



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

**Dr. D. Manuel DEL RÍO MARTÍNEZ.**

Académico de Número de la Sección de Arquitectura y Bellas Artes de la Real Academia de Doctores de España

La Real Academia de Doctores de España publicó en el verano de 2011 un número extraordinario de su Newsletter con el Título "CRISIS ECONÓMICA Y DE VALORES", impulsado por la Secretaria General de la institución, la Doctora Doña Rosa Garcerán Piqueras, a partir del interés que suscitaron el conjunto de sesiones desarrollado durante el curso 2010-2011 por la Sección de Ciencias Políticas y de la Economía de la RADE.

Con el brillante resultado que siempre acompaña a sus intervenciones, el Doctor Don Manuel López Cachero, Presidente de la Sección, asumió la tarea de Relator de ese número extraordinario con el que se inicia una serie que abordará siempre temas de la máxima actualidad.

Me dicen que estamos en el "Año del Envejecimiento Saludable 2012" y aunque yo no creo en "el día de" o "el año de" que por extensión suenan a campañas comerciales y por abuso o acumulación pierden el impacto social que sus enunciados pretenden, sí es lamentablemente cierto que estamos ante una situación globalmente preocupante en este tema. Nuestra incansable Secretaria General, catarata de ideas de fuerte compromiso social, ha propuesto para el siguiente número extraordinario el tema "LONGEVIDAD Y/O CALIDAD DE VIDA", que imitando el anterior bien podría haberse llamado "CRISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA LONGEVIDAD Y EN LOS VALORES".

Evidentemente no es casual que todas las actividades y objetivos en crisis de la humanidad vayan precedidos de una pérdida de valores, entendiendo como tales la moral, la ética, la solidaridad y en definitiva el amor al prójimo, que para mí es y será siempre una expresión en el más correcto lenguaje político o coloquial.

De nuestras muchas conversaciones sobre la mar y los peces, sabe la Doctora Garcerán mi inquietud y dedicación al estudio y la promoción de una arquitectura para los mayores y quizás por ello y desde luego, sobrevalorando mi capacidad para escribir y mis conocimientos del tema al elevarlo a genérico por encima del meramente arquitectónico (creación de espacios válidos), me impuso, ella no propone, la honrosa tarea de ser yo el Relator de este nuevo número de la Newsletter de la RADE.

Me comprometí a entregar mis páginas un mes después de que se recibieran las reflexiones de los ponentes, consciente de la responsabilidad que asumía por la importancia del tema, el prestigio de la Academia y el enorme respeto que tengo a los académicos participantes.

Empiezo por lo tanto con una disculpa. Me he retrasado dos meses mientras que todos los demás cumplieron en sus plazos de entrega.

Justo después del compromiso de fechas me diagnosticaron una enfermedad que requería intervención quirúrgica con cierta premura. No era nada del otro mundo a mi edad, precisamente la edad sobre cuyas condiciones de calidad de vida íbamos a tratar. La Doctora Garcerán me decía, con toda razón y para animarme, que

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

así tendría más tiempo para estudiar las opiniones recibidas y para escribir. Tenía razón, las estudié y me sumergí de lleno en un conjunto de ideas y de problemas sin resolver, al tiempo que, por primera vez tras una vida sanísima y con edad biológica muy inferior a la cronológica, me daba cuenta de que en una pequeña parte, insignificante, yo estaba siendo protagonista de esa “calidad de vida” que depende de lo que otros hagan por ti y contigo. Me pareció que esas vivencias, esa experiencia que yo viviría en los dos meses siguientes, podría aportar algo a nuestro trabajo y decidí esperar observando.

Otro factor que me afectó fue el apabullante buen trabajo que ofreció el Doctor López Cachero como relator precedente. D. Manuel reflexiona a la velocidad de la luz. Sus conocimientos son multidisciplinarios como lo es la propia Academia. Analiza, compendia y saca conclusiones con su estilo barroco y bello como un retablo vienés. El nos dice en su trabajo refiriéndose a la crisis económica que “un análisis de este tipo puede conducirnos no al realismo, sino al pesimismo y con pesimismo no se superan las crisis”. Ante los terribles datos estadísticos que veremos más adelante, ante los funestos augurios que pesan sobre las perspectivas de una aceptable calidad de vida de los longevos, me guiaré por este párrafo, que es plenamente válido también aquí, destacando el optimismo final que es común a los escritos recibidos de los académicos.

También seguiré su ejemplo en no tratar de polemizar si en algo no estoy de acuerdo y sí complacerme en el estudio de lo recibido, ordenando, comparando, matizando, resaltando coincidencias para intentar terminar con alguna conclusión y, más difícil aún, con alguna propuesta que fruto del consenso pueda entenderse como de la Academia, aunque naturalmente nosotros individualmente y no la institución seamos los únicos responsables de nuestras opiniones, para

que ante la sociedad, tenga el rango que se requiere para alcanzar una mínima eficacia.

Termino esta presentación tras las justas y debidas apreciaciones a los autores del anterior Número Extraordinario con una pequeña travesura académica: Si el relator actual, pierde por goleada ante el anterior, mis quince ponentes son, cuando menos, tan buenos como los suyos.

### INTRODUCCIÓN

Cuando me pasaron el título de este trabajo conjunto y por lo tanto, enriquecedoramente multidisciplinar, pensé que era un oximoron o imposibilidad entre dos términos.

Con medidores puramente materiales no hay calidad de vida tal y como la entienden los biológicamente más jóvenes. Enfrentado al problema, enseguida fui consciente de que se dan aspectos mucho más importantes y que esa calidad de vida a la que hay que aspirar, y que la sociedad debe atender, se mide por otros parámetros que sí son posibles. Comparemos, por evidentes, las diferentes calidades de vida deseables para un bebé, para los adolescentes, en la edad joven y en la madurez. Todas tienen elementos comunes en lo material (comer, dormir, salud, cariño), pero radicalmente diferentes en los objetivos (aprender, enseñar, reproducirse, cuidar a otros, producir...). Veremos en estos trabajos de la RADE qué se debe entender como “calidad de vida” en los mayores, viejos, ancianos o como sea políticamente correcto llamarlos. Nos dirá la Doctora Doña Rosa Bastante que “retrasar el envejecimiento no es sinónimo de calidad de vida, han de ser un necesario binomio”, y el Doctor Don Alberto Ballarín, que empieza con un impactante “Yo soy un joven de 87 años de edad”, nos recuerda las enseñanzas del cordobés Séneca: “modestia, ascetismo sin pasarse, serenidad para aceptar nuestra muerte



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

con entrega y para vivir dignamente con la calidad de vida que nos proporcionará la limitación de nuestros deseos y de nuestros placeres". También será importante saber que deseando todos (o todos menos algún mentiroso) ser longevos, debemos poner algo de nuestra parte no solo para llegar a ello, sino también, para cuando finalmente estemos en ello. La Doctora Garcerán nos recuerda a Pitágoras cuando dijo "Una bella ancianidad es ordinariamente, la recompensa de una bella vida".

Trataré a continuación de centrar el tema, de tomar conciencia acerca de qué estamos hablando, siguiendo las DEFINICIONES que encontramos en los diferentes escritos de los académicos.

Para nuestro Presidente el Doctor Don Luis Mardones Sevilla, la esperanza de vida "es la cantidad de años que vive una determinada población humana en un cierto periodo de tiempo y referida únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta" y "la calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades en contextos como sociología, ciencia, política, medicina y salud, desarrollo, educación, medioambiente, cohesión social, etc". Todo ello indica la complejidad del tema, tanta que lo abarca todo y que, por si quedara alguna duda, completa diciendo que hay quien la mide en la proporción perfecta entre amor, salud y dinero. También la Fe. Importante concepto este último.

Convengamos en que con una Fe profunda y sin fisuras sobraría todo lo demás, ya que la esperanza de otra vida plena, feliz y eterna lo haría unas veces obvio y otras innecesario.

Siguiendo con las definiciones científicas, el Doctor Don Benjamín Fernández Ruiz nos dice que longevidad es el periodo que transcurre entre la madurez y la muerte, así de sucinto y así de duro.

También en el ámbito de la ciencia pura,

para la Doctora Doña Mónica de la Fuente, el envejecimiento es un proceso biológico que afecta a todos los organismos vivos y solo en ese marco se puede entender. Comienza al concluir la etapa de desarrollo y crecimiento, con la edad reproductora y culmina con la edad máxima alcanzable biológicamente. La longevidad media, o esperanza de vida, representa la media de años de vida para una determinada población que han nacido en la misma fecha. Nos dice también que la edad biológica se define como un indicador mejor que la edad cronológica y que para determinarlo se buscan marcadores bioquímicos, fisiológicos y psicológicos.

El Doctor D. Benjamín Fernández Ruiz nos dice que la senectud es el descenso en la capacidad de supervivencia determinado por factores genéticos, epigenéticos y ambientales, siendo el envejecimiento el resultado de la acumulación, durante la vida, de daños en células y tejidos.

Termino esta recopilación de las definiciones que algunos académicos han dado de longevidad y de calidad de vida, con el muy científico del Doctor Don Guillermo Suárez, que nos dice que el estado de envejecimiento o edad real consiste en medir la longitud y estado de los telómeros mientras que la calidad de vida se mide según parámetros como salud, nivel de vida, educación, esperanza de vida, ingreso nacional bruto, etc

A partir de estas definiciones, unas basadas en la estadística, otras en los indicadores científicos, biológicos y casi todas en la cronología sintomática, es decir, en el cuanto, como, cuando y porqué, podemos pasar a resumir los datos que arrojan las ESTADÍSTICAS y así conocer la magnitud del problema. Recordemos que, como decía en la Presentación, este apartado de datos estadísticos es deprimente, pero recordemos también que como dice el Dr. López Cachero, con pesimismo no se superan las crisis. Lo que también es cierto es que para encarar y solucionar un problema, lo primero es saber enunciarlo

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

correctamente. Utilizaré datos del Libro Blanco del Envejecimiento Activo, de la Fundación AFAL FUTURO, del Fiscal de Sala Emérito Delegado para la Protección y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores D. Jorge Serra Argüelles y también de diversas publicaciones cuya enumeración alargaría innecesariamente este escrito.

Basta dejar constancia de que hay muchas personas que, conscientes de su necesidad, dedican su vida a la estadística.

Sin mucho orden conceptual sabemos que en el siglo XVII habitaban el planeta tierra 600 millones de personas y hoy lo hacemos 7.000. En 1804 había ya 1.000 millones y en 2083 se prevé que habrá 10.000. La esperanza de vida al nacer en la media mundial es de 68 años para los hombres y de 72 para las mujeres y si se toman datos solo en los países desarrollados las cifras son 75 y 82 respectivamente. Actualmente 3.500 millones de personas sobreviven con menos de dos dólares diarios y 1.000 millones lo hacen en infraviviendas. Asia tiene 3.900 millones, es decir, el 60% de la población mundial, África 922, el 15%, y América Latina 600. Cada habitante del planeta consume al año el equivalente a 2,2 Ha de recursos naturales. En 2050 habrá 9.000 millones de personas y de estas 2.000 serán ancianos. De los 7.000 MM actuales, 521 MM de personas superan los 65 años (ancianos en muchos países). No va a haber 4 niños por abuelo, sino 4 abuelos por niño. 1.000 millones actualmente pasan hambre mientras que 1.000 millones consumen sin control.

En España el grupo de más de 85 años crecerá un 80% en los próximos 20 años, mientras que el de 20 a 34 años perderá casi un 30% de sus efectivos. El envejecimiento de la población alcanzará su máximo entre 2030 y 2050. Pasaremos de una relación de cuatro trabajadores activos por cada pensionista a 1.6 por 1 en 2020. De acuerdo con el informe de 28/2/2001 de la División de Población de Naciones Unidas, en 2050 España será el

país más viejo del mundo (éxito médico por más edad y fracaso social por menos natalidad).

Siguiendo con nuestro país, el 70% de los abuelos españoles cuida a sus nietos; el 53% intentan iniciar actividades después de los 65 años, mientras que en 1993 sólo lo hacían el 9,5%, El 45% quieren participar activamente en la sociedad; el 83% desea vivir en su casa el mayor tiempo posible como voluntad de autonomía. Resalto que estos datos, que indican la voluntad de los mayores, nos darán pautas para orientarnos hacia un intento de solución. Como orientación de tendencia nos dicen que en España hay actualmente censados 10.000 centenarios.

Termino esta transcripción de datos con una dura frase del Fiscal Serra Argüelles: <<la aparición del denominado “envejecimiento exitoso” nos lleva a la cínica reflexión de considerar surrealista la paradoja de que las modernas técnicas resuelven un gran problema pero producen otro mayor>> aunque naturalmente el problema resuelto, la longevidad, sea irrenunciable. Este fiscal, luchador incansable a favor de los derechos de las personas mayores, nos dice que, con todo, no se puede calificar de cicatera la política legislativa supranacional. Recuerda, y solo de los ratificados por España: La Declaración Universal de los Derechos Humanos; Convenio Europeo para su protección; Pactos Internacionales de 1.966 sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los Derechos Civiles y Políticos; carta Social Europea; Conferencia de la Haya de 13 de Enero de 2000; Convenio sobre protección Internacional de los Adultos; Artículo 25 del Tratado de Lisboa (Ley Orgánica 1/2008) en el que la UE reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e INDEPENDIENTE y por último, y sin ánimo excluyente, la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Veremos después los interesantes



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

enfoques que el Doctor López Medel plantea dentro del ámbito del Derecho.

Las aportaciones de los Doctores Académicos nos abren, como no podía ser de otra forma, un abanico de visiones diferentes, todas enriquecedoras, pero difíciles de ensamblar en una secuencia que permita priorizar, por lo que me limitaré, con cautela y siguiendo el orden de las Secciones de la Academia, a realizar un resumen que solo podrá entenderse a partir de la atenta lectura completa de sus trabajos.

El Presidente de la Academia, Doctor Don Luis Mardones Sevilla, tras las definiciones ya recogidas, nos recuerda que hace cien años “la calidad de vida era sobrevivir”, con lo que centra el contexto histórico de la geriatría y la gerontología como ciencias muy actuales. También lanza un lema optimista muy acorde con lo que yo entiendo será el mensaje final de este trabajo “la ilusión es la hormona del alma”.

La vejez, última etapa vital, es también la última puerta que abrimos muchos a la suprema esperanza, a la esperanza en la otra vida. El Doctor P. Martín Gelabert Ballester nos recuerda que el Salmo 891 dice “que en la vejez se puede dar fruto y estar lozano y frondoso”. Él lo centra en logros religiosos y da un toque de atención a la jerarquía eclesiástica con el que estoy totalmente de acuerdo: “Los responsables en la Iglesia deberían prestar más atención a los mayores” que constituyen su mayor clientela y son el grupo más marginado. Aclara que esto no es en lo material, ya que desde Teodosio (391) la Iglesia ha sido pionera y puntera en su atención. Su lema optimista es “Gracias a Dios todavía florecen las plantas”.

De la Teología pasamos a las Humanidades con la Doctora Doña María Ruiz Trapero, que comienza con muy amables palabras dirigidas a mí y que son solo fruto de su bondad. Desarrolla un tema que después trataremos, por su enorme importancia al indicar que “el nuevo orden social

determina el cambio de la antigua beneficencia a una justicia social”. Su lema, que también es una guía para las conclusiones, es “Sin afecto, no nos merece la pena llegar a longevos”. Implícitamente su versión optimista será: Con afecto los longevos pueden ser felices.

El Doctor Don Ignacio Buqueras y Bach, incansable luchador por la calidad de vida a partir de unos horarios racionales y flexibles, nos habla de la incidencia de la actual irracionalidad de los mismos como causa de malfunciones en los mayores y recuerda el muy actual “síndrome de la abuela esclava”. Su lema podría ser “la actividad es fuente de vida”.

Si empezamos a conocer el creciente problema al que se enfrenta la sociedad ante el éxito de las ciencias de la salud, paradoja ya comentada antes, seremos conscientes de la importancia de las leyes, que como dice el Doctor Don Jesús López Medel, en su muy documentado trabajo, superan lo que hubiera de filantropía, de beneficencia con el DERECHO a una calidad de vida. “La responsabilidad social en cuanto a la longevidad no deberá encontrar freno ni en las ideologías políticas, ni en las orientaciones religiosas y debieran ser punto de encuentro entre unas y otras”. Es lógico. Hasta la Ilustración, el ejercicio del poder político se sometía a las leyes divinas y a la ley natural, aunque limitado en muchos países por las corporaciones y otros poderes sustentados por la tradición local, mientras que después se afirma que el poder emana del pueblo y partir de aquí (es momento de recordar la Constitución de Cádiz), aparece la responsabilidad social como puntal principal y garantía de los Derechos, conviviendo con la solidaridad nacida de las creencias religiosas.

El Doctor D. Alberto Ballarín Marcial, ex Presidente de la RADE, centra sus reflexiones en sus experiencias personales, y de él, yo recogía en la Introducción lo que adjetivaba como impactante afirmación “yo soy un joven de 87 años de edad”. Ese es el espíritu que resume lo

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

que voy llamando << optimismos >> para la longevidad.

Edad cronológica y edad biológica son conceptos recurrentes en las diferentes exposiciones y si tienen claras diferencias en lo biológico, también lo tienen anímicamente, es más, empezamos a ser conscientes de que lo anímico puede imponerse a lo biológico. Nos dice D. Alberto que “la felicidad se debe tratar como un tema rigurosamente científico” y desde luego tiene autoridad para que esto se tenga muy en cuenta. ¿Qué buscamos: calidad de vida o felicidad?. Ya hemos leído bastante acerca de los parámetros que definen en las estadísticas oficiales la calidad de vida y que son mayoritariamente materialistas, por lo que pueden ser ayudados, corregidos, medidos y sobre todo legislados, pero ¿y la felicidad?. Lógicamente las penas con pan son menos pero el objetivo último, el primordial, será la felicidad. Son varias las Constituciones, Ley de leyes, que la recogen como objetivo común, pero claro, no hay quien legislando pueda garantizarlo, ni tan siquiera anteponerle el “con DERECHO a”. Esa felicidad nacerá de crear una serie de condiciones materiales, pero sobre todo, de conceptos como el amor, el cariño, las relaciones personales, la entrega al prójimo y el bagaje intelectual entendido como la conformidad entre nuestros conocimientos y nuestros deseos.

Tras esta digresión mía, vuelvo a las reflexiones del Doctor Ballarín, que nos da pautas para ello. Aceptada la disminución de nuestras capacidades ¿con qué las sustituimos? “Con el servicio o entrega al prójimo”. Otros aspectos importantes que resalta el Doctor Ballarín son la salud (para Schopenhauer la felicidad es la ausencia de dolor) y sobre todo la Fe, la religión y las prácticas religiosas.

Cerramos el humanismo con la muy interesante opinión de un científico, el Doctor Don Antonio Bascones Martínez que nos aporta una visión humanística con toque nostálgico. “Si el viejo tiene un

proyecto con ilusión, un recuerdo de su vida con prudencia, podrá seguir siendo útil a la sociedad en la que vive. En esa prudencia está el secreto de lo viable, de lo posible dentro de sus mermas y carencias”. Una vez más vemos que se abre otra puerta a la solución con mensaje positivo. El mayor útil a la sociedad y por lo tanto libre y conforme consigo mismo a partir de una prudente autocrítica. Aguantoformo diría un castizo y a tirar del carro.

A partir de aquí, en esta secuencia marcada por el orden numérico, que no prelación, de las secciones académicas, entramos en el área científica o más bien de laboratorio, ya que científica será toda conclusión sustentada por el análisis y eso se da también en la teología, el humanismo y el derecho, con todos los matices que se quiera.

El Doctor Don Benjamín Fernández Ruiz, como biólogo, se ciñe a los aspectos de su formación pero, como él mismo afirma, para potenciar el resultado interdisciplinar. Nos recuerda las características propias de la senectud, lo que el Doctor Bascones llamaba “mermas y carencias”. Debilitamiento progresivo de los discos intervertebrales, canas o calvicie, arrugas, manchas en la piel, debilitamiento del aparato locomotor, fragilidad ósea, flacidez muscular, rigidez de las articulaciones, pérdida de la capacidad de renovar o reparar tejidos, problemas de audición, de la vista, etc., etc. La ciencia médica y la farmacológica retrasan, y lo harán aún más, la aparición de estas características propias de la edad avanzada, pero volvemos a lo de siempre, aspiremos a la felicidad a partir de la toma de conciencia de lo inevitable. El Doctor Fernández Ruiz aborda también lo que sucede con el sistema nervioso y aquí encontramos su mensaje optimista como una cuenta más del rosario que yo pretendo hilar en positivo. Con la edad disminuye el número de neuronas, que son sustituidas por células gliales (astrocitos) “lo que no supone detrimento



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

en las facultades mentales, sino todo lo contrario, por estar compensado de manera extraordinaria por el valor de la experiencia". En esta lección veremos también una idea compartida en otros: la restricción calórica y el ejercicio moderado como receta de longevidad. "Poco plato y mucho zapato".

Como absolutamente lego en la materia, no puedo ni debo intentar profundizar más en este magnífico trabajo del Doctor Fernández Ruiz, como tampoco lo haré en los igualmente brillantes de la Doctora Mónica de la Fuente, Rosa Basante, María Cascales y del Dr. Suárez Fernández, pero los que como yo no tienen esos conocimientos comprobarán con su lectura, que su exposición es cercana y comprensible y como es lógico, coherente. Nos hablan de Soma desechable, restricción calórica, teoría de los radicales libres, estrés oxidativo y estrés emocional, telómeros, telomerasa y acortamiento telomérico, Reverastrol, Sirtuinas y de la I+D+I. Para mí son palabras y enunciados que me producen respeto y admiración al tiempo que me certifican la esperanza en un futuro mejor que ya empieza a ser presente gracias a los científicos. Si el ya comentado dicho español "poco plato y mucho zapato" tiene su constatación en que la restricción calórica alarga la vida media porque disminuye el daño oxidativo, y este y otros conocimientos conducen a las grandes industrias farmacéuticas a conseguir activadores de proteínas que actúan como fármacos contras las enfermedades asociadas al envejecimiento, y si en la traducción coloquial de la ciencia a las Sirtuinas se les llama "genes de la longevidad y a la Telomerasa "fuente celular de la juventud" o incluso "enzima de la inmortalidad", yo solo puedo decir, gracias amigos científicos. Los doctores, como sabios, son prudentes, tienen claro a donde hay que llegar y de donde partimos. En su exposición huyen de las certezas, marcan objetivos y humanizan el contexto en positivo.

La Doctora Doña Mónica de la Fuente centra el objetivo en "dar más vida a los años y no más años a la vida", pero siempre con la realidad muy presente. Verán que siempre resalto las consecuencias más duras de la vejez como única forma de encararla en positivo. De acuerdo con ello transcribo un párrafo de la Doctora de la Fuente (que no debe sacarse de su contexto) "Los individuos seremos innecesarios y generaremos competencias de espacio y recursos si sobrevivimos mucho tiempo". A continuación nos dice "La respuesta de la ciencia a todo ello es POSITIVA: podemos hacer más lento nuestro proceso de envejecimiento poniendo medidas contra el "estrés oxidativo" con hábitos y nutriciones adecuadas y contra el "estrés emocional" con emociones positivas y enriquecimiento ambiental". Sobre emociones y envejecimiento hay un libro muy interesante de Javier Yanguas Lezaun como director de un equipo interdisciplinar.

La Doctora Doña Rosa Basante, fiel a su profesión, con la que sirve ejemplarmente a la sociedad, nos recuerda que "nada ha contribuido al bienestar de la humanidad como los medicamentos". Su enfoque es en sí mismo interdisciplinar, ya que los "cuidados geriátricos han de ser una mezcla de asistencia social y atención médico-farmacéutica", "La situación alcanzada se hace cada día más gravosa para el Estado (la sociedad) y por ello es exigible una política sanitaria en el marco de principios de equidad, calidad y participación ciudadana".

La Doctora Doña María Cascales nos habla, al igual que la Doctora de la Fuente, de genes o agresiones externas diciendo que hoy todos los científicos se decantan por los dos, pero con mayor incidencia de las segundas. Coinciden las Doctoras Bastante y Cascales en que el Reverastrol, que se encuentra en frutas, verduras y vino tinto, tiene una fuerte capacidad antioxidante y es un fuerte activador de las Sirtuinas y lo resumen con rigor científico y de forma comprensible

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

porque éstas están implicadas en la casi totalidad de los procesos relacionados con el envejecimiento. Termina con su mensaje de esperanza ¿serán las Sirtuinas los elixires de la juventud?.

Desde la Sección de Ciencias Políticas y de la Economía, el Doctor Don Eugenio Prieto Pérez hace una interesante formulación para medir la longevidad humana, centrando su planteamiento en España. Termina aportando las Tablas de Mortalidad de la población española de 1950 a 1990 con proyección al año 2000, de las que es autor junto con M. Javier Fernández Plasencia (UNESPA 1994).

En la búsqueda de una calidad de vida para los mayores no podrían faltar las modernas tecnologías, como nos recuerda el Doctor Don Saturnino de la Plaza Pérez y especialmente resalta las aportaciones de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) que confluyen con las ciencias de la salud. Detecta el Doctor de la Plaza un desajuste entre la oferta y la demanda o lo que es lo mismo, el bajo uso de las TIC por los mayores. Es una lección importante cuando, como veremos, una de las esperanzas positivas de esta etapa de la vida es que, en condiciones normales, se puede ser ampliamente autosuficiente y no ser apartado de la vida laboral, pero para ello hay que prepararse a lo largo de las etapas anteriores.

Hasta que hace diez años me dio por adentrarme en la arquitectura sociosanitaria para los mayores y con enfermedades neurodegenerativas, mi actividad se desarrollaba en la arquitectura como bella arte. Es lo que me llevó a la RADE y es donde coincidí con la Doctora Doña Rosa Garcerán Piqueras que profesionalmente es, ante todo, una magnífica pintora. Su generosidad la lleva a la docencia y a la Academia, pero en mi opinión, y así se lo digo siempre, debería hacernos menos caso y pintar más. Sus reflexiones en este tema tienen, como el arte, el mérito de lo original, además de expresar bellamente su incontestable

erudición. Nos dice que una obra de arte tiende a la inmortalidad y por eso los poderosos tienden a “inmortalizarse” en retratos y esculturas, teniendo presente que lo representado en ellos en su momento lo es, generalmente, en el de su máximo esplendor. Es obvio que los propios artistas se autorretraten. Concluye la Doctora con que para Pitágoras “una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida” y con dos sentencias que nos acercan también a lo que, como venimos diciendo, serán conclusiones de estas reflexiones. Una es de André Maurois: “El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza” y la otra es “Aprender a no ser joven es el aprendizaje más largo y más difícil de la vida”. Entiendo que son optimistas, porque dejan nuestro futuro en nuestras manos y si queremos, podemos.

Cierran este respetuoso recorrido por las opiniones de los académicos participantes, las reflexiones del Doctor Don Guillermo Suárez Fernández. He seguido el orden numérico que tienen las Secciones en la RADE, pero el escrito del Dr. Suárez tendría su encaje natural en el grupo científico de Medicina, Ciencias Experimentales y Farmacia. Coincide con ellos en diferenciar edad biológica y edad del DNI o cronológica. Si ya sabemos que los telómeros son órganos protectores de los cromosomas celulares, el Doctor Suárez nos explica cómo, midiendo su estado y longitud, sabremos como medir la edad real biológica. También nos enumera los condicionantes que toman las estadísticas para cuantificar la calidad de vida. Termina diciendo que “con la Crisis el Estado de Bienestar se ha convertido en el Estado de la incertidumbre”. Es una llamada de atención. Si al principio ligábamos este título “Longevidad y/o calidad de vida” con el anterior “Crisis Económica y de Valores”, él, de alguna forma, también lo hace a partir de la palabra crisis. No saldremos de la incertidumbre con recetas económicas, sería fácil: Ser eternamente ricos, con índices demográficos equilibrados y solidarios sin fronteras.





## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

En todo lo leído hasta aquí se nos dice que la calidad de vida está ligada a la actividad, a las relaciones sociales, a “sentirse útil” en general y a la independencia. Por otra parte, la medicina, las ciencias de la salud han triunfado, nos han regalado más años de vida con mejores condiciones sanitarias y hay que tener en cuenta que sus conocimientos crecen exponencialmente en el tiempo. AHORA HABRÁ QUE CAMBIAR LAS REGLAS DEL JUEGO. Esa nueva población mayor que llega, que llegamos, tiene que prepararse a arrimar el hombro, porque las ayudas sociales tendrán que ser fundamentalmente para los mayores que no sean válidos (condiciones físicas o psíquicas) pero no en función de la edad cronológica. A los que llegan a longevos se les dice que deben participar, estar activos, relacionarse, seguir aprendiendo porque su mente es, no solo válida, sino mejor por la experiencia, pero al mismo tiempo se les aparta del “mercado” laboral.

Hablamos de la longevidad, o lo que es lo mismo, de las personas que, en proporción creciente, alcanzan edades cronológicas solo intuidas antes como meta, pero en este grupo de personas se dan circunstancias que las hacen formar grupos diferentes. El avance legislativo y la ¿consolidación? del Estado de Bienestar no matiza, no puede hacerlo, porque quizás sería una forma de discriminación. La consecuencia de ello es que al llegar a una cierta edad estamos jubilando OBLIGATORIAMENTE a personas en plenitud de facultades, o al menos con su plena capacidad de rendir frutos a la sociedad y por lo tanto a ellos mismos, y sobre todo les quitamos el derecho a decidir.

Habría que establecer, respecto a las ayudas, nuevos grupos sociales y señalar cuales de ellos deben ser prioritariamente atendidos y como hacerlo a partir de una evidencia: tal como está planteado el ESTADO DE BIENESTAR NO ES SOSTENIBLE y al mismo tiempo es irrenunciable. Naturalmente me centraré en los grupos que pueden establecerse en los longevos

objeto de este trabajo.

A día de hoy el problema común, el que condiciona políticas y actuaciones urgentes, es la crisis económica y es lógico que así sea, antes que cualquier otra cosa. Tenemos que poner orden en la casa de todos, es decir, en España. No es casual por lo tanto que la RADE en su primer NÚMERO EXTRAORDINARIO de nuestra Newsletter haya tratado este tema. El que ahora nos ocupa <<longevidad y/o calidad de vida>> no implica solo un problema añadido sino mucho más. La crisis económica es coyuntural y la superaremos, aunque la coyuntura la hayamos provocado entre todos (unos más que otros). El desajuste demográfico y las enfermedades neurodegenerativas, que afectan fundamentalmente a los mayores, aumentarán incluso a mayor velocidad cuando pase la crisis ya que, como hemos dicho, son consecuencia del éxito social y médico en los países desarrollados. Ese éxito irrenunciable tiene fuerza interior para solucionar el problema que ha creado y sobre ello reflexionamos en la RADE.

Recordemos que en 2050 se prevé que España será el país más viejo del mundo (por edad media de su población) y que el grupo de más de 85 años crecerá un 80% en 20 años, es decir, en 2032.

Se llega a una avanzada edad, según definiciones oficiales, siendo VÁLIDO o necesitando asistencia (ASISTIDO o DEPENDIENTE). Ello ya implica una cierta discriminación con los primeros. Son personas, como otras, y sobra el adjetivo. Si con por ejemplo, 71 años, una persona puede y quiere trabajar, y lo que es más importante, socialmente hay quien reclama su trabajo ¿por qué se le margina?, ¿por qué se le incluye en un grupo (y perdón por la dureza de la expresión) terminal?. Dejemos de hablar de mayores válidos como no hablamos de cuarentones válidos. Es cierto que estas personas tienen un “contrato” con la sociedad mediante el cual y durante

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

toda su vida laboral, han cotizado al Sistema para poder tener una renta (no necesariamente pensión) y que, a partir de la fecha “contractual”, tienen derecho a ella y ese derecho, naturalmente, debe ser respetado adaptándolo paulatinamente conforme se incorporan nuevos jóvenes al mundo laboral y ya con mayor esperanza de vida plena. Sostengo que los mayores tienen derecho además a poder seguir trabajando y cobrando por su trabajo. También si durante años han pagado un seguro de renta vitalicia, o han cotizado en un sistema de pensiones privado, o si simplemente han ahorrado e invertido bien, se verán beneficiados con ello. Eso es ir hacia arriba en la vida mediante el esfuerzo personal. Eso es longevidad y calidad de vida. Se me dirá que no son solidarios y es todo lo contrario. Su trabajo produce riqueza y la riqueza genera impuestos. Su trabajo genera aprendizaje en su entorno y el aprendizaje genera riqueza y la riqueza más impuestos. En estos tiempos en que, por los errores cometidos como consecuencia de la crisis de valores, no hay trabajo para todos, también se dirá, ya se dijo en los años 80, que con eso “se quita espacio a los que llegan”. ¿Se quita?. ¿No es también cierto que, al generar riqueza, se generan nuevos puestos de trabajo? Ocurre lo mismo que en la economía con el mercado regulado o libre. Dejemos que sea el mercado laboral el que diga con quién quiere contar y cuidemos mediante la legislación que se salvaguarden todos los derechos adquiridos y que se avance en ellos. Salvo en muchas áreas de todos conocidas en las que prima el amiguismo, nepotismo o clientelismo, el mercado contratará a los mejores, que por supuesto casi nunca serán los viejos, pero ¿Cómo negar esa posibilidad en función de la fecha de nacimiento y así marginar a un extracto de la población que en un futuro será mayoritario?.

Esto se podría proponer y estudiar en detalle por expertos laboristas, con respeto a los derechos, al tiempo en que

se establece un progresivo aumento de la edad de jubilación (derecho a percibir una pensión) en consecuencia con el aumento de la edad biológica y separando grupos diferentes en función de trabajos o profesiones diferentes.

Hablaba antes de crear nuevos grupos sociales con tablas más complejas que los actuales, y en cualquier caso sabemos y respetamos que una gran mayoría actual, lo que quiere es dejar de trabajar y percibir su pensión, simplemente porque no han encontrado satisfacción personal en su vida laboral. Volvemos a lo mismo, ante todo respeto a los derechos adquiridos, pero creando paulatinamente las condiciones de futuro que, siendo justas, hagan sostenible la gran conquista del Sistema y que esa conquista no se sustente en apartar a los mayores por el mero hecho de serlo. Alguien dirá que con esto solo hablo de un grupo no mayoritario y es cierto de momento, pero es que estas reflexiones se centran en la longevidad y aquí ese grupo, antes pequeño, ya es importante y es creciente. Tendremos con ello un primer grupo de longevos autosuficientes por más tiempo y sobre todo, respetando el derecho (mágica palabra) de ellos a decidir. Cuando exponíamos una serie de datos estadísticos, tomados de profesionales del sector, veíamos que a día de hoy un 53% de mayores intentan iniciar actividades después de los 65 años y que el 45% intentan participar activamente en la sociedad. Es la clara muestra de una discriminación injusta. La propia estadística emplea la palabra “intentan” y ¿saben lo que aconsejan los expertos en geriatría y gerontología ante el contexto legal vigente? Lo repito una vez más. Nos dicen que al mayor se le debe respetar y potenciar su autonomía, su derecho a decidir y su participación en la sociedad. ¿Saben lo que proponen?, pues que colaboren como voluntarios en actividades sociales, es decir, que trabajen sí, pero sin cobrar, y eso, que es loable y bueno, deja de ser justo si es obligatorio y lo es si no hay otra alternativa.



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Pasemos a otro grupo de longevos. De los que no han tenido la suerte de llegar en buenas condiciones físicas o psíquicas. En muchos casos simplemente la edad biológica se les ha adelantado (o no se ha retrasado) a pesar de los avances médicos y farmacológicos, en otros no se han cuidado y nunca mejor dicho “se han autooxidado”. Aquí la sociedad se debe volcar en las ayudas y como hemos visto la ciencia proveerá para que sea un grupo cada vez más reducido. Hasta ahora lo está consiguiendo en el aspecto físico y ya vendrán las sirtuinas a echar una mano. Sin embargo, en el aspecto psíquico, en las enfermedades neurodegenerativas como el alzhéimer, no es que tengamos un retroceso, es que son enfermedades fundamentalmente, no siempre, ligadas a la longevidad. Se dan más en países desarrollados y no por el estrés, sino porque hay más personas mayores, porque hay “mayor esperanza de vida”. Los investigadores, muy buenos en nuestro país, trabajan en ello y sin duda también habrá soluciones para su tratamiento farmacológico.

El alzhéimer coloquialmente es la enfermedad del olvido. La sufren los enfermos y sus familiares, no se puede prevenir, puede ocurrirle a cualquiera y a día de hoy no tiene cura. Todo esto y su progresión lo puede convertir en el principal problema de salud del siglo XXI (Datos de Alzheimer Europe & Eurostat). Actualmente, hay más de 10 millones de enfermos con algún tipo de demencia en Europa y cerca de 800.000 sólo en España. En 2025 pueden llegar a 1.600.000. De todas las demencias el Alzheimer es la más prevalente. Una de cada 20 personas mayor de 65 años y 1 de cada 5 mayor de 85 lo padecen. En los últimos años las tasas de mortalidad de otras grandes enfermedades han bajado, mientras que las de alzhéimer siguen subiendo. En España de los mas de 6 millones de personas ancianas, cerca del 12% la padece, diagnosticado o no. En sus etapas mas avanzadas, el enfermo

necesita cuidados personales constantes, ya que a veces puede olvidarse no solo de quien es, sino de cómo hablar, ir al baño e incluso comer. Según la neuróloga Doctora Doña Teresa Gómez Isla “El sector de la investigación de la enfermedad del Alzhéimer (EA) se vive como una bomba de relojería.../...porque acabará colapsando el sistema sanitario. Convierte a millones de personas en Dependientes y entonces ¿Quién las cuida? Por otra parte ¿Quien cuida al cuidador?. Son personas agotadas, que se deprimen mas, tienen mas ingresos hospitalarios, patologías mentales y físicas... en ellos el estrés emocional y físico es brutal”.

En el Congreso Internacional Alzhéimer 2011 celebrado con gran éxito de asistencia en el mes de Septiembre pasado en Madrid, y convocado y patrocinado por la Fundación Reina Sofía y la Fundación Pascual Maragall participaron una cuidada selección de los mejores expertos mundiales en el tema. Se establecieron dos áreas: la de investigación básica y clínica y, por otro lado, la investigación de terapias y tratamientos no farmacológicos. En esta última hubo una parte dedicada a los edificios y espacios terapéuticos que yo tuve el honor de dirigir.

El programa de Investigación Básica y Clínica se dividió en cinco áreas diferenciadas dedicadas a: Mecanismos moleculares; Genética; Biomarcadores, Diagnósticos y Avances terapéuticos; Investigación Traslacional y por ultimo nuevos aspectos en la investigación básica de los enfermos.

Por el interés que puede tener en estas reflexiones académicas en la RADE transcribiré algunas conclusiones del Congreso y sus autorías, disculpándome por adelantado por los errores de transcripción que yo, lego en la materia, pueda cometer.

- Los marcadores genéticos permiten conocer con certeza si una persona desde

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

que nace va a desarrollar la enfermedad (siempre y cuando viva lo suficiente) (Alison Gante y Sandra Bond).

- La comprensión de la enfermedad, desde el punto de vista molecular, va en aumento, lo que facilita la identificación de nuevas dianas terapéuticas, pero es imprescindible diseñar mejores ensayos clínicos (George Perry, Jesús Ávila y otros).

- La fase inicial es larga y asintomática pero el diagnóstico temprano y preciso es posible gracias a nuevos marcadores biológicos de la enfermedad (Bruño Dubois, Shenk y Cumings y otros).

- Hay confianza en que mejoren y nuevos tratamientos son posibles (George Perry y Lemant Muche).

En el Programa de Investigaciones no farmacológicas aprendimos que: no curan pero aportan calidad de vida al enfermo y a la familia. Es necesario fomentar en el enfermo aquellas facetas en las que ha destacado en la vida antes de la enfermedad. Los resultados de estas terapias deben evaluar la participación, la consciencia personal y el sentido de la dignidad, en definitiva, priorizar a la persona por encima de la demanda (Richard Taylor). No se puede entender la demencia si no se comprende el triángulo de relaciones que se da entre enfermo, familia y profesionales (B. Woods).

Por último, se desarrolló el concepto Edificios y Espacios Terapéuticos. El objetivo aquí es crear espacios que, incrementando la calidad de vida de enfermos, familias y cuidadores, actúen como una terapia en sí misma. Aquí, tras la mía, coordine las ponencias y seleccione a los ponentes que fueron Carlos Lamela (hijo de nuestro compañero académico Doctor Don Antonio Lamela), Eckhard Feddersen, Radha Murthy, Margaret P. Calkins y Susan Black. Blanca Clavijo, presidenta de AFALcontigo presidió la sesión. En esta mesa se presentó el novedoso proyecto Villafal. Se cerró el

ciclo de ponencias con Tecnología de la Información y la Comunicación aplicadas al Alzheimer.

Volvemos a los nuevos grupos diferenciados.

Los mayores pertenecientes al primer grupo, los que biológicamente ya no lo son y crecerán cada vez más. Decía antes que para los grupos denominados a la hora de la asistencia como NO VALIDOS O DEPENDIENTES y respecto a la edad de jubilación, se deben crear nuevos grupos, distinguir muchas y muy diferentes situaciones, con coincidencia en ocasiones de varias en la misma persona que se anotaría con la más desfavorable y según siempre el tipo de actividad como ya se hace en muchas profesiones y trabajos de riesgo o cuyos fallos implican riesgo para los demás.

Esto quiere decir que en el grupo de mayores que necesitan asistencia hay subgrupos en función de males (permítaseme esta palabra poco científica) que en esa edad casi siempre son progresivos. Progresivos por tanto serán también las soluciones de ayuda que hay que garantizarles y progresiva será también la separación de ellos de la vida activa. La primera de todas es la autoayuda previa. No llegar a ello. En la primera parte de estas consideraciones veíamos que para llegar a una edad avanzada en buenas condiciones, la receta principal e histórica es llevar una vida sana en la alimentación, el ejercicio y los hábitos de la rutina diaria y complementando con la medicina preventiva en constante progreso. Por cierto ¿porque las Sociedades Médicas privadas no amparan y hasta promueven los chequeos completos?. No temamos al éxito de la medicina por el fantasma de la pirámide demográfica. Hace mucho tiempo un economista (los economistas se reirán de que no recuerde su nombre, pero a fin de cuentas este se equivocó) predijo que ante el aumento de la población en x años no habría alimentos



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

para todos. Hoy se produce sustento para un número muy superior al de habitantes del planeta mediante las nuevas técnicas agrícolas piscícolas y ganaderas, aunque también es cierto que las principales lonjas que marcan los precios, las cadenas de distribución internacionales y la sociedad de los países ricos, no diría yo que se muevan con espíritu solidario. Se tira mucha comida y hay mucha gente que pasa hambre.

La capacidad humana para reinventarse es enorme y aparecerán soluciones para los endeblados Estados de Bienestar, pero no vale el “que inventen ellos”. Hay que aplicarse a la tarea. No esperemos a que personas que lo primero que hacen cuando tienen el poder es garantizarse una buena pensión, sientan como suyo el problema y se apliquen a solucionarlo. Se han definido en tratados internacionales los derechos de los mayores, pero siempre fijando edades cronológicas. Ha llegado el momento de que los mayores asuman el mando en lo que a ellos concierne. Quizás no quieran tantos enunciados de sus derechos, ni tantas leyes sin Reglamento adecuado y, lo que es peor, sin dotación presupuestaria. Volvemos a lo mismo, hay que cambiar el modelo y además los mayores que puedan deben participar activamente en la toma de decisiones, deben moverse para estar presentes en todos los foros. No se trata de promover cuotas (que quizás también), sino de, siendo igualmente válidos intelectualmente, ocupar el sitio en la sociedad que paulatinamente se les viene arrebatando. Nadie debería temer, no la irrupción, sino el reingreso de los longevos en las áreas de poder ¿es que nadie se da cuenta de que “ser mayor” es el futuro deseable de todos?.

Con la actual crisis económica, en pleno boom de los Derechos de los mayores, nos encontramos con que nunca se ha abusado tanto de ellos. Primero se les convence de que su tiempo ha pasado y de que dependen de la solidaridad, por

cierto impuesta, intergeneracionalmente, del cuerpo social productivo. No tenemos más que ver cuantas familias con todos sus miembros en paro viven de la pensión del abuelo, ya que el glorioso sistema no ha dejado otra opción.

Nos preocupa el maltrato físico y psicológico que se practica muchas veces en familia e incluso en residencias. ¿Que diría la sociedad de un cuidador o cuidadora que ata a un bebé a la cuna “para que no se caiga y se dañe” y que le da tranquilizantes “para que duerma bien”. Esto sucede cada día con ancianos no validos, pero que sí sienten emociones, que sufren donde más duele, en la ausencia de cariño y de respeto. Ahora se empiezan a anunciar (como un logro que llega pero tarde) residencias SIN ATADURAS. El Doctor Don Andrés Burgueño Torijano dirige un programa llamado DESATAR que trabaja para erradicar este tipo de medidas en el cuidado de las personas mayores o con demencia. La Presidenta de AFAL, Doña Blanca Clavijo, una de las principales defensoras de los derechos y del bienestar de los mayores, me ha enseñado casi todo lo que yo se de esto y actualmente con AFAL construimos la primera residencia alzhéimer SIN ATADURAS, lo que se llama tolerancia cero.

Otro aspecto importantísimo y mucho más generalizado de lo que la gente cree, es el maltrato psicológico a los mayores solitarios ¿se acuerdan de la película Luz de Gas? Aquí no hay amor ni tan siquiera confrontado a otro amor, lo ejercen muchísimos familiares generalmente de segundo grado y personas contratadas para cuidarles y tenidas como fieles sirvientes, que anulan a sus tíos y patronos, los infantilizan para quitarles su dinero o para guiarles en la redacción del testamento. Lo hacen sin piedad, en ocasiones con odio al mayor porque no termina de morirse. Es tan duro, tan cruel, que muchos no me creerán. Pregunten a los Fiscales del Mayor, verdaderos héroes

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

en esta lucha. No les darán nombres, ni datos, no pueden, pero si cifras y son estremecedoras. Personas que en vida no les atienden ni les visitan y aparecen al final como cuervos a exigir “lo que es suyo”. Existe legislación, Fiscales de Mayor, buenos jueces y asociaciones para su defensa en la acusación y en conjunto el sistema funciona bien, pero el maltrato crece y se sofisticada. Fortunas pasan a manos de desalmados después de anular y maltratar a los mayores durante años a partir de crear un “síndrome de Estocolmo” que se da cuando el maltratado acepta al maltratador como la única persona que le une a la vida. Para este creciente grupo (por lo lucrativo del “negocio”), que sucede la mayor parte de las veces sin que nadie se entere (personas solitarias hasta la muerte), solo queda el clamor social, el rechazo profundo, la cariñosa vigilancia de vecinos de los mayores y que están solos y siempre la denuncia. No he querido dejar de escribir todo esto. Lo veo y me lo cuentan a diario en el entorno de mi trabajo. Es la “No calidad de vida” en la longevidad y no por causas biológicas, sino provocada por desalmados dentro del contexto de la CRISIS DE VALORES. Es paradójico que en este grupo, la posesión de bienes como un piso y unos ahorros no solo no les garantiza una vejez con calidad de vida, sino que les coloca en el punto de mira de “los perversos”.

También en este asqueroso mundo se da el maltrato a los cuidadores por parte de familiares. Personas que imploran para que sus padres o abuelos ingresen en algún centro o residencia y que, a partir de que lo consiguen, cuando van a verlos (pocas veces) provocan a profesionales y cuidadores, les insultan, les hacen llorar de pena y de impotencia, les denuncian sin causa y en definitiva, buscan una indemnización. Tampoco tiene esto la publicidad que ayudaría a erradicarlo. A los responsables de los centros no les conviene porque temen la duda de las autoridades, aunque se trate de falsas

acusaciones por parte de reincidentes.

Llevo un rato tratando el tema de los mayores que necesitan ser asistidos y he preferido empezar por los casos excepcionales (aún así demasiados). Trataré de reflejar ahora mi experiencia en el día a día normal, como arquitecto de centros y residencias de mayores y con alzhéimer. Decía al principio que los mayores prefieren vivir en sus casas, lo que sin duda se debe más a las emociones y recuerdos que a la calidad de vida material. Los que por razones de edad biológica tienen dificultades en la movilidad y en la perceptibilidad, (fuerza física y sentidos) necesitan viviendas adaptadas para suplir estas mermas. No tendrán barreras arquitectónicas ni elementos que puedan producir caídas o autolesiones involuntarias, los muebles y sanitarios de asiento serán altos, las sillas de ruedas podrán girar y así un largo etcétera. Necesitan contacto con el exterior fiable e inmediato y personas que les atiendan respetando su intimidad. Casi todo esto esta previsto en España en la legislación actual, pero hay mucho camino por recorrer para su plena viabilidad económica.

Como complemento a la propia vivienda, que naturalmente es mejor “en familia”, están los Hogares de Día (que tienen el nombre oficial de Centros de Día). ¿Saben a que se corresponden en el tiempo?, pues a las tertulias con mus, domino, tapa y chato de vino de los pueblos y barrios y a los casinos de provincia. Allí se producía lo que ahora se llama relaciones sociales y con el medio, juegos educativos que estimulan la mente y los reflejos, ejercicio moderado en el paseo y la petanca y otros ahora definidos y estudiados como terapias no farmacológicas. Desarrollo de la amistad y el trato con respeto; independencia y autonomía; rutina y toma de decisiones. Naturalmente en los Centros Asistenciales y en los Hogares de Día todo es más profesional y completo, con alimentación apropiada, baños geriátricos y otras



## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

instalaciones y programas de ayuda en constante renovación y que permiten consolidar los que son útiles y desechar algunos camelos de raíz comercial. Hay médicos y cuidadores y son insustituibles en el Alzheimer. Aún así, deberían ser más versátiles para conseguir una atención más personalizada y más ágil aunque complique la gestión.

El tercer paso, la mayor parte de las veces el definitivo, son las residencias de larga estancia. Desde los asilos y los manicomios decimonónicos, y a veces mas cercanos en el tiempo, se ha evolucionado primero a residencias de Válidos, de Asistidos, residencias psiquiátricas y por ultimo, residencias específicas para enfermos neurodegenerativos. Más recientemente, en los últimos cinco años, algunos arquitectos hemos propuesto el modelo de diseño UNIVERSAL a partir de que un edificio concebido para dar respuesta a la situación más complicada es válido para todos los demás requerimientos y de que su coste de primera inversión es solo ligeramente superior (otra cosa será los costes de personal). Con ello se conseguirán centros, divididos en pequeños módulos independientes que puedan acoger, por grupos con situación similar, a todo tipo de personas. Cada grupo recibirá cuidados específicos y personalizados en un ambiente distinto, pero cada residente podrá vivir las previsibles diferentes etapas de su deterioro en el mismo centro. También los gestores del centro podrán gestionarlo con la versatilidad que requiere la demanda.

Volvamos a las consecuencias de la actual crisis económica en los longevos. Las residencias de mayores se están vaciando. Los abuelos vuelven a casa de sus hijos o porque no pueden pagar el diferencial de la residencia o, como ya hemos manifestado, porque necesitan la pequeña pensión del mayor para intentar sobrevivir todos. Por el contrario, las residencias de personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas es-

tán llenas, lo que lleva a alojarles en residencias normales y no preparadas para ello, generándose situaciones de convivencia inadecuada entre personas en situaciones incompatibles.

La arquitectura geriátrica debe crear edificios que por sus características de diseño supongan una terapia positiva en sí mismos. Sabemos, nos lo dicen los investigadores, que el entorno físico afecta al mayor, enfermo o no y que puede hacerlo positiva o negativamente y esa es nuestra responsabilidad.

Edificios eficientes en parámetros económicos, con recorridos cortos, servicios compartidos e instalaciones adecuadas, sin renuncias al respeto al medioambiente, donde los residentes sientan el calor hogareño y los cuidadores vean disminuido el denominado estrés del cuidador. Seguros, fácilmente perceptibles, evitando el esfuerzo físico y las autolesiones voluntarias o involuntarias, universales ante todo tipo de minusvalías, que faciliten la rutina, los recuerdos, la independencia, etc., etc.

Hay toda una ciencia en constante evolución que da respuesta a ello y no solo a los edificios, sino también al mobiliario, a los sanitarios, a los jardines terapéuticos y por supuesto y principalmente, a la formación de familiares y cuidadores que son afectados tanto como los propios enfermos. Hay algo que falla en la gran mayoría de hospitales, clínicas de diagnóstico, consultas médicas, centros de salud y residencias para mayores de uno u otro grupo. Son las SALAS DE ESPERA. Parece un tema menor pero no lo es y lo es todavía menos para los longevos. Es un problema que debemos resolver los arquitectos y que nunca nos señalan los clientes. En las residencias y en los centros de diagnóstico, el enfermo y su familia se topan de golpe con la dura realidad de un futuro peor y nuevo tras las salas de espera. Son masivas, negando toda posibilidad de una mínima intimidad,

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

mezclan personas de muy diferentes situaciones médicas, las sillas con muy incómodas para los mayores, al tiempo de ser el mueble más barato del edificio, los tiempos de espera suelen ser dilatados o muy dilatados (por falta de organización en las citas previas), se emplazan en pasillos, fondos de saco, muchas veces interiores, con falta de información, etc., etc. Evidentemente no se tiene en cuenta la situación anímica del enfermo ni de quien normalmente le acompaña, también maltratado luego por el mobiliario para él en las habitaciones. Miedo, incertidumbre y dolores físicos suelen ser habituales y no parece justo que todo ello esté supeditado a la “mayor eficacia del centro” cuyo fin es precisamente ser eficaz ante el paciente. ¿Será por eso que “paciente” puede entenderse como “que tiene paciencia”?

En lo muy positivo diré que Su Majestad la Reina a través de la Fundación Reina Sofía, lidera e impulsa grandes iniciativas en el tema del alzhéimer. También, y con su amparo lo hacen las Asociaciones de Familiares. Conozco muy bien una de las principales, yo la calificaría de excelente, que es la Asociación de Familiares AFALcontigo – Cuidan, forman, atienden personalmente a enfermos y familiares y son incansables en la búsqueda de recursos y en el aporte de ideas y de nuevas instalaciones. En los últimos diez años en España, y gracias a Su Majestad la Reina, la Fundación Pascual Maragall, las mencionadas Asociaciones y a fundaciones privadas solidarias, se está tomando conciencia del Problema Alzhéimer. Si en estas breves reflexiones espontáneas y directas sobre “longevidad y/o calidad de vida” dedico este espacio proporcionalmente extenso a las graves repercusiones sociales que tiene esta enfermedad, es porque estando ligada a ambos conceptos su crecimiento, el número de afectados, enfermos y familiares, tiene una curva que por sí sola llegará a desestabilizar el sistema sanitario.

Según datos que he podido conseguir en la Comunidad de Madrid, (la descoordinación entre Comunidades es impresionante, llegando a tener legislación sectorial y normas diferentes para el mismo modelo de Centro), hay 24 Residencias de gestión directa para mayores dependientes, 19 centros de gestión indirecta, 15 concertadas con Ayuntamientos y 129 privadas en parte concertadas (en la mayoría hay un importante número de enfermos de alzhéimer). Parecen muchas pero no lo son, hasta el punto de que recientemente he leído que en el conjunto de España solo el 4,3 de mayores dependientes viven en residencias.

La atención a todo lo demás descansa en las familias y aunque aquí también es cierto que en las primeras fases de esta enfermedad, sin cura y progresiva, los enfermos están en sus casas (una vez adaptadas) a sus familiares les cambia la vida, les hace dependientes de otro tipo de ayudas.

Según el investigador Doctor Don Alfredo R. del Alama y de la economista Doña Arantxa Rodríguez “es imprescindible en la actual crisis económica, aceptar la realidad de que en todas las áreas de Salud, y en especial las enfermedades crónicas de alto coste, los recursos económicos, personal sanitario, técnicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, edificios de salud, etc. son y serán escasos e insuficientes.../... lo que lleva a afirmar que las necesidades – y derechos – de ciertas personas van a quedar desatendidos por los sistemas de salud. La macroeconomía de la salud intenta poder señalar los mejores planes de acción, con el objetivo general de la SOSTENIBILIDAD a largo plazo del Sistema Nacional de Salud. Evidentemente, todo análisis economicista de los asuntos de salud y enfermedad es incompleto y muchas veces éticamente cuestionable, pero siempre será una herramienta útil “.

Para no deprimirnos mucho recordemos





## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

que “la felicidad surge de la adaptabilidad a los problemas y que no depende tanto de nuestras circunstancias como de nuestros recursos emocionales subyacentes”.

Cierro estas reflexiones con un aspecto fundamental para cualquier longevo: el final de la vida. Solo puedo enunciarlo como tránsito final que, cuando se puede, requiere una previa preparación anímica del mayor y de las personas que le quieren. En los centros asistenciales y de residencia hay áreas de paliativos y también tanatorios propios o ligados. Su proyecto arquitectónico requiere especial cuidado y sensibilidad. Recuerdo un artículo escrito por el Presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), Don Isidoro Ruipérez y del Presidente de la SEGG Navarra, Don Rafael Sánchez Ortiz, centrado en la atención al final de la vida y que es importante conocer. Yo no me atrevo, con mis escasos conocimientos de tan sensible tema, a comentarlo y menos aún a resumirlo, pero creo que sí debe quedar enunciado en estas reflexiones.

Para concluir este conjunto multidisciplinar de reflexiones, de ideas espontáneas y directas, sustentadas unas en el rigor científico de trabajos previos de los académicos, y otras en el valor de experiencia y del sentido común de todos, intentaré hacer algunas propuestas, sacar alguna conclusión, dejando claro que siendo yo el único responsable de los errores subyacentes a todo lo espontáneo y de lo que muchos puedan considerar como utópico, la intención es presentar a la sociedad esta visión de “LONGEVIDAD Y/O CALIDAD DE VIDA” centrada fundamentalmente en ese tema en España y, sin duda, original por la variedad de los enfoques que la sustentan.

1º) La longevidad tiene multitud de facetas positivas (una es ella en sí misma) que nos llevan al optimismo y que hay que potenciar. Hasta ahora los longevos delegaban su responsabilidad en el Sistema (Salud, Pensiones, Jubilación) y eso puede y debe cambiar.

2º) Hay amplia coincidencia en que, tal y como está planteado el Estado del Bienestar, no es sostenible a largo plazo por la pirámide demográfica y por la aparición de nuevas enfermedades neurodegenerativas. Parece obvio que es urgente y necesario crear un nuevo modelo autoadaptable, eficiente y satisfactorio. El actual se venía sustentando sobre la solidaridad intergeneracional impuesta y basada en unos datos que han variado por el fracaso de la natalidad y el éxito en la prolongación de la vida aún aceptando que las elevadas tasas de paro son coyunturales en una crisis económica que estamos dispuestos a superar.

3º) En los países desarrollados, en España, la edad biológica no se corresponde con el concepto que hasta hace muy poco definía la edad cronológica (la del DNI). Hoy no puede calificarse como longevo a una persona de 65 a 73 años, ya que esas edades se alcanzan por encima de la media y mayoritariamente en buenas condiciones físicas y psíquicas. Haberlas superado debe verse como un logro de toda la sociedad y no como un problema.

4º) La transición entre el actual Sistema y el que seamos capaces de crear será duro. Es imprescindible, con todo, fijarse como meta no renunciar a los logros conceptuales conseguidos, por lo que la solución será imaginativa y partiendo de dos realidades incontestables: habrá una mayoría de personas con creciente edad cronológica que tardarán más años en llegar a una edad biológica senil y al mismo tiempo aumentarán las afecciones neurodegenerativas en la población, sobre todo en la de más edad.

Lo primero se toma como positivo y será una parte de la solución. Lo segundo es negativo y requiere abordarlo con urgencia y con ingentes inversiones en investigación coordinada en ámbito internacional para eliminarlo de raíz como problema y además atendiendo mientras tanto al creciente número de afectados.

## LONGEVIDAD Y CALIDAD DE VIDA

5º) La antigua fórmula de reducir el gasto (quitar prestaciones) e incrementar los ingresos (subir los impuestos y posponer la jubilación) es cuando menos simplista y poco imaginativa, aunque en una situación coyuntural de emergencia máxima como la actual pueda aceptarse provisionalmente y como reconocimiento de un fracaso previo. Será siempre eficaz (ahora ¡al fin! es obligatoria) racionalizar el gasto. Además parece obvio que se tenga en cuenta el nuevo contexto de los mayores.

6º) Una solución parcial podrá ser modificar el concepto de Jubilación Forzosa que pasaría a ser Jubilación Motivada con prolongación VOLUNTARIA de la vida laboral respetando, los primeros años de transición, los derechos adquiridos respecto a la percepción de las pensiones. En poco tiempo se habrían incorporado voluntariamente al cuerpo productivo un gran número de personas ahora marginadas solo por su edad, con derecho a la jubilación y a la percepción de la pensión correspondiente a partir de edades y condiciones acordes con los diferentes grupos, protegiendo siempre a los “más débiles” y teniendo muy en cuenta el creciente grupo de mayores afectados por enfermedades neurodegenerativas con un desarrollo actualizado y dotado de la Ley de Dependencia.

7º) Para esta etapa de la vida se tendrán en cuenta los nuevos marcadores de pérdida de función, de consumo de recursos sociales y sanitarios, de ingreso hospitalario y de mortalidad. Para ello se considerarán y actualizarán en el tiempo las evaluaciones geriátricas.

8º) Se proveerán los medios sociales y sanitarios para que los mayores biológicos permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio.

9º) Se potenciará la prevención de la dependencia de acuerdo con los cinco pilares definidos por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

(SEGG) y contenidos en las reflexiones de los académicos y que tienen carácter interdisciplinar: hábitos de vida saludables, prevención de la fragilidad, prevención de las enfermedades de alta prevalencia y discapacitantes, actuaciones asistenciales y mejora de la situación social de las personas en sus domicilios.

10º) Atención al final de la vida con medidas preventivas, curativas y paliativas.

11º) Dotación ingente de recursos para los afectados por enfermedades neurodegenerativas como al Alzheimer y para la investigación.

12º) Redefinición de los edificios asistenciales y residenciales de los mayores dependientes, haciéndolos más versátiles y con ayudas a su construcción o adaptación. Por ejemplo: cesión gratuita temporal de suelo, IVA y licencia de obras reducidas y otras como simplificación y unificación de las normativas sectoriales.

13º) Incorporación activa de los mayores a los puestos donde se toman decisiones y a la sociedad en todos sus ámbitos invirtiendo la curva que les ha ido apartando en los últimos años sin más razón que su edad. Ser longevo es un logro, no un problema. Participando activamente se ayudarán a sí mismos, pero sobre todo, podrán ayudar a los demás cuyo futuro tiene un espejo en ellos.

14º) Aún con todos los logros sociales, con los parámetros de una buena calidad de vida garantizados, los mayores tendrán más posibilidades de ser felices si, a lo largo de su vida, se preparan para ello, si la fuerza la encuentran en su ánimo y si siempre se les trata con respeto y con cariño.

Son muy sensibles a las emociones, lloran y ríen con facilidad. Aún a los enfermos de alzheimer es más fácil provocarles unas sonrisas que arrancarles un recuerdo.