

1

Hacerse mayor. Una historia natural

TEMA

Juan Carlos Cobo Domingo

Hablamos de algo tan natural como la vida misma. Ya lo decían autores del pasado, solo llegan a viejos aquellos que han vivido. Efectivamente, la historia del envejecimiento es la historia de cada uno de los hombres que viven. Incluso aquellas personas despectivas con el envejecimiento, estarán de acuerdo en que este es un mal deseable, o una debilidad trabajada. Pero la disyuntiva, por causas obvias no es atractiva, nos referimos a la muerte prematura.

El hacerse mayor comporta en ocasiones conductas típicas y al mismo tiempo difíciles de entender, como las observadas en personas mayores que califican a los demás de viejos pero no ellos mismos, al "encontrarse todavía jóvenes". En otros casos, los ancianos se califican como viejos, atribuyéndose todas las connotaciones negativas del término, cuando en realidad su estado físico y mental no se ajusta a dicho perfil.

Hoy en día, la visión de la ancianidad que nos aporta nuestra sociedad, es francamente paupérrima, y así, en medios de comunicación, solo leemos y vemos noticias sobre ancianos que reflejan con claridad la imagen que de ellos conservamos. Es frecuente verlos impedidos, dependientes, a merced de la caridad de los demás, soportando la etiqueta de lastre que una sociedad en constante cambio les ha otorgado.

Pero no perdamos de vista la historia del hombre y la evolución del concepto de ancianidad que la acompaña. La vejez en culturas de oriente medio era manifiestamente alabada, asemejando la ancianidad con la figura del guía y jefe de la comunidad, quizás no en cuestiones productivas, sí en las decisiones basadas en la experiencia, en el consejo sabio. Otras culturas, como la gitana, vertebran su funcionamiento social alrededor de las personas

mayores de su comunidad, los denominados patriarcas, guías, referencia y ejemplo para los más jóvenes. La Biblia nos transmite expresiones, fiel reflejo del respeto a los ancianos que impregnaba esta cultura, atribuyendo a las canas y por tanto al envejecimiento, un cierto toque divino, de cercanía a dios. Algunas tribus indias todavía mantienen instituciones basadas en los consejos de ancianos, cuyas funciones no se quedan relegadas a un mero plano testimonial.



El camino por recorrer.

Tampoco podemos negar la necesidad y anhelo de la humanidad, en conseguir una "pócima" o remedio capaz de rejuvenecer a las personas, evitando el envejecimiento (visión negativa del mismo o miedo a morir), normalmente, y es curioso, asociando el rejuvenecimiento a actitudes positivas, actos bondadosos, intachable conducta, respeto a dios, etc. Ejemplos ilustradores de tal fenómeno los hallamos en las siguientes culturas:

- Berebere. Para ellos decir la verdad siempre retrasaba el envejecimiento.
- Esquimales. La valentía alargaba la vida.
- Antiguos hebreos. Honrar a los padres conllevaba el vivir muchos años.

Hace tiempo leí una historia impresionante, os la cuento. Trataba sobre tribus indias, reflejando la manera en que los ancianos preparaban su muerte, sin aspavientos, sin miedos

y afrontando el final de la vida con la misma naturalidad con la que vivieron sus días. Estos ancianos, llegado el momento, se alejaban de la tribu provistos de comida y enseres suficientes para vivir en soledad los momentos finales, en contacto con la naturaleza y con un sentido de la muerte infinitamente respetuoso. Las despedidas, se cargaban de sinceridad y convencimiento de haber vivido una vida plena, amparados por el cariño de los suyos, y en el rostro, reflejada una actitud serena, sin resignación, se perdían en brazos de la naturaleza.

En verdad, por largas explicaciones que os pueda dar sobre el significado de hacerse mayor, nunca de forma tan gráfica, entendí el verdadero respeto al anciano, la preservación de su dignidad, en una situación indisoluble al hecho de haber vivido, el morir y lo que es más importante, hacerlo con dignidad.

Por desgracia, en nuestra sociedad consumista, veloz, materialista y tan falta de valores, el mayor es un estorbo, un lastre. Esto queda reflejado en el trato y relación con nuestros ancianos, incluso en las definiciones que en nuestro diccionario se ofrecen a los calificativos con los que nombramos al mayor. Manejamos la palabra viejo y su significado textual es: "dícese de la persona que ya no es joven", "personas con mucha edad". La palabra envejecer tiene los significados siguientes: "hacerse vieja o antigua una persona o cosa", "durar o permanecer mucho tiempo". Sinceramente, es difícil no aplicar connotaciones negativas a los ancianos, si observamos las formas y maneras de nombrarlos que manejamos.

Nuestra definición de envejecimiento será la siguiente. Es el proceso biológico, psicológico y social consistente en modificaciones en el anciano, de carácter irreversible, que comienza desde el mismo momento en que nacemos, manifestándose inequívocamente con el paso de los años, no constituyendo en ningún caso enfermedad, sino proceso natural, aunque sí condicionante de aparición de multitud de enfermedades. Lo consideramos un proceso subjetivo (cada anciano envejece de distinta manera y a distinto ritmo), universal (todos envejecemos) y condicionado por circunstancias de la vida y por la vivencia de las etapas anteriores de la vida.

Este envejecimiento viene acompañado de cambios de relevancia, y determina:

- I. Alteraciones específicas del anciano. En particular y dado su relevancia, destacamos los síndromes geriátricos, procesos estos de repercusión negativa en la funcionalidad del mayor.
- II. Vulnerabilidad ante las agresiones del entorno. En el mayor, se encuentran debilitados los mecanismos defensivos corporales, observándose esta debilidad de respuesta también en el funcionamiento social de gran cantidad de mayores.

- III. Enfermedades prevalentes. De aparición en todas las edades, pero con especial repercusión en la tercera edad, como insuficiencias cardíacas, infecciones, tumores, diabetes, hipertensión, etc.
- IV. Enfermedades exclusivas de ancianos o con incidencia escasísima y ocasional en adultos. Entre ellas destacamos: Hipotermia, crisis confusionales, carcinoma prostático, amiloidosis cardíaca, etc.
- V. Afectación multidimensional de las enfermedades, obligando a los profesionales sanitarios, no sólo a conocer lo referente a enfermedades, sino a poseer conocimientos en psicogeriatría y cuestiones sociales, de frecuente afectación en el mayor en el desarrollo de las patologías, o bien inductoras de las mismas.

Nuestro trabajo, como veis, será de una alta cualificación y preparación, pero no cometamos el error de adquirir actitudes de batalla o lucha contra el envejecimiento y la muerte, como si realmente no formaran parte de nuestro trabajo. Llegado el momento de morir, resulta paradójico, el empeñamiento en conservar la vida a toda costa, alargando procesos dolorosos, y sí, aumentando el tiempo de vida, pero ¿también la calidad de vida?. Creo sinceramente, que la muerte nos asusta, pretendiendo en algunos casos atribuirnos funciones divinas para conservar la vida y a la vez disipar nuestros temores, en muchos casos ya en su recta final y sin sentido. Da la sensación de que no luchamos para conservar y mantener la vida en su concepto más amplio, sino más bien para evitar la muerte. Ante todo, reflexionemos y mantengamos un equilibrio entre el cuidado y la dignidad del anciano.

No se trata en ningún caso de dejar morir. En todos los casos utilicemos el sentido común, ciertamente el menos común de los sentidos, para tratar al anciano mayor con naturalidad, preservando su dignidad y su vida, pero no retrasando lo inevitable, ni fustigando y alargando la vida sin sentido, por un erróneo concepto del juramento hipocrático. Estoy seguro que dentro del juramento de preservar la vida, existe un pequeño hueco, en el que diga, que parte de la vida es el morir, tan natural como crecer, nacer o respirar.

De ayuda en el cambio de actitud, son la ruptura de creencias y mitos del todo falsos sobre la ancianidad. Lo que ocurre es que nos cuesta asimilar lo acaecido en el envejecimiento, tendiendo a aislar este periodo de la vida, como si nosotros en el futuro no tuviéramos que vivirlo. Así nos encontramos con expresiones curiosas referidas a ancianos, achacándoles actitudes y conductas propias de esa edad, pero no nos paramos a pensar que posiblemente actúe así porque es su forma de ser, y no por el hecho de ser anciano.

Quizás, si nosotros estuviésemos en la misma situación que alguno de ellos, comprenderíamos lo que realmente ocurre y para ello, os expongo un ejemplo. Imaginaos



Todavía puedo, todavía quiero.

una persona mayor en una residencia de asistidos, con problemas de salud que le impiden valerse de sí misma. Apenas si es atendido de las patologías que padece, pero en el plano psicológico y social, sufre un inmenso vacío, sin apenas contactos con el resto de ancianos y con el medio exterior. Si ese mayor, ante la entrada de gente joven que lo cuida, reacciona mostrando una conducta de acaparamiento, solicitando constantemente la atención del cuidador con cualquier excusa, ¿acaso no haríamos lo mismo si nos sintiésemos tan solos como él o ella? O es que el mayor es un ser extraño por buscar afecto y aferrarse a las personas más afectuosas. Sin embargo las conductas del mayor, probablemente se intentarían explicar y justificar por la conducta típica de su edad; según estos razonamientos basados en el egoísmo, debilidad emocional, chocheo, incapacidad de controlar sus emociones, etc.

Nuestro trabajo con los ancianos, no debe ser neutro y aséptico. Impregnemos cada acto de humanidad y profundo respeto hacia el mayor, dándole un sentido a ese tramo tan difícil de la vida para un grupo elevado de ancianos. Os aseguro que al comunicarme con ancianos, sus más hondas preocupaciones no están referidas a enfermedades y control de la salud. Les entristece profundamente notar el rechazo de algunos, la indiferencia de otros, y las pocas personas que a ellos se acercan con un interés sencillo y desinteresado de "charlar un rato con ellos", de forma abierta y sincera.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Son multitud las teorías que intentan explicar la vejez y sus consecuencias. Sin duda cada una con su parte de verdad y su parte a mejorar, casi todas incompletas en la comprensión de un fenómeno tan lleno de matices como éste.

John Saxe, poeta, relataba una ejemplarizante historia curiosa, reveladora de lo anterior. Había seis hombres en la india, tan inclinados al saber, que fueron a ver al elefante, para satisfacer sus ansias de saber. Cada uno con su observación analizaba al elefante. El que tocaba la cola, consideraba que se trataba de una serpiente, el que palpaba las piernas, creía que era un tronco de árbol y así sucesivamente hasta el final. Disputaron largo y tendido, con criterios violentos y obstinados y aunque cada uno tenía su parte de razón, todos estaban equivocados. En definitiva, las investigaciones que se realicen sin tener en cuenta el matiz multifactorial del envejecimiento, fracasarán inevitablemente, o si lo preferís así, triunfarán parcialmente.

A continuación expongo las teorías que con más fuerza han intentado descifrar los fenómenos asociados al envejecimiento:



Disfrutando de la vida sin prisas.

1.1. TEORÍAS HISTÓRICAS

I. Teoría del Desgaste Orgánico.

Basada en la creencia del desgaste consiguiente al uso reiterado y funcionamiento normal de nuestros órganos corporales. En general y según el planteamiento de esta teoría, las actividades que el hombre realice durante su vida, especialmente los excesos cometidos, repercuten en el envejecimiento de los órganos implicados.

II. Teoría de la Autointoxicación.

Pronunciada por Metsechnikoff, estamos introduciendo constantemente toxinas en nuestro organismo, eliminadas regularmente. Cuando éstas no sean eliminadas adecuadamente, produciendo intoxicación corporal, se desencadenará un desgaste celular intenso y consiguientemente envejecimiento.

III. Teoría del Trastorno Glandular.

Refleja la creencia en el fallo de sistemas glandulares imprescindibles para el correcto funcionamiento de las personas. Consecuentemente a la alteración de las glándulas, se producirá el envejecimiento sistemático.

1.2 TEORÍAS PSICOLÓGICAS

I. Teoría de la Desvinculación.

Se sustenta en la pérdida progresiva del anciano de su vínculo social y viceversa. El anciano es apartado de sus roles, pierde jerarquía en el entorno que le rodea, frecuentemente se aíslan y se producen episodios de marginación, en definitiva, la desvinculación social, precipita la sensación subjetiva de vejez y favorece el envejecimiento (visión negativa y asociada a pérdida).

II. Teoría de la Actividad.

Se asocia la pérdida de actividad con la toma de conciencia de su inclusión en el grupo de mayores. El factor de actividad más relevante, ciertamente inductor de sentimientos negativos asociados a la vejez, es la jubilación, que si bien etimológicamente define el júbilo y alegría, en personas que llegan a esta situación, se convierte en un verdadero castigo, pasando bruscamente de ser personas adultas productivas, a ser ancianos inútiles con actividad de poca responsabilidad, y seguidamente, este pensamiento repercute en su entorno y en su autoestima.

III. Teoría del Cambio de Poder.

Se basa en la pérdida de poder e influencia, en relación muy estrecha con la pérdida de vínculos con el entorno social. En algunos casos, la pérdida de poder viene precedida de situación de enfermedad, en la que el adulto es cuidado por otras personas (hijos, esposa, etc) y esta situación provoca un cambio profundo de roles, con más agresividad, si el afectado es el cabeza de familia, y el soporte económico es suministrado por otra persona.

1.3 TEORÍAS BIOLÓGICAS

I. Teoría de los Radicales Libres.

Elaborada por Harman y Jaime Miquer, sugiere que los radicales libres son producto de la oxidación celular, por tanto inductores y favorecedores del envejecimiento.

II. Teoría Autoinmune.

Sugerida entre otros por Walford, expone lo siguiente: con el paso de los años, el sistema inmunológico, aquejado de deficiencias que alteran y afectan la capacidad

de control del mismo, ataca al organismo produciendo su destrucción y precipitando el envejecimiento.

III. Teoría Termodinámica.

Su base es el intercambio de energía entre nuestro organismo y el medio que nos rodea. Así, determinados factores resultarán del medio como favorecedores, retardadores o inductores del envejecimiento. Algunos son: la energía a través de los alimentos, las condiciones extremas de temperatura, traumatismos, etc.

IV. Teoría del Envejecimiento Celular.

Planteada por Haycflick, describe el proceso limitado de reproducción celular, argumentando que la limitación reproductiva de las mismas, marca inexorablemente el envejecimiento. Aproximadamente las células se reproducen un máximo de cincuenta veces, salvo las que no se regeneran, como el tejido neuronal.

V. Teoría de la Acumulación de Errores.

Se basa en la afirmación de que llegados a ciertas edades, el ADN comenzaría a tener fallos, o sea mutaciones imposibles de corregir e inductoras del envejecimiento.

VI. Teoría de la Programación Genética.

Todas las personas tienen un proceso genético determinado que directamente modula el envejecimiento, sin menoscabo de la influencia del medio en la aceleración del envejecimiento. Ejemplos podemos encontrar en familias con miembros numerosos que sobrepasan los 90 años, o personas de la misma familia menos afectadas por ciertos cambios frecuentes en el envejecimiento.

CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El deterioro progresivo consecuente al envejecimiento, aún siendo un proceso completamente subjetivo y personal, desencadena unas consecuencias que salvo excepciones, comprobaremos en la población anciana en general. Kenney las estructuró de la siguiente manera:

- Cambios funcionales secundarios a cambio estructural. Los más usuales, afectando al organismo prácticamente en su conjunto, con alteraciones del comportamiento y la conducta secundarias a pérdida de la población neuronal y de la transmisión como pérdida de elasticidad del conjunto articular que determina disminución funcional de la articulación, etc.
- Erradicación total de ciertas funciones. El ejemplo espectacular y común lo hallamos en la mujer, perdiendo su capacidad reproductora.

- Cambios sólo reconocibles en circunstancias no basales. Si un anciano sufre presbicia moderada, es posible que sea consciente de la merma en situaciones de máximo esfuerzo visual.
- Pérdidas o limitaciones funcionales sin alteraciones estructurales demostrables. Son menos frecuentes y las consecuencias funcionales menos relevantes en el estudio del mayor, por su escasa incidencia.

GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Las ciencias encargadas del estudio y atención del mayor, son la geriatría y la gerontología. Su eficacia es innegable si observamos en capítulos posteriores las diferencias y peculiaridades de la atención en personas mayores, en comparación con los adultos.

Definimos geriatría como la actividad y procesos centrados en la atención sanitaria del mayor. Según la OMS es la rama de la medicina que estudia la patología clínica, tratamiento y reintegración del mayor, en todos los procesos de enfermedad o ausencia de ella, donde las alteraciones debidas a la edad contribuyan de manera decisiva en su desarrollo. Más práctico y sencillo resulta considerar a la geriatría como la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de los ancianos.

La gerontología etimológicamente significa "tratado de la vejez". La OMS detalla el estudio de esta especialidad, apreciando la gerontología como la ciencia que se ocupa del estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población y sus manifestaciones sociológicas, ambientales, psicológicas y especialmente por su notoriedad, las manifestaciones y repercusiones sanitarias. Sencillamente es el estudio del proceso de envejecimiento, en su vertiente biológica, psicológica y social.

Los fundamentos básicos de la geriatría quedan reflejados en multitud de tratados y manuales. Seleccionando hallamos entre los más importantes y usualmente referidos por los autores:

- La prevención de discapacidad en ancianos es uno de los pilares de la asistencia en ancianos en todos los ámbitos. Un cuidador de ancianos, que no basase su actuación en el mantenimiento o restablecimiento de la capacidad funcional, previniendo discapacidad, o ayudando al anciano en la adaptación a la situación de discapacidad recientemente adquirida, sería un pésimo profesional, atendiendo a lo urgente y a las demandas del momento, sin más planteamientos en el cuidado a prestar.
- Vigilancia y control ante la posible aparición de alteraciones de la conducta, y sobre todo especial dedicación en la detección de una enfermedad, de mortíferas consecuencias en la funcionalidad del mayor, la depresión.

- Buscar detrás de lo evidente, ya que en ancianos los procesos larvados, permanecen ocultos durante tiempo, provocando una severa afectación, si no se diagnostican precozmente.
- Realizar educación y enseñanza en autocuidados, nos permitirá un mejor control y seguimiento de las enfermedades, además de un aumento notable de la independencia del mayor.
- No descartar enfermedades ni afirmarlas con seguridad sin un estudio exhaustivo y una valoración integral. Recordad la presencia atípica de enfermedades en ancianos, dificultando enormemente un certero diagnóstico.
- La valoración en geriatría siempre cumplirá con el requisito de la multifactorialidad, es decir, los problemas del anciano se plantearán en su análisis de forma global y con influencia de diversos factores.
- El trabajo en geriatría conlleva una estructuración y organización de los profesionales alrededor de un equipo multidisciplinario de atención, con distintos profesionales que darán así, una respuesta adecuada y completa ante los problemas.
- Realizar una diferenciación clara en los tratamientos a aplicar, valorando con racionalidad y sentido común los condicionantes que rodean a la enfermedad, y no sólo a ella. Con esto conseguiremos aumentar la satisfacción y adherencia del anciano al tratamiento, eligiendo tratamientos curativos o paliativos en función de lo expuesto, nunca por objetivos marcados por los profesionales de forma unilateral.
- A efectos prácticos en geriatría, consideraremos la prevención como la mejor arma en la atención del mayor y en el aumento de la calidad de vida.
- La rehabilitación en geriatría, se sobredimensiona ante la posibilidad real de complicaciones derivadas de enfermedades. Su importancia es tal, que en algunos casos será el tratamiento fundamental (evitando incapacidad funcional) en detrimento del tratamiento específico de la enfermedad. Lo normal suele pasar por un tratamiento paralelo y continuo en ambas parcelas.
- En geriatría, es tan importante el mayor como los apoyos en el ámbito social y sobre todo familiar, con los que cuenta.
- La geriatría siempre promoverá la independencia, valorando consecuentemente la repercusión de ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, a menudo innecesarios, pero habituales en la práctica clínica.

En definitiva, una atención integral del mayor, pasará necesariamente por el cambio de actitud de la sociedad ante sus mayores, promoviendo su integración y normalización en diferentes ámbitos. Dado este paso, la aplicación de los principios de la geriatría será

sencillo, por varias razones, quizás la principal esté en que una buena práctica profesional con ancianos no se entendería en personas que consideran a los ancianos un estorbo, molestia o una carga. Si éstos ejercieran los cuidados, nos encontraríamos con ancianos atendidos en lo más básico, en absoluto satisfechos con lo ofrecido.

No olvidéis nunca que lo que hoy hagamos por nuestros mayores, es el reflejo de los cuidados que recibiremos en el futuro, y el espejo donde se mirarán aquellos que mañana nos cuidarán.

BIBLIOGRAFÍA

- David P. Barash. El envejecimiento. Salvat Editores.
- Aranguren, J. Luís: "La vejez como autorralización personal y social", Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO 6, Madrid.
- Díaz Plaja, F.: El arte de envejecer. Ed. Nobel, Madrid.
- Florez, F.; Lopez-Ibor, J. M.: Saber Envejecer, Col. Fin de siglo, Ed. Temas de Hoy, Madrid.
- Mushara, B. L., y Reidel, R. G. El proceso de envejecimiento, Madrid, Morata.
- Sánchez J. y Ramos, F.: La vejez y sus mitos. Ed. Salvat, Madrid.
- Beauvoir, S., La vejez, Madrid, Edhasa.
- Carretero, M.; Palacios, J. y Marchesi, Á.: Adolescencia, madurez y senectud, Alianza Psicología, Madrid.
- Monedero, C., Psicología evolutiva en el ciclo vital, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Vilar, E.: Los viejos, Plaza y Janés, Barcelona.
- Skinner, B. F. y Vaughan, M. E.: Disfrutar de la vejez. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- Morris, P.: Loss and change, Londres, Rutledge and Kegan Paul.
- Archey, R. C.: The sociology of retirement. Cambridge, Massachussets: Schenkman.
- Abrass I.: The biology and Physiology of Aging. West J Med Dec.
- Ham. R. The aging process: biological and psychosocial aspects. In: Primary Care Geriatrics.
- Rowe JW, Scheneider El. The Aging Processes. IN: The Merck Manual Geriatrics.
- Meier D. The cell biology of aging. IN: Geriatrics Medicine. Vol I. Springer-Verlag.
- Gutteridge J. Ageing and free radicals. Med. Lab. Sci.
- Bunker V. Free radicals, antioxidants and ageing. Med. Lab. Sci.

Brockelhurst J. C.: Textbook of Geriatric medicine and Gerontology. Ed Churchill Livingstone, 3 Ed.

Jiménez Herrero, F.: Gerontología 1993. Ed. Masson-Salvat Mediana. Barcelona.

Envejecimiento biológico y salud. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre, Ed. Einsa, Madrid.