época, aunque los especialistas en patologías derivadas de la vejez seguramente lo contarían de otra manera, con expresiones más científicas. Sin embargo, el hecho de haberlo vivido y disponer del don del lenguaje para explicarlo concede a los literatos una credibilidad y una capacidad sensorial que no tienen los teóricos, por bien preparados que estén en sus respectivas especialidades.

Hay grandes escritores, como Miguel Delibes, por ejemplo, que en sus libros no cuentan lo que experimentan en cada fase de su singladura vital, pero que trasladan esas experiencias a sus personajes, bien sea por pudor o para preservar la intimidad del morbo que despiertan algunas celebridades, incluidas las literarias.

A la edad de 76 años -ahora tiene 83- Miguel Delibes recibió el Premio Cervantes de Literatura y en el discurso de recepción recordó algunas de las «criaturas» inventadas en sus novelas, tales como Lorenzo, el cazador, Mochuelo, el viejo Eloy, el señor Cayo o Pacífico Pérez. «Ellos iban redondeando su vida a costa de la mía» -dijo el premiado-. «Ellos eran los que evolucionaban. Sin embargo, el que cumplía años era yo. Hasta que un buen día, al levantar los ojos de las cuartillas y mirarme al espejo, me di cuenta de que ya era un viejo. En buena parte, ellos habían vivido mi vida, me la habían sorbido poco a poco. Mis propios personajes me habían disecado y no quedaba de mí más que una mente enajenada y una apariencia de vida».

Con aquella afirmación Miguel Delibes subestimaba las posibilidades de su «mente enajenada», que seguía tan libre y activa como en los mejores tiempos. Años después de su discurso de 1994 todavía escribiría, entre otros, «*Diario de un jubilado*», inspirado en el drama moderno de los asalariados menores de 65 años a los que les aplican la «jubilación anticipada», cuando están en plena forma física, mental y profesional. Delibes se supera a sí mismo recreando literariamente realidades cotidianas de un mundo desquiciado, pese a sus apariencias y a las estadísticas falseadas. El libro de Delibes, publicado en la década de los noventa, demuestra que a los problemas económicos creados por la «jubilación anticipada» se añaden los de tipo moral, la pérdida de autoestima en los humillados trabajadores tratados como parásitos o empujados a la búsqueda de chapuzas eventuales, algunas denigrantes o embrutecedoras, como complemento de la pensión recortada. Es así como deben afrontar algunos, muchísimos, una vejez precipitada y patética. Y no es literatura. Pero es gratificante constatar que hay literatos que lo reflejan en su obra.

Últimos libros de Teresa Pàmies

L'aventura de envellir. Barcelona: Editorial Empuries, 2002.
Conviure amb la mort. Barcelona: Editorial Empuries, 2003.
La aventura de envejecer. Barcelona: Ediciones Península/Atalaya, 2002.