

CARLOS MARTÍNEZ MANZANARES

Coordinador

**ESTUDIO PROBLEMAS
SOCIO SANITARIOS
MAYORES**



**Real Academia de
Medicina de Sevilla,
España, 2017**

Índice Mesas Redondas y Moderadores

Real Academia de Medicina de Sevilla, España.

Aspectos biológicos del envejecimiento.....	4
Dr. Carlos Martínez Manzanares	
La asistencia sanitaria a mayores (XXI)	25
Dr. Carlos Martínez Manzanares	
¿Cómo prevenir el deterioro en pacientes mayores?	43
Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra.	
Aspectos personales en el envejecimiento	59
Dr ^a M ^a del Carmen García Molina.	
Cuidar a las personas mayores	79
Dr. José María Rubio Rubio.	

Presentación

En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años. Para el 2050 se piensa que estas podrían llegar a ser 2.000 millones, esto es, más del 20 % de población mundial. Con esto en mente, está claro que es necesario prestar mayor atención a las necesidades particulares de las personas de edad, y a los problemas a los que se enfrentan muchas de ellas.

La importancia de estos problemas hizo que las Naciones Unidas decidieran tomar parte activa en él, y en el año 1990 instituyeron el “Día Internacional de las Personas Mayores”, que se celebra el 1 de octubre de cada año. Con posterioridad su Asamblea General por resolución 46/91, de fecha 1 de diciembre de 1991, aprobó los “Principios en Favor de las Personas de Edad”, para alentar a los Gobiernos a que los introduzcan en sus programas nacionales.

Esta Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla no podía dejar de considerar esta cuestión, y para ello ha organizado un ciclo de cinco Mesas Redondas, al objeto de tratar este problema desde distintos puntos de vista.

Carlos Martínez Manzanares
Coordinador

©Carlos Martínez

Primera Mesa Redonda

**ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL
ENVEJECIMIENTO**

Moderador:
Dr. Carlos Martínez Manzanares
*Académico de Número de la
RAMSE*

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, según el artículo 5 de sus Estatutos vigentes debe promover estudios e investigaciones en todas las áreas de conocimiento; celebrar sesiones científicas sobre temas doctrinales, clínicos y de investigación; colaborar con los organismos públicos y privados de su ámbito territorial, resolviendo las consultas que se le formulen o promoviendo a iniciativa propia, criterios y opiniones relacionados con la medicina.

La comisión de Actividades académicas, analizando los diversos temas doctrinales y éticos de la investigación y la práctica clínica en la sociedad actual, decidió por su importancia, trascendencia y actualidad, que en el próximo Curso Académico 2017 (317 desde su fundación), se realizaran varias sesiones (mesas redondas, debates y conferencias) dedicadas a los problemas relacionados con el envejecimiento.

En la actualidad, casi 700 millones de personas son mayores de 60 años y para 2050 se espera sean 2.000 millones, esto es, más del 20% de la población mundial.

En España según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015 hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). Se espera que en 2061 habrá más de 16 millones de personas mayores (38,7% del total). Otro dato a considerar es el envejecimiento del envejecimiento, ya que sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios y mayores, que ahora representan el 5,8% de toda la población.

En Andalucía según datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015 un 16,2 % de población son mayores.

Según datos del SIMA (Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía (Consejería de Economía y Conocimiento de la J de Andalucía), los mayores

son un total es de 984.772, siendo mujeres 576.464 y varones 408.308 y en Sevilla hay 128.641 mayores de los cuales 77.602 son mujeres y 51.039 son varones. Por ello se hace cada día más necesario prestar la mayor atención a las personas de edad, que aunque muchos presentan problemas sociales y sanitarios, un gran número puede prestar importante contribución al funcionamiento de la sociedad, sin olvidar que los derechos humanos se hallan en la base de todos los esfuerzos en este sentido.

Los Organismos Internacionales, dada la importancia de los problemas que se plantean y del futuro que se prevé, en diversas ocasiones han analizado y realizado diversas recomendaciones

1974: la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó un informe sobre los servicios geriátricos mundiales

1982: La ONU (Organización de Naciones Unidas) celebró en Viena una Asamblea Especial sobre Envejecimiento

1990: La ONU instituyó el Día Internacional de las Personas Mayores que se celebra el 1 de octubre de cada año. La idea surgió como concienciación a la población de la importancia que tienen nuestros mayores en la sociedad.

1991: Se elaboraron Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, que fueron aprobados por resolución 46/91 de la Asamblea General de fecha 16 de diciembre de 1991, para alentar a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sea posible, los principios a favor de las personas de edad.

2015: Como las autoridades sanitarias de los distintos países, siguen con el clásico modelo asistencial, que ha servido para personas adultas, pero que no soluciona el cada vez más urgente problema de la asistencia integral a los mayores, el principal organismo sanitario internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 1 de octubre de 2015, presentó el “Informe mundial sobre envejecimiento y salud” (disponible en internet) tanto en versión completa como reducida y en diversos idiomas.

El informe tiene siete capítulos:

- Añadiendo salud a los años
- Envejecimiento saludable
- Salud y ancianidad
- Sistemas de Salud
- Sistemas de cuidados a largo plazo
- Hacia un mundo amigable para los ancianos
- Pasos siguientes

El informe postula que la asistencia integral a los mayores debe diferenciarse de la que se presta a los adultos, basada en un modelo biomédico, que se muestra insuficiente para aquellos. El modelo propuesto coincide con los

principios que ha utilizado la Geriátría desde su comienzo y que la diferencia de otras especialidades médicas. Al mayor además que desde el punto de vista biomédico, se le ve desde una perspectiva funcional, mental, sociológica, moral, política y económica. Por ello el equipo geriátrico básico utiliza al médico, enfermeros, trabajadores sociales y de otras disciplinas

Incide también en el concepto de que el envejecimiento no es algo patológico, sino una parte del ciclo vital de la persona, y que depende de su "capacidad intrínseca funcional" que le permita adaptarse al medio y seguir viviendo en las mejores condiciones. Esta capacidad depende de diversos factores como las cualidades físicas, funcionales y mentales; la herencia, raza, sexo, hábitos saludables, factores y conductas de riesgo, enfermedades padecidas, síndromes geriátricos y retos del entorno en que vive.

Cuando la diferencia entre la capacidad funcional y los problemas propios y del entorno se invierte surge la incapacidad, y se precisan ayudas, cada vez más importantes y costosas.

El programa de actividades de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla como aportación científica, para tratar de mejorar la asistencia socio-sanitaria y concienciar a la sociedad de las necesidades de los mayores, constará de 5 actividades con los siguientes contenidos:

Aspectos biológicos del envejecimiento

La asistencia sanitaria a los mayores en el siglo XXI

¿Cómo se puede prevenir el deterioro y la enfermedad en los pacientes mayores?

Aspectos personales en el envejecimiento

Cuidad a las personas mayores como quieren y como quieren ser cuidadas

Hoy comenzamos el ciclo revisando aspectos biológicos del envejecimiento, para el que contamos con tres ponentes de verdadero lujo.

Para el presentador la tarea que en principio se planteaba como muy difícil, dado que resumir la vida profesional de uno solo de ellos ocuparía una sesión completa, imagínense hacerlo de los tres.

Pero lo difícil se hace fácil ya ninguno necesita presentación pormenorizada, porque son de sobra conocidos tanto para quienes se mueven en los ambientes científicos, como cualquier persona, que por los noticieros e internet, encuentran sobradas referencias de ellos. Los tres son Académicos de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla, y están en su casa

Por ello al dar la palabra para cada intervención solo añadiré una pequeña referencia. El resto lo resumiría diciendo de los tres:

Hicieron una formación completa en centros nacionales, como en países en que su especialidad estaba al máximo nivel. Son catedráticos de su especialidad y profesionales de máximo rango, profesional, docente e investigador. Han realizado numerosas publicaciones en revistas nacionales y extranjeras de im-

pacto, libros, Congresos etc. Han recibido diversos premios, medallas y reconocimientos. Su trato personal denota que son personas de alma sana

LOS MAYORES EN NUESTRA COMUNIDAD

A.- Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2015

- España sigue también su proceso de envejecimiento hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382).
- Andalucía tiene un 16,2 % de población de mayores.

B.- SIMA (Sistema de Información Multiterritorial de Andalucía). Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consejería de Economía y Conocimiento. Junta de Andalucía. Año 2016

ANDALUCIA (SIMA)

De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y más años	TOTAL
HOMBRES 183.020	151.310	111.784	86.428	58.786	408.308
MUJERES					
201.467	176.295	148.644	131.531	119.994	576.464

SEVILLA CAPITAL Hombres 51.039; Mujeres 77.602 ; Total 128.641

De 65 a 69 Años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y más años	Total
HOMBRES 15.712	13.770	9.769	6.963	4.825	4.825
MUJERES 19.996	18.131	14.515	12.644	12.316	12.316

BASES MOLECULARES DEL ENVEJECIMIENTO Y SUS IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

Dr. Ricardo González Cámpora
Académico de Número de la RAMSE

El envejecimiento es un tema de gran actualidad con notable interés social y científico.

Una búsqueda sobre publicaciones aparecidas en PubMed los últimos dos meses de este año ha mostrado un total de 1800 publicaciones; cifra realmente importante si la comparamos con otro tema de gran actualidad como es la apoptosis en el que se viene trabajando intensamente en la última década.

Los términos envejecimiento (paso del tiempo sin ninguna connotación de tipo funcional) y senescencia son conceptos diferentes, pero generalmente se utilizan como sinónimos y se pueden definir sucintamente como la pérdida progresiva de la integridad fisiológica que conduce a la muerte. Se trata de un proceso biológico complejo caracterizado por el declinamiento de todas las funciones fisiológicas que, con el paso del tiempo, conduce a un aumento la mortalidad. La velocidad con que se presentan varía ampliamente entre los distintos individuos.

Aunque el envejecimiento se considera un proceso universal, no todos los seres vivos lo presentan. Por ejemplo, no hay evidencias que los procariontes, los microorganismos unicelulares e incluso las células eucarióticas de organismos pluricelulares aisladas presenten senescencia. Los ejemplos más representativos los tenemos con las bacterias que se reproducen por fisión binaria o las células HELA, que se utilizan en Cancerología experimental y que corresponden a las células de un carcinoma de cérvix extirpado a Henrietta Lack hace ahora 65 años.

La senescencia solo se presenta en los organismos pluricelulares con diferenciación somática, pero con notables diferencias en cuanto a su ritmo. Existen animales que la presentan abruptamente después de la maduración (nematodo *-*cenorhabditis elegans**-, y la mosca) o bien pronto después de su reproducción (salmón). En otros la presentación es gradual con deterioro progresivo tras la maduración y con una expectativa de vida muy variable (animales placentados). Generalmente esta es proporcional al peso (la ballena boreal puede al-

canzar hasta los 211 años, pero hay importantes excepciones, como sucede con los humanos (media, alrededor de los 80 años) y con la rata desnuda topo, que puede vivir hasta 30 años. Hay, también, una tercera categoría de animales en las que el ritmo de senescencia es excesivamente lento, de tal modo que es prácticamente insignificante. Esto se advierte en numerosos animales de muy distintas categorías (crustáceos, bivalvos, tortugas, hormigas, aves y peces). El animal más longevo del universo es el tiburón de Groenlandia que puede llegar a vivir hasta 400 años y crece 1 cm por año.

En la especie humana, si excluimos a Matusalén (969 años; Génesis 5:27), las mujeres son más longevas que el hombre. El récord lo ostenta la inglesa Saklan Dosova, seguido de la francesa Jeanne Louise Calment, que vivieron 130 y 122 años, respectivamente. Entre los hombres el más longevo es el japonés, Sr. Kimura, que vivió 116 años.

Las observaciones llevadas a cabo en centenarios señalan que este colectivo, por lo general, tiene buena salud durante toda su vida y que el deterioro sobreviene al final de modo rápido, de tal modo que la morbilidad se reduce a los últimos años de vida. La Dra. de la Fuente ha señalado en numerosos medios de comunicación que la edad cronológica no coincide necesariamente con la edad biológica y que esta última está condicionada en un 25% por la genética, dependiendo el resto (75%) del estilo de vida. La mayoría de los centenarios tienen funciones inmunológicas con valores similares a los de las personas mucho más jóvenes, de 30 años.

Cuando se analizan los núcleos poblacionales más longevos en todo el mundo Okinawa -Japón-, Ovodda -Cerdeña-, Loma Linda -CA, USA-(Adventistas del 7º día), Karia -Grecia- y Nicoya -Costa Rica-, se advierte que, con independencia de la geografía, hay una serie de características comunes que podemos resumir en 4 puntos: actividad física, genética familiar, vida social o religiosa y dieta en cantidades moderadas y rica en vegetales y pescados. La pérdida de la ilusión es lo que realmente te hace viejo.

Estas recomendaciones para prolongar la vida ya las intuía Gracián en el siglo XVII (1601-1658), cuando señalaba que la vida es como un juego de naipes, influyen las cartas que te toquen, pero el éxito en la partida dependerá de cómo las juegues.

¿Qué sabemos sobre el envejecimiento?

En un artículo reciente, Pinto da Costa et al. han revisado las teorías sobre el envejecimiento y ha señalado que por los años 1990 Medvedec ya había recopilado más de 300 diferentes. Estos autores llegan a la conclusión de que actualmente no hay una teoría universalmente aceptada pero las evidencias señalan a la molécula de ADN como el eje central del proceso, interesando su alteración tanto al genoma (codificante y no-codificante) como a los mecanismos de reparación.

La acumulación de daño en el ADN conduce a cambios en la estructura (aclaramiento) de la cromatina que, a través de modificaciones de histonas y de mutaciones en genes, alteran la transcripción y se asiste a una pérdida de funciones biológicas. Por otro lado, el daño en el ADN también, directa o indirectamente, acelera el acortamiento de los telómeros que, en el caso de las células madres, conduce a su depleción, con la consecuente reducción de la capacidad regenerativa.

Recientemente se viene haciendo especial hincapié en el gran paralelismo que existe entre los mecanismos que conducen al cáncer y al proceso de envejecimiento; es decir, se trataría de dos caras de la misma moneda. El cáncer sería la consecuencia de una ganancia aberrante de aptitudes celulares y el envejecimiento la pérdida de aptitudes. Ambas tendrían un origen común que sería la acumulación de daño en genes implicados en el crecimiento, provocado tanto por fuentes exógenos como endógenas, que no han sido reparados adecuadamente.

Profundizando en este sentido, en el año 2000 Hanahan y Weimberg describieron las 10 características básicas del cáncer, que revisaron en 2011. En 2013 López-Otín et al, a semejanza de lo que hicieron Hanahan y Weimberg, definieron las 9 características principales del envejecimiento que determinan el fenotipo de la senectud. Estas nueve características se pueden agrupar dentro de tres categorías diferentes: 1. Características primarias, que serían las causantes del daño, donde se incluyen la inestabilidad genética, acortamiento de telómeros, alteraciones epigenéticas, pérdida de la proteostasis. 2. Características antagonicas, que constituyen la respuesta del organismo al daño, y comprenden la desregulación del sensor de nutrientes, la disfunción mitocondrial y la senescencia celular; estas características pueden ser vistas como si hubiesen sido diseñadas para proteger al organismo del daño o de la escasez de nutrientes, pero cuando el daño es exacerbado o crónico, subvierten su propósito y generan más daño. 3. Características integradoras, que son las responsables del fenotipo final y comprenden al agotamiento de las células madre y la alteración de la comunicación intercelular.

Por limitaciones del tiempo, no vamos a referir brevemente a algunos aspectos de las características primarias; es decir, de las causantes del daño, y al mecanismo regulador más importante, capaz de contrarresta el envejecimiento, como es el sensor de nutrientes; no obstante, debido a la interconexión que existe entre todas ellas, también incluiremos algún comentario sobre las restantes (tabla 1).

1. Alteraciones del genoma.

Dentro de esta categoría se incluyen a las que interesan al ADN codificante, al ADN no codificante, así como a las que afectan a los genes reparadores del ADN. El resultado final es una alteración de la expresión génica. Es de destacar que, en el envejecimiento, las alteraciones del ADN se centran principalmente en el ADN nuclear, teniendo muy escaso impacto los cambios en el ADN mitocondrial.

El tipo de alteraciones moleculares en el ADN, causado por la acción de factores extrínsecos e intrínsecos, son muy variadas e incluyen a daño de bases, acortamiento de telómeros, formación de aductos, etc. Cada una de estas alteraciones tiene un mecanismo de reparación propio, de tal modo que si este proceso reparativo no se lleva a cabo satisfactoriamente se acaban produciendo alteraciones permanentes, que pueden ser en forma de mutaciones puntuales, translocaciones, deleciones, etc.

Es importante señalar que no todas las alteraciones del ADN están relacionadas con el envejecimiento, la más importante de todas ellas es la rotura de la doble hélice. Este tipo de roturas aumentan espontáneamente con la edad y ponen en evidencia la pérdida de eficacia progresiva de los mecanismos reparativos. Por tanto, la acumulación de reordenamientos cromosómicos podría ser un buen indicador de algunas patologías asociadas a la edad, tales como el cáncer. De hecho, los defectos en el proceso reparativo subyacen en la causa de muchos de los denominados síndromes progericos segmentarios, que incluyen S. Werner, S. Bloom, Xeroderma pigmentoso, tricodistrofia, S. Cockayne y S. de Seckel.

El prototipo de estos cuadros es el S. de Werner, relacionado con un trastorno de la una helicasa de ADN, proteína implicada en la replicación y reparación del ADN y en otras funciones que requieren el desenroscado del ADN.

El déficit de esta enzima causa una rápida acumulación de daño cromosómico, que imita a las alteraciones que se va produciendo progresivamente durante el envejecimiento, tales como pelo gris, cataratas, enfermedades cardiovasculares, pero no senilidad (estado patológico de debilitamiento físico o men-

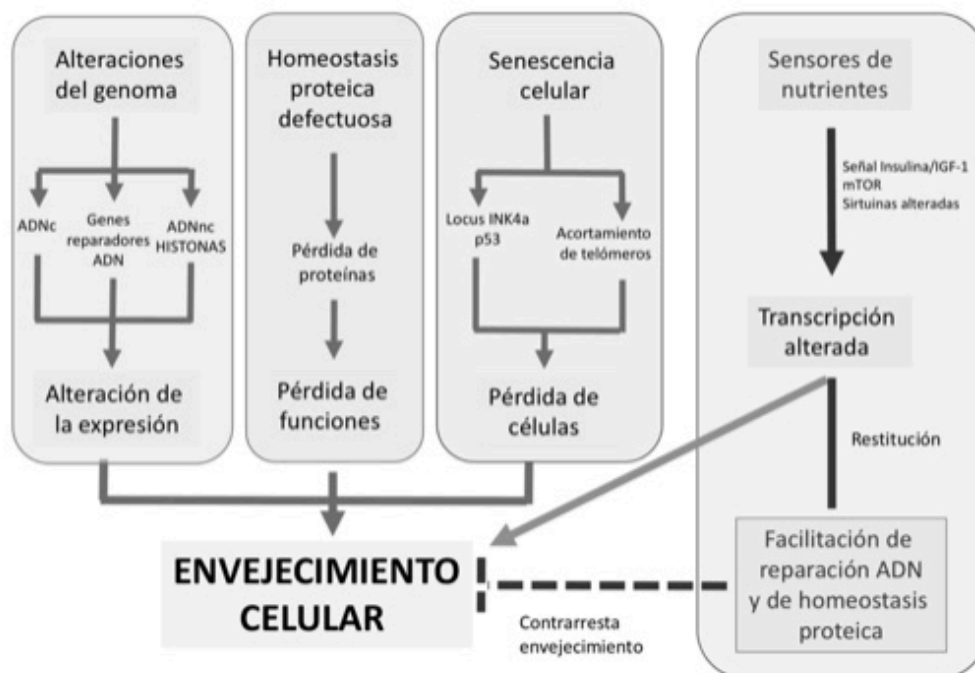


Tabla1. Causas principales del envejecimiento

tal que padecen las personas ancianas y que sobrepasa el grado de pérdida de facultades propio de la vejez).

Los síndromes progéricos, además de estar relacionados con pérdida de función de proteínas reparadoras, también pueden estar causados por alteraciones de proteínas estructurales, como sucede con las proteínas de la lámina nuclear (entramado de filamentos intermedios situado en la cara interna de la membrana nuclear que actúa como un andamio para que se acoplen las proteínas que regula la estabilidad de la cromatina). En el S. de Hutchinson-Guilford, se ha identificado una forma anómala de lámina A, denominada progerina y en el de Nestor y Guillermo, otro cuadro progérico bien caracterizado por investigadores españoles de la Universidad de Oviedo, una proteína defectuosa que interacciona con la lámina A, denominada BAF1. Durante el envejecimiento normal se detectan alteraciones de la lámina nuclear con producción de la isoforma aberrante de prelamina A (progerina). Esta proteína se une al grupo farnesil y así se facilita la unión a la membrana y su acumulación en la periferia nuclear. La asociación de la progerina con la lámina interfiere la función normal y estimula por un mecanismo desconocido, muchas de los defectos nucleares observados.

La progeria de Hitchinson-Guilford, aunque es un cuadro extraordinariamente raro (1/4 millones de habitantes), es muy bien conocido y cursa con muchos signos clásicos de envejecimiento, tales como alopecia precoz, trastornos cardiovasculares, alteraciones cutáneas, retraso del crecimiento, displasia esquelética, lipodistrofia, contracturas articulares, pero no enfermedades de desgaste, como artritis o cataratas.

No conocemos bien los mecanismos intermedios implicados, pero si se sabe que las alteraciones nucleares conducen a importantes trastornos celulares y tisulares, como señal crónica de p53, respuesta inflamatoria mantenida, alteraciones metabólicas, disfunción de células madres y desregulación de la apoptosis.

La importancia de las anomalías de lámina nuclear en el envejecimiento prematuro se ha puesto de relieve al observar que la disminución de los niveles de prelamina A (progerina) retrasa el inicio de las características progeroides y prolonga la vida útil en modelos de ratón con HGPS. Esto se ha podido conseguir mediante la inyección sistémica de oligonucleótidos antisentido, la administración de inhibidores de farnesiltransferasa o una combinación de estatinas y aminobifosfonatos. Recientemente se han desarrollado varios productos inhibidores de las enzimas que modifican la cromatina. Uno de ellos es la remodelina, una molécula pequeña que inhibe la proteína acetil transferasa NAT10. Las células de pacientes con progeria HGPS tratadas con este fármaco mejoran la arquitectura nuclear, aumentando la compactación de la cromatina (heterocromatina).

Quizás, mucho más interesante que las progerias, que son cuadros clínicos excepcionales, son las alteraciones epigenéticas que modifican la expresión del genoma. En el envejecimiento se han descrito un gran número de modificaciones epigenéticas, entre las que se incluyen la disminución global de la metilación del ADN, con aumento notable de la metilación en los promotores de

diversos genes, diversos tipos de modificaciones de histonas, con aumento o reducción de la acetilación o de la metilación, y remodelación global de la cromatina, por disminución de la proteína de la heterocromatina 1a (HP1a) y de los factores de remodelación de la cromatina (proteínas del grupo Polycomb y del complejo NuRD). Todos estos cambios causan alteraciones en la transcripción, del procesado de ARN, de la reparación del ADN y producen también inestabilidad de la cromatina, alteraciones todas ellas que se asocian al envejecimiento.

Lo importante de los cambios del epigenoma es que potencialmente pueden ser reversibles. De hecho, se han identificado inhibidores y activadores de la histona desacetilasa capaces de revertir estos cambios. El ácido valproico, que se utiliza en neurología y psiquiatría como antiepiléptico, evita las manifestaciones de deterioro de memoria asociado a la edad en ratones. Pero más importantes que estos son los activadores de la histona desacetilasa, como el resveratrol y los activadores sintéticos de sirtuinas (regulador silencioso de información) que, entre sus múltiples funciones, están la de modificar el epigenoma.

2. Homeostasis proteica defectuosa

Es la pérdida de la proteostasis y responsable de la pérdida de funciones de las células.

Cuando las proteínas se deterioran, por diversos mecanismos (shock térmico, estrés de RE, estrés oxidativo) pierden su configuración espacial y tienden a depositarse formando agregados. Esto es particularmente llamativo en determinadas enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (ovillos neurofibrilares –proteína Tau-) o en la demencia con cuerpos de Lewy (alfa-sinucleína). La acumulación de proteínas mal plegadas, además del mal funcionamiento celular, estimula la muerte por apoptosis.

Las células con el fin de conservar la funcionalidad de las proteínas tienen sistemas de recuperación del plegamiento, como son las chaperonas. Cuando esta recuperación no es posible las proteínas son trasladadas a sitios específicos para su degradación, como los proteosomas y los lisosomas. En estos últimos son destruidas por un mecanismo de autofagia directa (macroautofagia) o mediado por chaperonas.

Tenemos evidencias de que tanto el mecanismo reparador del plegamiento proteico como sus sistemas de eliminación se alteran en el envejecimiento, a través de una reducción de la síntesis de chaperonas y de las organelas y constituyentes protéicos específicas para su degradación; es decir, proteosomas y lisosomas. La pérdida de estas funciones estimula la muerte celular por apoptosis.

En diversos modelos de animales se ha podido retrasar los síntomas del envejecimiento facilitando la síntesis de proteínas del choque térmico mediante la acción de Sirtuina1, estimulando la síntesis de ubiquitina y de otros componentes de los proteosomas con la estimulación de la vía EGF, o bien potenciando la autofagia mediante la administración de rapamicina y de espermidina.

3. Senescencia celular.

En definitiva, es la responsable principal de la pérdida de células, al no poderse llevar a cabo su replicación. Puede definirse como una detención estable del ciclo celular acoplada a cambios fenotípicos estereotipados. Este estado puede alcanzarse por dos vías diferentes: acortamiento de telómeros y activación del locus CDKN2A.

En las células somáticas con cada división se acorta la longitud de los telómeros, de tal modo que al cabo de las 30-32 divisiones, casi desaparecen y cesa totalmente la replicación. En las células germinales y, en menor medida, en las células madres y en las células tumorales, los telómeros se recuperan mediante la acción de la telomerasa, de tal modo que el número de divisiones aumenta ostensiblemente.

En el envejecimiento, tanto en células somáticas como en células madre y germinales se reducen notablemente el tamaño de los telómeros y las células pierden capacidad para dividirse. En ratones se ha podido reactivar la actividad de la telomerasa y recuperar el tamaño de los telómeros mediante la transducción vírica del gen de la telomerasa. En los humanos se ha advertido una fuerte asociación entre los telómeros cortos y el riesgo de mortalidad, especialmente en las edades más jóvenes.

El segundo mecanismo es a través de la activación del locus CDKN2A. Este locus codifica dos proteínas supresoras esenciales para el control de la división celular; la proteína p16 y la proteína p19. La primera inhibe el complejo ciclina D/CDK4 e impide la fosforilización de la proteína Rb, por lo que permite controlar la progresión de la fase G1 a S del ciclo celular. La segunda, la p19ARF, inhibe el MDM2 y, por tanto, facilita la sobreexpresión de p53, que encauza la señal proliferativa por la vía de la senescencia. Estudios recientes de secuenciación masiva señalan al locus INK4a/ARF como un locus genéticamente vinculado con el envejecimiento, ya que su activación se relaciona con la edad y con las patologías de la edad.

El aumento de células senescentes es especialmente importante en el compartimento de células madres y es el responsable de la aparición de la anemia, de la inmunosenescencia y de la escasa capacidad de recuperación de los distintos tejidos.

Un hallazgo interesante de las células senescentes es que, además de presentar alteraciones en la comunicación intercelular, muestran un **perfil secretor proinflamatorio** característico, como resultado de la activación de la vía NF-kB, con aumento de la producción de IL-1B, factor de necrosis tumoral e interferón.

Se han diseñado estrategias encaminadas a reducir la senescencia celular y sus efectos deletéreos: en modelos animales se ha actuado sobre el **secretoma proinflamatorio**, mediante la administración prolongada de antiinflamatorios no esteroideos y estimulando la producción de sirtuinas, y sobre las células madres, mediante la restricción dietética y la administración de rapamicina, que bloquea la acción de mTOR.

4. Sensores de los nutrientes.

En el envejecimiento se advierte una alteración de la señal del sistema insulina/ factor de crecimiento tipo insulina-1 (IGF-1)-(ISS)-, del mTOR y de las sirtuinas. Su restablecimiento permite prolongar la longevidad, al facilitar la reparación del ADN y de la homeostasis proteica. Paradójicamente, en el envejecimiento se asiste a una reducción de hormona de crecimiento y de la producción de IGF-1, que se interpreta como una respuesta defensiva, a la par que se asiste a un aumento de la longevidad con la reducción de la señal intracelular del ISS.

La activación de la señal anabólica proveniente del eje somatotrófico acelera el envejecimiento mientras que su reducción aumenta la longevidad en ratones.

En esta vía el objetivo principal es la activación de la proteína AKT, que actúa bloqueando el factor de transcripción FOXO (caja de subgrupos O forkhead) y activando la proteína mTOR.

Los polimorfismos o mutaciones que reducen la función de los componentes de este eje se relacionan con la longevidad, tanto en microorganismos como en humanos. Es decir, mutaciones en el gen de la hormona de crecimiento como en el gen PTEN, reducen su actividad y previenen el envejecimiento. En este sentido, es bien conocido el efecto de la mutación del gen de la hormona del crecimiento en el ratón enano de AMES que presenta un aumento notable de longevidad.

Uno de los descubrimientos más interesante sobre esta vía es el efecto que causa la restricción dietética (RD). Este efecto se considera una respuesta universal (respuesta de supervivencia), que probablemente se desarrolló para permitir sobrevivir a los organismos a la escasez de alimentos u otras condiciones adversas, incluyendo altos niveles de daño en el ADN. La restricción dietética aumenta la expectativa de vida en todas las especies de animales estudiadas, desde las levaduras, pasando por los insectos, hasta los primates. Además, esta medida reduce la incidencia del cáncer y de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.

Los mecanismos mediante el cual la RD prolonga la longevidad comienzan a ser desentrañados: por un lado, se ha demostrado que reduce la intensidad de la transmisión de señales por la vía IGF-1 (reducción de la velocidad de crecimiento celular y el metabolismo y, posiblemente, el daño celular) a través del bloqueo directo de la generación del IGF-1 y de la proteína mTOR (sensor de concentraciones altas de aminoácidos) y, por otro lado, estimula la síntesis de AMPK (proteína quinasa activada por AMP -sensor de niveles bajos de energía que detecta altos niveles de AMP-) y de Sirtuinas (proteínas detectan altos niveles de NAD⁺). La SIRT1 actúa regulando el metabolismo energético a través de su acción sobre dos proteínas de transcripción importantes, como son la PGC-1 α (Peroxisome proliferator-activated receptor gamma coactivator 1-alpha; que es el principal regulador de la biogénesis mitocondrial) y la FOXO

(conjunto de factores de transcripción que regulan la expresión de genes comprometidos en el crecimiento celular, diferenciación y longevidad).

Al menos existen tres mecanismos farmacológicos de actuación sobre esta vía; por un lado, la rapamicina, que bloquea la señal del mTOR, la metformina que aumenta los niveles de AMPK y el resveratrol que incrementa los niveles de Sirtuina 1. De todos ello, los que más atención han recibido son la metformina y el resveratrol, que actúan directa o indirectamente sobre las sirtuinas (fig 2).

Por último, dos palabras sobre el papel de las mitocondrias en el envejecimiento, puesto que la generación de radicales libres se propuso como la causa principal del envejecimiento. En la actualidad, se considera que la disfunción mitocondrial es un factor importante en el envejecimiento pero que se alcanza por muy diferentes vías (mutaciones en ADNm, pérdida de la mitocondrogénesis por déficit de PGC1 alfa/beta, desestabilización de complejos ETC, altera

Sensores de nutrientes

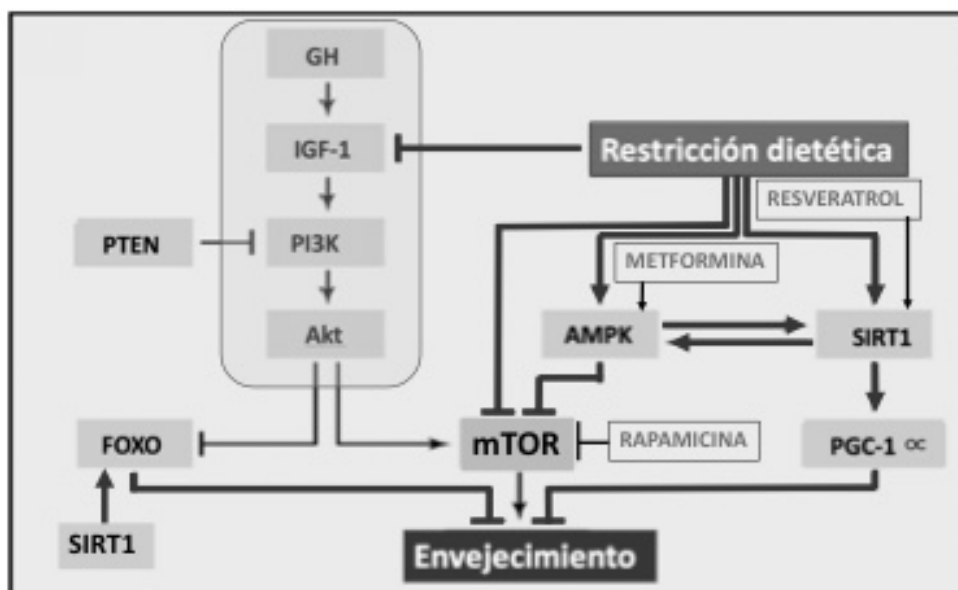


Figura 2. Efectos de la restricción dietética. Modificado de López-Otin et al (6)

ción de la fusión/fisión, mitogénesis defectuosa) y que los radicales libres en pequeñas concentraciones tienen un efecto recuperador, como respuesta hormonal, pero cuando alcanzan un determinado dintel su efecto se vuelve deletéreo y contribuye a la reducción bioenergética, inflamación y a la muerte celular. La metformina y el resveratrol evitan el envejecimiento a través de su efecto hormonal.

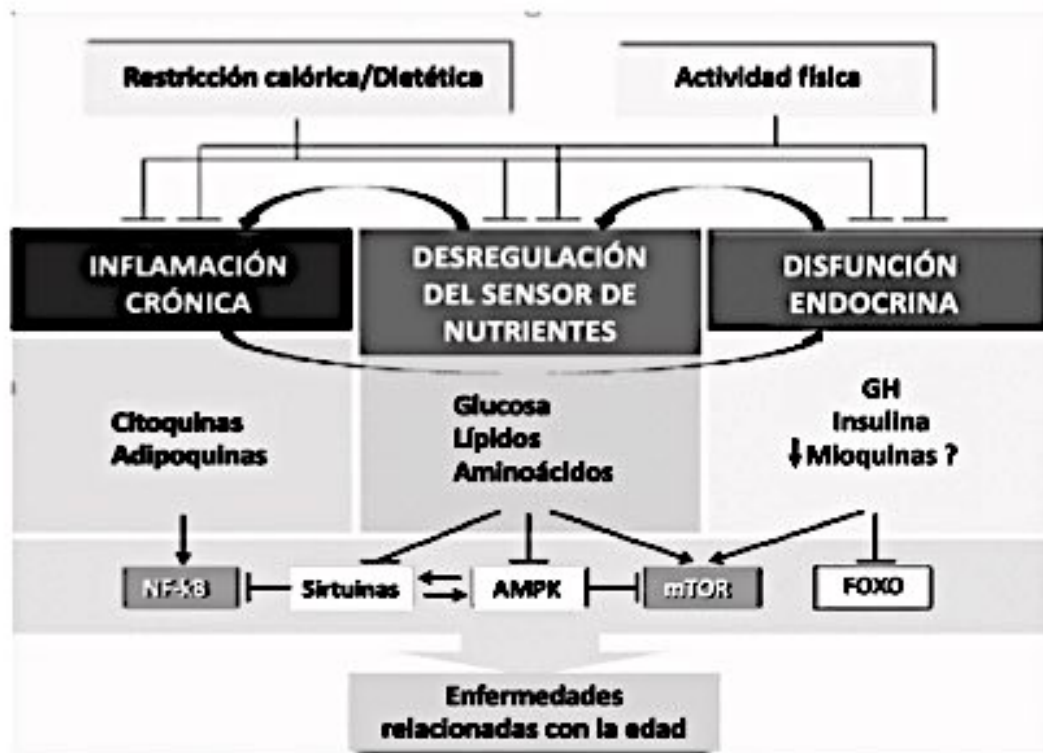


Figura 3. Efectos de la restricción dietética y de la actividad física. Modificado de Zhang R et al (9)

En resumen, la mejor forma prolongar la longevidad y de evitar las enfermedades relacionadas con él es a través de la actividad física y de la restricción alimentaria, ya que mediante ella se puede controlar la inflamación crónica, la desregulación del sensor de nutrientes y la disfunción endocrina (fig 3). Debido a que las sustancias claves de este proceso son las son las situinas y el AMPK, la industria farmacéutica ha desplegado un inmenso arsenal de productos, encaminados a reducir los efectos lesivos del envejecimiento, con resultados realmente escasos.

El resveratrol es un polifenol presente en las uvas y en el vino que tiene efectos contrastados en animales inferiores y más controvertidos en mamíferos. Su función principal es incrementar el nivel de sirtuinas, especialmente la sirtuina 1. Estas proteínas intervienen directamente o indirectamente (a través de la desacetilación de histonas) en la regulación del metabolismo energético, tolerancia al estrés, reparación del ADN, inflamación e inhibición de radicales libres y se ha señalado que tienen interés terapéutico potencial, además de en el envejecimiento, en el cáncer, inflamación, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas y obesidad.

Por otro lado, la metformina, un fármaco que se utiliza en el tratamiento de la diabetes tipo 2, también parece tener efecto antienvjecimiento. En la actualidad la FDA (food and drug administration) ha aprobado un ensayo clínico específicamente dirigido a valorar su efecto en el envejecimiento. La metformina

actúa elevando los niveles del AMPK. Los niveles bajos de esta enzima se han relacionado con la obesidad abdominal, pérdida de sensibilidad a la insulina, altos niveles de triglicéridos y de LDL, disfunción mitocondrial, exceso de glucosa, inflamación crónica, fallo cardíaco, acumulación de células senescentes, aumento del estrés celular, acumulación de restos celulares y de expresión génica defectuosa.

Referencias

1. Cabanillas R, Cadiñanos J, Villameytide JAF, Pérez M, Longo J, Richard JM, Álvarez R, Durán NS, Ill an R, Gonzalez DJ, López-Otín C. Néstor– Guillermo progeria syndrome: A novel premature aging condition with early onset and chronic development caused by BANF1 mutations. *Am J Med Genet Part A* 155:2617– 2625, 2011
2. Gordon LB, Rothman FG, López-Otín C, Misteli T. Progeria: A Paradigm for Translational Medicine. *Cell* 156:400-407, 2014.
3. Guarente L. Sirtuins, agings and medicine. *N Engl J Med* 364:2235-44, 2011.
4. Hanahan D, Weimberg RA. The hallmarks of cáncer. *Cell* 100:57-70, 2000.
5. Hanahan D, Weimberg RA. Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell* 144:646-674, 2011.
6. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroeme G. The Hallmarks of Aging. *Cell* 153:1194-1217, 2013.
7. Newman JC, Milman S, Hashmi SK, Austad SN, Kirkland JL, Halter JB, Barzilai N. Strategies and Challenges in Clinical Trials Targeting Human Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 11: 1424–1434, 2016.
8. Pinto da Costa J, Vitorinob R, Silvad GM, Vogeld C, Duartea AC, Rocha-Santos T. A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Research Reviews* 29: 90–112, 2016.
9. Zhang R, Chen H-Z, Liu D-P. The Four Layers of Aging. *Cell System* 1:180-186, 2015.

INMUNONESCENCIA: CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Dr. José Peña Martínez
Académico de Número de la RAMSE

Cuando vamos envejeciendo van cambiando las funciones de nuestros órganos, incluidas las de nuestro sistema inmunológico. Es lo que se viene en denominar **inmunosenescencia**, que aunque no es un proceso patológico, sí presenta una cierta incapacidad funcional, lo que abre las puertas a múltiples enfermedades (figura 1).

Este deterioro de nuestras defensas, no afecta por igual a todas las personas porque aunque está condicionado genéticamente (en un 25 % aprox.) en ello influyen muchos otros aspectos, como el medio ambiente en el que vivimos y los hábitos de vida desarrollados en la juventud o incluso, si somos mayores, con los que se esté llevando en nuestra nueva vida.

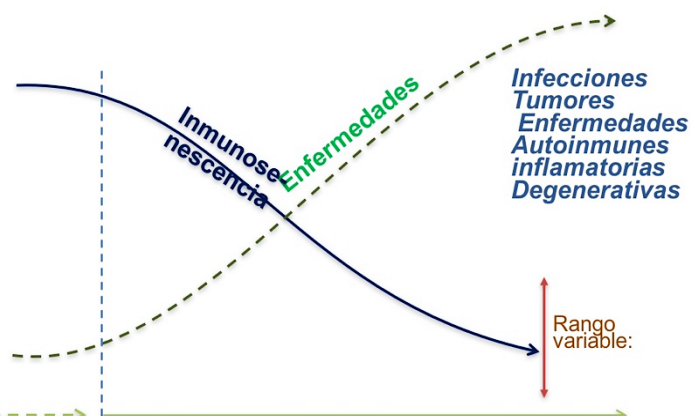


Figura 1. Representación del deterioro funcional del sistema inmune con los años y aumento de enfermedades relacionadas precisamente con el fallo funcional de las defensas.

Quiere esto decir que el grado de cambio en términos de “deterioro” del sistema inmune viene definido por el grado de contaminación de la ciudad o pueblo donde vivimos y por lo que habitualmente comemos, la actividad física que realizamos, la capacidad de controlar el estrés, que tenemos e incluso la intensidad de nuestro sueño.

Y es que todo ello impacta sobre el sistema inmune de manera directa en las células y tejidos de nuestras defensas pero también en forma indirecta por los cambios que se producen en nuestro cuerpo de tipo hormonal, impacto de

los radicales libres, involución de la glándula tímica, que como sabemos es la fábrica de la células inmunes, linfocitos, que son los encargados de nuestra defensa.

¿Qué cambios son propios de la inmunosenescencia?

Los cambios en el sistema inmune en las personas mayores se producen de tres formas diferentes:

1. Perdiendo eficacia defensiva, lo que contribuye a que los mayores sean esperablemente susceptibles a infecciones y tumores.
2. Actuando con dificultad para reconocer lo propio y distinguir lo extraño, lo que hace en los mayores aumente las enfermedades autoinmunes, como son diabetes, artritis reumatoides, etc
3. Actuando a veces con excesiva intensidad llegando a producir un estado de “inflamación crónica” muy común en las personas mayores y que es causa de enfermedades cardiovasculares, ictus, o incluso de Alzheimer, etc..

¿Cuáles son las causas de la inmunosenescencia?

Las causas de estos cambios que inducen a la inmunosenescencia se producen como consecuencia de diferentes factores, entre los que destacan:

1. Un serio descontrol oxidativo del organismo. Es conocido como el envejecimiento implica un serio desarreglo de la oxidación metabólica de tal manera que los productos en forma de radicales libres producen daños muy significativos en el sistema inmune. Lo que ocurre en los mayores es que los mecanismos antioxidantes que en definitiva son los encargados de neutralizar los radicales libres producidos, se van deteriorando con la edad. Esto da lugar a una situación de claro predominio de radicales libres no neutralizados, que da lugar al conocido estado de “estrés oxidativo” muy perjudicial para la salud y para la funcionalidad del sistema inmune.

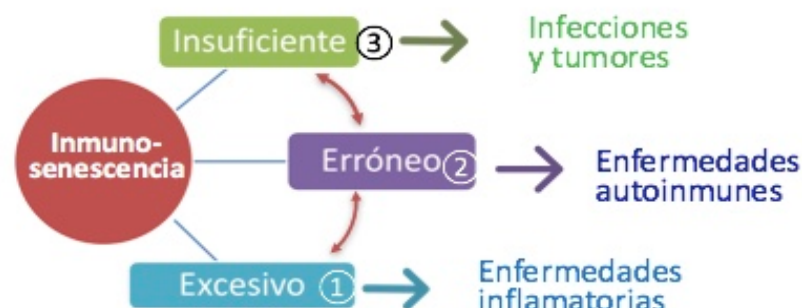


Figura 2. Se muestran los tres problemas principales del sistema inmune en mayores. Son actuación insuficiente, errónea e incluso excesiva

2. Un imparable daño en el DNA celular. Ocurre por mutaciones espontáneas en el DNA por acción acumulativa de radicales libres, radiaciones ultravioleta, sustancias pro-inflamatorias, entre otros. No solo se producen estos cambios sino que también con la edad son cada vez más difíciles de reparar nuestros cromosomas por lo que el resultado es la acumulación de un DNA cada vez más dañado. Esto da lugar a grandes distorsiones en la actividad de las células del sistema inmunes y sobre todo en aquellas productoras de anticuerpos cuya eficiencia disminuye con la edad. Además a medida que envejecemos y cada vez que las células del sistema inmune (leucocitos) se dividen, se produce un acortamiento de los extremos de los cromosomas, que conocemos como “telómeros”, que son una causa directa del deterioro del sistema inmune.
3. Grandes cambios en los niveles hormonales. A medida que vamos



Figura 3. Cuatro formas determinantes para un buen sistema inmune en mayores mediante una alimentación sana, realizando actividad física moderada, controlando el estrés y durmiendo suficientes horas.

envejeciendo se producen cambios muy importantes en ciertas hormonas que repercuten negativamente de manera directa o indirecta en el sistema inmune. Son el cortisol, la hormona de crecimiento, estrógenos, testosterona y la melatonina que decrecen de manera muy clara y por ello afectan al organismo y particularmente al sistema inmunológico.

En concreto los cambios hormonales, junto con los metabólicos y genéticos antes reseñados repercuten en la involución de la médula ósea y del timo que dejan de producir células inmuno-competentes en las cantidades adecuadas. Además contribuyen al deterioro intrínseco de las células inmunes, muchas de las cuales poseen receptores hormonales. Como consecuencia se daña seriamente la capacidad defensiva de los mayores.

¿Cómo cuidar nuestro sistema inmune de mayor?

Los errores o defectos funcionales de nuestras defensas no se pueden evitar porque forman parte de nuestra programación genética como humanos, pero lo que sí se puede es suavizar sus efectos para tratar de vivir más años con la mejor salud posible. En este sentido podemos intervenir sobre el sistema inmune revirtiendo muchas de sus anomalías con incluso la ayuda de los servicios sanitarios que por cierto en España y Andalucía, son de muy elevado nivel.

En todo caso, el punto fuerte de nuestra actuación está en la prevención, esto es, en lo que hagamos en las primeras etapas de la vida antes de llegar a la vejez. Entonces es trascendental seguir una dieta saludable, como la mediterránea; huir del sedentarismo realizando actividad física para compensar el sedentarismo tan implantado en nuestra sociedad occidental que incluso afecta a niños que ha cambiado su forma de jugar en la plaza o en calles por “wasapear” en el sofá y sobre todo tener aptitud psicológica positiva que nos aparte del estrés que tanto deprimen nuestra defensas.

Pensemos que el estrés crónico dispara la producción de cortisol que deprime el sistema inmune (algo parecido es lo que se hace cuando administramos Corticoesterona a un paciente para bloquear su sistema inmune y con ello evitar que rechace un trasplante, por ejemplo de riñón, que presenta signos de rechazo).

ENVEJECIMIENTO NEURONAL Y SUS CONSECUENCIAS

Dr. José López Barneo
Académico de Número de la RAMSE

El sistema nervioso está formado por más de 100.000 millones de neuronas que se unen entre sí formando redes neuronales que son responsables de todas las funciones cerebrales (comportamiento, memoria, aprendizaje, lenguaje, etc). Las neuronas se producen durante la vida embrionaria y maduran durante los primeros años de la vida. En el ser humano adulto la capacidad de formar nuevas neuronas prácticamente desaparece y queda restringida a un par de “nichos neurogénicos” que producen neuronas de forma muy lenta y limitada. Las neuronas se mantienen como tales toda la vida del individuo, su existencia y conexiones determinan en gran parte la personalidad y la propia identidad biográfica, y por ello acumulan las agresiones que se van produciendo a lo largo de la existencia.

Si en algún tejido el envejecimiento es más devastador es en el sistema nervioso, donde se produce desaparición de sustancia gris debido a la disminución del número de neuronas, del tamaño de las mismas y de sus conexiones, dando lugar a atrofia cerebral. Este “envejecimiento natural” se acelera en algunas situaciones patológicas que producen degeneración neuronal de forma muy agresiva (como por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer o la de Parkinson). De hecho, la edad es el factor de riesgo más importante para sufrir cualquiera de estas enfermedades.

Las causas de la muerte neuronal producida por el “envejecimiento natural” o por las enfermedades neurodegenerativas se desconoce. Se piensa que el funcionamiento de la mitocondria de las neuronas (donde se produce la energía que se utiliza para el mantenimiento de las funciones vitales) genera subproductos que son las especies reactivas de oxígenos, poderosos oxidantes que atacan a las macromoléculas biológicas y producen el deterioro de las mismas. Se han realizado números estudios para determinar si los antioxidantes (vitaminas C o E entre otros) previene la neurodegeneración sin resultados concluyentes. Algunos investigadores opinan que los antioxidantes, aplicados normalmente por vía oral, no llegan al sitio adecuado donde ejercer su acción.

Algunas neuronas están activas permanentemente y producen impulsos nerviosos varias veces por segundo durante toda la vida. Esto produce una sobrecarga toxica de iones de calcio que conlleva a la muerte neuronal. Este pa-

rece ser el caso de las neuronas de la sustancia negra, cuya destrucción produce la enfermedad de Parkinson. Actualmente se lleva a cabo un estudio en pacientes para determinar si los fármacos bloqueantes de los canales de calcio previenen o atrasan la evolución de la enfermedad de Parkinson. Algunas proteínas (péptido beta amiloide, proteína tau o alfa sinucleína) se depositan en el cerebro envejecido o enfermo formando placas, ovillos o cuerpos de Lewy que se piensa pueden ser tóxicos y causar muerte neuronal (proceso acelerado en la enfermedad de Alzheimer o de Parkinson).

El prever la formación de estos depósitos es uno de los objetivos terapéuticos más urgentes que se ensayan en estos momentos. La lucha contra el envejecimiento neuronal o las enfermedades neurodegenerativas es uno de los retos más importantes de la medicina actual. De poco servirá vencer otras enfermedades como el cáncer o las patologías cardiovasculares, si envejecemos sin disfrutar de nuestro cerebro, lo que nos hace humanos y nos permite mantener nuestros recuerdos, nuestra personalidad y ser nosotros mismos.

Segunda Mesa Redonda

**LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS MAYORES
EN EL SIGLO XXI**

Moderador:
Dr. Carlos Martínez Manzanares
Académico de Número de la RAMSE

La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la enfermedad de los mayores.

Los fines particulares son

1. El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médicos y sociales de los mayores, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.
2. La organización de una asistencia prolongada a los mayores que lo necesiten.
3. La movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad el mayor número posible de mayores
4. La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad

En esencia el campo de acción de la geriatría se sintetiza en:

- a) La detección del mayor frágil, como esencia de la medicina preventiva
- b) En el concepto del paciente geriátrico, muy distinto a lo que con un término poco afortunado en otras especialidades denominan “anciano pluripatológico”, y que viene definido como la persona
 - a. Con muchos años
 - b. Con enfermedad que tiende a la incapacidad
 - c. Con pluripatología

d. Con factores psíquicos y/o sociales que condicionan la evolución de su enfermedad.

También se caracteriza la especialidad, por el abordaje, además de enfermedades concretas en su forma tradicional, de los denominados síndromes geriátricos, que son situaciones patológicas tales como el deterioro cognitivo, la confusión, la inestabilidad y las caídas, la incontinencia de esfínteres, la malnutrición, la yatrogenia, y los cuidados paliativos y de apoyo.

Para hacer frente a la seria problemática planteada por la enfermedad en al mayor, la especialidad dispone de su propia tecnología que se sintetiza en los siguientes cuatro apartados

1. La valoración geriátrica integral, que amplía y complementa el modelo unidimensional biomédico de otras especialidades, ofertando un modelo cuatridimensional: Biomédico, biofuncional, mental y social.
2. El equipo básico geriátrico, integrado por profesionales de la medicina, la enfermería y el trabajo social
3. La interdisciplinariedad, entendida como el modo de acción conjunto y estructurado de los diversos profesionales implicados en un objetivo común
4. La exigencia de niveles asistenciales en función de las necesidades sanitarias y sociales que plantean los mayores en cada área de salud y que garantizan el tipo y calidad de los cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados

Un poco de historia

Aunque desde Hipócrates y Galeno se postulaba que la medicina de los mayores era distinta a la del adulto, hasta principios del siglo XX, en 1914, no aparece el término geriatría, en el libro *Geriatrics: The diseases of old age and their treatment* (I Nasher. Filadelfia EE.UU.)

La geriatría moderna comienza en Gran Bretaña con Marjorie Warren (West Middlesex Hospital de Londres. escribe en *The Lancet*: “Los pacientes ancianos han sido cuidados inadecuadamente en el pasado y recibido con frecuencia escasa atención y nulo tratamiento, a veces en un ambiente carente de la simpatía debida a su edad y condición “. Ella fue la primera en defender que los ancianos deberían ser tratados en pabellones especiales para ellos, rehabi-

litados y motivados para reanudar su vida como antes de enfermar. Postulando que el envejecimiento no es una enfermedad, sino una etapa más de la vida

Desde entonces se ha desarrollado en todos los países occidentales, donde hay unidades o servicios de geriatría hospitalarias. Por citar algunos países tenemos en EE.UU. hay 920; En Reino Unido cerca de 300; en Alemania 170; en Italia 150.

En España en 1947 el Profesor Beltrán Báguena crea una unidad en Valencia y el Dr. Pañella Casas en Barcelona. En Madrid en 1952 por el Dr. Alberto Salgado Alba.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología se funda en 1948 por los Dres. Grande Covián, Beltrán Báguena, Teófilo Hernando, Gregorio Marañón, y Vega Díaz.

En 1978 se reconoce la especialidad, junto a Nefrología y Reumatología y se incluyen en el Sistema MIR, con cuatro años de especialización.

La asistencia a los mayores en Andalucía

La Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología, se funda por el Dr. Francisco Roca Roca en 1980.

En Sevilla en 1988 se crea la primera, única y efímera Unidad de Geriatría en el Hospital Universitario Virgen Macarena, que realiza su actividad durante 20 años, ya que desaparece en 1988, al terminar la 16 promoción de MIR.

Pese a que el Estatuto de Autonomía de Andalucía, aprobado por Referéndum en 18 de febrero de 2007 y sancionado por S.M. el Rey el 19 de marzo (Ley Orgánica 2/2007), en su Artículo 22. Salud. Punto 2, letra K dice: Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a RECIBIR ASISTENCIA GERIÁTRICA ESPECIALIZADA, en Andalucía no se reconoce la especialidad, ni los especialistas pueden acogerse a la bolsa de trabajo, teniendo que emigrar o trabajar en asistencia privada.

A este respecto me remito a la presentación que hice del curso, en la que señalé de manera pormenorizada las recomendaciones de la ONU (en especial su informe de 1 de octubre de 2015) y de la OMS, para la asistencia a las personas mayores, así como la tendencia en los países más avanzados.

CALIDAD Y QUIDAD EN LA ASISTENCIA A LOS MAYORES

Dra. M^a Isabel Galv Borrs
Geriatra. Residencia asistida de Mayores de la
Junta de Andalucía de Heliópolis (Sevilla).

Para llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar se requiere un esfuerzo personal a lo largo de toda la vida. Para conseguir este objetivo las personas deben ser responsables de llevar un modo de vida saludable y los gobiernos de crear un entorno favorable para reducir la discapacidad asociada a la vejez.

Las recomendaciones de los principales organismos internacionales señalan la necesidad de la adecuación del sistema sanitario al envejecimiento progresivo de la sociedad, adoptándose medidas de prevención junto con la adecuación de los recursos asistenciales a las necesidades de los pacientes ancianos con el fin de prevenir y atender la dependencia. Para ello apoyan el desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados.

La política fundamental sobre envejecimiento en Europa, *Hacia una Europa para todas las edades*, destaca tres temas principales en relación con la salud y las personas mayores: prevención, igualdad de acceso y una calidad adecuada de la asistencia a las personas mayores.

La medicina geriátrica ha demostrado ser capaz de dar respuesta a estos retos: la mayoría de las intervenciones geriátricas especializadas desarrolladas en la práctica basadas inicialmente en las necesidades percibidas en la población mayor, han sido posteriormente evaluadas en ensayos clínicos, siendo la Geriatría la especialidad médica que tiene un mayor nivel de evidencias en relación con la eficiencia de sus distintos niveles o unidades asistenciales.

La Ley General de Especialidades Médicas de 1978 reconoce a la Geriatría como una especialidad más en nuestro país. Su objetivo es “no sólo la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas mayores, sino también su recuperación de función y su reinserción en la sociedad” (*Sociedad Británica de Geriatría*).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal y de prestaciones sanitarias gratuitas incluye entre sus principios fundamentales ga-

garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios (*Ley General de Sanidad, artículo 12. Constitución: artículos 9.2 y 158.1*).

¿Es equitativo el SNS? Desde su descentralización y el paso de transferencias a las Comunidades Autónomas existen diferencias territoriales en el gasto y financiación de los diferentes sistemas regionales de salud pero también en la oferta de servicios sanitarios y uno de ellos es la asistencia geriátrica.

Para ejemplificar estas diferencias territoriales vamos a describir de forma breve los recursos sanitarios geriátricos especializados de algunas de las comunidades autónomas del territorio nacional:

En **Cataluña** en 1986 el Departamento de Sanidad y Seguridad Social creó el Programa “Vida als anys” que integraba los servicios sociales y sanitarios en una misma y única prestación. Así el Departamento de Sanidad dió un paso muy importante para adaptar sus servicios a las necesidades asistenciales de una población con un alto índice de envejecimiento. Desde entonces se ha producido una diversificación asistencial que se ha incorporado a la cartera de servicios.

Los Servicios Sociosanitarios de Cataluña cuentan con un modelo de atención integral con cuatro grandes áreas de actividad: Atención geriátrica, atención a las personas con demencia, atención a otras enfermedades degenerativas y atención al enfermo terminal.

Los recursos disponibles son: Las unidades hospitalarias de larga y media estancia. Hospitales de día. Equipos de evaluación integral ambulatoria. Equipos de valoración y soporte: UFISS (hospital) y PADES (comunidad).

Actualmente **Castilla La Mancha** cuenta con los siguientes Servicios de Geriatría:

Albacete: Servicio de Geriatría: Unidad geriátrica de agudos (UGA): 30 camas. Unidad de recuperación funcional: 6 camas. Consultas externas: 5 (una equipada como unidad de caídas). Hospital de día multidisciplinar: 2 camas y 6 sillones terapéuticos.

Almansa: El Servicio de Geriatría esta integrado dentro del servicio de Medicina Interna (MI): 2 geriatras, uno a tiempo parcial, disponen de hospitalización, hospital de día, consultas externas, interconsultas y coordinación con centros residenciales.

Alcazar de San Juan: El Servicio de Geriatría está integrado en el Servicio de MI pero con una organización independiente y un responsable. UGA: 20 camas en MI o ectópicas. Ortogeriatría e interconsultas con otros servicios. Consulta Externa. Coordinación con centros residenciales. Está constituido por 5 geriatras.

Ciudad Real: Servicio de Geriatría: UGA : 21 camas más ectópicas. Consulta Externa. Ortogeriatría. Interconsultas con otros servicios hospitalarios y con atención primaria en el programa de crónicos.

Guadalajara: Servicio de Geriatría: Está constituido por ocho geriatras. UGA: 47camas. Ortogeriatría: 10 camas. Observación de urgencias: 6 camas. Interconsultas. Consultas externas. Consulta de alta resolución. Hospital de día: 20 plazas de pacientes ambulatorios. Centro sociosanitario Los Olmos con dos facultativos.

Toledo: Constituido por 22 geriatras, además de 4 internistas y dos médicos generales. El Hospital Virgen del Valle es un hospital monográfico de geriatría que consta de 133 camas en la UGA, 21 en la Unidad de media estancia (UME), 4 camas de altos cuidados, hospital de día geriátrico, equipo de atención a domicilio, consultas externas (algunas específicas: dolor, unidad de memoria, psicogeriatría, etc). En el Hospital Virgen de la Salud hay un soporte de atención geriátrica en urgencias y unidad de ortogeriatría. En los centros de especialidades de Illescas, Torrijos y Ocaña hay consulta de geriatría. (*Página web de la SCMGG*).

El primer Servicio de Geriatría se formó en 1961 en el Hospital Central de la Cruz Roja en **Madrid**.

La distribución de los recursos asistenciales geriátricos en los hospitales de la Comunidad de Madrid es muy heterogénea.

El día 27 de febrero pudimos leer en una nota de prensa: “ Todos los hospitales de la Comunidad de Madrid incorporarán la especialidad de Geriatría”. Se implantará progresivamente en todos aquellos hospitales en los que aún no esté presente comenzando por los hospitales José Germain, Puerta de Hierro, 12 de octubre y Príncipe de Asturias.

El Plan Estratégico de Geriatría 2011-2015 consideraba como áreas de intervención urgente: el anciano en urgencias y la coordinación entre la atención hospitalaria y las residencias.

Algunas comunidades autónomas no ofertan en su cartera de servicios la especialidad de Geriatría como ocurre en Andalucía y País Vasco.

En **Andalucía**, la Consejería de Salud considera que la salud de las personas mayores está garantizada por el médico de familia y a nivel hospitalario por el médico internista. No existe la atención geriátrica especializada. La actividad asistencial se estructura en diferentes procesos asistenciales, algunos de los cuales tienen como población diana al paciente geriátrico: atención al paciente pluripatológico, demencias o fractura de cadera entre otros.

En el Catálogo Nacional de Hospitales 2015 solo aparece en Andalucía el Hospital de San Rafael en Granada como hospital con finalidad geriátrica o de larga estancia.

Con independencia de la desigualdad territorial, **¿es equitativo el SNS con todos los grupos de población?** Las personas con edad avanzada no siempre tienen acceso a todos los recursos asistenciales, nuevas tecnologías, o tratamientos. Habitualmente se les excluye de los ensayos clínicos.

En el plan de acción sobre el envejecimiento y salud de la OMS (2016-2020) se encuentran entre otros los siguientes objetivos:

Desarrollar y asegurar el acceso asequible de las personas mayores a la atención clínica integrada de calidad y centrada en la persona.

Combatir la discriminación por edad (edaismo) y transformar la comprensión del envejecimiento y la salud.

¿ A qué llamamos edaismo?

A la discriminación por edad. Es una traducción del término inglés “ageism”, introducido en 1968 por Robert Butler. Otros términos con el mismo significado son: edadismo, viejismo o etarismo.

Algunos pueden considerar la discriminación en el anciano como positiva debido al elevado uso de recursos sociosanitarios o por la obtención “gratuita” de fármacos.

Sin embargo existe una clara discriminación negativa si tenemos en cuenta la menor indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos con respecto al adulto joven y también por la escasa participación de las personas mayores en ensayos clínicos aleatorios (FIGURA 1)

Cuando se discrimina por razones de edad avanzada se vulnera el principio ético de justicia pero también el de autonomía, no maleficencia y beneficencia. Se podría evitar

la discriminación negativa en el anciano en la práctica clínica diaria conociendo las indicaciones médicas de actuación, realizando una correcta valoración geriátrica integral y teniendo en cuenta los aspectos éticos individualizando cada caso.

DISCRIMINACIÓN NEGATIVA

Se analizó a 164 mujeres

Edad mediana de 73,7

Sin diferencias en cuanto a las características de las pacientes o de sus neoplasias

Se trató con quimioterapia el 75% de las mujeres entre 65-69 años frente al 34% de las pacientes mayores ($p < 0,001$)

La toxicidad secundaria fue similar en ambos grupos de edad

Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario. M^a José Molina Garrido, Carmen Guillén Ponce. Revista Española de Geriátrica y Gerontología 2012;47(1):15-18

FIGURA 1, Discriminación negativa

BIBLIOGRAFÍA

1. Objetivos estratégicos y plan de acción sobre envejecimiento y salud, 2016-2020 (OMS). Documento A69/17, Asamblea Mundial de la Salud, 2016.
2. García Alhambra MA. Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria. Editorial. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012;47(1):3-4.
3. Molina Garrido MJ, Guillén-Ponce C. Empleo subóptimo de la quimioterapia adyuvante en mujeres de 70 años de edad o más diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario. Rev Esp Geriatr Gerontol 2012;47(1):15-18.
4. García Navarro JA. La experiencia de los PADES en Cataluña, equipos sociosanitarios en a domicilio. IV Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida. Barcelona 29, 30 de octubre de 2013.
5. Nota de prensa del 28 de febrero de 2017. Página web de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
6. Ribera Casado JM. La discriminación por edad: la lacra oculta. Sesión científica, 28 Nov 2016. Real Academia Nacional de Medicina.

ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS MAYORES, CLAVES PARA UN MANEJO ADECUADO

Dra. Josefa Gil Moreno

Geriatra. Residencia de Mayores de la J
Junta de Andalucía de Marchena (Sevilla).

Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir más allá de los 60 años.

En España la esperanza de vida, según Instituto nacional de Estadística, con datos de 2014, subió a 82.8 años. La esperanza en mujeres 85,6 y en hombres de 80.1. LA QUINTA MAS ALTA DEL MUNDO. Con un índice de envejecimiento del 18,4%(personas mayores de 65 años/población total) y una feminización del envejecimiento con 33% más de mujeres que de hombres. Originándose un envejecimiento del envejecimiento, incrementándose cada vez más el grupo de edad más avanzada respecto al conjunto de la población envejecida.

Existe la falsa idea de que el envejecimiento demográfico de un país conlleva únicamente aspectos negativos, a menudo se los ve de manera estereotipada como una carga o como personas débiles, tristes, enfermas, alejadas de la realidad o dependientes. Muchos de estos llamados ancianos siguen cuidando y ayudando a sus familiares y constituyen un grupo de ciudadanos activos y entusiastas.

Algunas investigaciones indican que es posible que la discriminación por motivos de edad actualmente sea una forma más generalizada de discriminación que el sexismo o el racismo. Esto tiene graves consecuencias tanto para las personas mayores como para la sociedad en general.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: Nuestra salud.

Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y

mental, las consecuencias para las personas y para la sociedad serán mucho más negativas.

Pero la mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. La gran mayoría de los sexagenarios de nuestro país gozan de buen estado de salud. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar. Otros problemas de salud en muchos casos se tratan con eficacia, sobre todo si se los detecta a tiempo e incluso las personas con deterioro de la capacidad pueden ir adonde necesitan ir y hacer lo que necesitan hacer si cuentan con los entornos favorables adecuados. Los cuidados a largo plazo y el apoyo pueden asegurarles una vida digna, con oportunidades para el crecimiento personal sostenido. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores; los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública.

Los cambios que constituyen al envejecimiento

Son complejos: en el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte.

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas.

En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona.

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas. Aunque quizás algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada que puede estar asociado con “la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios con-

textos sociales interrelacionados". Los cambios psicosociales explican en buena medida por qué, en muchos entornos, la vejez puede ser un periodo de bienestar subjetivo elevado.

Al elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante no solo considerar estrategias que contrarresten las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también que refuercen la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial

Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas.

Características del modo de enfermar de los mayores:

Es importante analizar las características del modo de enfermar de los mayores: hay destacar la gran variabilidad dentro de este grupo de edad. Es verdad que a medida que avanzan los años también lo hace la prevalencia de enfermedades y la discapacidad, pero también es cierto que muchas personas llegan, a edades avanzadas con buen estado de salud. Entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables, por lo tanto no es posible predecir la salud de un individuo únicamente en función de su edad. La POBLACION MAYOR NO ES UNA POBLACIÓN HOMOGENEA, pueden ser radicalmente diferentes aunque tengan la misma edad. Así en la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de ancianos:

Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable, con buena capacidad funcional, independiente para actividades de la vida diaria, tanto instrumentales como básicas y no presentan problemática mental, social derivada de su estado de salud.

Anciano con alguna enfermedad, generalmente crónica, pero que se comporta como un adulto enfermo. Presenta algún proceso, generalmente crónico sin otras enfermedades importantes y sin problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos dentro de los servicios tradicionales sanitarios.

Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de forma precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de personas con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio familiar. Pero procesos intercurrentes como caídas, infecciones, hospitalizaciones etc. pueden llevar a una situación de pérdida de independencia y la necesidad de recursos sanitarios y sociales. La capacidad funcional está aparentemente bien conservada para actividades básicas de la vida diaria pero pueden presentar dificultades para tareas instrumentales más complejas. Tiene alto riesgo de volverse dependiente, sería una situación de pre discapacidad.

Paciente geriátrico es aquel paciente de edad avanzada con varias enfermedades crónicas y evolucionadas, en el que existe discapacidad evidente. Son dependientes tanto para actividades básicas y precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteraciones mentales y problemática social.

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también como estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. *Además, se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado.*

Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida. (Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición.

Factores relacionados con la enfermedad en el anciano

Otros factores relacionados con la enfermedad en el anciano son:

Pluripatología es frecuente que coexistan varios procesos patológicos en el mismo individuo es la que se denomina comorbilidad. Se estima que la media de diagnósticos en pacientes ambulatorios puede ser 3-4, que aumenta a 5-6 en ancianos hospitalizados y que se multiplica por 2-3 tras la realización de una autopsia. La expresión de estas enfermedades y la mezcla de síntomas complican el diagnóstico.

La **polifarmacia**: fármacos prescritos por el médico de familia, los prescritos por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el anciano cumple de forma más o menos regular. Se multiplica el riesgo de interacciones entre sí, produciendo efectos secundarios, con signos y síntomas que complican aún más el proceso diagnóstico. Además en los ancianos más frágiles con deterioro cognitivo o problemas sensoriales, presentan mayor riesgo de confundir posología y aumenta el riesgo de errores con la consiguiente iatrogenia.

Por ello la geriatría se centra en la salud y en la enfermedad de un determinado grupo de edad. Se centra en la persona, no se ocupa de enfermedades específicas, sino de la enfermedad en un organismo que envejece, donde la frontera que separa el propio envejecimiento biológico de la patología es a ve-

ces difícil de delimitar. La salud del anciano se encuentra a menudo en un equilibrio inestable, donde las manifestaciones de la enfermedad, sus consecuencias y su evolución, tienen un carácter peculiar y están poderosamente influidas por el entorno físico, familiar, social y asistencial en el que se desenvuelve el anciano.

Pero la geriatría ofrece un modelo de intervención, con resultados contrastados y evidencias que se asienta en la idea que gran parte de la discapacidad puede ser prevenida y que la dependencia puede reducirse al mínimo.

Peculiaridades de las enfermedades del anciano.

El envejecimiento como proceso fisiológico continuado viene condicionado por determinantes genéticos, ambientales, hábitos tóxicos, falta de uso y enfermedades, entre otros. Una combinación diferente de estos factores, en el que la edad es uno más, determinan en cada individuo el punto de inflexión o umbral, a partir del cual disminuye la capacidad de reserva y de adaptación, se hace más vulnerable a las agresiones externas, se ve comprometida su capacidad de respuesta y aparece un mayor riesgo de deterioro funcional.

No existen enfermedades propias de la vejez, en la vejez inciden todas las enfermedades que se ven en adulto, sino enfermedades en la vejez. Algunas son muy comunes y prevalentes en los ancianos como artropatías, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cáncer, deterioro cognitivo o fracturas de caderas.

La disminución de la reserva funcional en los órganos y sistemas, sus cambios al envejecer y la falta de capacidad de adaptación condicionan que en muchos casos la expresión de los síntomas y signos de la enfermedad en el anciano sea diferente a la del adulto joven. Hablamos entonces de presentación atípica y se caracteriza por: síntomas inespecíficos o que parecen tener poca relación con el diagnóstico posterior, Como ejemplo, desorientación o confusión mental como manifestación de una fractura de cadera, una neumonía o una neoplasia.

Manifestaciones oligosintomáticas, es frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén atenuados o no aparezcan ej. Neumonía sin fiebre.

Algunos síntomas pueden presentar cambios como la fiebre, es habitual que sea menos intensa de lo esperado o que no aparezca. El dolor genera gran sufrimiento y en ocasiones no es identificado, es poco expresado por el paciente, poco reconocido por el médico y en general infratratado. Taquicardia y taquipnea son síntomas frecuentes y a veces la única expresión de una enfermedad grave. Son frecuentes el delirium o síndrome confusional de etiología orgánica y extra cerebral

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico y la especial forma de

presentación de la enfermedad, hacen necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración. La valoración geriátrica integral surge como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de problemas y necesidades no diagnosticadas, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que escapan a la valoración clínica tradicional.

Es un proceso dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basadas en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida.

Los objetivos que se plantea la VGI son:

- -Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple: clínico, funcional, mental y social.
- -Descubrir problemas no diagnosticados previamente.
- -Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- -Mejorar el estado funcional y cognitivo
- -Mejorar la calidad de vida
- -conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- -Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- -Disminuir la mortalidad.

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados escalas de valoración que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al mayor.

Valoración de la esfera clínica:

Es la más complicada de cuantificar por las peculiaridades del anciano con presentación atípica e inespecífica de la enfermedad, debe incluir: entrevista clínica clásica, añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de algunos de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva y de agudeza visual, incontinencia), historia farmacológica, valoración nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas.

Es fundamental conocer los aspectos clínicos y sociales de las enfermedades en geriatría y la implicación de un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios. En la anamnesis hay que tener en cuenta los factores que dificultan la entrevista clínica y la hacen más laboriosa como dificultades de la comunica-

ción secundarias a déficit sensoriales, deterioro cognitivo, lentitud psicomotriz. Descripción vaga de síntomas, múltiples quejas que nos obligas a clasificar las patologías por orden de prioridad o gravedad.

La valoración de la esfera funcional

Es un proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD) aquellas que realiza diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación); instrumentales (AIVD) hace referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso tñno) y avanzadas (AAVD) aquellas que permite al individuo su participación en actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes, ejercicio físico intenso. Utilización de ayudas y dispositivos.

Valoración en la esfera mental

Es importante atender tanto la esfera afectiva como cognitiva.

Valorar memoria, orientación, lenguaje, capacidad de abstracción, atención, práxias, juicio y trastornos de conducta que suelen tener asociados: delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia sueño, vagabundeo, agresividad. Que en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y de su familia o cuidadores. En cuanto a la fragilidad afectiva saber que 25% de los ancianos padece algún trastorno psíquico y que la ansiedad y la depresión son los más frecuentes.

Factores de riesgo

Los **factores de riesgo** incluyen: factores biológicos, factores médicos, enfermedades crónicas, especialmente las asociadas a dolor y pérdida funcional, polifarmacia, de privación sensorial, factores psíquicos como episodios previos de depresión, ansiedad, alcoholismo, demencia. Factores sociales, viudedad, institucionalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social, pérdidas recientes.

Valoración social

Permite conocer la relación del anciano y su entorno. Valorar el ambiente que rodea al anciano no solo entorno físico (casa, barrio) sino el carácter de las relaciones que mantiene el anciano y su nivel económico.

- Con quien vive y relaciones sociales
- Necesidades de cuidado social: cuidador y sobrecarga familiar
- Necesidad de recursos sociales: Utilización de recursos
- Ingresos económicos (Tipo de pensión)
- Cercanía de la familia, amigos relaciones con estos
- Vivienda, seguridad, accesibilidad, transportes públicos, barreras arquitectónicas, adaptaciones
- Creencias religiosas, costumbres, diversiones.

ACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS: COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Dra. Mercedes García Moreno.
Geriatra. Residencia de mayores de la Junta
de Andalucía de Montequinto (Dos Hermanas).



El paciente geriátrico presenta unas necesidades complejas: comorbilidad, deterioro funcional, mental, social, nutricional...que precisan de un abordaje especializado y coordinado con el resto de niveles asistenciales con el fin de garantizar:

- Proporcionar continuidad cuidados
- Plan actuación multidisciplinar
- Mantener el mayor tiempo su independencia
- Prevenir descompensaciones e intentar que las mismas repercutan lo menos posible en el paciente.

Los grandes síndromes geriátricos³ que son patología prevalente en la población mayor y que hay que conocer para tratar adecuadamente, ya que puede pasar desapercibida y se puede producir complicaciones importantes: inestabilidad, incontinencia, deterioro cognitivo e inmovilidad.

Otro de los parámetros que no debemos olvidar en el paciente geriátrico es la polifarmacia⁴ y sus posibles efectos adversos en esta población. Mejorar la prescripción a las personas mayores, supervisando los fármacos prescritos y indicación adecuada. Por otro lado, retirando aquellos que no

Figura 1: Principales factores implicados en la patogenia de la fragilidad².

Tabla 3

Criterios START^a: herramienta para llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados. Estos medicamentos debe ser considerados en personas de 65 o más años que tengan las siguientes enfermedades, cuando no exista contraindicación para su uso

A. Sistema cardiovascular

1. Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica
2. AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo esté el AAS
3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal
4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años
6. IECA en la insuficiencia cardíaca crónica
7. IECA tras un infarto agudo de miocardio
8. Bloqueadores beta en la angina crónica estable

tengan esa prescripción adecuada.

No vale con decir «no vamos a hacer tal cosa porque el paciente es frágil⁵»; al contrario, la identificación de una situación clínica de vulnerabilidad crea, paradójicamente, más trabajo: hay que pensarlo mejor, más cuidadosamente y, sobre todo, deben identificarse las causas subyacentes de dicha fragilidad e intentar corregirlas.

Existe una gran dispersión de recursos sanitarios y sociales para la atención a las personas mayores. La insuficiente coordinación de los sistemas social y de salud está ocasionando frecuentemente una duplicidad de recursos o una ineficacia en las prestaciones, que requiere de una solución, ya que gran parte de los problemas que plantean las personas mayores requieren un abordaje multidisciplinar.

La importancia de las transiciones:

- Se asocian con mucha frecuencia a cambios importantes en el estado de salud
- Parcelación del cuidado

- Pérdida de información clínica
- Frecuentes errores en el cumplimiento terapéutico
- Objetivos asistenciales “no alineados”.

La coordinación sociosanitaria:

- Mejora de los recursos por conexión continua con el medio hospitalario.
- Evita ingresos hospitalarios y traslados con sus efectos secundarios.
- Reducción gasto sanitario
- Mejora la calidad asistencial

REFERENCIAS

1. Ruipérez et al. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(5):281-7
2. Abizanda Soler, Pedro et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(15):713–719.
3. González JI, Alarcón MT. Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine*. 2003;8(108):5778-85.
4. E. Delgado Silveira. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015. 50 (2): 89-96.
5. Nicolás Martínez-Velilla y Román Romero-Ortuño. Fragilidad sí, pero evitemos el fragilismo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50(5):209–210.
6. T. Alonso et al. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(2):122- 38.
7. Aparicio Jalbaquinto et al. Coordinación servicios sociosanitarios para la mejora de la prescripción y dispensación farmacológica en una residencia de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(6):333

Tercera Mesa Redonda

**¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR EL DETE-
RIORO Y LA ENFERMEDAD EN LOS PA-
CIENTES MAYORES?**

Moderador:
Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra.
Académico de Número de la RAMSE.

La definición de persona mayor es compleja. Es fácil observar cómo hay personas de 70 años que realizan una vida activa personal y profesionalmente, que no requieren atención especial y que en muchas ocasiones son el apoyo de familias, grupos y asociaciones. Por el contrario hay también personas de esa misma edad que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVBD). Por tanto la edad por la se que define a una persona mayor está mas en relación con planteamientos sociales y laborales que con definiciones biológicas.

De cualquier modo, en general se define a una persona como mayor cuando ha alcanzado los 65 años, es decir, cuando en muchos de los países desarrollados económicamente se ha establecido como la edad de Jubilación. Pero está claro que este número se modificará en no muchos años teniendo en cuenta que en muchos países, incluido el nuestro, en algunas profesiones tales como Profesores Universitarios, Jueces y Fiscales etc, la Jubilación voluntariamente puede retrasarse voluntariamente. Toma por tanto relevancia el planteamiento que defiende la “Jubilación móvil”_ es decir, aquella que plantea la edad de Jubilación en función de la esperanza de vida: Si esta se prolonga, podría prolongarse también la vida laboral. Indudablemente la edad de Jubilación no es exactamente igual que la edad que define a una persona como mayor.

“LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL MAYOR. TIPOS DE PREVENCIÓN”

Dr. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra.
Académico de Número de la RAMSE.

Teniendo en cuenta las matizaciones arriba indicadas, para poder responder a la pregunta de qué enfermedades hay que prevenir, es necesario conocer cuáles son las enfermedades más frecuentes en las personas mayores.

Las personas mayores pueden tener las mismas enfermedades que las personas más jóvenes pero algunas de ellas son las que originan mayor impacto en los ancianos, con el consiguiente riesgo de dependencia e incluso de muerte. Por otro lado hay enfermedades muy prevalentes en las personas mayores que si bien no generan un mayor riesgo de muerte, son capaces de producir un marcado empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares y cuidadores, tales como las que afectan a los órganos de los sentidos. Por otro lado hay también un conjunto de enfermedades del aparato locomotor, especialmente la artrosis de diversas localizaciones, que originan en esa población un considerable grado de dependencia, con pérdida de la autonomía y que las aísla de sus compañeros/amigos habituales.

Este aislamiento con frecuencia genera trastornos del humor y empeoramiento de la calidad de vida. Siempre se ha dicho que la edad del hombre es la edad de sus arterias, pero de algún modo también se puede decir que la edad del hombre es la edad de sus articulaciones. Resumiendo podíamos decir que las enfermedades mas frecuentes o con mayor impacto en los mayores son:

- Enfermedades de los órganos de los sentidos; oído, vista.
- Procesos osteoarticulares .
- Enfermedades no transmisibles.
 - Cardiopatías.
 - Accidentes cerebrovasculares.
 - Enfermedades respiratorias crónicas.
 - Cáncer.
 - Demencia.
- Enfermedades trasmisibles.

Por qué es necesario prevenir

La necesidad de prevención de las enfermedades no admite discusión. De hecho una de las características de la medicina moderna es el énfasis en la

prevención, no en vano las dos medidas que más vidas han salvado, o dicho de otro modo, que mas enfermedades y muertes han evitado son dos medidas preventivas; la cloración del agua y los programas de vacunación.

Pero en las personas mayores la prevención cobra una dimensión superior. Así, en las personas no ancianas la prevención tiene como objetivos evitar la enfermedad y evitar la muerte. Pero en los ancianos, la prevención debe dirigirse también a disminuir el deterioro de la capacidad funcional y evitar la dependencia.

Los seres vivos comenzamos a envejecer muy pronto y una vez terminado el desarrollo iniciamos, de algún modo el envejecimiento. De hecho a la tercera edad podemos llegar en muy diversas condiciones físicas, psíquicas o sociales y por tanto con diversas capacidades funcionales. Es por tanto necesario iniciar la prevención de las enfermedades propias del envejecimiento desde edades muy tempranas. El objetivo de la medicina del envejecimiento es no tanto alargar la vida, sino llegar al final de la misma con las mejores capacidades funcionales.

Tipos de prevención en el anciano

- Prevención primaria. Es la que trata de minimizar la incidencia de enfermedades. Para ello es fundamental el estudio individual de los factores de riesgo.
- Prevención secundaria. Su objetivo es detectar lo mas precozmente una posible enfermedad con el objeto de revertirla o al menos retrasar y minimizar la progresión
- Prevención terciaria; para evitar las secuelas de la enfermedad e iniciar precozmente la recuperación funcional de los paciente en todos los aspectos.
- Prevención cuaternaria. Algunos autores denominan así a la prevención de los efectos secundarios de la medicación y a los posibles daños consecuentes a la realización de pruebas complementarias (preparación de colonoscopias, nefroprotección etc).

Problemas del estudio de los factores de riesgo en mayores.

Muchos de los fármacos, protocolo de estudio y medidas terapéuticas en general excluyen la inclusión de pacientes ancianos y esto es especialmente frecuente en los ensayos clínicos, paradigma de una buena investigación clínica.

- La falta de inclusión de pacientes mayores en los ensayos clínicos, hace que muchas de las recomendaciones que se concluyen para los no ancianos, tengan defectos metodológicos (variabilidad, escasez de la muestra) que impidan su aplicación a los ancianos.

- Frecuentemente se excluyen a pacientes institucionalizados.
- Los abandonos en los estudios de seguimiento son mas frecuentes en los ancianos ya que pueden deberse no solo al cansancio del paciente, sino también al cansancio del cuidador. Igualmente en algún grupo de ancianos, los cuidadores pueden sobreprotegerlos
- El envejecimiento y el deterioro son inevitables. Por eso es necesario que los pacientes y la sociedad no tengan excesivas expectativas sobre los tratamientos médicos y los procedimientos.
- En muchas ocasiones, puede que los procedimientos estudiados no sean coste.-beneficio, con los parámetros habituales.

Como hacer prevención de la enfermedad en las personas mayores.

La atención sanitaria a los mayores puede llevarse a cabo en diversos niveles. Pero además en ellos es imprescindible tener en cuenta algunos aspectos sociales tales como la presencia de cuidadores, la vivienda, pensión, su movilidad. Por eso los ancianos tienen contacto con muy diversos niveles asistenciales sanitarios y sociales. Esto es así en todos los países desarrollados económicamente. Y es llamativo que uno de los objetivos de diversos países a ambos lados del océano es que exista coordinación entre todos estos niveles para que no exista repetición o falta de implementación de alguna medida necesaria. Para ello, en cada anciano se debe:

- Realizar una valoración objetiva y establecer los objetivos que los sistemas y sociedad científicas recomienden.
- Elaborar un registro, centralizado que unifique y tenga constancia documental de todas las actuaciones.
- Buscar activamente a las personas mayores registrando las actuaciones.
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de las medidas acordadas iniciando las actuaciones pertinentes si los resultados no son los adecuados.

Para que el seguimiento sea adecuado es preciso que una persona sea la responsable del mismo, aunque otros profesionales intervengan las veces que sea necesario. El perfil de la persona responsable dependerá de las características del paciente. Por ejemplo si un paciente está institucionalizado, el responsable será el médico de la misma o la enfermera en su defecto. Si está en su domicilio, el médico de familia. Si el paciente encaja en la definición de paciente geriátrico, por un Geriatra. Si los problemas predominantes son de índole social, una trabajadora social. Según la evolución de la salud o de la enfermedad, puede así cambiar temporalmente el responsable del paciente. Hoy en día, en muchos países, incluso en el nuestro, hay actividades de prevención que no se realizan adecuadamente por falta de coordinación de los profesionales implicados y de los lugares en los que estos desarrollan su quehacer. Esta coordinación por tanto debe englobar a

- Centros de Día.
- Unidades de media y larga estancia.
- Centros gestionados por asociaciones de pacientes.
- Médico de Familia.
- Enfermera en Atención Primaria.
- Consultas externas de hospitales.
- Servicios de Urgencia/Hospitales
- Residencias Geriátricas

En la mayoría de los casos, el Médico de Familia será responsable principal.

Medidas eficaces en la prevención de las enfermedades den ancianos.

Ya hemos comentado que los estudios sobre la eficacia de los tratamiento y también de las medidas preventivas en los ancianos, tienen importantes defectos metodológicos. Por tanto no es difícil entender que las recomendaciones son cambiantes y no responden a un patrón generalizado. También influye la disponibilidad de medios incluyendo a los países desarrollados económicamente.

Las medidas preventivas se pueden agrupar en cuatro apartados.

1. **Cribado.** Detección precoz cáncer; mama, colon, cuello uterino, próstata. La mamografía de cribado debería recomendarse cada dos años hasta los 74 años. Para el cáncer de cuello uterino el cribado se finalizará a los 65 años siempre que exista un cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no haya antecedentes. Cáncer colon 60-74 años, se recomienda el cribado con sangre oculta en heces cada 2 años o sigmoidoscopia flexible cada 10 años No se recomienda la sigmoidoscopia en pacientes mayores de 75 años.

Factores cardiovasculares Colesterol; cada 4 años hasta los 75 aunque raramente aumenta a partir de los 65 años. Objetivo, Colesterol 200 y HDL mas de 50. Diabetes cada 4 años. Objetivo de la Tensión Arterial 140/90 (130/80 si hay otros factores de riesgo). Buscar la fibrilación auricular.

2. **Inmunizaciones;** Es necesaria la vacunación de Neumococo, Tétanos y la vacunación anual del virus de la Gripe.

3. **Consejos respecto a estilos de vida.** Dieta variada, dejar de fumar y hacer ejercicio diariamente dentro de sus posibilidades.

4. **Como prevención secundaria** de enfermedades cardiovasculares, Aspirina en dosis bajas.

BIBLIOGRAFIA

1. Abellan García, Antonio; Ayala García, Alba; Pujol Rodríguez Rogelio (2017). “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos” (48 p.). Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15. Fecha de publicación: 31/01/2017.
2. Actualización 2016 PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud). Atención Primaria (Número especial). 2016, Vol 48. Supl 1:1-2
3. Preventive and Anticipatory Care. Pacala J.T. En “ Brocklehurst Textbook on Geriatric Medicine and Gerontology”. H. Fillit, Rockwood K and Woodhouse K. Séptima Edición. Saunders 2010.
4. Martín Sebastián E. García Tomas MA, y Abizanda P. Estrategias de prevención y promoción de la salud en el anciano. En “Medicina Geriátrica: Una Aproximación Basada en Problemas”. Elsevier 2012

LA SARCOPENIA EN LA PERSONA MAYOR Y SU REPERCUSIÓN

Dr. Máximo Bernabeu Wittel
Profesor Asociado,
Unidad de Medicina Interna.
Hospital Univ. Virgen del
Rocío de Sevilla

La sarcopenia constituye en la actualidad un síndrome emergente en las poblaciones de personas mayores. De relativamente reciente caracterización (fue definida por primera vez por I. Rosenberg en 1989 en un artículo publicado en la revista *American Journal of Clinical Nutrition*), por su prevalencia, interrelaciones con la fragilidad, e impacto en la salud de los ancianos está hoy en día en la primera línea del interés biomédico y científico.

Dos características clínicas definen a este síndrome: disminución de la masa muscular que se acompaña de disminución de la fuerza muscular, asociadas al propio envejecimiento. Actualmente no existe una causa unívoca establecida que justifique la aparición y desarrollo de la sarcopenia primaria, sino más bien una concurrencia de varios cambios y alteraciones fisiológicas derivadas del proceso de envejecer.

Entre las que más fuertemente está establecido el vínculo caben destacar las endocrino-metabólicas (envejecimiento del eje hormonal gonadal, de la hormona del crecimiento, déficit multifactorial de vitamina D y otros micronutrientes...), los fenómenos de apoptosis y autofagia aceleradas tanto a nivel del miocito como de las motoneuronas espinales, y la disfunción mitocondrial por daño oxidativo acumulado asociada al envejecimiento.

La prevalencia de sarcopenia en poblaciones de ancianos es variable según los entornos y oscila entre el 10% y el 30%, siendo mayor en residencias de cuidados y ámbitos hospitalarios que en la comunidad.

Está más que demostrada su interrelación con la fragilidad, y hoy en día existe la hipótesis de que la sarcopenia es uno de los condicionantes subyacentes más importantes de la fragilidad, y por ende del deterioro funcional y la

discapacidad en los ancianos. Adicionalmente condiciona importantes consecuencias endocrino-metabólicas como intolerancia hidrocarbonada y diabetes, y está muy relacionada con la osteoporosis.

Su diagnóstico y detección requiere la cumplimentación de dos criterios: el criterio de pérdida de fuerza muscular (para el que se utiliza el test de la velocidad de la marcha, ó la dinamometría manual); y el criterio de disminución de la masa muscular esquelética por debajo de un dintel (para el que se utilizan diferentes métodos, siendo los más usados la bioimpedanciometría y la DEXA).

Al ser un síndrome de reciente caracterización los criterios para su diagnóstico han variado. Actualmente los más utilizados son los criterios europeos (consenso para el diagnóstico de sarcopenia de la EWGSOP) acuñados en 2010, y los estadounidenses del proyecto FNIIH acuñados en 2014, que son muy similares pero algo más estrictos en el punto de corte para definir la pérdida de masa muscular.

El tratamiento de la sarcopenia está suscitando un enorme interés clínico e investigador.

El tratamiento no farmacológico basado en una adecuada dieta, y ejercicio específico (al menos 3 veces en semanas con sesiones de 45-60 minutos de duración alternando ejercicios de resistencia con ejercicios aeróbicos para alcanzar el 70-80% de la frecuencia cardíaca máxima teórica), ha demostrado retrasar y revertir parcialmente la pérdida de fuerza y masa muscular. Los suplementos vitamínicos con vitamina D también han demostrado beneficio. El efecto de otros suplementos nutricionales y sustancias antioxidantes es más debatido por no existir evidencia clínica al respecto.

El tratamiento farmacológico es, sin duda actualmente, el campo de mayor interés en la investigación biomédica de la sarcopenia. Han demostrado utilidad

ENVEJECIMIENTO-FRAGILIDAD



Figura 1: Factores que influyen en la Fragilidad

Patología Crónica
Ictus con secuelas
Infarto agudo de miocardio o Insuficiencia Cardíaca < 6 meses
Enfermedad de Parkinson
EPOC
Patología osteoarticular degenerativa
Caídas
Déficit visual severo
Toma de 3 o más fármacos con efectos secundarios importantes
Prescripción en el último mes de anti HTA, antiDM o sedantes
Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses
Necesidad e atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
Incapacidad funcional
Deterioro cognitivo
Depresión
Ser mayor de 80 años
Vivir solo
Viudez < 1 año
Cambio de domicilio < 1 mes
Situación socioeconómica precaria

la testosterona, la dehidroepiandrosterona y la hormona del crecimiento, pero sus efectos metabólicos multisistémicos a otros niveles condicionan las dificultades y dudas sobre su uso clínico masivo.

Se está investigando el uso de inhibidores de la miostatina, inhibidores del proteosoma, inhibidores de la ciclofilina D, incluso en oligonucleótidos antisentido similares a los que se están planteando para el tratamiento de algunas distrofias musculares graves.

En conclusión, la sarcopenia constituye actualmente un síndrome clínico emergente, que se sitúa en un área muy nuclear dentro del proceso de envejecimiento.

Su impacto en los ancianos y sus consecuencias deletéreas funcionales y metabólicas es elevado. Su identificación y diagnóstico es relativamente sencillo, y su abordaje actualmente se basa en dieta y ejercicios específicos regulares, pero probablemente en el futuro cercano contaremos con potentes tratamientos que ayuden a su reversión al menos parcial.

FRAGILIDAD EN EL MAYOR. SISTEMAS DE DETECCIÓN Y CORRECCIÓN

Dr. José Gallardo Bautista

Médico Geriatra.

Urgencias del Hospital Universitario

Virgen Macarena

Concepto de fragilidad

Existe mucha variabilidad en la definición de fragilidad. Es frágil aquello que puede romperse por cualquier causa. El término Frailty en literatura anglosajona es equivalente a riesgo de discapacidad.

Existen dos modelos clásicos que tratan de definirla:

ENVEJECIMIENTO-FRAGILIDAD



Figura 1: Factores que influyen en la Fragilidad

Tabla 1: Indicadores de Fragilidad según OMS

- **Modelo de Brocklehurst:** Define la fragilidad como el Riesgo de perder la capacidad de continuar viviendo en la comunidad.

- **Modelo de Buchner:** Umbral a partir del que la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo comienza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla

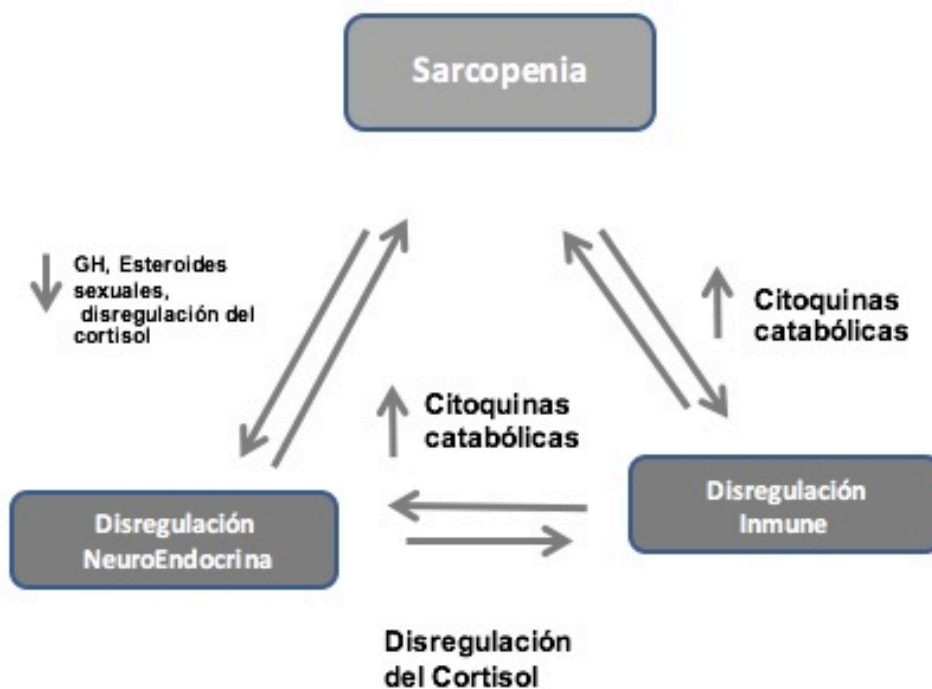
Si conjuntamos los dos modelos podemos obtener una mayor aproximación a lo que se entiende como fragilidad.

La fragilidad es un Continuum que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo en el que si las necesidades no son cubiertas se produce la dependencia que puede llevar a la institucionalización y muerte. No es discapacidad sino el deterioro funcional inestable o el riesgo de sufrir deterioro funcional ante agresiones externas.

Son ancianos frágiles aquellos con **patologías que tienden a la incapacidad, frecuentemente asociados a deterioro funcional o mental** y con **problemas sociales:** pobreza, soledad, incomunicación...,

Fig: 2

Cambios fisiológicos relacionados a la edad en el Síndrome de Fragilidad



Es una situación de pre-discapacidad, entendida esta como vulnerabilidad. Así cuando los factores estresantes superan a la capacidad del individuo, se rompe el equilibrio y la persona se vuelve dependiente.

Factores que influyen en la Fragilidad

En la forma de enfermar de una persona mayor encontramos componentes del ámbito físico, pero también de índole cognoscitiva-afectiva y también la influencia de factores sociales asociadas al envejecimiento que nos obligan a una valoración integral de la persona para adecuar lo más posible un plan terapéutico de éxito.

Igualmente en la fragilidad hemos encontrado asociación de factores variados que tienen su influencia en la aparición de fragilidad y sobre los que podríamos actuar.

En la aparición de fragilidad influye el envejecimiento en si mismo mediante la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo. A su vez influenciada por factores genéticos, y acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desusos y condicionantes cognoscitivo-afectivos y sociales (figura 1).

Indicadores Fragilidad OMS :

Incluye criterios que representan Pacientes con patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental y Con problemas sociales: pobreza, soledad, incomunicación...

La OMS considera todos estos factores como de riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte (Ver tabla adjunta).

Prevalencia:

Según la aplicación de los criterios anteriores la Fragilidad tiene una Prevalencia de entre 10 y 25% en > 65 años aumentando con la edad de forma que casi 50% de los pacientes de más de 85 años tienen criterios de fragilidad.

El 30% de los hospitalizados tienen criterios de fragilidad.

Haciendo unos cálculos rápidos, si en Andalucía los mayores de 65 años son un 15% de una población de 8 millones de habitantes, en la actualidad serían entre 120 y 300.000 los ancianos frágiles en nuestra tierra.

Es importante su detección, evaluación y rápida actuación ya que se ha comprobado cómo la presencia de fragilidad conlleva mayor **riesgo** de caídas, discapacidad, hospitalización y muerte.

Etiología de la Fragilidad:

Multifactorial debida a interacción y superposición de factores:

Como responsables del origen de la fragilidad Morley describe 4 Mecanismos principales: La aterosclerosis, el deterioro cognitivo, la desnutrición y la sarcopenia con las alteraciones metabólicas asociadas, esta última como pieza clave en su aparición.

En individuos frágiles los cambios fisiológicos detectados han comprobado cómo la aparición de sarcopenia, como pieza clave, en conjunción con disregulación neuroendocrina e inmune explicar la aparición de este síndrome (Fig 2).

En este ámbito podemos comprobar la existencia de un estado de inflamación crónica de bajo grado con aumento de citocinas y otros mediadores de la inflamación y alteraciones en los factores de la coagulación (VIIa y VIIIa); disregulación neuroendocrina en relación con valores de leptina, ghrelina, obestatina, y bajos niveles de testoste hormona del crecimiento o factor de crecimiento insulínico de tipo 1, cortisol, deshidroepiandrosterona.

Pueden estar implicados en la patogenia de la fragilidad mecanismos moleculares y celulares tales como el estrés oxidativo, el daño del ADN mitocondrial y el acortamiento de telómeros.

En consecuencia se están buscando biomarcadores para uso común en la práctica clínica y se han descrito asociaciones a fragilidad con valores altos de IL-6 y PCR, TNF, Dimero D, y bajos de IGF1, DHEA, testosterona, cortisol, vitaminas D y B12, Hemoglobina y linfocitos entre otros. Sin embargo los resultados son heterogéneos y hay que esperar para tener resultados definitivos que nos permita su aplicación en la práctica clínica rutinaria.

Detección de fragilidad

A la espera de claros biomarcadores podemos afirmar que el diagnóstico debe basarse en aspectos clínicos derivados de la anamnesis y exploración de la persona.

El instrumento básico es una buena historia clínica que refleje la situación basal de forma integral que tiene nuestro paciente. Es decir debemos completar los aspectos clínicos tradicionales con una Valoración Geriátrica Integral

Existen varias formas de detección en base a diferentes factores físicos, cognitivos y sociales. Los más destacados son los modelos de Fragilidad de Fried y el modelo multivariantes de Rockwood que han demostrado asociación significativa con riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y muerte.

El modelo de Rockwood se basa en 4 grados de discapacidad progresiva, incluidas las ABVD, deambulación, continencias y cognición. Establece una escala de fragilidad con **7 grados** progresivos: robusto; bien, sin enfermedad; bien, con enfermedad controlada; vulnerable aparentemente; leve dependencia en AIVD; ayuda en las AIVD y en las ABVD, y dependiente o terminal. Su extensión le limita en su uso cotidiano.

En cuanto **Criterios de Fragilidad de Fried** propone un fenotipo de fragilidad en base a 5 ítems:

1. **Pérdida de peso involuntaria** >5 kilos durante el año precedente
2. **Baja resistencia, cansancio:** Autoinforme de agotamiento e identificado por 2 preguntas de la escala Center Epidemiological Studies-Depression.
3. **Debilidad muscular:** Fuerza prensora <20% del límite de la normalidad (ajustado por sexo e IMC (medido con dinamómetro)
4. **Actividad física reducida** Calculo del consumo de calorías < al quintil inferior ajustado por sexo.
5. **Velocidad lenta para la marcha** (metros por segundo) <20% del límite de normalidad ajustado por sexo y altura

La detección de más de 3 de estos criterios equivale a Fragilidad, y la puntuación 1 ó 2 = pre-frátiles. Se ha comprobado en este modelo que el estado de **prefragilidad predice conversión a fragilidad**, y que el estado de **fragilidad es un potente predictor** de: Caídas, deterioro de la movilidad, aumento de la dependencia en las ABVD, hospitalización y muerte a 3 años.

Es clave en el diagnóstico la **Velocidad lenta de la marcha** < 0.8 m/seg o un test de **Timed up and go** (desde sentado a 3 m de distancia y sentado > 10 seg (con su ayuda técnica). Cualquiera de las 2 positivas requiere de la valoración de geriatra y equipo interdisciplinar

Actitud Terapéutica

Para obtener una mayor expectativa de vida libre de incapacidad debemos aplicar la prevención y los métodos de la geriatría con más intensidad en el momento en que detectemos fragilidad con los cuestionarios anteriores y la Valoración geriátrica integral.

El principal objetivo de la geriatría es evitar el desarrollo de la dependencia. Hay que tener en cuenta que cualquier enfermedad crónica sea del tipo que sea hace que el paciente tienda a la discapacidad y a la dependencia (ver figura)

Los recursos que debemos poner en disposición del paciente y su familia deben ser interdisciplinarios elaborando un plan asistencial individualizado que asegure la debida continuidad asistencial entre Atención primaria y especializada (con sus niveles asistenciales) y con la íntima relación con los servicios sociales alcanzando una atención de carácter sociosanitario .

La no aplicación precoz de este tipo de atención puede hacer que el paciente anciano frágil pase rápidamente a ser un paciente geriátrico y por tanto discapacitado. Asimismo el no aplicarlo al paciente geriátrico conlleva mayor discapacidad, riesgo de institucionalización y de muerte

Prevención y tratamiento de la Fragilidad

Se han descrito varios tipos de medidas, el pilar básico es el ejercicio regular y son de ayuda la aplicación de medidas correctoras en la dieta, adaptaciones del entorno y adecuación del soporte social.

Ejercicio regular Puede reducir el riesgo de fragilidad y el de que los ancianos que ya tienen alteraciones funcionales se deterioren aún más. La tasa de mortalidad de los ancianos que hacen ejercicios aeróbicos con regularidad (caminar, nadar, correr) es un 50% menor, y también es menor su deterioro funcional, en comparación con sedentarios. El tipo de ejercicio recomendado:

1. **Aeróbico:** 30 min de actividad moderada 5 veces a la semana (caminar o correr)
2. **Anaeróbico:** 8 - 10 ejercicios en los grupos musculares principales, 10-15 repeticiones por ejercicio al menos 2 veces por semana
3. **Flexibilidad:** 10 min de ejercicio de flexibilidad 10 -30 seg por estimamiento , 3 a 4 repeticiones de los principales grupos musculares , 2 veces por semana
4. **Balance:** En especial en pacientes con caídas. Frecuentes o problemas de movilidad

Dieta sana Puede prevenir o reducir el riesgo de muchos trastornos que contribuyen a la fragilidad, por ejemplo ciertos cánceres (mama y colon), la osteoporosis, la obesidad y la malnutrición, además de que podría reducir la morbilidad. Su eficacia no está del todo demostrada.

- **Grasas:** < 30% del aporte total de calorías. Evitar saturadas. Mejor pescado azul.
- **Sal:** < 2.5 grs de sodio al día
- **Calcio:** 1.200 mg al día. Suplementar si dieta deficitaria. Previene fracturas.
- **Vitaminas y minerales:** Suele bastar con 5 raciones de fruta/verduras
- **Vitamina D** 1.200 UI al día. En Todos los mayores.
 - Disminuye riesgo de fracturas,
 - Aumenta masa muscular
- **Fibra:** 30 grs al día(verduras) , Añadir agua 10 vasos al día para prevenir estreñimiento.
- **Alcohol** dosis bajas (1copa pequeña /día).

Ayudas técnicas: Ayudan en la movilidad del paciente y por tanto en prevenir la dependencia. Son de especial utilidad en prevención de caídas

El tratamiento precoz de un anciano en situación de fragilidad es clave en la prevención de que un proceso catastrófico haga dependiente para el resto

de sus días a la persona que lo sufre y afecte de manera significativa a su familia.

Se ha demostrado así que la aplicación de los esquemas propuestos por la Geriátrica tiene su máxima eficacia en ancianos frágiles, es decir:

- La correcta valoración por un Equipo Interdisciplinar (Geriatra, Enfermería, Trabajador social, como básicos con la participación de otros tales como Rehabilitador, Fisioterapeuta, Psicólogo...
- Una correcta Coordinación entre los niveles de Atención Primaria y especializada con los recursos sociales comunitarios
- La participación de los Niveles Asistenciales Geriátricos a aquellos que lo precisen con especial atención a pacientes con fracturas de cadera e ictus, como Unidades de Media Estancia con vocación rehabilitadora, y Hospitales y Centros de Día para solventar lo antes posible la situación de precariedad y evitar la dependencia de otros.

Estos esquemas en Andalucía no se contemplan en la cartera de Servicios del SSPA aun siendo existentes en la casi totalidad de España lo que provoca que los 300.000 ancianos frágiles de nuestra tierra queden en situación de inequidad y en manos cuando pueden de servicios privados.

Sin embargo la a la patología específica de la vejez y a la cronicidad es una necesidad de magnitud creciente para la que deberemos fomentar la reorientación y reorganización de los recursos sanitarios y sociales con el objetivo de afrontar correctamente las necesidades de nuestros mayores de forma sostenible.

Cuarta Mesa Redonda

ASPECTOS PERSONALES EN EL ENVEJECIMIENTO

Moderador:

Dr. Jaime Rodríguez Sacristán.

Académico de Número de la RAMSE.

Esta Mesa redonda incluye dos Ponencias

Sanar desde la autoestima

Por la **Dr^a M del Carmen García Molina.**

Psicóloga y Vicepresidenta Centro Unesco de Sevilla y

El envejecimiento: un proceso circular la vuelta a la infancia con el paso del tiempo vista por un médico

Por el Dr. Ismael Yebra Sotillo.

Académico de número de la RAMSE.

SANAR DESDE LA AUTOBIOGRAFÍA

Dr^a M^a del Carmen García Molina.
Psicóloga. Vicepresidenta
del Centro Unesco de Sevilla.

Me satisface y doy gracias a la Real Academia de Medicina, a todos sus miembros, a su Junta Directiva y especialmente al Dr. D. Jaime Rodríguez Sacristán por confiar en el Centro UNESCO de Sevilla. Gracias por incluirme en esta Mesa Redonda y también al Dr. D. Ismael Yebra Sotillo por acceder tan gentilmente a compartir mesa conmigo.

Se han tratados en las distintas mesas redondas que ha habido anteriormente temas como los aspectos del envejecimiento, la asistencia sanitaria a los mayores, del siglo XXI, la prevención de su deterioro, etc, dados por expertos en la materia, en este caso por Doctores especializados.

He intuido cómo tenía que enfocar este tema, desde la realidad que vivo, la que me toca vivir en el presente confiando en los futuros que están por venir; de aquí que exponga una síntesis de mi autobiografía, el cómo se puede vivir el día a día.

Espero que les resulte amena y práctica la charla, al menos ese es mi objetivo.

Esto es mi responsabilidad:

Mis ideas.

Mis palabras.

Mi conducta.

Mis acciones.

Las consecuencias de mis acciones.

Mis esfuerzos.

Mis errores.

Esto no es mi responsabilidad

Las acciones de los demás

Los errores de los demás.

Las palabras de los demás

Las creencias de los demás.

Los sentimientos de los demás.

Las consecuencias de las acciones
de los demás.

Annette Kreuz Smolinski

¿Qué entiendo por sanar? Bases de salud mental.

Entendemos por salud mental los procesos del desarrollo madurativo sano, el equilibrio armónico de la personalidad.

Las variables personales y contextuales que intervienen en cada persona son, entre otras:

La autoestima que incide en una buena salud mental, entendiendo la primera como lo que cada persona siente por sí misma dependiendo de la calidad de relaciones que tengamos, de las personas que desempeñan en nuestra vida papeles importantes.

La autoestima elevada no consiste en un engreimiento, sino un respeto por sí mismo, la sensación de que uno vale; cuando uno en lo más profundo de su ser se acepta como es, sea feo, guapo, gordo o flaco alto o bajo,...

Aquel cuya autoestima es elevada no pierde el tiempo en impresionar a los demás; el engreimiento no es más que una falta de autoestima. El sentimiento del propio valor de cada persona determina la forma en que emplea sus aptitudes y habilidades. La actitud hacia uno mismo pasa de una manera directa sobre la forma en que vivirá todas las etapas de su vida.

La motivación implica algo más que la mera activación del organismo; lleva en sí una activación global, un encauzamiento, una autorregulación. Por ejemplo, lo que me llevó a hacer mi autobiografía. Lo narro como lo viví:

Hice los cursos Sats Educa del psiquiatra Doctor Claudio Naranjo, como experiencia piloto con 100 personas, todas profesionales de la educación, desde infantil hasta la universidad. Hicimos un trabajo exhaustivo de nuestro proceso emocional, desde que estuvimos en el vientre de nuestra madre hasta la edad que teníamos; yo tendría cuando terminé unos cincuenta y ocho años. Después hice la Formación sobre Terapia Sistémica: Configuraciones Familiares de Bert Hellinger con el Doctor Manuel Zapata y el psicólogo D. José López Santiago, continuando con la persona pionera en España de Pedagogía Sistémica, la docente Universitaria, D^a Amparo Pastor.

Tenía que hacer una especie de tesina, como trabajo. El 25 de Junio del 2012, llevaba a mi nieto de seis años a un curso de Música que daba la Fundación Barenboim y quedaba muy lejos donde se impartía. No merecía la pena estar todo el tiempo en el camino. Pensé aquí hay que distraerse y no perder el tiempo. Intuí, me dejé llevar e hice un esquema de lo que podía hacer, una investigación cualitativa, narrativa de mi vida. Estaba tan entusiasmada que me puse manos a la obra.

Una vez que la hice y comprobando los resultados tan impresionantes que he conseguido personalmente y también el efecto positivo que se ha realizado en mi contexto, es lo que me llevó más tarde a publicar el libro Esta puedes

ser Tú. Línea abierta hacia la Paz, ya que si le podía servir a algunas personas, era mejor que este trabajo viera la luz.

La conducta adaptativa, otra de las variables que inciden en la persona, debe responder a las exigencias sociales de su entorno a través de unos adecuados canales de comunicación, que permitan asimilar las relaciones precisas para emitir la respuesta idónea a cada situación vivida.

Los ritmos intrínsecos de cada persona inciden en el acontecer de cada día. Por ejemplo los ritmos circadianos (sueño y vigilia)... Cuando éstos, no están sincronizados tiene lugar la aparición de diversos trastornos psicofísicos. Entre otros están los ritmos a la hora de planificar la actividad diaria, los ritmos metabólicos,...

Las actitudes nos ayudan a tener una imagen más estable del entorno que nos rodea, constituyendo la base de varias situaciones sociales muy importantes, tales como las relaciones de amistad, los conflictos, las agresiones.

Lazarus nos habla del afrontamiento frente a las **emociones**, de cómo el sujeto afronta tanto la tensión como la situación que la produce. Si no es capaz de hacerlo habrá serios problemas en su adaptación al entorno.

Variables contextuales como por ejemplo las socio-políticas, las económicas,...

La enfermedad

Únicamente usted puede determinar cómo pensar y sentir respecto a las historias y sucesos que le rodean. En el día a día, es usted quien tiene el poder de crear bienestar y de este modo configurar cada momento agradable que conforma su existencia.

La enfermedad es una disfunción psíquica o corporal que tiene su génesis en la afectividad, como afirma el Dr. Francisco Moya. Siguiendo este autor la enfermedad sigue unos patrones que se repiten siempre. Se pueden determinar qué emociones hay detrás de cada una. Es como una gota de agua que ha colmado el vaso emotivo que es consecuencia de un cúmulo de emociones. El cuerpo es la pizarra donde el corazón escribe. Ejemplo: si bien es verdad que a mí me contagiaron una hepatitis, con una aguja cuando yo tenía treinta y un años, también yo analicé la emoción que tenía entonces y podía ser también la rabia contenida que yo tenía inconscientemente.

En nuestro ser albergamos una fuente de sabiduría: la inteligencia cuántica del cuerpo, del alma y del espíritu. Podremos alcanzar todo aquello que necesitemos con sólo saber cómo acceder a ella. Por otro lado, tenemos una valiosa riqueza de nuestras múltiples capacidades que se ocultan tras nuestras concepciones inconscientes. Cuando haya conseguido el bienestar, desaparecerá el estrés permanente que hay en nosotros a modo de supervivencia, para dar paso al crecimiento, según Klaus P. Medicus, de la Alta Baviera, fundador del Instituto de Inteligencia cuántica. Este autor comenta que las cosas pueden hacerse con el corazón, con una sonrisa interior, con paz, lo que

es igual a la conexión cuántica (“cuantos” son los supuestos informadores más pequeños).

Es importante que nos demos cuenta que podemos ofrecer a las generaciones venideras nuestros conocimientos y nuestras experiencias, si bien es verdad como dice Montse Costa, Catedrática de la Universidad de Barcelona, en el prólogo del libro “**Esta Puedes Ser Tú**”:

“¡Qué importante es este trabajo de la Autobiografía de Mari Carmen!, para los padres, hijos, maestros, terapeutas, que nos ayuda a conocernos a nosotros mismos, a preguntarnos ¿quién soy yo? Y yo añadido también es sumamente importante para los abuelos y personas que en general estamos en **la madurez avanzada**.

Cada quien en su lugar para poder Vivir.

Citando a Young: La vida no vivida es una enfermedad de lo que se puede uno morir. La falta de autenticidad y de verdad con uno mismo pasa factura a nuestro cuerpo y a nuestra mente.

Proyectamos en otros lo que no aceptamos. Aquello que te resistes, persiste.

Frases en que se basa mi investigación:

Entre las frases que llegaron a la profundidad de mi ser y me motivaron para hacer mi investigación son:

“Quien honra a su padre y a su madre tendrá vida plena”. **Evangelio**

La Meta de todas las Metas es la Felicidad, detrás de todo lo que vivimos, buscamos esa dimensión de Calma y Paz. **Moratiel**.

La Paz no se explica, se practica. **Beatriz Camarero**

No te preocupes demasiado cómo te sientes, que ha ocurrido o qué temer que te pueda ocurrir...

Ven al momento presente y entrégate a él.

Toma distancia del yo, ríndete a la realidad de lo que es, deja que las cosas sean.

Entrégate a la Sabiduría Mayor que habita todo lo real, hasta que tú mismo seas instrumento o cauce a través del cual esa sabiduría se exprese. **Martínez Lozano, E**

Uno crece cuando se impone metas sin importarle comentarios negativos, sin prejuicios, cuando da ejemplos sin importarle burlas ni desdenes, cuando cumple con su labor. Y crece cuando espera y confía en sí mismo. Uno crece ayudando a sus semejantes, conociéndose a sí mismo y dándole a la vida de lo

que recibe. Uno crece cuando se planta para no retroceder y confía en sí mismo. Enviado por **Pedro Valdecantos S. J.**

La paz es posible si se hallan o inventan senderos y atajos hacia la concordia, hacia el encuentro. **Federico Mayor Zaragoza** en la Introducción de mi libro “Esta Puedes Ser Tú. Línea Abierta hacia la Paz”.

Justificación:

Sintetizando: reconciliar mi pasado para vivir el presente y avanzar como persona, confiando en los futuros que están por venir.

Hipótesis:

Si respeto y asumo la herencia de mi familia de origen, será el punto de partida para fortalecer la mirada que me conceda la continuación de mi vida y del aprendizaje de ella, reconciliando mi Pasado, para Vivir el Presente y Esperar y Confiar en el Futuro, siendo Más Persona, Más Mujer “con Autonomía, Independencia y Libertad”.

Encuadre histórico de las historias de vida

Siguiendo a López Górriz, Isabel (2005) citando a Bertaux que expone que hacer la historia de una vida es una práctica que tiene varios siglos. Plantea tres maneras de hacer las historias de vida: una biografía, una autobiografía y un relato de vida.

La autobiografía se desarrolla con el individualismo. En la Edad Media las personas vivían en grupo, donde la convivencia era lo esencial, donde apenas se dejaba espacio para lo que hoy entendemos como vida privada. A partir del s. XVI aparece la noción moderna de individuo con la burguesía, en donde se desarrollaban los negocios y el espacio privado para la familia y amigos. Entonces aparece la noción de intimidad; de aquí que el individuo sea más autónomo al separar trabajo y familia.

El Protestantismo, por otra parte, acelera el proceso y desarrolla los procesos de autonomía al poder hacer un diálogo directo con Dios en la interpretación de la Biblia. El individualismo se acrecienta con la emigración de muchos protestantes al Nuevo Mundo y este será socialmente legitimado a partir de la Revolución Francesa.

El pensamiento individualista es lo que fundamentará los valores americanos y creará un concepto de democracia fundado en el individualismo e irá penetrando en Europa. Ciertas obras serán escritas a lo largo del XIX por artesanos, comerciantes, maestros, etc. Es el siglo de la democratización, de la idea autobiográfica. Dicken, Balzac, Zola,....recogen en sus obras la vida social a través de sus personajes.

El mérito de haber introducido las historias de vida en el mundo de los científicos sociales, como un instrumento más de observación y análisis, se

debe a la Escuela de Chicago (1910-1940). Tempranamente, sociólogos vinculados a la Escuela de Chicago como Thomas y Zaniecki realizan en 1918-1920 un estudio sobre familias campesinas polacas que emigran a América (The polisk peasantir Europe and América).

En las Ciencias Sociales han prevalecido dos perspectivas teóricas, el positivismo y la Fenomenología. El positivismo tiene su origen en el s. XIX y principios del XX (A. Comte, E. Durkeim), busca los hechos a causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos. El interés de los métodos cualitativos declinó con la presencia de las grandes teorías de Parsons

(1951). Es a partir de 1960 cuando resurge la tradición cualitativa (Becker, 1963, Goffman, 1965). La Fenomenología tiene una larga historia en la Filosofía y Sociología, que avalan Schutz, Luckman, Berger. Se preocupa de los fenómenos sociales a partir del sujeto, desde la perspectiva del actor. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante.

El positivismo busca las causas con cuestionarios, estadísticas, estudios demográficos,...El fenomenólogo busca la comprensión de lo que acontece a través de métodos cualitativos, observación participante, entrevistas en profundidad, historias de vida (que es lo que nos compete en esta investigación),...

En Sociología se estudian las historias de vida como método de observación participante, desde 1.892, cuando se funda el Departamento de Sociología en América del Norte (Escuela de Chicago, 1920-1935, citada anteriormente) y se escriben obras cuyos temas son la delincuencia, emigración, crisis urbanas, personales,...Es en Europa en la Escuela de Polonia (1920-1939) las historias de vida se desarrollan como método de observación participante y como medida de concienciación. En 1935 la Escuela de Ciencias Sociales de Cracovia trabaja sobre la cultura proletaria y la conciencia de los trabajadores. Krzywicki en Varsovia combina la encuesta con la autobiografía que explicita el drama y la conciencia de los trabajadores. Como dijimos anteriormente, hay una cuasi-desaparición entre 1940 y 1960 de las historias de vida, imponiéndose el enfoque de la encuesta de la Universidades de Columbia. Empieza a renacer en 1963 con Lewis, antropólogo de Columbia con la obra "Los hijos de Sánchez", autobiografía de una familia mejicana en los 50. Bastida introduce las historias de vida desde la Sociología. Es Sartre en 1960, cuando la defiende como ciencia del individuo singular. Van tomando vida, no sólo en el campo de las Ciencias, sino en el Periodismo, en la Literatura y en la Educación (Pineau y Marie Michiler 1983, cit. López Górriz, Isabel- autoformación en el campo de la formación permanente-)

Hacia 1990 se crea la Asociación Internacional de Historias de Vida en formación (ASIHVIF, Josso Dominicé, Courtois, etc.), que aglutina importantes investigadores a nivel internacional y que abren líneas de investigación y de educación interesantes... Han ido naciendo otras asociaciones con enfoques diversos, algunos plantean la formación del profesorado en las memorias autobiográficas como se puede ver, en MENA y Abrahao (2004) y en el último Congreso Internacional sobre Pesquisa (Auto) biográfica, temps, narrativas e ficcoes: a invenció de si en Salvador de Bahía (Brasil) en Sep. 2006.

Mi objetivo particular es una reflexión sobre mi conducta, mis sentimientos, para contribuir mejor a mi crecimiento personal.

Lo que nos concierne: la investigación auto-biográfica

El proceso de investigación de corte cualitativo, que he llevado a cabo, implica determinar de qué manera la investigadora abordará el fenómeno,- en este caso mi vida, mi autobiografía-

Entre los tipos de diseño cualitativo más importantes están: la teoría fundamentada, los diseños etnográficos, los diseños narrativos y los diseños de investigación-acción. Los diseños etnográficos describen y analizan ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades. Implica describir e interpretar, de manera profunda a un grupo sistema social o cultural, por ejemplo, la cultura de los narcotraficantes de México. El investigador opta por el papel de observador participante. Los diseños de investigación-acción buscan resolver problemas cotidianos e inmediatos, así como mejorar las prácticas concretas, presentando tres fases: observar, (construir el problema y recolectar datos), pensar (analizar e interpretar) y actuar (resolver problemas e interpretar mejoras). Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación (5ª edición) México: McGraw-Hill.

Los diseños narrativos - que en esta investigación son los que nos conciernen- recolectan datos sobre la historia de vida y experiencias de personas determinadas para describirlas y analizarlas. El foco de interés son los individuos en sí mismos y en su entorno. Dicho foco se usa cuando el objetivo es evaluar una serie de acontecimientos y los datos se obtienen de diversas fuentes. Pueden referirse a toda la historia de vida de una persona, de un grupo, a sólo un pasaje de éste o a varios episodios. Hernández Sampieri, R-Fernández Collado, C y Baptista Lucio, 2010 (Metodología de la Investigación México MCGraw-Hill).

Según López Górriz, Isabel (2002) la investigación autobiográfica se sitúa dentro del paradigma de la complejidad - que define Morin (en el Congreso Nacional de Investigación Educativa, recogido en las Actas)- y también la sitúa dentro del campo de la Fenomenología y Hermenéutica.

Houde (2002), siguiendo a Thiboult, cit. López Górriz, Isabel (2005), describe cuatro fases de la experiencia del relato narrativo:

1. Movilización del relato de la experiencia, de un momento preciso de nuestra vida.
2. Surgimiento del recuerdo de la experiencia pasada. Una vida por inmersión.
3. Distanciación y concienciación. Es un proceso de relectura de la vida.
4. Conceptualización del sentido de esta experiencia para nosotros.

Continuando con López Górriz, Isabel, a la que le agradezco que, en los momentos trágicos de mi vida supo encender la llama del espíritu investiga-

dor, ya que con ella aprendí, la metodología científica. Fue, en 1990, a raíz de la muerte de mi queridísimo Ángel- mi marido- cuando estudié Pedagogía. Decidirse a investigar y elaborar su propia autobiografía, citando a esta autora es:

1. Que la persona esté con el deseo de querer conocerse, verse y mirarse con
2. sinceridad e implicarse en la tarea de hacerlo: y preguntarse: ¿quién soy?
3. Plantear qué aspecto o aspectos de su vida quiere investigar y trabajarse, y no siempre están visibles o claros desde el principio.
4. Buscar condiciones para recogerse, escucharse, dejarse impregnar por el
5. recuerdo y la vivencia emocional del mismo, la situación y el entorno en el que se ha producido, las personas que forman parte de esa situación y su relación con ellas, la información que aporta ese recuerdo y traerlo al presente.
6. Es a través del dolor como van muriendo estructuras viejas para una nueva
7. reconstrucción y consolidación de la persona.
8. Es un trabajo clínico y terapéutico que tiene la posibilidad de revivir y
9. desdramatizar ciertas experiencias dolorosas o traumáticas, las cuales han podido condicionar aspectos de su vida.
10. Escribir con un lenguaje preciso que ponga en relevancia lo significativo de
11. su vida y lo que quiere transmitir.
12. g) Los análisis idóneos para la autobiografía, que es realmente un parto de sí misma, son una transformación. Una transformación que genera un proceso educativo, terapéutico, formativo, investigativo y de reconstrucción, muy importante, conllevando a una apertura del espacio social.

La autobiografía, según Ramírez (1995) rememora los aspectos significativos de toda una vida. El escritor reflexiona sobre su propia vida interior. La diferencia de la autobiografía del diario es que en la primera el autor reconoce la significación de ciertos momentos y da sentido a su vida respectivamente. Cit. Luna, M^a Teresa (2006).

Método

La construcción del problema y la cuestión del método.

La Fenomenología es el estudio de las experiencias subjetivas de los demás. Investiga el mundo a través de los ojos de otra persona, descubriendo cómo ellos interpretan sus experiencias.

El método de un estudio de caso es un estudio profundo de un individuo o fenómeno específico, dentro de su contexto de existencia.

Es una investigación autobiográfica, cualitativa, de observación de los hechos, con análisis narrativo.

El método que he seguido también es el de Inherentia de Pastor Bustamante, Amparo (2007), que consiste en una aproximación sistémico-emocional para la prevención y el crecimiento personal en la vida cotidiana, que es susceptible de aplicarse en cualquier momento de la recepción a la despedida de la vida. Integra las miradas holística, de las múltiples inteligencias, evolutiva, generacional, cuántica, fenomenológica y sistémica, que incorpora las enseñanzas de Bert Hellinger con otras procedentes de ámbitos diversos como hemos citado anteriormente. Un método con el que analice mi vida con el objetivo de tener una mirada amplia para reconciliar el pasado, vivir el presente y esperar con confianza en los futuros que están por venir.

El concepto de sistema, según Von Bertalanffy (1976), cit. García Molina, M^a del Carmen (1996) puede ser definido como “un complejo de elementos en interacción”. El sistema abierto mantiene continuos intercambios con su entorno, pudiendo alcanzar su estado final independientemente de las condiciones iniciales, todo lo contrario de un sistema cerrado, donde no se mantiene ningún tipo de intercambio con su entorno. Los subsistemas son reagrupamientos particulares del sistema general que, aun manteniendo la relación con los demás miembros, establecen un tipo de intercomunicación, distinta a aquella, al mismo tiempo que ocasiona la organización en estructuras particulares.

Minuchin, S 1982; Fishman, H (cit. García Molina, M^a del Carmen (2000), describen a la familia, cómo un grupo natural que, en el curso del tiempo ha elaborado pautas que constituyen la estructura familiar y apuntan al desempeño de las tareas esenciales de la Familia. Los subsistemas en el sistema familiar son:

El subsistema de los cónyuges, formado por marido y mujer, prescindiendo de ser padre y madre. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos: si dentro de él existe una disfunción importante repercutirá en toda la familia. El subsistema parental que incluye las mismas personas que el subsistema conyugal, pero con una vinculación diferente: la de ser progenitores de nuevos seres. El subsistema filial integrado por los hijos. Cada familia tiene su propio terreno y cada subsistema necesita tener muy delimitados sus confines, es decir las fronteras del mismo.

6.1. El estudio de casos como estrategia cualitativa

Puede ser una persona, una organización, un programa, acontecimiento o depósito documental.

Implica hacer una rica descripción del objeto de estudio con técnicas narrativas y literarias.

6.2. Validez

La paradoja de lo universal en lo singular plantea para nosotros la realidad epistemológica, que funda el valor científico de las historias de vida como método de investigación. (Pineau y Marie Michéle, 1983).

6.2.1-La reconstrucción narrativa de la trayectoria biográfica.

Los gráficos de satisfacción vital son entendidos como estructuras narrativas, que se pueden vincular con un conjunto de características sociales de sus productores, según Claussen (1998). Y siguiendo a este mismo autor, cit. por Verd Pericas, Joan y Sánchez Mira, Nuria (2010) los gráficos de satisfacción vital han sido utilizados, como herramienta para desencadenar esa reflexión, acerca de la trayectoria vital del individuo.

6.2.2-Técnicas utilizadas:

Configuraciones Familiares, Movimientos Sistémicos, Análisis Transaccional, Gestarte, Eneagrama, Entrevistas psicoanalíticas, Aprendizaje de la Serenidad, Meditación,...

6.2.3- Recursos:

- El proceso Hoffman.
- Línea de vida de 0-7 años
- Cuento:” Mi primer Año de vida “
- Carta a mi papá con 6 años de vida.
- Carta a mis padres desde mis 6 años de vida.
- Línea de la vida: 0-7 años,...
- Eneagrama: Historia de mi vida
- Memoria Emocional del proceso de aprendizaje.
- “El Ángel que nunca se fue”
 - Anamnesis.
 - Genograma.
 - Grado de satisfacción Vital.

Final.- Carta de agradecimiento, desde mis sentimientos: a mis padres, mi marido, hijas, hermanos, a mis maestros, familiares y amigos.

Carta de mis padres.

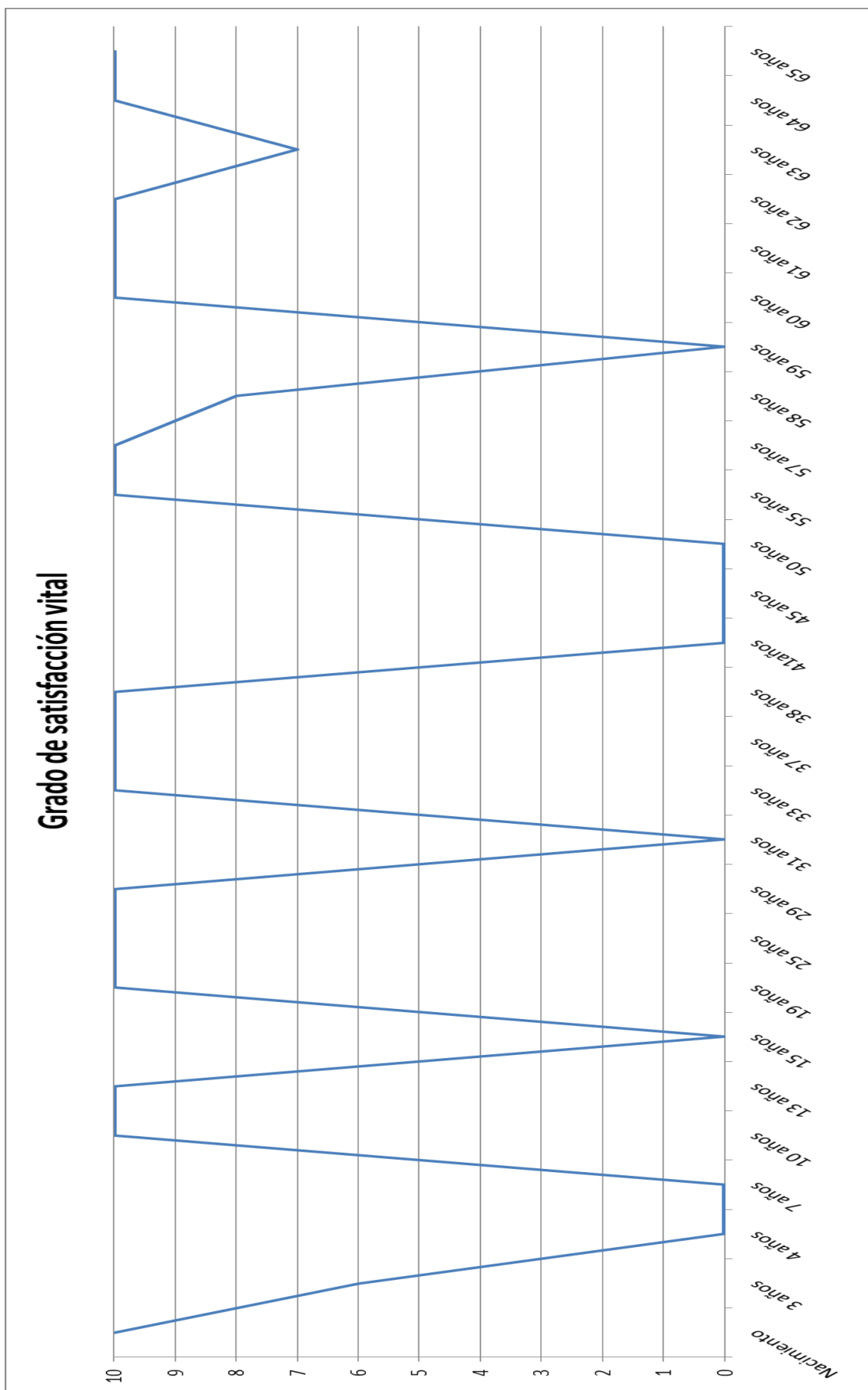
7.- Mi Autobiografía: Conclusiones:

Asumo la herencia de mi familia de origen lo que me conlleva a:
Sentirme con más fortaleza y mirar la vida con más esperanza y continuar sin mirar atrás.

- Siento que puedo dar con más alegría, con más respeto, con más Amor.
- Me siento más persona, más libre, más autónoma e independiente.
- Acepto más la enfermedad, la veo más ahora como un camino para superar las crisis. Ahora paso más rápido del conflicto a la enfermedad y más consciente y más en breve estoy en paz.
- Valoro más la vida y la vivo más intensamente.
- Rentabilizo los talentos que Dios me ha dado, poniéndolos con humildad, respeto y amor al servicio de los demás.
- Gracias a mis padres por todo lo que me dieron, yo lo recibo con todo mi cariño y agradecimiento y lo pongo al servicio de mis hijas, de mis nietos, de mis hermanos, familiares y amigos,.....

BIBLIOGRAFÍA

1. García Molina, M^a del Carmen: (1997): Bases de Salud Mental: Familia y Comunicación (capítulo 3º) Familia y Educación (Coordinado por Llorent Bedmar, Vicente). Universidad de Sevilla. Editorial Kronos. S.A
2. García Molina, M^a del Carmen (2013): "Alcanzando la Paz" Conferencia Inauguración Congreso Internacional Interuniversidades: Universidad de Sevilla, U. Pablo de Olavide,...
3. García Molina, M^a del Carmen (2016): Esta Puedes Ser Tú. Línea Abierta hacia La Paz. Edit. Punto Rojo. Sevilla



EL ENVEJECIMIENTO: UN PROCESO CIRCULAR “LA VUELTA A LA INFANCIA CON EL PASO DEL TIEMPO VISTA POR UN MÉDICO”

Dr. Ismael Yebra Sotillo.

Académico de número de la RAMSE.

El envejecimiento es un proceso fisiológico al que están abocados todos los seres vivos. Su llegada es inexorable y fácil de constatar: basta con detenerse, mirar alrededor y tomar conciencia del paso del tiempo. Como decía García Márquez, “la literatura está en la vida misma; es cuestión de mirar alrededor, observar y analizar”. Tomar conciencia del paso del tiempo es recordar a los muchos que ya no están entre nosotros, ver cómo han crecido nuestros hijos y los de nuestros amigos, aquellos que conocimos niños, gritando y correteando de un lado para otro y que hoy son adultos, cuando no padres de familia.

Para tomar conciencia del paso del tiempo basta con que nos miremos al espejo y observemos nuestra cara. Nuestra imagen real, la que nos devuelve el espejo, no coincide en nada con la idea que tenemos de nosotros mismos. Hace tiempo que nos detuvimos, que quisimos parar el reloj y con él nuestro envejecimiento; pero podremos comprobar fácilmente que es imposible, que sus agujas siguen avanzando de forma inexorable, que nuestro rostro delata las mil y una batallas en las que nos hemos visto inmersos y en las que no siempre hemos salido victoriosos.

El envejecimiento es un tema literario y filosófico desde los albores de la civilización. Valgan como ejemplos el tratado de Séneca titulado *De la brevedad de la vida* y el de Marco Tulio Cicerón *De senectute*. Así podríamos citar autores hasta la época actual. Un poema del poeta sevillano Juan Lamillar titulado “Agendas antiguas”, refleja lo que él denomina *Lecciones del tiempo*. En ellas, nos dice, “hay números tachados y nombres que ya no dicen nada; un asunto, una cita, pasajeros”. Y finaliza el poema: “Cuando el silencio llega convertido ya en noche / mientras dejas el juego de volver al pasado / y guardas con fervor estas agendas / alguien está tachando tu nombre de las suyas”. Y así es. Hay quien ya no es nada para nosotros de la misma forma que nosotros ya no somos nada para él. Vemos envejecer a los demás, pero no siempre somos conscientes del envejecimiento de nosotros mismos.

El gran problema del ser humano no es más que el envejecimiento y la muerte. De ahí deriva todo lo demás. Sebastián García Díaz dio las claves andaluzas para entenderla y Chaves Nogales, haciendo de Juan Belmonte, hizo una descripción magistral de lo que la muerte de la madre supone en la vida de un niño. La mirada hacia atrás encuentra su momento culminante en la obra de Marcel Proust, *A la busca del tiempo perdido*. La infancia se recuerda feliz porque no cuenta con el tiempo. “Cuántos siglos no caben en las horas de un niño”, escribió Cernuda en *Ocnos*. Y como dice al principio de este poema, “hay un momento en la vida en que el tiempo nos alcanza”. Y así es. A partir de cierto momento estamos condenados a contar con el tiempo, estamos limitados, estamos condicionados por él.

La existencia se debate en intentar explicar el por qué de nuestra presencia en el mundo; encontrar y reafirmar nuestro espacio en él, la búsqueda de descendencia que nos haga parecer que nuestra vida se prolonga en ellos, la creación de una obra artística, literaria o social que nos haga perdurar en el tiempo. Todo se puede resumir en la idea que el novelista José María Vaz de Soto, refiriéndose a los argumentos de sus novelas, supo concretar: “No existe más que un tema literario: el hombre y su presencia en el mundo”. Y así es. Todo lo demás es superfluo, sean religiones, ideas filosóficas o creaciones artísticas. No existe más que ese argumento: el hombre y la justificación de su presencia en el mundo. Todo lo demás es una trama, una distracción, un divertimento.

El miedo a la muerte, el desconocimiento de lo que se esconde tras ella, la desconfianza a lo que sucederá con nuestros seres queridos tras nuestra desaparición, motivan numerosas estrategias que el ser humano esgrime para dar explicación a lo que no la tiene e intentar prolongar nuestra vida más allá de la muerte. El triunfo de las religiones, aunque más de una no se sostenga ante un mínimo debate filosófico, radica en que ofertan la única cosa necesaria para seguir viviendo: la esperanza. Si además prometen la vida eterna, el éxito está asegurado. La falta de esperanza supone la ausencia total de vida; por eso, Dante, en *La Divina comedia*, situó un cartel a la entrada del infierno en el que decía: “Al entrar aquí, olvídense de toda esperanza”.

Otras veces, la prolongación de la vida más allá de la muerte física se intenta a través de la obra artística. Pero esto no lo garantiza en absoluto. Dedicarse a la literatura, la música o cualquiera de las Bellas Artes no asegura el paso a la eternidad, aunque sí es un camino más directo que el simple éxito económico. Valga como ejemplo el relato que mi añorado amigo, el genial pintor, Francisco García Gómez, recogió en su discurso de ingreso en la Real Academia de BB. AA. Santa Isabel de Hungría, y en el que cuenta la historia de un rico mercader flamenco que quiso pasar a la posteridad mediante un retrato suyo que le encargó a un joven pintor poco conocido en aquél momento. La pintura fue de su gusto y ocupó un lugar importante en su casa palacio. Dos siglos después de su muerte, el citado mercader quiso saber qué había pasado con su retrato. Comprobó con satisfacción que estaba en un lugar destacado de una sala del Rijksmuseum de Amsterdam, lo cual le llenó de satisfacción y orgullo. ¡No esperaba menos! La decepción vino cuando se acercó a leer la tablilla que figuraba junto al cuadro, en la que se leía: “Rembrandt. Retrato de un

desconocido”. Fue el artista quien realmente pasó a la posteridad, no el petulante mercader flamenco. He aquí la grandeza del arte y la obra artística.

Y eso es lo único que tenemos claro: qué ese es el final de la existencia. Una existencia que tiene un punto de partida y termina, en el mejor de los casos, con el envejecimiento y la muerte. Clásicamente se ha descrito este hecho como una línea recta ascendente, desde el nacimiento al desarrollo personal, que llega a un momento culminante, una meseta que se mantiene durante unos años para adquirir un camino descendente hasta el final. En esta exposición trato de demostrar que la curva no es así, no es una campana de Gauss, sino un proceso circular. La línea ascendente es curva, no recta, y se va cerrando hasta volver al principio, adonde se inició, cerrándose así el círculo.

Esta teoría, que siempre he pensado y defendido, me hizo llenarme de modestia cuando tras años de lecturas comprobé que no era ni es nada original. Estaba yo feliz, como el mercader flamenco retratado por Rembrandt, cuando un buen día releendo el *Elogio de la locura*, que como saben fue mal traducido en su día ya que Erasmo se refería a la estulticia, a la imbecilidad y no a la locura como la entendemos ahora, y comprobé que el genio de Rotterdam había descrito una teoría similar. No en lo de la simbología circular, sino en la involución. Me vinieron a la cabeza en ese momento las palabras de Marañón en su recopilación de artículos publicados por Espasa-Calpe bajo el epígrafe de *La Medicina de hoy*, en uno de los cuales dice: “Cualquier tesis doctoral actual se vanagloria de llevar en su bibliografía una cita de un mes antes o el mismo mes de su defensa, con la idea de dar una imagen de total actualidad. Pero nadie ha leído trabajos publicados sobre el tema, cuarenta o cincuenta años antes. Es muy probable, finaliza D. Gregorio, que lo que usted defiende en la tesis ya esté dicho”.

El envejecimiento, por tanto, es para mí, repito, un proceso circular. Un proceso que parte de un punto inicial, pero que desde ese mismo momento toma unos derroteros diferentes para cada persona. Como dijo Oscar Wilde, “todos los seres humanos somos iguales, eso sí, hasta el momento de nacer”. Y efectivamente es así. En el día de hoy, sin ir más lejos, no es lo mismo nacer en Europa que en África, en Canadá que en Burundi, en una urbanización de lujo de Río de Janeiro que en una favela, incluso en la misma ciudad en una familia acomodada que en un barrio marginal. Partiendo de ahí, la línea sigue una curva ascendente que nos vamos labrando condicionado por las circunstancias, como diría Ortega.

El primer cuadrante del círculo es el de mayor importancia. Abarca la fase de desarrollo físico y psíquico. Este periodo de impregnación que cubre la infancia y la adolescencia marcará al individuo para el resto de la vida. La infancia será ya el punto de referencia obligado. Aunque no haya sido así, se recordará siempre feliz, a no ser, en palabras de Aquilino Duque, “que pretendamos justificar en ella nuestros fracasos de la edad adulta”, y será el escenario de ese mito del eterno retorno que preconizaba Mircea Eliade. A la infancia regresaremos el resto de nuestra vida y prueba de ello son los testimonios literarios de numerosos escritores que ven en esa época el momento en el que realmente fuimos nosotros mismos. La infancia será ya nuestra única patria, como dijo

Rilke. A medida que se vaya cerrando más el círculo vital, más obligados nos veremos a acudir a esta etapa, a este primer cuadrante, para seguir sobreviviendo.

El segundo y tercer cuadrantes corresponderían a lo que en una imagen lineal sería la meseta sostenida. Un periodo en el organizamos nuestra propia vida, fundamos una familia e intentamos cumplir nuestras aspiraciones personales. Es un momento en el que estamos inmersos en el mundo, en la lucha por la existencia, la competitividad, incluso en lo mundano. La vanidad, la ostentación y, sobre todo la autoestima y el deseo de reconocimiento dominan la escena. En este semicírculo se fraguan nuestros éxitos y nuestros fracasos, nuestros objetivos y nuestras limitaciones. El afán de permanencia y el instinto de querer prolongarse más allá de la muerte nos harán pretenderlo en la descendencia. Sobre nuestros hijos proyectaremos todos nuestros anhelos, muchos de ellos sin cumplir, les haremos objetivo de nuestras aspiraciones o presa de nuestros fracasos.

El tercer cuadrante podría definirse como el de la madurez. También, por qué no, el del conformismo y la adaptación. El tiempo nos ha dado ya demasiadas lecciones e intentamos exprimir el fruto de la experiencia. Todo se relativiza y todo deja huella. Como dice el poeta Miguel Florián, “los días se parecen a los pájaros, vienen y luego van, y siempre dejan una herida de luz”. A nuestra vida hay que añadir las derrotas, las *Cicatrices*, como diría el poeta Alberto García Ulecia. Nuestros hijos, cerrando su propio círculo, van llenando sus cuadrantes y nosotros vamos ajustando cuentas con la vida. Es hora de recapitular, de recoger, de meditar.

En plena lucidez aún, miramos hacia atrás y tomamos conciencia de que cada vez somos más pasado y menos futuro. Es mucho más lo que dejamos atrás que lo que nos espera por delante. Nos damos cuenta de *El olvido que seremos*, como diría el colombiano Héctor Abad Faciolince, y que el que fue realmente nuestro hogar fue *La casa del padre*, como tituló sus memorias Caballero Bonald, y que ya es demasiada la *Arboleda perdida*, como llamó Alberti a las suyas. Ante un futuro incierto son muchos los que para su proceso creativo recurren a la infancia. Cada vez somos más conscientes de que el mundo ya no nos pertenece, que son otros los que llevan el timón y que el rumbo de la sociedad va por otros derroteros. Llegará un momento en el que nos sentiremos fuera de sitio, alejados del mundo.

Es tiempo de batallas. Aparecen signos de decadencia física y psíquica. Somos presos de nuestro cuerpo. A veces tenemos la sensación de que él va por un lado y nuestra mente por otro, que somos incapaces de dominarlo, que nos impone cada vez más sus limitaciones. Vamos acercándonos a ese cuarto y último cuadrante con el que se cierra el círculo. Es tiempo de recopilación, de análisis y de idealización en el sentido de que cualquier tiempo pasado fue mejor. Hacemos balance de nuestra vida, meditamos sobre sí lo que hicimos en su momento fue lo mejor que podíamos haber hecho, si fueron acertadas o no determinadas decisiones.

Los poetas, que son los que mejor saben decir las cosas, siempre vuelven a la infancia. Ven en ella la parte más auténtica de nosotros. Limitándonos solo

a nuestro entorno, son muchos los ejemplos. Cernuda lo hizo en *Ocnos*, Rafel Laffon en *Sevilla del buen recuerdo*, Romero Murube recrea su infancia en Los Palacios en *Pueblo lejano*, Rafael Montesinos en el barrio de San Lorenzo en *Los años irreparables*; Aquilino Duque en *El Rey Mago y su elefante*, rememora sus años infantiles en Sevilla y Zufre, Jacobo Cortines hace lo propio con sus recuerdos de Lebrija y Sevilla en *Este sol de infancia*, título extraído del último proyecto de poema que Antonio Machado esperaba escribir desde su retiro en Colliure. “Estos día azules y este sol de infancia”, había escrito Don Antonio, en un papel encontrado en un bolsillo suyo en el momento de su muerte, rememorando sus días de infancia que él mismo dice “son recuerdos de un patio de Sevilla y un huerto claro donde madura el limonero”. Su madre, Doña Ana Ruiz, que moriría tres días después, cuando iba camino del exilio, en su última noche en España descrita por Corpus Barga, preguntó: “¿Llegamos pronto a Sevilla?”. Se va cerrando el círculo. La madre de los Machado se va acercando a la muerte y se olvida del momento actual; no es capaz de reconocer el problema que se le presenta de inmediato camino del exilio y su mente regresa a la infancia, a su ciudad natal, a Sevilla, a su casa materna. Allí es adonde cree que va, adonde le gustaría ir.

El círculo se cierra casi de manera irónica. Es toda una metáfora que la imagen de la muerte, la calavera, incluso con el maxilar inferior cerrado, esgrima una inequívoca sonrisa. Parece un mensaje grotesco magníficamente expresado en el *Finis gloriae mundi* de Valdés Leal. Llegado ese momento en el que no existe la marcha atrás, con el círculo totalmente cerrado, no se recuerda nada cercano en el tiempo, nada próximo en la vida actual, sino que se regresa a la infancia. Nadie llama en el último momento a los que han ocupado el segundo, tercero o cuarto cuadrante, sino a los del primero. El moribundo no se acuerda de su trabajo, de los viajes, de sus éxitos profesionales, de los amigos íntimos, ni siquiera de su mujer o de sus hijos, sino de su madre y sus hermanos, de aquellos con los que compartió los primeros años de su vida.

Tanto es así que el envejecimiento es un proceso circular, que el deterioro físico nos acerca al recién nacido. Adoptamos posturas fetales, la mirada parece perdida, la sonrisa no es más que un acto reflejo, estamos desdentados, se nos cae la baba, apenas balbuceamos y podemos hablar, emitimos sonidos inconexos, perdemos el pelo, los movimientos son discordantes, no podemos andar... ¡para colmo ya hasta nos ponen pañales!

Erasmus, en el apartado trece de *Elogio de la locura*, dice textualmente: “Todo el mundo sabe que la edad más feliz y, con mucho, la más alegre es la infancia. ¿Qué hay en los niños que nos empuja a besarlos, abrazarlos y acariciarlos, y que incluso los mismos enemigos les presten auxilio? ¿No es acaso el candor de la estulticia...”? Y continúa: “¡Y qué decir de la juventud que sigue a la infancia! ¡Qué risueña es para todos! ¡Qué desinteresadamente la ayudan todos, cómo se preocupan por abrirle camino, qué amablemente se le tienden las manos”!

“Mentiría, continúa Erasmus, si no dijera que en cuanto los jóvenes se hacen mayores y adquieren la discreción de los adultos, a través de la experiencia o el estudio, se marchita su belleza, su entusiasmo se desvanece, se enfría su

gracia y se tambalea su rigor”. Para Erasmo, la debilidad y la ingenuidad son las causas de la compasión. Por eso, cuando ve alguien cercano al sepulcro lo devuelve a la infancia. “De ahí, afirma, lo acertado de la expresión popular que llama a la vejez la segunda infancia”.

Dejaré para la pluma de Erasmo las últimas palabras de esta exposición: “Diréis que los ancianos deliran y chochean. Cierto. ¿Es que ser niño es algo más que delirar y hacer tonterías? ¿No es ciertamente la falta de sentido en ellos lo que más nos agrada? ¿Quién no aborrece y rechaza como monstruoso a un niño dotado con la discreción de un adulto”?

Según Erasmo, *“al niño y al viejo, todo les iguala: el pelo albino, la boca sin dientes, la estatura pequeña, el gusto por la leche, el balbuceo, la cháchara, las necedades, el olvido, la falta de reflexión. Cuanto más se adentran en la vejez, más se asemejan a la infancia. Hasta que, como niños, les llega el momento de emigrar de esta vida sin el tedio de vivir y sin darse cuenta de la muerte”*.

Queridos compañeros académicos, señoras y señores, no seré yo quien se atreva a llevarle la contraria a Erasmo. No hay duda; la vida misma, el envejecimiento, es una vuelta a la infancia. Parece una paradoja, pero es así. No es una línea recta, sino un proceso circular.

Quinta Mesa Redonda

**CUIDAR A LAS PERSONAS MAYORES
COMO QUIEREN Y COMO DEBEN SER
CUIDADAS**

Moderador:

Dr. José María Rubio Rubio

Académico de Número de la RAMSE

¿Cómo quieren y deben ser cuidados nuestros mayores? SIENDO JUSTOS CON ELLOS. Hacia las personas mayores tenemos los profesionales de la salud, sus administradores y la sociedad, un triple deber de Justicia, de Cuidados y de Ciudadanía. En justicia, todo ser humano tiene *una dignidad* que no se pierde ni se puede cuestionar por razones de edad o capacidad y por la misma razón tiene *categorías* (racionalidad, sensibilidad) que deben ser considerados y *valores* (libertad, sentimientos, deseos) que deben ser respetados.

Cuidar y ser cuidado, dice Leonardo Boff, forman parte de lo más esencial del ser humano.

Llegamos a la vida y nos vamos de ella necesitando de los demás más que ningún otro ser vivo; el deber de cuidado es un deber universal e incluye todas las necesidades humanas. En los mayores, las necesidades sanitarias y socio-sanitarias son muy prevalentes. El 95% de los pacientes pluripatológicos ingresados en un hospital tienen algún grado de dependencia y más del 90 % tiene un problema o un riesgo social.

Los mayores, activos o no, sanos y enfermos, con o sin familia son ciudadanos de hecho y de derechos y entre estos a ser cuidados conforme su condición de personas mayores, frágiles y vulnerables y a ser valorados y tratados con una atención específica pero también a ser escuchados y respetados y a que se facilite su vida pública como miembros activos de la sociedad.

CUIDAR A LAS PERSONAS MAYORES COMO QUIEREN Y DEBEN SER CUIDADOS

Dr. José María Rubio Rubio.

Académico de Número de la RAMSE

Desde hace años la Geriátrica en la comunidad andaluza es una especialidad a extinguir lo que resulta cuanto menos inexplicable si consideramos que la edad media de los pacientes ingresados es superior a los 80 años y que Andalucía hace 30 años fue pionera en la asistencia geriátrica pero a mi entender eso no significa que nuestros mayores no estén cuidados; la cuestión es si podrían ser cuidados mejor y pienso que sí.

Por razones que desconozco en la atención sanitaria a los mayores se ha subordinado la edad a la pluripatología y se han integrado en la Medicina Interna. He sido internista en un gran hospital durante toda mi vida profesional y he visto como nuestros MIR aprendían a ser buenos profesionales asistiendo preferentemente a ancianos y hoy por hoy lo hacen muy bien pero dentro de sus posibilidades. El problema principal y el desafío asistencial es que constituyendo los mayores el grupo de pacientes que demanda más atención y que la esperanza de vida sigue aumentando, el sistema sanitario no está organizado para los mayores; es un aparato universal que sirve para todo según sus posibilidades y al que tienen que irse adaptando las personas cada vez más ancianas que llenan sus hospitales; es un sistema que amenaza verse desbordado por la realidad sociosanitaria de nuestra comunidad. Pienso que no se trata de llevar a los mayores a nuestros caminos sino de buscar nuevos caminos de una asistencia pensada y proyectada precisamente para esta realidad.

Las residencias de mayores

El servicio que prestan las residencias de mayores es desigual. Hay residencias mejores y peores pero la calidad no depende solo de la economía, se echan en falta unos criterios de mínimos, obligados para todos, de lo que debe ser una residencia. El fin principal de las residencias es ofrecer un “hogar” a sus acogidos. El año 2012 Gibson definía el “hogar adecuado” como aquel que permite y promueve la dignidad social (*¡Ojo! el ámbito moral de esta definición es universal y lo mismo afectaría a asilados que a alquilados u ocupas*)

Un hogar digno sería el que

1. Dispone de espacio suficiente para unas relaciones humanas significativas. 2) Permite la movilidad que precisan la vida comunitaria y el ejercicio de la ciudadanía.
2. Y las acciones de la vida diaria.
3. Ofrece oportunidades de auto- expresión y afirmación de la propia identidad.
4. Se caracteriza por el respeto en las relaciones personales con los cuidadores.
5. Ofrece posibilidades de participación educativa, deportiva, laboral y lúdica y
6. Tiene previsto el acceso a la protección y a la seguridad

El maltrato

El maltrato a las personas mayores es frecuente y en la mayor parte de los casos pasa desapercibido. Maltratar a una persona mayor es hacerle daño en cualquiera de las formas posibles. Así es maltrato el daño físico conscientemente provocado y la privación de los recursos elementales de alimentación e higiene no siempre percibidos en nuestros ancianos pero también puede considerarse maltrato no hacerles el bien que estamos obligados a hacerles, cuidarlos de manera insuficiente e indebida.

Es maltrato sustraerle sus propiedades, hacer uso propio de su dinero y sus objetos de valor pero también lo es, aunque mucho más difícil de comprobar, no darle lo que en justicia es suyo.

Es maltrato insultarlos, injuriarlos y hablar mal de ellos en interés propio pero también maltratamos a toda persona a la que tratamos sin respeto a su dignidad tenga la edad que tenga, cuando no respetamos sus deseos de aceptar o no una indicación terapéutica, cuando los familiares, practicando la “*conspiración de silencio*” le ocultan la verdad sobre su enfermedad y maltrato indignante puede llegar a ser el encarnizamiento terapéutico. En su calidad de personas vulnerables, las personas mayores son maltratadas por todos los que, ante la evidencia de su realidad sufriente adoptamos (aquí podríamos entrar más de los que pensamos) una actitud de ignorancia, indiferencia e irreflexión

La falta de recursos podría llegar a ser y lo es en bastantes casos, maltrato y en clave personal hay que evitar colaborar en las desigualdades e injusticias que lo provocan. En clave social y de gestión, lo moral o inmoral no radica tanto en tener más o menos recursos como en usarlos bien.

Cuando una familia lleva al abuelo o a la abuela a una residencia debemos de preguntarnos por qué lo hace porque el lugar natural e ideal y donde ellos quieren estar es en su casa. Puede ser que lo hagan por imposibilidad de cui-

darlos; en este sentido hay impotencias absolutas derivadas de las condiciones existenciales de la familia y otras relativas, motivadas por circunstancias laborales, familias separadas, problemas de relaciones humanas... Otras veces el ingreso es por otras razones personales menos justificables entre las que podría estar la comodidad y convendría llamar la atención sobre la ignorancia y la irreflexión que abundan en estas actitudes. No olvidaré aquella anciana ingresada por una neumonía y que parecía encontrarse tan a gusto en el hospital hasta que al proponerle el alta me dijo. *“Por Dios déjeme unos días más. Aquí mi hijo viene a acompañarme casi todos los días pero al alta volveré a la residencia y allí mi hijo no va nunca”*

Humanizar la asistencia sanitaria

El fin último de la medicina es humanizar la salud y la enfermedad ayudando a los pacientes a vivir propia y dignamente, conforme sus valores y deseos. La asistencia sanitaria que aspire a ese fin exige una relación personal, entre personas, que jamás podrá ser sustituida por un ordenador ni tampoco por la telemedicina. La técnica ayuda y sus avances debemos saber aprovecharlos pero sin perder nunca de vista que la asistencia sanitaria a nuestros mayores tiene que ser *personalizada*, centrada en cada una de ellas y en sus circunstancias; tiene que ser *completa y de calidad* lo que significa que, por un lado, debe abarcar todas sus necesidades incluyendo la fragilidad y la pérdida cognitiva, las necesidades familiares, las institucionales y las del final de la vida y por otro lado debe intentar desarrollar los recursos vitales propios de las personas ancianas, su integración social y evitar todo lo que lo deshumaniza tanto en la relación personal como en el servicio sanitario. Debe ser *propia* de ellos y para ellos, que los mayores se sientan los verdaderos protagonistas de su salud y de su asistencia y por último ha de ser *suficiente* en sus recursos materiales y humanos y en el tiempo a ellos dedicado. A nivel nacional, la plataforma de los 10 minutos para la atención mínima de los médicos de familia a sus enfermos, siendo una meta insuficiente, sigue abriendo puertas a una asistencia mejor y más humanizada

La sociedad y sus mayores.

Algún autor moderno denunciaba a las sociedades avanzadas que tratan a sus mayores como los subproductos de una civilización determinada por el bienestar y el consumo; según este pensamiento serían algo así como el serrín que deja la madera después de hacer un mueble. Para Torello nuestra civilización es la que ha originado mayor marginación en la vejez.

Sin decir que esto sea falso hay que reconocer que la sociedad aporta elementos muy eficaces para el cuidado de los ancianos, por ejemplo el voluntariado y los centros propios que hay en muchas ciudades y los tiene en cuenta cada vez más en el diseño de los espacios, la movilidad, el ocio y la cultura; hay programas universitarios para mayores y en Sevilla concretamente un Aula de la Experiencia merecedora de la medalla de oro de la ciudad como hay iniciativas sociales y religiosas para ayuda y compañía en el hogar y en sus des-

plazamientos a los hospitales y centros de salud y para llevarles las medicinas y ayudarles a tomarlas, no olvidemos que los efectos adversos de los fármacos constituyen uno de los principales problemas médicos de la tercera edad. Sin saberlo muchas veces la sociedad es quien aporta y sujeta los hilos que sostienen la vida de nuestros mayores; los que cuando se van rompiendo por pérdidas naturales o por la imposibilidad física de disfrutarlos, dejan abierta la puerta a la última soledad, el desinterés y el vacío tan temidos como difíciles de entender para nuestra sociedad.

Biológicamente permanecemos jóvenes .

Biológicamente permanecemos jóvenes más tiempo pero socialmente envejecemos antes. La sociedad aspira a vivir más años y en plenitud y teme envejecer hasta el extremo de caminar de espaldas a esta evidencia. Preocupa, según parece es lo único que preocupa, la sostenibilidad del sistema de pensiones y se hacen cábalas sobre su futuro sin que se oiga una advertencia sobre si los que ahora lo piensan tendrán voz y voto en su momento; sus derechos si llegan a tenerlos ¿quién los defenderá?. Si pretendemos afrontar el futuro con las actitudes y los miedos de una sociedad que teme llegar a vieja pero que está administrada por gestores y políticos cuya mirada apenas alcanza a pasado mañana, que no piensan en la vejez si no es por seguridad; la pregunta con todos mis respetos no es si estamos preparados para afrontar una responsabilidad moral que tengo dudas muchos se planteen o un desafío económico. Sin llegar al extremo de tratarlos como subproductos, la sociedad que sostiene y ayuda a vivir a nuestros mayores haría bien en preguntarse lo que los médicos de la RAMSE nos preguntamos a nosotros mismos y le preguntamos a nuestra administración:

¿Somos conscientes de los valores de nuestros mayores?

¿Los problemas que más les preocupan a nuestros ancianos son los que más preocupan a la sociedad?

¿Quién cuida a nuestros mayores?

¿Somos justos con su salud? ¿Los cuidamos como ellos desean ser cuidados?

DILEMAS ÉTICOS EN EL ANCIANO

Dra. Olga Martínez Pérez.

*Geriatra. Unidad de Hospitalización Domiciliaria
y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario
Virgen Macarena (Sevilla).*

¿Por qué se nos considera viejos, ancianos o adultos mayores a partir de los 65 años?

Es una medida arbitraria, sin fundamento científico. La vejez no se define en términos cuantitativos. Es imposible establecer un corte para considerar anciana a una persona. Sin embargo, de forma súbita, de un día para otro, nos transformamos de adultos a ancianos, habitualmente coincidiendo con la jubilación, pasando a ser sujetos pasivos de la sociedad. De ser individuos heterogéneos, pertenecientes a diferentes grupos sociales, culturales, con nuestras particularidades y diferencias, pasamos a la homogeneidad, a formar parte de un único grupo. De poco importa el lugar que ocupáramos en la sociedad, pasamos a ser el abuelo o la abuela y en ocasiones tratados de forma infantil y en otras, objeto de burla.

Estos cambios van a afectar a todas las parcelas de nuestra vida y, aunque los dilemas éticos no deberían diferir a los que nos enfrentamos a otras edades, sí es cierto que en este grupo existen unas particularidades que han de ser tenidas en cuenta derivadas:

1. Cambios sociales: Hasta el siglo XX, en el mundo occidental las personas mayores eran consideradas merecedoras de especial respeto, eran referentes y su opinión y experiencia eran fundamentales para generaciones menores. Esto ha cambiado en la actualidad, percibiéndose la vejez como un problema y una carga, una especie de Gerontofobia, que se manifiesta en un aumento progresivo en la institucionalización y en el número de ancianos que viven solos, en desigualdad y exclusión social. Sin embargo, por otro lado, estamos asistiendo al aumento en el número de personas muy ancianas, que alcanzan edades avanzadas con mejor estado de salud, con buena funcionalidad y cognición, que tienen más claros sus derechos, lo que les hace reflexionar sobre ellos y sobre su participación en la toma de decisiones que les competen en primera persona.

2. *Cambios demográficos*, el incremento en la esperanza de vida es, sin lugar a dudas, un signo de progreso, sin embargo, este mayor número de ancianos en nuestra sociedad provocará una mayor demanda de necesidades, tanto sanitarias, como sociales, económicas, familiares y políticas y, como substrato de todas ellas, éticas. Una población cada vez mayor de personas de edad cada vez más avanzada con riesgo de dependencia, asociada a un aumento de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el envejecimiento, como las demencias. Pero asistimos también en los últimos años, durante la importante crisis económica sufrida, a un papel del anciano predominante en la sociedad. Ha servido de sustento no sólo económico, también familiar y social, cuidando y educando, constituyendo el pilar fundamental de la estructura familiar, haciendo posible que la sociedad pudiera continuar sin fragmentarse.
3. *Cambios tecnológicos*. En las últimas décadas estamos asistiendo a grandes avances científicos que en el ámbito de la sanidad repercuten directamente en los ancianos. Indudablemente los adelantos en técnicas diagnósticas y terapéuticas han logrado aumentar las expectativas de vida de las personas, logrando alcanzar edades cada vez más avanzadas con un estado funcional y cognitivo óptimo.

Pero ¿todo lo que se puede hacer, debe hacerse? ¿Podemos hacer cualquier cosa sin cuestionarnos su legitimidad ética? De esta forma cobra protagonismo uno de los principios de la Bioética, el principio de **No maleficencia**: No hacer daño al anciano y evitarle todo mal posible.

Es fundamental que las medidas diagnósticas y terapéuticas que tomemos sean ponderadas sistemáticamente, valorando el balance riesgo/beneficio y sustentadas por la ciencia y la evidencia.

Pero este desarrollo tecnológico mencionado, esta huída a cualquier precio de un final a todos común, como es la muerte, nos hace en ocasiones a los profesionales caer en la llamada *obstinación terapéutica*. Situación en la que a una persona, en este caso un anciano, que se encuentra en situación terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital u otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora. Toma así sentido el concepto de *Adecuación o Limitación de Esfuerzo Terapéutico*, consistente en la retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría.

En relación con el principio de no maleficencia no puedo pasar por alto un problema tan grave como los *Abusos y malos tratos al anciano*. La mayor parte de los estudios en nuestro entorno hablan de una prevalencia de entre un 4 y un 6%, y, sin embargo, es la variedad de violencia de último reconocimiento y probablemente estas cifras tan sólo constituyan la punta del iceberg. Puede darse tanto en el entorno familiar o doméstico como en el institucional o profesional. Las definiciones de maltrato que aparecen en la literatura son muchas y muy variadas. La que me parece más adecuada sería *“El maltrato al mayor es un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”*

Nadie duda que una acción que produce daño físico o psicológico, intencionada y reiterada sea maltrato, pero no debemos olvidar que la negligencia, el abandono, la falta de cuidados, también es otra forma de maltrato.

Es responsabilidad de los profesionales formarnos adecuadamente en su detección, no normalizar algunas conductas y, por supuesto denunciar la situación. Y es responsabilidad de la sociedad proteger a un colectivo tan vulnerable, cuidar a aquellos que han contribuido a su desarrollo y que no pueden ser olvidados al cruzar una barrera invisible pero muy pesada.

Aunque he hecho antes mención a la importancia de valorar las medidas que tomemos en la atención del anciano, no debemos caer en el otro extremo. Para ello recordar otro principio de la bioética, el de **Justicia**. Es decir, la distribución equitativa de las cargas y de los beneficios y la no discriminación de las personas por ninguna causa que tenga que ver con su condición social, de género, de raza o de edad.

Por lo tanto, de la misma forma que, por el principio de no maleficencia, estamos obligados a valorar las medidas de toda índole que tomemos, tampoco debemos olvidar que esa decisión debe ser tomada atendiendo a criterios bien fundamentados en los que incidiré más adelante, nunca por el criterio de edad.

En 1969 se comenzó a utilizar el término Ageismo o viejismo entendido como discriminación en contra del anciano sobre la base de su propia edad.

La edad nunca debe ser un criterio determinante para negar a un paciente el acceso a un recurso tecnológico, diagnóstico o terapéutico, se tenga la edad que se tenga, el anciano tiene los mismos derechos que otros grupos etarios. Aunque, afortunadamente, esto va cambiando, aún encontramos reductos en los que aparece la edad como criterio en la toma de decisiones. En ocasiones las limitaciones proceden de los escasísimos estudios o ensayos clínicos o protocolos de investigación en personas de edad avanzada, tan sólo hemos de ojear alguna revista científica o cualquier nuevo fármaco, no ensayado en su mayoría en ancianos.

Siguiendo con este principio de Justicia, no me queda más remedio que hablar de los recursos y de las limitaciones al acceso en los ancianos a una atención especializada en nuestro medio.

¿Por qué nadie pone en duda la indudable necesidad de la Geriátrica? ¿Por qué el Geriatra debe justificar su trabajo y la importancia de su presencia? Las

características especiales y diferentes del niño precisan de un abordaje especial y diferente.... Y el anciano?

Son iguales o diferentes al adulto? Parece que según el contexto y la conveniencia. Nadie duda de la capacitación de los profesionales para la atención al anciano, pero...si se consulta con el Neurólogo, con el Cardiólogo...por qué en Andalucía no existe la posibilidad de derivar al Geriatra? Nos hemos formado específicamente y tenemos mucho que decir y aportar, sin embargo no tenemos la posibilidad de contribuir para una mejor asistencia en estas edades.

¿Se cumple el principio de Justicia?

En mi modesta opinión, indudablemente **NO**. Enlazaríamos sin duda con el principio de **Beneficencia**. Se refiere a hacer el bien a otros, en nuestro caso, de restaurar la salud y, si esto no es posible, aliviar el sufrimiento.

Por lo tanto es nuestro deber realizar un diagnóstico y tratamiento correcto en los ancianos, con una formación adecuada, valorando en cada caso, de forma individual, sistemática y desde una dimensión multidimensional la mejor opción.

Para ello es fundamental una valoración global y una relación con el anciano no paternalista, tan habitual en ocasiones, proponiendo al anciano las mejores acciones de cuidados posibles y respetando su forma de vida y sus decisiones. Dependiendo de ello estaría indicada desde una RCP hasta una sedación paliativa siempre insistiendo en la valoración y deseos del paciente para no caer en la obstinación o en la discriminación. De nuevo recalcando el papel del Geriatra, detectando problemas que carecen prácticamente de relevancia a otras edades pero que en ancianos constituyen los denominados Síndromes Geriátricos, es decir, aquellos síntomas o conjunto de síntomas que tienen gran impacto en la calidad de vida del anciano y que predisponen al desarrollo de discapacidad.

Por ello, prevenir y curar cuando sea posible pero aliviar y consolar siempre, el cuidado del anciano en situación de final de la vida es otro derecho incuestionable, el acceso a unos cuidados paliativos de calidad en los que prime el confort y el buen control de síntomas y no la lucha por ganar otro día al calendario.

No cabe duda que en situación de final de vida la nutrición enteral y parenteral y para muchos autores la hidratación no están indicadas, pudiendo añadir sufrimiento a una situación irreversible y en la que debe primar el confort. Pero...y en las demencias evolucionadas?...

De ahí tan importante el último principio, el de **Autonomía**, es decir, la posibilidad de todo paciente a aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado. Toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones de forma libre, sin control externo y este derecho es independiente de la edad. Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, se requieren analizar los elementos siguientes:

- Comunicación e información: El paciente tiene derecho por ley a ser informado o a declinar esta información, pero haciéndoles conscien-

tes de la trascendencia de esta decisión, y esto no siempre ocurre en ancianos. Cobra gran importancia el denominado Consentimiento informado. Para ello, es importante una adecuada formación en comunicación por parte de los profesionales implicados, detectando necesidades y adaptando las herramientas en cada caso. Aunque debemos tener en cuenta que algunas personas mayores quieren y necesitan compartir el proceso de toma de decisiones con sus familiares, no es menos cierto en no pocas ocasiones la infantilización del anciano, en un escenario de relación médico-paciente de carácter claramente paternalista. Como si de un niño pequeño se tratara, la familia y el profesional deciden ocultar la verdad al paciente con el propósito de protegerlo, excluyéndolo de decisiones que le atañen directamente, algo impensable a otras edades. También es cierto que en la actualidad asistimos, a tenor de los avances científicos y tecnológicos, a una trasmisión irreal de la información, se está creando una especie de mito, la idea de que la medicina lo puede todo y que la enfermedad desaparecerá dentro de poco, al igual que la vejez y quizá la muerte.

- Capacidad de decisión. Una persona tiene capacidad de decisión si entiende su situación (comprensión), puede considerar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones que se le plantean (discernir), y atendiendo a ello, es capaz de tomar una decisión (juicio) consistente en el tiempo y comunicarla (expresión). La capacidad está determinada por el médico y aunque está relacionada con la memoria, no se pierde porque esta disminuya. Es importante:
 1. No confundir dependencia física con incapacidad
 2. Evitar considerar incompetente a todo un colectivo
 3. Evitar considerar incompetente si la decisión adoptada no nos parece la correcta
 4. Admite grados
 5. Valorarla en cada situación: fármacos, delirium.

Lo contrario de Autonomía no es dependencia, hemos de tenerlo siempre en cuenta.

Aunque el anciano no pueda decidir algunos aspectos de su cuidado o su tratamiento, ello no implica que la relación que haya que establecer sea una relación paternalista que no le permita seguir siendo él mismo. En este momento será el familiar más cercano o el representante legal el que decida, conjuntamente con el profesional, y probablemente de ello surjan los conflictos y dilemas que encontramos en nuestra práctica diaria.

Conclusiones

Todo lo expuesto pone de manifiesto que el abordaje del anciano tiene y debe ser especializado e individualizado, basado en la herramienta básica de la asistencia geriátrica, la valoración geriátrica integral, pero dando un paso más y, sumando a los instrumentos clásicos de valoración, que nos permiten conocer la situación clínica, funcional, mental y social, el conocimiento real de la persona desde el punto de vista humano, conocer su proyecto de vida, sus sueños, sus temores y cómo quiere realmente vivir su vida.

Es lo que se denomina Asistencia Centrada en la persona, en su capacidad para decidir en todas las dimensiones que afectan a su vida, en considerar a la persona como el centro de todo el proceso asistencial y respetar al máximo su autonomía y sus derechos.

La atención integral centrada en la persona y la planificación anticipada de decisiones proporcionan una visión más completa y acertada de cada persona, y nos permiten una mayor implicación y apoyo para alcanzar el objetivo marcado: mejorar su calidad de vida. Aunque para algunos autores, como el Profesor Diego Gracia, el término más adecuado sería el de Dignidad, y en algunos países existen escalas para medir dicha calidad de vida, utilicemos uno u otro término o utilicemos una u otra escala, la mejor fuente de información sobre la calidad de vida es la propia persona, será ella quien nos manifieste qué aspectos de su propia vida son los más importantes.

Todo ello precisa de una nueva relación médico-paciente, en el que la persona tenga una adecuada información, si lo desea, para poder realizar una planificación anticipada de decisiones y de esa forma podrían evitarse un gran número de conflictos en situaciones como la demencia avanzada, en la que las decisiones son tomadas por profesionales y familiares, con valores y proyectos de vida diferentes en ocasiones al paciente.

Debates tan reiterados en el tiempo como la Eutanasia, con un modelo basado en la persona, en la planificación anticipada de decisiones, en una valoración integral y en un buen control de síntomas incidiendo en el bienestar y en la calidad y dignidad más que en la cantidad, quedarían al fin superados.

SER JUSTOS CON LA SALUD DE LOS MAYORES ES UN DEBER DE TODOS.

Dr. José Luis Royo Aguado

Internista jubilado. Exresponsable de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla). “

Para dar mi opinión a la pregunta he tenido que leer como se gestó el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), etiquetada como el cuarto pilar del estado del bienestar.

Su aprobación en el Parlamento en el año 2007, propone racionalizar y promover los servicios y atención al dependiente, ofreciendo una prestación económica o en especie para facilitar el acceso a servicios formales.

Dicha ley se financia con aportaciones del gobierno central, aportaciones de las CCAA y con los copagos de los usuarios.

Su implementación es progresiva atendiendo primero a los grandes dependientes y fijando como fecha el año 2015, para la inclusión de los niveles leves de dependencia.

El estado del bienestar se completa con los cuatro pilares: enseñanza gratuita, sanidad pública, pensiones públicas y finalmente la atención a la autonomía y dependencia.

Hace responsable a los gobiernos autonómicos de la implementación, aplicación, vigilancia, financiación y valoración de dicha ley. Se crea el observatorio de la dependencia para preservar la igualdad entre todos los españoles.

Como se ha expuesto a lo largo del ciclo de conferencias, tenemos como sociedad unos problemas evidentes: incremento de la población mayor, disminución de la población joven, incremento de necesidades por disminución de la autonomía y aumento de la discapacidad, en un momento de severo problema de recursos económicos.

Yo añadiría como un problema añadido el cambio en el papel de la familia y en especial de la mujer como cuidadora informal en los últimos años.

Hemos visto como este desequilibrio no es solo de España sino que afecta a todo el mundo desarrollado, siendo un ejemplo Japón, donde se consume más pañales para los mayores que para los niños.

Por otro lado la peculiaridad de España es la existencia de 17 autonomías, responsables de la aplicación, que provoca un alto nivel de desigualdad.

Cada comunidad autónoma partía en el 2007 de diferentes niveles de infraestructuras y recursos económicos.

La indefinición de los recursos hace difícil la planificación a largo plazo

La valoración de los solicitantes y el nivel de copago son desiguales.

La aplicación progresiva, según niveles de dependencia, ha generado un incremento en el número de personas con derecho reconocido, pendiente de la existencia de recursos económicos. A esta situación se les denomina “personas en el limbo”.

El número de personas en la situación de “limbo”, actualmente es próximo a los 400.000. La prensa hace público que solo en Andalucía, los fallecidos que estaban pendientes de recibir ayuda se acercan a 51.000 personas.

La resolución de las solicitudes es muy variable no solo entre comunidades, sino entre provincias de la misma comunidad. En un distrito de Sevilla capital el tiempo de espera para la ayuda a domicilio se encuentra entre 18 y 24 meses.

Como es evidente con estos tiempos se entiende que los pacientes en peor situación clínica y los enfermos en situación de terminalidad fallecen antes de conseguir la ayuda.

La política inicial fue la ayuda económica a los cuidadores informales (87% del total del gasto), variando de forma progresiva a la ayuda en especie (cuidador formal que atiende en domicilio), a través de empresas privadas que crean empleo (370.000 empleos en el año 2016).

No existe una evaluación y valoración de la aplicación de la Ley, por lo cual no podemos conocer su eficiencia y eficacia.

En resumen disponemos de una buena idea desde el punto de vista de un proyecto social que defienda el estado del bienestar con una pésima implantación, creando severas desigualdades y falta de valoración.

Debemos luchar para obtener un sistema social más justo y equitativo, ayudando a las personas que más lo necesitan, pero no de esta forma que crea más desigualdad y frustración.

HUMANIZAR EL EJERCICIO MÉDICO CON LOS VALORES DE LOS MAYORES DEBE SER UN OBJETIVO PROFESIONAL

Dr. Rafael Gómez García.
*Geriatra. Responsable asistencial
de la Fundación CUDECA.*

Humanizar la medicina, ¿sólo?

Desde que me incorporé a la actividad profesional como médico escucho sobre la necesidad de la humanización de la medicina, participé en lo que entonces se llamaron grupos de humanización del hospital, estos grupos fueron en muchos lugares el germen de los comités de ética asistencial, lo fue en mi querido Hospital Virgen Macarena, pero no estoy seguro que los comités de ética asistencial hayan sido un punto de cambio a favor de esta humanización; seguramente mis deseos van por delante de la realidad y de la capacidad de cambio de la profesión médica, y realmente sí haya cambio hacia una mayor humanización.

En los últimos años de mi vida profesional mi visión está cambiando algo en este tema, no creo ahora que los médicos necesitemos tanta humanización de nuestra práctica, al menos no más que los enfermeros, que los trabajadores sociales, que los celadores; en realidad creo que los médicos modernos no son una clase aparte de la sociedad en la que viven, pienso que la que está necesitada de humanización es la misma humanidad, y mi hipótesis nula es que los médicos están más deshumanizados que el resto de la sociedad contemporánea a ellos, mi hipótesis alternativa es que los médicos somos un espejo de la sociedad de la que formamos parte. Por esto mi pregunta es: ¿sólo necesitamos re-humanizar la medicina?

Con estas premisas, siendo consecuente con mi hipótesis, mi charla debería acabar aquí, pero déjenme argumentar para poder cumplir mi compromiso de hoy con la Academia. La profesión médica, si bien no tiene un status distinto dentro de la sociedad, en cuanto a su grado de humanidad, sí tiene una res-

ponsabilidad, inherente a su misión, que le coloca en un lugar algo diferente dentro del seno de la sociedad. El médico está al servicio del enfermo, que por definición es una persona vulnerable, necesitada de ayuda; esta misión nos exige desarrollar nuestra profesión de una forma excelente, esta excelencia, que no es un máximo ético sino un mínimo desde el que todo médico debe atender al paciente, nos exige ser líderes en la defensa y el desarrollo de los derechos humanos y de los valores humanistas. Desde el servicio a nuestro paciente debemos ser referentes para el resto de la sociedad. Esta es la misión sobre la que propongo reflexionar hoy, una misión extra-asistencial, fuera de la relación médico-paciente, un compromiso social que permita ser fuente de valores para todos.

Los valores pertenecen al campo de la metafísica, según el diccionario de la RAE en su décima acepción valor es: "*Cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables*".¹ Al hablar de valores entramos en el terreno de la dimensión moral del hombre. La moral es innata al hombre, pero no lo son los valores que cada persona íntegra en su moral individual, la moral del hombre se construye durante toda su vida mediante la asunción y desarrollo de una serie de valores. Los valores, aisladamente, metafísicamente, son inmutables, pero no nos hacen esclavos de ellos, el hombre los asume e incluye en su proyecto moral, puede criticarlos, cambiarlos, desarrollarlos, somos libres de olvidarlos, están sujetos a la libertad del hombre. Somos libres de orientar nuestra vida según los valores que para nosotros son estimables, esto es lo que constituye nuestra conciencia. No se puede ir contra la conciencia sin pagar un alto precio moral contra nuestra propia esencia como personas. La coherencia es el valor que muestra la armonía entre nuestra conciencia y nuestros actos: "*obras son amores y no buenas razones*"

Según García-Campayo y cols. en su artículo El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina:

"el gramático griego Aulus Gellius definía a la persona «humanista» a partir de tres pilares fundamentales:

Paideia: Representa los aspectos cognitivos del humanismo. Consiste en un ideal educativo que considera que un hombre culto, como debiera ser el médico, aparte de los conocimientos propios de su rama del saber, tendría que poseer ideas, valores y modos de expresión provenientes del mundo del arte y de las letras.

Philanthropia: Expresa los valores emocionales del humanismo y se refiere a los sentimientos del médico hacia el paciente como persona que experimenta la angustia vital y la frustración del proyecto biográfico que implica la enfermedad. Podría equipararse a la cualidad que se describe tradicionalmente como empatía. Este aspecto capacita al médico para ejercer su arte porque le permite identificarse con los valores humanos de aquellos a los que sirve.

Techné: Describiría la competencia técnica en el arte del que se trate, en nuestro caso, el dominio del arte de la medicina. La incompetencia resultaría inhumana porque traicionaría la confianza que el paciente deposita en el médico para que le ayude y no le dañe.

Por tanto, según Gellius, el médico completo es aquel que está capacitado en estas tres dimensiones: paideia (educación), philanthropia (empatía) y techné (competencia técnica).²

La medicina ha servido, y sirve, de refugio para muchos de los problemas morales de la sociedad, las emociones que estos conflictos generan se ha convertido habitualmente en problemas de salud, los psiquiatras tienen buena experiencia de ello. Esta forma de afrontar los problemas éticos, en forma de problemas técnicos, de salud, mal planteados, o como conflictos psicológicos; nos ha situado en un círculo vicioso, en una trampa, en la que los médicos hemos caído casi sin querer, creo que hasta guiados por nuestra vocación de ayuda; y así hemos querido solucionar con nuestra técnica lo que pertenece al campo de la moral, incluso a veces de la educación, de tal forma que nos hemos encontrado sin respuesta adecuadas, esto nos ha angustiado de tal modo que nos ha hecho perder la filantropía, la empatía.

Construir los valores de la medicina

Diego Gracia en su discurso de apertura del curso de la Real Academia Nacional de Medicina, “**Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios**”, decía esto:

En el año 1982 Mark Perl y Earl E. Shelp publicaron un artículo en el New England Journal of Medicine titulado «Consultas psiquiátricas que enmascaran dilemas morales». En él llaman la atención sobre el hecho de que cuando los médicos se encuentran ante conflictos que no están relacionados directamente con cuestiones técnicas de tipo diagnóstico, pronóstico o terapéutico, sino que más bien tienen que ver con las actitudes o los valores de los pacientes, con frecuencia intentan resolver esos conflictos a través de la interconsulta psiquiátrica. Ello se debe a que consideran, con razón, que el psiquiatra sabrá manejar mejor las relaciones emocionales con el paciente y será capaz de convencerle de aquello que la medicina considera que debe hacerse en ese caso concreto.

Lo que sí es cierto es que una formación adecuada de los profesionales en el manejo de los conflictos de valor en general, y de los morales en particular, contribuirá decisivamente a disminuir sus niveles de angustia, a incrementar la calidad de su actividad profesional y a aumentar su satisfacción personal en el trabajo. Mi tesis es que se trata, sin duda, de un buen procedimiento para mejorar su salud física y psíquica y para controlar el síndrome de desgaste profesional.

La forma cómo debe hacerse esta formación en valores de los médicos es un debate que supera esta ponencia, hay muchas experiencias de fracaso en esto a pesar de que se ha insistido mucho en esta necesidad.

Y el conflicto de la medicina es, a fin de cuentas, el conflicto de la vida humana. La medicina está en contacto con lo más problemático del ser humano, el fracaso, el dolor, la enfermedad, la finitud, la muerte.

En esta ponencia les propongo los valores que representan a la tercera edad como modelo sobre el que poder hacer pedagogía para la humanización de la medicina, como dice García-Campayo y cols. les propongo una especie

de “visualización creativa” de los valores de la ancianidad que nos sirva de base para re humanizar la medicina.

Los valores de la ancianidad: vicios vs virtudes

La visión de los autores clásicos se mantiene hoy en parte, se distinguían 4 etapas: infancia, juventud, madurez y ancianidad. Aristóteles en su “Retórica”, aplica virtudes y defectos a cada etapa, Cicerón, en “*De Senectute*”, recoge parte de la filosofía griega sobre la ancianidad, y también describe luces y sombras, Séneca, en varias obras, “*De la vida breve*”, “*De la vida feliz*”, “*Cartas a Lucio*”; aborda el tema de la ancianidad. En general en la antigüedad la ancianidad no es considerada como una enfermedad o una decadencia sino que se entiende como un estado vital, una etapa distinta.

A la luz de la enseñanza y según la terminología propia de la Biblia, la vejez se presenta como un “ tiempo favorable ” para la culminación de la existencia humana y forma parte del proyecto divino sobre cada hombre, como ese momento de la vida en el que todo confluye, permitiéndole de este modo comprender mejor el sentido de la vida y alcanzar la “ sabiduría del corazón”. “La ancianidad venerable —advierte el libro de la Sabiduría— no es la de los muchos días ni se mide por el número de años; la verdadera canicie para el hombre es la prudencia, y la edad provecta, una vida inmaculada”

En “*De Senectute*” Cicerón ya mostraba la dualidad que siempre se cierne sobre la valoración que hacemos de la ancianidad: *La vejez está siempre en primer plano. Todos se esfuerzan en alcanzarla y, una vez conseguida, todos la culpan.*

Un pequeño resumen de las virtudes y debilidades de la ancianidad puede ser esta:

Virtudes de la ancianidad:

A. **Moderación:** “Capacidad de evadirse del poder de la pasión”. “Capacidad de relativización de los fines de la vida, los fines mundanos” Es la virtud del que ya “viene de vuelta”. Para los estoicos la moderación es la principal virtud, así Epíteto decía: “de nada en exceso”

B. **Don de consejo:** “Capacidad de aconsejar”, puede aconsejar el que ha vivido, el que tiene experiencia.

C. **Vida contemplativa:** en oposición a vida activa, que hace referencia a movimiento, praxis (acción), poyesis (producción). En la juventud la vida activa es mayor que la vida contemplativa, en la madurez o etapa adulta hay equilibrio entre vida activa y vida contemplativa. En la ancianidad la vida contemplativa supera a la vida activa. El cuerpo anciano está más preparado para la vida contemplativa. No hay necesidad de resolver problemas importantes. La contemplación no es igual a pasividad. La ancianidad no tiene que ser una segunda juventud, se tiene

derecho a no hacer nada. Según Séneca la ancianidad es la época ideal para el cultivo de uno mismo y descubrimiento del otro, “no hay prisas”.

D. **Prudencia**: “Saber anticipar las consecuencia de los actos”, muy ligada a la experiencia vital. El joven es animoso pero también temerario porque es inexperto y desconoce mucho de la vida.

E. **Libertad de espíritu**: la del que sabe que se va, que no tiene que pagar deudas o deber favores, no depende del mundo.

Debilidades de la ancianidad:

Los insensatos acumulan en la vejez sus vicios y su culpa³

- **Obsesiones**: como lo opuesto a la relativización de los problemas, menor capacidad para aceptar opiniones y posturas distintas, en parte como expresión del miedo ante la falta de capacidades perdidas.
- **Regresiones/ conductas infantiles**: de aquí la complicidad clásica del niño con el abuelo, son las dos personas más frágiles porque dependen de otros, necesitan afecto, cariño. Los adultos suelen ser autosuficientes, la autonomía orienta a la madurez.
- **Nostalgia**: el joven habla en futuro. El niño es presente, cuando un niño piensa en el mañana deja de ser un niño. En el adulto hay mezcla de pasado y futuro, hay un equilibrio. El anciano habla en pasado, no hay proyectos o son mínimos, aunque en la ancianidad puede haber proyectos. La nostalgia es la cara negativa de la memoria, supone mitificar el pasado, idealizar el pasado, “petrificar el pasado”, “cualquier tiempo pasado...” La nostalgia es una enfermedad del alma. Al anciano se le escapa el presente, también al joven pero porque mira al futuro, si el anciano no sabe recordar sin nostalgia su presente será sólo pasado.
- **Resentimiento/rencor**: las heridas del pasado pueden empañar el presente. La “memoria intoxicada” es el recuerdo con voluntad destructiva. Es saludable tener un equilibrio entre memoria y olvido; si siempre recuerdas un daño transmites dolor.

La visión actual de la ancianidad

En nuestra mentalidad actual consideramos normalmente que la infancia y la juventud son el periodo en el cual el ser humano está en formación, vive proyectado hacia el futuro, tomando conciencia de sus capacidades, elabora proyectos personales, establece las bases de su proyecto de vida personal, consciente o inconscientemente. Este paradigma, el productivo, es el que nuestra sociedad muestra como ejemplar. Nuestra sociedad está dominada fuertemente por los valores económicos, y los valores de eficacia, eficiencia, rentabilidad,

productividad, innovación, etcétera, aparecen continuamente en multitud de debates sociales. Además la visión economicista actual favorece la actitud consumista, la interpretación de la felicidad personal se ha trasladado del ser al tener, tener algo es mejor que ser alguien.

Si nos detenemos a analizar la situación actual, constatamos cómo, en algunos pueblos, la ancianidad es tenida en gran estima y aprecio; en otros, sin embargo, lo es mucho menos a causa de una mentalidad que pone en primer término la utilidad inmediata y la productividad del hombre. A causa de esta actitud, la llamada tercera o cuarta edad es frecuentemente infravalorada, y los ancianos mismos se sienten inducidos a preguntarse si su existencia es todavía útil.

La visión moderna del envejecimiento supone aceptar que envejecer es un camino al que hay que resistir con firmeza, una visión opuesta a la actitud clásica de prepararse a morir y vivir recogidamente en esta etapa final. Hoy predomina una batalla sin cuartel contra la extinción, la disolución, la decadencia, el final.

Los ancianos son también incluidos en esta mentalidad moderna en la que hay que estar activo, en progreso continuo, con necesidad de tener proyectos nuevos, es la nueva juventud en la que tras la etapa madura de la actividad productiva, el anciano debe descubrir nuevas facetas en las que poner energía y proyectarse siempre hacia delante. La vejez ha adquirido una dimensión menos contemplativa y se ha cargado de actividad. No hay lugar para la decadencia, el deterioro, todo deterioro físico es patológico, no hay lugar para la fragilidad.

La ancianidad de nuestra época es la primera que paga en su visión vital el precio dado a la primacía de la libertad y la fe desmesurada en el paradigma tecnológico, que nos ha llevado a pensar en una vida sin límites, y como consecuencia de esto hemos dejado fuera a la fragilidad, la dependencia, la muerte, una frontera habitual en la vejez que también ha desaparecido ahora de nuestra vejez.

La peor consecuencia de esta mentalidad es que nos ha hecho olvidar las cuestiones del sentido de la vida, de la relación con el otro y del cuidado del vulnerable. En una huida hacia delante hemos revestido la ancianidad de valores que no le son propios, en cierto modo “anti-natura”, hemos querido una “eterna juventud” y pagamos el precio deshumanizador que esto supone.

Ha desaparecido el valor de que tiene la capacidad de disfrutar con las pequeñas cosas, con las rutinas de la vida, con los pequeños milagros diarios, de saber percibir como nuevo lo que es cotidiano. La contemplación como virtud te hace sentirte persona plena sin necesidad de tener que producir nada nuevo, es la oportunidad de pasar de ser homo productor a recuperar el homo sapiens.

El homo habilis es un instrumento, una mano de obra, de la que no importa el quién sino el qué, está determinado por su utilidad; el homo sapiens, el hombre sabio, no tiene límites, para esta sabiduría necesita una observación atenta y detenida de una realidad. En la contemplación el hombre adquiere su sabiduría, el conocimiento verdaderamente humano, que lleva al arte, a la filosofía; en la producción el hombre gana su salario, consigue su puesto en una cadena de producción, pero no lo hace a través del arte, de la aplicación de su conocimiento, sino a través de su poder como máquina, sofisticada, pero máquina.

EL TIEMPO

Pero veamos, ¡oh alma mía!, si el tiempo presente puede ser largo; porque se te ha dado poder sentir y medir las duraciones. ¿Qué me respondes? ¿Cien años presentes son acaso un tiempo largo? Mira primero si pueden estar presentes cien años.⁴

Tratando de no elegir una visión virtuosa de la ancianidad que pudiera sesgar el debate creo que elegir el tiempo como criterio para diferenciar a la ancianidad del resto de las edades del hombre, puede ser un buen modo de argumentar. El único compañero inexorable para la ancianidad, la única circunstancia que nadie podrá negar en la ancianidad es la presencia del paso del tiempo.

El Tiempo: posibilidad para la experiencia, la experiencia como correlato de la autoridad.

El tiempo va ligado a la experiencia, ni siquiera a la experiencia positiva o negativa, simplemente vivir cada día es añadir experiencias a la existencia. De esta experiencia nace el conocimiento, un conocimiento que no se encuadra en el paradigma positivista⁵ de la tecnología moderna, que lleva impregnando décadas nuestra forma de pensar el mundo.

Los ancianos ayudan a ver los acontecimientos terrenos con más sabiduría, porque las vicisitudes de la vida los han hecho expertos y maduros. Ellos son depositarios de la memoria colectiva y, por eso, intérpretes privilegiados del conjunto de ideales y valores comunes que rigen y guían la convivencia social. Excluirlos es como rechazar el pasado, en el cual hunde sus raíces el presente, en nombre de una modernidad sin memoria. Los ancianos, gracias a su madura experiencia, están en condiciones de ofrecer a los jóvenes consejos y enseñanzas preciosas.

Pensemos en esta crisis que vivimos hace unos años, se dice que estamos ante de las grandes crisis que se escribirán en los libros de las siguientes generaciones (eso dicen los que saben ver el futuro). La ancianidad debe aportarnos su experiencia de vida, la historia como fuente de saber para dar respuestas a problemas universales, y me parece bonito superar la visión de la experiencia como equivalente a conocimiento⁶ y llegar a la experiencia como correlato de la autoridad.

Ya en 1933 Walter Benjamin hablaba de la experiencia empobrecida producto de la modernidad, de la catástrofe de las guerras, de la monstruosidad del capital que había enmudecido al ser humano impidiéndole comunicar, verbalizar los sucesos extremos que le ocurrían no sólo como individuo sino también como colectividad. “La experiencia no tiene su correlato precisamente en el conocimiento, sino en la autoridad, es decir, en la palabra y el relato”. Autoridad entendida como elaboración de la experiencia por medio del lenguaje. “De allí la desaparición de la máxima y el proverbio, que eran las formas en que la experiencia se situaba como autoridad. El eslogan que los ha reemplazado es el proverbio de una humanidad que ha perdido la experiencia.”...

La conquista de la experiencia es perpetrada de manera definitiva por la ciencia moderna al momento de convertirla en condición de posibilidad del conocimiento. La coexistencia independiente de ciencia y experiencia en los siglos previos a la Revolución científica desaparece para domesticar a la segunda bajo instrumentos de observación, medición y cálculo: no hay conocimiento sin experiencia...

El Tiempo, depositario de la memoria colectiva

Solo gracias a la memoria podemos saber qué somos. En la memoria está contenido el tiempo del hombre; se muestra también como una forma de asimilación del presente, la memoria nos da la posibilidad de entender mejor el presente, a partir de un pasado vivido, transformado y traído al momento presente. San Agustín reconoce la existencia de una doble función de la memoria: una memoria que reside en la mente, asociada con los procesos cognitivos y que contiene las imágenes de lo vivido; y una memoria que envuelve la existencia misma del hombre, cualidad oculta y secreta. La memoria, como depósito de conocimientos, nos resulta útil para resolver problemas y mejorar “habilidades”, nos ayuda a resolver problemas cotidianos. La memoria, como depósito de experiencia, nos lleva a conocer la esencia de esa persona; como memoria colectiva nos permite conocernos como sociedad y nos ayuda a encontrar la esencia de lo que somos.

La idea de biografía se usa por muchos autores para defender la dignidad de la persona, se intenta explicar de este modo cómo tu historia, tu memoria, te explica como persona única. La biografía de una persona no es simplemente el relato de una serie de acontecimientos más o menos cruciales, la verdadera biografía debe unir los acontecimientos del pasado de una persona con todos los momentos, pasados y presentes de esa persona; y nos va a permitir entenderlos como un todo, incluso nos permite proyectar la visión sobre lo que podemos esperar de su futuro.

Conocer la biografía nos muestra la persona en todas las dimensiones de su vida, lo que has construido en tu pasado ha sido elección tuya, los acontecimientos son accidentes, el camino elegido es la elección personal. El camino

biográfico nos muestra sus valores, su dimensión trascendente, sus compromisos, sus vocaciones, conocer en lo que trabajó, lo que estudió, dónde viajó; no son sino señales de un camino personal escrito en los años de su vida.

Esta idea es de mucha trascendencia para personas afectadas por la demencia; que es la gran epidemia silenciosa de los mayores y de las mujeres (como cuidadoras) de nuestra época. Con esas personas que han perdido su pasado por culpa de la demencia, quizás nos toque a nosotros ser guardianes de su pasado para valorar justamente su presente, poder construir su futuro, ya que ellos no pueden; y sobre todo nos toca reconocer que ellos han vivido en una sociedad de la que nosotros somos parte, sus recuerdos son parte de nuestro presente.

El tiempo nos conduce a la vulnerabilidad, una oportunidad para la compasión:

“cuando eras joven, tú mismo te ceñías, e ibas adonde querías; pero cuando llegues a viejo, extenderás tus manos y otro te ceñirá y te llevará adonde tú no quieras ” (Jn 21, 18)

Los geriatras son los profesionales que menos valoran la edad del paciente en su toma de decisiones, al menos no como un apriorismo; sin embargo es innegable, incluso para la geriatría, que la edad es un factor importante para nuestra salud. Envejecer nos coloca en situación de fragilidad, nuestro cuerpo envejece inexorablemente, aunque lo hayamos cuidado excelentemente toda nuestra vida, envejecer no debe ser sinónimo de mala salud, pero inevitablemente envejecer nos hace vulnerables. La enfermedad es la expresión concreta de nuestra vulnerabilidad como personas, la vejez hace evidente esta vulnerabilidad sin necesidad de mostrarnos enfermos. La enfermedad, como acto biográfico, nos permite preguntarnos por nuestra vulnerabilidad como personas, nos coloca en una posición, en una perspectiva distinta.

La vejez nos coloca en la misma posición que la enfermedad cuando somos jóvenes, nos hace caer en la cuenta de nuestra fragilidad como personas, en lo finito de nuestra existencia, nos hace reconocer que necesitamos la ayuda del otro. Desde esta perspectiva, los aspectos de la fragilidad humana, relacionados de un modo más visible con la ancianidad, son una llamada a la mutua dependencia y a la necesaria solidaridad que une a las generaciones entre sí, porque toda persona está necesitada de la otra y se enriquece con los dones y carismas de todos.

En cuidados paliativos hay una escala de valoración del sufrimiento que se basa en la pregunta ¿cómo de largo se le ha hecho el tiempo desde...? San Agustín en las Confesiones nos habla de un tiempo objetivo, el que podemos medir en horas y minutos, y de otro subjetivo, que siendo el mismo tiempo objetivo se puede convertir en una eternidad de paso lento y pesados para el que vive ese momento con dolor y/o sufrimiento.

Desde un punto de vista interpersonal, la percepción de la enfermedad es mucho más alentadora cuando la persona enferma se siente acompañada y cuidada desde el respeto, desde el cariño y la proximidad. La tarea de vivir la enfermedad de un modo sano no depende, pues, exclusivamente, de la persona enferma, sino también de los asistentes y de los cuidadores. Ayudar a la persona enferma a aceptar su nueva situación y corresponsabilizarse con ella es fundamental para una vivencia adecuada de la enfermedad.⁷

El tiempo nos lleva al final, la ancianidad es el ocaso de la vida

*El hombre es el único animal que sabe que envejece.
El hombre es el único animal que sabe que ha de morir.
El hombre es el único animal al que le duele la vejez y le teme a la muerte.⁸*

Como decíamos al principio los valores se eligen como parte de un proyecto vital, ser anciano no es sinónimo de saber enfrentar la muerte, ser anciano te coloca en el ocaso de la vida, te da la oportunidad de pensar en tu fin. La experiencia de muerte puede ser más o menos intensa, no tanto por los acontecimientos vividos, sino por la reflexión que hayas realizado de tu experiencia.

La reflexión sobre la muerte siempre conlleva una resistencia, la reflexión sobre mi muerte lleva a preguntas que no son fáciles de responder, cuestiona su pasado, su presente y su futuro, pone en riesgo el pensamiento más profundo, el de mi existencia. Cuando uno piensa en su muerte, este trabajo, conlleva un cambio en su visión de su tiempo, de su vida, del propio sentido de su existencia. Ser anciano no te facilita un “ars moriendi”, tu historia no te da la sabiduría para ello, sólo si has construido una biografía podrás elaborar un “ars moriendi”, una forma de morir.

Todos necesitamos realizar nuestra forma de morir, pero hoy en día nos negamos, negamos la experiencia de la muerte, no tenemos experiencia de la muerte, la evitamos, como la vejez, la disfrazamos, la banalizamos, y así en nuestro final no somos más que un homo habilis que sabe cómo acabar con su vida pero no sabemos qué hacer con nuestra muerte, no pensamos que la necesitáramos y nuestra historia no la tiene en sus páginas.

La muerte se nos muestra, nos afecta, cuando la vemos en la muerte del otro, del próximo, cuando alguien amado se nos va; esta es la experiencia de la muerte que nos conmueve, la que nos cuestiona; porque siempre somos en relación al prójimo la muerte de éste nos deja un vacío que necesitamos rellenar. Cuando en nuestra vida no hay lugar al otro, cuando no somos, sino que sólo soy yo, la muerte del otro ya no es capaz de conmovernos hacia la experiencia de mortalidad, es un acontecimiento histórico, pero no se escribe en mi biografía personal.

El médico tiene el deber de ayudar en el bien morir de su paciente cuando se encuentre en el final de su vida, con su competencia debe aliviar eficazmente el peso de la enfermedad, con su compasión debe ayudar a que la muerte del moribundo sea el último capítulo de su biografía.

El médico tiene la responsabilidad de respetar la salud, la vida y la muerte del que muere a su lado, siendo un espectador compasivo, el poder escribir las últimas líneas de la biografía de una persona sólo pertenece al protagonista, los médicos sólo debemos ser compañeros del final del camino cuando seamos necesarios.

El médico que entra en contacto con el anciano, si va más allá del problema de salud, si se abre a una relación simétrica con él, una relación de valores compartidos, puede acceder a todo el sentido de la vida de una persona que ha elaborado un "ars moriendi", puede, leyendo en su biografía, elaborar su propia muerte.

Los valores que quieren los mayores de sus cuidadores

Hace años en la Residencia "El Buen Samaritano", de Cáritas Diocesana de Málaga, realizaron un vídeo que debía servir para orientar la incorporación de nuevos trabajadores al centro, el vídeo tuvo mucho éxito, y varias versiones, se llama "**Me llamo Carmen**"⁹ y repasa, en voz de una persona mayor, las respuestas que los protagonistas, (los ancianos residentes en la residencia) dan a la pregunta: ¿Cómo quieren ser cuidadas las personas mayores? Resulta muy interesante verlo y extraer una lista de virtudes y valores que los mayores piden de sus cuidadores.

En igual sentido al de este vídeo, el Comité de Ética Asistencial de SAR-quavitae elaboró el libro titulado: "**La virtud en el cuidar. Ética para profesionales de la salud**"¹⁰

La novedad de esta publicación que presentamos consiste en presentar un conjunto de virtudes fundamentales para el desarrollo del buen cuidar y curar especialmente pensadas para profesionales que cuidan a personas. La originalidad de este estudio consiste en que la pirámide de virtudes que se propone no nace, únicamente, de la reflexión teórica y de la exploración bibliográfica, sino de la voz del destinatario

Las virtudes propuestas en el libro son:

- | | | |
|---------------|----------------|--------------------|
| 1) Respeto | 4) Paciencia | 6) Responsabilidad |
| 2) Amabilidad | 5) Comprensión | 7) Escucha |
| 3) Alegría | | |

8) Confianza
9) Empatía
10) Veracidad

11) Confidencialidad
12) Tolerancia

13) Prudencia
14) Humil

NOTAS

- ¹ ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=bJeLxWG>
- ² García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. Med Clin (Barc). :23-6.
- ³ Cicerón. "De Senectute"
- ⁴ Confesiones de San Agustín, cap. XV
- ⁵ Teoría filosófica que considera que el único medio de conocimiento es la experiencia comprobada o verificada a través de los sentidos.
- ⁶ APUNTES A PROPÓSITO DE LA EXPERIENCIA, Adriana Segura Andrade. https://www.academia.edu/1500061/Apuntes_a_prop%C3%B3sito_de_la_experiencia
- ⁷ Torralba Roselló F, Instituto Borja de Bioética. Antropología del cuidar. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina; 1998.
- ⁸ Oriol A. Antropología Médica. México: Interamericana, 1989; 321
- ⁹ DIOCESISTV. ¿Cómo quieren ser cuidadas las personas mayores? Documental «Me llamo Carmen» [Internet]. [citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kcVBH3s7Wys>