



LOS AÑOS FRÁGILES

SALUD Y LONGEVIDAD

¿Es la longevidad una cualidad realmente deseable? El ser humano lucha por conseguirla desde tiempos remotos. Pero enfermedad, incapacidad, dependencia, pérdida de seres queridos... son situaciones que inevitablemente, en mayor o menor medida, se asocian a la edad avanzada. Filósofos, sociólogos y profesionales de la salud reflexionan constantemente sobre esta asociación, extrayendo diferentes conclusiones sobre lo que contribuye a potenciar no tanto la esperanza de vida, como la esperanza de salud. En este artículo se apuntan algunos de estos planteamientos.

JOSÉ ANTONIO VALTUEÑA. Ex presidente del Centro Internacional de Educación para la Salud (Ginebra).

Cuando el hábito de fumar comenzó a difundirse en la población femenina, se estimó que la diferencia en cuanto a longevidad existente entre varones y mujeres tendería a desaparecer, pero el tiempo transcurrido ha mostrado que las diferencias persisten y que, según afirma la OMS, las mujeres viven como término medio en los países industrializados de seis a ocho años más que los varones.

Por lo menos en 35 países, la esperanza de vida de las mujeres rebasa en la actualidad los 80 años. Pero vivir más no equivale a vivir mejor. De la relación entre edad y salud nos ocupamos en la siguiente reflexión.

INCAPACIDAD Y EDAD

Las probabilidades de sufrir una incapacidad física o mental aumentan con la edad y ello resulta especialmente cierto en el caso de la población femenina. Por

ello se utiliza cada vez más la expresión «esperanza de vida con buena salud», matizando que a partir de los 70 años el término «buena salud» no equivale a ausencia de enfermedad sino al hecho de que las eventuales enfermedades crónicas presentes (en general, una o dos) no representen importantes limitaciones. Estudios recogidos por la OMS han mostrado que la prevalencia de las incapacidades invalidantes es inferior al 10% en las personas de 70 a 74 años y que reba-

sa ligeramente el 20% en las personas de 85 años o más.

La presencia de trastornos vinculados a la edad lleva a los especialistas a formularse preguntas llenas de contenido y de muy difícil respuesta:

- ¿Puede considerarse que la mayor longevidad es realmente deseable?
- ¿Cómo pueden calificarse los años de vida ganados si se viven con sufrimiento y enfermedad, con la pérdida de seres queridos, y en un entorno de creciente soledad?
- ¿Representa una ganancia para la sociedad el aumento constante de la población de ancianos dependientes, que conduce a la explosión del costo de la salud y tal vez a la exacerbación de las tensiones entre generaciones?

ESPERANZA DE SALUD

Contribuye a dar respuesta a las preguntas planteadas la introducción de los conceptos de envejecimiento habitual y envejecimiento exitoso. El primero comprende a las personas que presentan algunas de las pérdidas típicas del envejecimiento, mientras que el segundo abarca a los individuos que evitan la pendiente previsible del envejecimiento corriente presentando pocos o ningún signo de disminución de facultades. Según esta distinción, un aumento de peso o del nivel de colesterol se consideran «normales» porque expresan la evolución media de esos parámetros en el seno de una población no patológica. El objetivo sería entonces la elaboración de una política medicosocial del envejecimiento sano.

Ampliar la duración de la vida es, sin duda, un objetivo encomiable, pero no debe ser un fin en sí mismo. En los años cercanos al final de la vida, la calidad es tan importante como la cantidad. Para el anciano que llega penosamente a cumplir noventa años pasando de un hospital o servicio de geriatría a otro o de una residencia a otra, el suplemento de vida que obtiene gracias a los cuidados, con frecuencia continuos, de médicos, enfermeras y ayudantes de enfermería, es poco gratificante. Lo que le importa, así como a todos los que se hallan en análoga situación, no es la esperanza de vida sino la esperanza de salud.

Se preguntaba con acierto el profesor Ramón Bayés, de la Universidad Autónoma de Barcelona, si puede un enfermo vivir sin esperanza. Citaba al respecto al médico noruego Stein Huasebo, quien afirma que a lo largo de un mismo día es posible experimentar diferentes esperanzas, como es contemplar una vez más las estrellas, aliviar el dolor, encontrar un sentido a nuestra vida o sentir entre las manos la mano de nuestro nieto.

En una frase que ha sido ampliamente citada señalaba el escritor francés André Gide, refiriéndose a la lengua española: «Qué lengua tan hermosa que confunde la espera y la esperanza». Para el anciano, la espera es infinita, mientras que la esperanza es tristemente finita. Por ello, la resistencia de

El análisis de los factores determinantes en la independencia de los octogenarios muestra que el elemento fundamental es, como era de suponer, el simple paso del tiempo. A medida que éste transcurre, disminuyen las posibilidades de que el octogenario mantenga su independencia. Los varones conservan mejor su autonomía que las mujeres, pues éstas sufren con más frecuencia problemas de salud. Apenas intervienen las características sociales y psicológicas del octogenario. Los ancianos sanos reciben menos ayuda de los amigos y familiares que el resto, pero ello no muestra cuáles son los factores que impulsan la conservación de la independencia. De hecho, el anciano que se percibe a sí mismo en un estado de buena salud contribuye a man-

EL ANCIANO QUE SE PERCIBE A SÍ MISMO EN UN ESTADO DE BUENA SALUD CONTRIBUYE A MANTENER ESA SITUACIÓN, RESALTANDO ASÍ LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL BUEN ENVEJECIMIENTO

la persona mayor a ingresar en una resistencia es difícil de vencer. Siente de un modo más o menos explícito que es la última decisión que adoptará en su vida y que después no le quedará otra cosa que esperar lo ineluctable y no por ello menos temido.

MANTENERSE INDEPENDIENTE

En un estudio realizado por el profesor C. Lalive d'Épinay y sus colaboradores, de la Universidad de Ginebra, en un grupo de octogenarios, se trató de determinar cuáles eran los factores que les predisponían a conservar a plazo medio su situación de persona independiente. Estimaron que el plazo medio era el intervalo de tiempo transcurrido entre dos series consecutivas de encuestas, esto es, 18 meses. Como señalaron con acierto, el concepto de largo plazo no tiene sentido en los octogenarios, pues éstos se instalan más bien en el porvenir inmediato: la semana siguiente, las próximas Navidades y, como máximo, el año próximo.

tener esa situación, resaltando así la dimensión psicológica del buen envejecimiento.

Con una misma edad e igual estado de salud, conservar cierto nivel de actividad enlentece el desarrollo de la fragilización del anciano. Las actividades más sobresalientes son en primer lugar las manuales, que implican una movilización energética y el ejercicio de una habilidad. Vienen después las actividades sociales, que implican las relaciones interpersonales, y la lectura de libros y de los medios informativos, que suponen una apertura hacia el mundo real e incluso el imaginario. Conservar una imagen positiva de sí mismo —considerarse, por ejemplo, con mejor salud que la mayoría de los contemporáneos— ejerce también una influencia positiva sobre el desarrollo del propio envejecimiento.

Ahora bien, no todos los factores que favorecen la independencia del anciano dependen de él mismo. Según un informe de la Comisión de Determinantes So-

ciales de la Salud, patrocinada por la OMS, «el lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad». Ahora bien, el nivel de ingresos económicos no es el elemento fundamental, ya que países considerados pobres, como Costa Rica, Cuba y Sri Lanka, han logrado niveles de salud superiores a los de otros de mayor renta individual.

Es interesante señalar la importancia de las prácticas religiosas en la conservación de la independencia de la persona de edad avanzada. Mientras que la participación en las actividades sociales declina fuertemente con la edad, no ése es el caso de las prácticas religiosas y ello en buena parte gracias a una función adaptativa, consistente en la participación en los oficios religiosos a través de las retransmisiones religiosas o televisivas cuando la presencia en la iglesia resulta demasiado compleja. Influyen en este sentido dos factores interrelacionados: por una parte, la dimensión trascendente de la vida mental y afectiva, y, por otra, el hecho de sentirse miembro de una comunidad —la de creyentes— en la que reinan estrechos vínculos y numerosos puntos de coincidencia.

VIDA FAMILIAR Y RELACIONAL

Cuando me establecí en Ginebra para trabajar en la OMS tuve la sorpresa de encontrar de vez en cuando en el periódico una nota oficial del Hospital Universitario, señalando la defunción de un enfermo del que no se conocían sus familiares, pidiendo que si alguien estaba al corriente de quiénes eran, se dirigiera con urgencia a la dirección del hospital para poder proceder al entierro del desvalido difunto.

Las relaciones de parentesco y de amistad de los ancianos no se rompen, en general, de un modo brusco. Siguen una pauta, que en líneas generales es la que describimos a continuación. Según J.-F. Bickel y M. Girardin, pueden diferenciarse cuatro redes que forman otros tantos círculos alrededor del anciano. El primero está constituido por la familia, pequeña comunidad cuyos miembros comparten experiencias y se prestan ayuda mutua. A medida que pasan los años, la pareja llega a estar sola; acontece después la defunción de uno de los cónyuges, en general el marido, y entonces el superviviente continúa su vida en solitario.

Una vez extinguido ese primer círculo vital adquieren importancia renovada los dos círculos siguientes: el de los familiares y el de los amigos, de naturaleza muy distinta. Los vínculos familiares existen de modo objetivo, con independencia de las personas que los integran y de la intensidad afectiva con la que actúa cada una de ellas. Por el contrario, el vínculo de amistad es electivo y precisamente por esta particular característica puede ser más fuerte que el lazo familiar. Una relación entre hermanos o primos puede perder intensidad, pero de todos modos perdurará en forma latente, pero no por ello menos objetiva. Por el contrario, una relación de amistad que está basada en la recípro-

cidad, es susceptible de anulación por la simple decisión de uno de los partícipes.

El cuarto círculo del anciano tiene en común con el primero su inscripción en un espacio físico. La vivienda en la que habita se halla en un inmueble, una calle y un barrio, lo cual conduce al establecimiento de relaciones, tanto más superficiales y esporádicas cuanto más elevado es el nivel económico del espacio físico en cuestión.

En lo que respecta a la red familiar, su composición tiene una fuerte incidencia en la sociabilidad de la persona de edad avanzada. La presencia cercana de hijos, nietos, bisnietos o hermanos constituye un fuerte estímulo,

NINGÚN ANCIANO DEBERÍA CARECER DE SU CORRESPONDIENTE PASTILLERO

mientras que la del cónyuge se considera «normal» y no añade en general ningún elemento estimulante. La edad, la categoría social o el estado de salud no influyen en la intensidad de las relaciones familiares. Éstas son más fuertes en el caso de las mujeres que en el de los varones. Aunque la salud de las mujeres sea frágil, tienden a mantener una vida social más intensa que los varones. Ciertamente es que cuando varones y mujeres ancianos caen en situación de dependencia, las diferencias en la vida social tienden a desaparecer.

MEJORA DE LAS ESTADÍSTICAS Y LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Según un informe de la OMS, los trastornos neurológicos afectan en todo el mundo a unos mil millones de personas. Entre ellos, 24 millones sufren la desoladora enfermedad de Alzheimer. En Europa, los costos provocados por la atención de las enfermedades neurológicas ascendieron en 2004 a 139.000 millones de euros, según un estudio publicado en el *European Journal of Neurology*.

La OMS viene señalando de modo reiterado que se está produciendo un cambio notable de la morbilidad en el mundo. Las enfermedades infecciosas son sustituidas progresivamente por afecciones de evolución crónica, como las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales. En el curso de los próximos veinte años, el sida, la tuberculosis, las infecciones neonatales y el paludismo perderán importancia como causas de mortalidad. Ciertamente es que esta evolución no será uniforme en todo el mundo, ya que ni siquiera lo es en Europa. Basta señalar que la esperanza de vida en la Europa del Este pasó de 64,2 años como término medio en 1950, a 67,8 años en 2005; esto es, un aumento de sólo unos cuatro años, mientras que ha sido de nueve a 15 años en la Europa central y occidental.

En ese sentido conviene destacar que la OMS viene insistiendo desde hace años en la necesidad perentoria de mejorar las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Bas-

ta señalar que cada año no se registra el 40% de los nacimientos que se producen en el mundo, ni tampoco el 65% de las defunciones. Según afirma la OMS, sólo recibe datos fiables sobre las causas de defunción procedentes de 31 países, mientras que el número de miembros de la Organización es de 193. En una serie de artículos publicados por la revista *The Lancet*, con el título general «¿Quién cuenta?», ésta señalaba que la mayor parte de los países en desarrollo no poseen sistemas de registro fiables de los nacimientos y las defunciones, de modo que no conocen la longevidad de sus poblaciones ni las causas de las defunciones. Ahora bien, la mayoría de esos países poseen ejércitos dotados de armamento moderno y preparados siempre para dar un golpe de Estado cuando no les gustan los gobernantes que les dirigen. Los ejemplos al respecto abundan.

Ante esa situación, es lógico que la OMS saludara en 2007 con entusiasmo la creación del Instituto de Metrología Sanitaria y Evaluación, en la Universidad de Seattle (Estados Unidos), gracias a una elevada subvención de la Fundación Bill y Melinda Gates. La Dra. Margaret Chan, directora general de la OMS, recibió con agrado la creación de ese Instituto declarando que «una de las prioridades de la OMS es el refuerzo de las actividades mundiales, regionales y nacio-



más fármacos diarios siguen correctamente las prescripciones del médico. En este sentido, los sencillos pastilleros, con sus divisiones por días y por momentos de la jornada, son una importante con-

tribución para la correcta terapéutica de la persona de edad avanzada. Ningún anciano debería carecer de su correspondiente pastillero. Sería igualmente muy útil que los consejos de salud que brindan tenazmente las cadenas de televisión, las emisoras radiofónicas y la prensa escrita fueran mucho más concretos de lo que es el caso en la actualidad. Cuando se aconseja a las personas de edad que tomen cinco porciones de frutas y verduras al día, habría que puntualizar lo que los educadores sanitarios entienden por porción, ya que la gama va de 40 a 120 g. Es más, según afirma J.-D. Rainhorn, del Instituto de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo, de Ginebra, «cualquier campaña relativa a un tema eminentemente social, como es la calidad de la alimentación, favorece a los que son capaces de percibir su interés, esto es, contribuye a agravar las desigualdades». **of**

BIBLIOGRAFÍA

- Bayés R. Residencias para la espera. El País. Madrid, 2006.
 Lalive C, et al. Les années fragiles. Université Laval, Québec (Canadá), 2008.
 OMS. L'enregistrement des naissances et des décès. Ginebra, 2007.
 OMS. Les maladies non transmissibles sont désormais la plus grande cause de décès dans le monde. Ginebra, 2008.

«EL LUGAR QUE CADA CUAL OCUPA EN LA JERARQUÍA SOCIAL AFECTA A SUS CONDICIONES DE CRECIMIENTO, APRENDIZAJE, VIDA, TRABAJO Y ENVEJECIMIENTO, A SU VULNERABILIDAD ANTE LA MALA SALUD Y A LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD», DICE LA OMS

nales en el sector de la información y de las bases de datos».

En el caso concreto de los ancianos, su metrología en materia de salud se centra ante todo en no olvidar los medicamentos que deben tomar. Sólo un 20% de los mayores de 65 años que toman ocho o

tribución para la correcta terapéutica de la persona de edad avanzada. Ningún anciano debería carecer de su correspondiente pastillero.

Sería igualmente muy útil que los consejos de salud que brindan tenazmente las cadenas de televisión, las emisoras