

LA VEJEZ DESCONOCIDA

UNA MIRADA DESDE LA BIOLOGÍA A LA CULTURA

INMACULADA DE LA SERNA DE PEDRO

LA VEJEZ DESCONOCIDA

Una mirada desde la Biología a la Cultura

INMACULADA DE LA SERNA DE PEDRO

LA VEJEZ DESCONOCIDA

Una mirada desde la Biología a la Cultura



© Inmaculada de la Serna de Pedro, 2003

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos, S. A.
Doña Juana I de Castilla, 22.
28027 MADRID

www.diazdesantos.es/ediciones
ediciones@diazdesantos.es

ISBN: 84-7978-569-1
Depósito legal: M. 25.216-2003

Diseño de cubierta: Ángel Calvente
Fotocomposición e impresión: Fernández Ciudad, S. L.
Encuadernación: Rústica-Hilo, S. L.

Impreso en España

Índice

PRÓLOGO.....	XI
1. LA VEJEZ A TRAVÉS DE LA HISTORIA	1
Introducción	1
Los viejos en la Antigüedad remota	2
Culturas precolombinas	3
Antiguo Testamento	4
Grecia y Roma	4
Edad Media	6
Siglos XIV y XV	8
Renacimiento	9
Edad Contemporánea	9
El anciano en la actualidad	10
2. VEJEZ Y ANTROPOLOGÍA	13
Los viejos en las distintas culturas	13
La muerte permitida o provocada	14
El anciano protagonista del grupo	17
Final del invierno	20
Ritos relacionados con la muerte	21
Vejez y brujería	25
Liberación de tabúes	26
Eterna juventud, rejuvenecimiento e inmortalidad	27

3. LA VEJEZ EN LAS LETRAS Y LAS ARTES	33
Los textos antiguos	33
La antigüedad griega	35
El Imperio Romano	39
Edad Media	42
Renacimiento	45
Siglos XVIII y XIX	48
Escritos actuales	50
<i>Pensadores críticos</i>	50
<i>Pensadores benévolos</i>	52
<i>Temor al envejecimiento y la enfermedad</i>	52
<i>Deterioro físico y psíquico</i>	53
<i>Escritos psicológicos</i>	54
<i>Anciano protagonista</i>	55
<i>Poesía</i>	56
La vejez en las Artes	57
 4. SOCIODEMOGRAFÍA DE LA VEJEZ	 61
Aspectos generales	61
Datos demográficos	63
Datos demográficos en España.....	65
Papel del mayor	67
Discriminación por la edad: gerontofobia y prejuicios.....	69
Vejez productiva y ociosa.....	71
Obligaciones de la sociedad hacia el mayor	73
Recursos sociales	74
Cuidadores formales e informales	77
Atención al cuidador.....	77
 5. ECONOMÍA Y VEJEZ	 81
Introducción	81
Factores económicos de la jubilación	82
Jubilación deseada o impuesta	85
Economía y salud	87

Distribución del gasto	88
Gastos sociales y sanitarios	90
Edad y economía	92
La mujer mayor y la economía	93
 6. VEJEZ Y PSICOLOGÍA	 95
Cambios psicológicos en los ancianos	95
Modelos psicológicos de cambio	97
Alteraciones en las funciones cognitivas	98
<i>Inteligencia</i>	98
<i>Memoria y aprendizaje</i>	98
<i>Lenguaje</i>	100
<i>Atención</i>	100
<i>Razonamiento y capacidades constructivas</i>	101
<i>Visoespacialidad</i>	101
Personalidad	101
Reacciones psicológicas y estrategias de afrontamiento	103
Sexualidad	105
Repercusiones psicológicas de la jubilación	106
Conocimiento autopsíquico de la vejez	108
Visión de la vejez por los psicólogos	109
Psicoterapia en la vejez	111
 7. SALUD Y ENFERMEDAD EN EL ANCIANO	 115
El proceso de envejecimiento	115
Teorías acerca del envejecimiento biológico	116
<i>Teorías genéticas</i>	117
<i>Mecanismos estocásticos</i>	117
Deterioro de funciones en aparatos y sistemas	121
Vejez y enfermedades propias	128
Demencia y vejez	128
<i>Enfermedad de Alzheimer</i>	129
Síndromes progeroides	131
Profilaxis para una buena salud	131
Pueblos más longevos	133
Métodos para combatir el envejecimiento	134

El anciano enfermo y el sistema sanitario	140
Ancianos de riesgo	142
 8. MUERTE Y DUELO	 145
El óbito	145
Reacciones ante el óbito	146
El enfermo terminal	147
El sanitario ante la muerte	149
La muerte en nuestra sociedad	152
El duelo	153
Pensadores y muerte	156
La muerte en la literatura	159
Suicidio	160
Ceremonias relacionados con la muerte	162
 9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA VEJEZ Y DEMENCIA.....	 167
Incapacidad	167
Curatela	169
Ingreso involuntario	170
Capacidad de conducir	170
Malos tratos y abandono	171
Testamento vital	176
Eutanasia	177
Decisiones médicas	179
Bases de una medicina ética	180
Delitos violentos	181
 BIBLIOGRAFÍA	 183

Prólogo

La vejez representa la última etapa de la vida, temida pero que, paradójicamente, se desea alcanzar. A través de la propia experiencia, se llega a conocer lo que ocurre en otros momentos, pero la ancianidad sólo se percibe completamente cuando se vive lo suficiente. Por eso se habla de la vejez proyectando desde hoy lo que creemos será el mañana.

La vejez ha sido motivo de preocupación en diferentes épocas históricas y en diversas culturas, y en la actualidad es tema recurrente en los medios de comunicación y en el lenguaje de los políticos. La razón resulta sencilla: la prolongación de la edad media, la mayor expectativa de vida, hace que se haya incrementado notablemente el número de personas mayores en el total de la población. En consecuencia, existe un elevado número de ancianos que vota, consume y exige sus derechos, tomando conciencia de su relevancia y poder.

La gerontología se ha popularizado, pero no los viejos. La civilización es gerontofóbica y teme la vejez y, a menudo, la actitud de la sociedad hacia los ancianos resulta ambivalente. Se les ampara y teme, tendiendo hacia posturas paternalistas y protectoras.

El paso de la madurez a la senectud constituye una transición gradual. De forma convencional, se acepta que a los 65 años comienza la vejez, mas este límite tiene bastante que ver con la economía y con el mundo laboral.

La ancianidad supone un proceso evolutivo lógico cuando se vive suficiente número de años. Debe diferenciarse longevidad y envejecimiento. La longevidad se centra en el potencial de la especie humana para conseguir una expectativa de vida larga en estado óptimo y el envejecimiento se circunscribe a las causas que llevan a la progresiva decadencia en las funciones. Se discrepa respecto a la verdadera naturaleza del proceso de envejecimiento y se proponen diversas teorías para explicarlo, ninguna definitiva o suficiente pues se desconocen muchos de los cambios que tienen como eje la edad avanzada.

En las páginas siguientes se intenta una comprensión de lo que el envejecimiento supone o ha supuesto en otras épocas y culturas, atendiendo a factores médicos, sociales, económicos, culturales, históricos, psicológicos y antropológicos. Se analizan los cambios cognitivos, de personalidad y afrontamiento de los conflictos en este momento de la vida, así como aspectos relacionados con la muerte. Asimismo, se efectúa un repaso de la situación del mayor a lo largo de los siglos, de cómo se ha visto la vejez en distintas culturas y de su reflejo en las Artes, y se concluye con unas referencias a los siempre delicados aspectos éticos y legales de la ancianidad.

La vejez a través de la historia

INTRODUCCIÓN

La visión de la vejez a lo largo de la historia evoluciona en función de factores demográficos, económicos, culturales, religio-sidad o grado de salud. Influyen elementos tan diversos como la agricultura o ganadería, el clima, la riqueza, las ideas religiosas, las ideas estéticas o filosóficas y la presencia o no de textos escritos. Cuando no se dispone de escritura, los mayores sirven para transmitir el conocimiento y la experiencia. El envejecimiento, la muerte, la atención a ancianos o la forma de luchar contra la vejez, la aceptación o su rechazo, ha sufrido muchas vicisitudes a lo largo de los tiempos.

Los ancianos no han tenido siempre la misma valoración y son frecuentes los movimientos de péndulo. En las sociedades donde hay muchos o muy pocos es en las que más consideración se les otorga: si muchos por la fuerza del número y si pocos por lo insólito.

Debido a su fragilidad física, en general se les acepta mejor en sociedades más civilizadas. La edad se asocia a experiencia y conocimiento, pero también a pérdida de belleza y agilidad, con diferencias entre los mayores que se mantienen activos y los que no. Cada sociedad, en suma, tiene un modelo de anciano y los juzga según sus principios.

LOS VIEJOS EN LA ANTIGÜEDAD REMOTA

En la prehistoria, las duras condiciones de vida permitían alcanzar la ancianidad a un número muy exiguo de personas, lo que les confería poderes especiales; se les asociaba con sabiduría y experiencia, y se seguían sus consejos porque representaban la memoria del grupo.

En los pueblos nómadas, con dificultad para conseguir los alimentos y para defenderse, se da mucha relevancia a la condición física. Si no es buena y contemplan al anciano como una carga, pueden ser abandonados para que mueran o buscar ellos mismos la muerte para no suponer una rémora. A veces hasta se busca un joven para que los mate o se estimula su suicidio. Los pueblos ganaderos y nómadas toleran mal a enfermos y ancianos. Posteriormente, cuando se desarrolla la agricultura y se producen los asentamientos, resulta más fácil aceptar la presencia de personas mayores con dificultades de movilidad.

A lo largo de la historia se va a observar una cierta ambivalencia y ambigüedad hacia los ancianos, que fluctúa entre el reconocimiento a su sabiduría y experiencia, por una parte, y la decadencia y el desagrado, por otra. Esto se repite también en nuestros días. En las épocas de abundancia, con el alimento asegurado, al anciano se le respeta, se le ayuda y se le honra, y este asume un papel social de relevancia, pero en épocas de escasez se les considera una carga, un estorbo. Cada civilización tiene su modelo de acuerdo con este patrón, aunque los mayores alcanzan un poder superior en las sociedades muy jerarquizadas.

Uno de los primeros ancianos que hablaron de sí mismos fue un escriba egipcio, hace más de 4000 años, y se lamentaba de cómo declinaban sus capacidades. Su silueta encorvada es el ideograma que lo representa. En papiros egipcios, 3000-2500 años a. de C., se citan ungüentos para disimular los signos de vejez. En las culturas egipcias era habitual la veneración de los mayores, quienes interpretaban las leyes. En papiros de 2000 años a. de C. ya se aconseja escucharles.

Los celtas creían que existían lugares maravillosos, islas lejanas, donde reinan diosas y donde nunca se envejece.

El emperador de China Shi Huangdi, constructor de la muralla China y creador del ejército de terracota de Xian, estaba obsesionado con la inmortalidad, cuyo elixir buscó en remotas tierras. Quién sabe si sus soldados de terracota tienen que ver con ello, puesto que hizo lo imposible por disimularlos y ocultarlos para que no los destruyesen ni saqueasen. En China, a lo largo de su historia, los ancianos han gozado de consideración y respeto.

Como se ha señalado, la vejez suele tener un mayor poder en las sociedades jerárquicas y rígidas como la citada China, en Esparta o en Roma (hasta el siglo II a. de C.), y un papel menor en las sociedades de cambio. No siempre el trato a los ancianos refleja la actitud hacia la vejez: se les puede detestar pero se les cuida bien si detentan mucho poder.

Su edad, sabiduría y experiencia explican el papel político que desempeñan en sociedades antiguas de Oriente Próximo. Entre los hititas se relacionaba vejez con magia; los ritos mágicos los realizaban los ancianos y especialmente las mujeres. Entre los asirios un consejo de ancianos asesoraba a los políticos. También en la Biblia se les menciona como defensores de los intereses de la comunidad. Hacia 700 años a. de C., tablillas asirias reflejan la preocupación y la búsqueda de medicinas contra la vejez, igual que hacían chinos e hindúes.

En el mundo prehelénico se respeta al anciano, en general. Entre los persas no existen conflictos generacionales importantes, aunque surgirán posteriormente, como en los sumerios, en su lucha por el poder.

CULTURAS PRECOLOMBINAS

Los incas poseían una estructura jerárquica muy rígida y entre ellos los ancianos alcanzan un número y relevancia considerables. Se establecían categorías acorde a su aptitud y estado físico. Conservan el papel de archivos vivientes e incluso aconsejan a los príncipes. A los ancianos los cuida la comunidad, y a tal fin se crea un tributo especial y se los libera de los impuestos.

En esta sociedad fuertemente jerarquizada y al servicio del Gran Inca, todos contribuyen en la medida de sus posibilidades. Como la

vejez se teme, se intenta ahuyentarla con ritos. Los incas distribuían las tareas por edades y sexo para conseguir la máxima eficacia. Así, por ejemplo, entre los 50 y los 80 años los trabajadores podían ser leñadores, limpiadores, camareros o despenseros. Por su parte, las mujeres entre 70-80 años hacían tareas de porterías, acompañantes, tejedoras y criaban a los niños o cuidaban a los animales. Por encima de los 80 años, algunas colaboraban en pequeñas faenas como trenzar cuerdas, y, como memoria viva, los ancianos eran narradores de mitos, cuentos y leyendas, y aconsejaban a la comunidad cuando así se solicitaba.

ANTIGUO TESTAMENTO

El Antiguo Testamento abarca casi 2000 años y, por tanto, la valoración y consideración de los ancianos a lo largo de estos siglos atraviesa diversas etapas. En la época más antigua, los mayores representan la sabiduría, y son los guías y jefes naturales de los pueblos. Constituyen el consejo de sabios. En el *Libro de los Reyes* surge un conflicto generacional y, aunque no se obedecen las indicaciones de los mayores, se les sigue respetando y honrando. La bendición otorgada por el padre es sagrada y a la vejez se la tacha de *dichosa*. En libros posteriores como el *de Daniel*, los jóvenes adquieren mayor relevancia y los ancianos pierden autoridad. La vejez, en vez de ser bendecida, es temida y rechazada. En el *Libro de la Sabiduría* ya no es un mérito ser anciano. Algo similar se va a observar en el Nuevo Testamento. En la última etapa hebrea, contagiados por la cultura griega, aparece la representación del viejo chocho, charlatán y lascivo.

GRECIA Y ROMA

Entre los pueblos próximos a Grecia, los espartanos eran los más respetuosos con los mayores, quienes se encargaban de formar a los jóvenes y ocupaban un lugar de privilegio y respeto. En Atenas progresivamente van perdiendo poder, al asociarse vejez a fealdad; se considera la edad avanzada una tara en sí misma. Sin embargo, se propicia la relación del joven con el viejo para facilitar su educación. En Grecia existieron instituciones para proteger a los ancianos. Los

mayores van a tener un poder consultivo, pero el poder de decisión lo tienen los jóvenes. Al final, en la época helenística, van a recuperar cierto poder.

El Imperio Romano dura ocho siglos, desde el tres a. de C. al cinco d. de C., y pasa por diversas etapas de influencia. El anciano va a ostentar importancia política y social, con un peso superior al de los griegos, aunque variará a lo largo de todo el Imperio. Había más varones mayores que mujeres porque ellas mueren antes y, en consecuencia, abundancia de viudos. La presencia de estos viudos, con papel social relevante, compitiendo con hombres de menor edad y prestigio, que buscan nuevas esposas entre mujeres jóvenes, va a ser caricaturizado en las Artes, sobre todo en el teatro.

El derecho romano concedía mucha autoridad al *pater familias* y podía provocar odio; las generaciones más jóvenes mostraban deseos de tomar el poder, lo que derivaba en conflicto. El papel del *pater familias* es el de jefe absoluto de la familia; su autoridad no tiene límites y abarca a esposa, hijos y nietos. Al aumentar su edad se incrementa el número de las personas sometidas y, por tanto, su dominio. Los hijos se sienten incapaces de recuperar este poder y de ahí surge este conflicto generacional. El anciano que vive en exceso, que no se muere, termina siendo odiado.

La mujer mayor también tuvo una fuerza relevante en la sociedad romana. La *mater familias* no disfruta de esa autoridad directa y está sometida a la del marido al igual que los descendientes; al no ejercer su poder de manera directa no es odiada y, a veces, se alía con los hijos; en el interior de la casa su influencia es grande.

A medida que avanza el período romano, la autoridad del *pater familias* se va debilitando. En los tiempos de la República, el Senado constituye la encarnación del poder político en los hombres de edad avanzada, aunque en la última época este dominio se atenúa. A partir del siglo I a. de C., la influencia del Senado disminuye, pero permanecen muchos ancianos en puestos relevantes y de autoridad. Durante el Imperio, la *patria potestas* se debilita y también el poder; la autoridad queda relegada al ámbito privado y se suavizan los resquemores.

EDAD MEDIA

San Agustín, a comienzos del siglo V, describe seis edades en el hombre y piensa que la vejez empieza a los 60 años.

Los siglos v al x —la alta Edad Media o la Edad oscura— abarcan todo el período de la invasión y dominio del Imperio Romano por los bárbaros. Aunque van a ser cristianizados, mantienen muchas de sus costumbres de pueblos anglos, sajones, francos, visigodos, suevos o vándalos. En la época de los pueblos guerreros e invasores, predomina la ley del más fuerte. Como los viejos son débiles y duras las condiciones de vida, se les excluye de la actividad pública; a las mujeres mayores, las pocas que llegan a edades avanzadas, se las considera maléficas. No obstante, varios de estos pueblos tienen consejos de ancianos que juegan un papel destacado en tribunales de justicia y en la educación de los más jóvenes, como ocurre con los merovingios. Entre los germanos, los ancianos son los que ofrecen las armas a los jóvenes y, como estos permanecen mucho tiempo ausentes por las guerras, adquieren un papel de relevancia. Los vikingos, pueblo violento, desprecia la muerte a edad avanzada pues valora la que se produce siendo joven, valiente y en combate.

Algunos bárbaros matan a los ancianos o estos lo solicitan. No es raro hacerlo sobre todo en períodos de guerra, mientras que en épocas tranquilas las familias los acogen y cuidan. Celtas, galos y escandinavos acostumbraban a matar a los mayores; los escandinavos los abandonaban; para los alanos, morir de vejez era un oprobio.

Los reyes de los pueblos bárbaros era raro que llegaran a viejos, pues solían morir en combate o eran asesinados; sin embargo, Chindasvinto y Carlomagno sí vivieron muchos años y se mantuvieron activos hasta edad muy avanzada. Por otra parte, incluso en época tan turbulenta, representaron con frecuencia las bases de la continuidad, las leyes y el conocimiento. Los más sabios solían integrar un consejo de ancianos que intervenían en política y en la administración de justicia, y daban continuidad a los reinos.

Durante la Edad Media escasea el interés por los ancianos; a veces se les considera alternativamente imagen de la sabiduría o del pecado. En ellos se disculpa menos el pecado que en los jóvenes. Longevidad sana se asocia a virtud.

En este tiempo no hay muchas personas añosas entre la población general, aunque sí entre los altos cargos de la Iglesia. Tienen un nivel de vida mejor que el resto de la población, no mueren en el campo de batalla y así alcanzan más edad (Minois, 1987). Dentro del episcopado, a los más ancianos se les dan responsabilidades por su antigüedad. En el clero y en las órdenes monásticas hay una gran proporción de mayores de ambos sexos: entre las mujeres, por estar libres de la maternidad, principal causa de muerte, y en los hombres por no soportar una vida tan dura como la de los campesinos ni tan arriesgada como la de los guerreros.

Entre los cristianos, el anciano rico tenía posibilidades de retirarse a un monasterio, lo que hace a veces durante los siglos VII a IX. Cuando son pobres, se verán obligados a trabajar mientras puedan para no morir de hambre.

En las primeras etapas cristianas hay consejos de ancianos que presiden asambleas, ungen a los enfermos e imponen las manos. Pero la Iglesia no presta excesiva atención a los mayores. No obstante, algunos autores cristianos como San Agustín o San Isidoro de Sevilla critican el temor de los paganos al envejecimiento. Los autores cristianos van a utilizar unas veces la imagen de la vejez asociándola a pecado y decrepitud; otras, como símbolo de sabiduría. En general, los primeros cristianos tienen una visión pesimista de la vejez, aunque San Gregorio Magno trasmite una imagen benévola de la misma. Las reglas monásticas no muestran una deferencia especial hacia los ancianos.

En líneas generales, durante toda la Edad Media en que la vida es inclemente y difícil, sólo se valora a los adultos, y poco a niños y mayores. Al final de la Edad Media hay un número suficiente de ancianos como para que su presencia se haga sentir. Se producen muchas muertes durante la infancia, pero el que supera esta etapa puede alcanzar bastante edad. Los jóvenes desprecian a los mayores y a la vejez, asociándolos a sufrimiento y muerte.

En los documentos antiguos apenas si se hace referencia a las ancianas, probablemente por su escaso número debido a sus abundantes muertes por gestaciones y por su secundario papel social.

En los siglos XI a XIII son frecuentes los ritos de expulsión del invierno quemando un muñeco que representa a unos viejos. Se buscan

remedios para rejuvenecer y se apela hasta a métodos peregrinos como beber sangre de niño o bañarse en sangre.

Los ancianos luchadores y soldados merecen respeto, mas el anciano campesino va a depender de la familia; se le quita poder de decisión aunque se acepte su conocimiento y consejo. Los comerciantes van a mantener su prestigio. Si han acumulado riquezas van a seguir siendo poderosos y, en consecuencia, respetados. El clero atiende a sus ancianos así como la aristocracia.

SIGLOS XIV Y XV

Durante los siglos XIV y XV la peste diezma la población y afecta más a niños y jóvenes. Los supervivientes adultos suelen alcanzar edades avanzadas; se responsabilizan del grupo familiar, adquieren relevancia y dominio y recuperan sus puestos de patriarcas.

Surge de nuevo el conflicto entre el joven y el anciano por la disputa de la autoridad y el poder. Aumentan los matrimonios entre hombre mayor y mujer joven —él habitualmente en segundas nupcias—, lo que es visto con irritación por las nuevas generaciones; se caricaturizan estos matrimonios y se subraya el incremento de maridos engañados. Durante estos siglos abundan tales matrimonios debido a la elevada mortalidad de las mujeres por los avatares de la maternidad. Ellos, mayores y más poderosos, quieren casarse con parejas más jóvenes, provocando la irritación de los varones en un mundo escaso de mujeres.

La tendencia a la gerontocracia, por su poder, provoca una actitud crítica hacia los ancianos.

En esta época, personas de cierto nivel como comerciantes y artesanos, se ponen de acuerdo para constituir casas de retiro donde tengan garantizada una vejez segura.

En el mundo rural, a lo largo de la Edad Media y Moderna, el anciano queda a merced de la familia. Su situación no es envidiable, pues el jefe de la casa suele ser el hijo mayor, quien puede llegar a ser desconsiderado con sus progenitores. Entre los comerciantes se da más importancia al papel de los mayores y se mantiene el respeto. En

algunos pueblos mediterráneos, en torno a la anciana madre, se puede formar un auténtico matriarcado.

RENACIMIENTO

En el siglo XVI o alrededores se piensa con más frecuencia en un retiro digno a partir de cierta edad, pero sólo se lo pueden plantear las clases sociales acomodadas, ya que los pobres se ven forzados a la mendicidad.

A partir del siglo XVI el incremento de jóvenes y adultos en el total de la población repercute en la reducción de relevancia en los ancianos. En el Renacimiento florecen comerciantes y burgueses, lo que permite disfrutar de mejor situación a los mayores. Pero al mismo tiempo, en el siglo XVI y XVII se repite el rechazo a la ancianidad y a lo que esta representa, y se compite por ostentar su autoridad. Se intenta prolongar la juventud y luchar contra la enfermedad a través de la medicina o la magia. Se persigue la causa de la vejez para combatirla y evitarla y se es especialmente cruel con la anciana, ya que en ella la edad se exhibe más devastadora. Para el hombre del Renacimiento la vejez representa el símbolo del fracaso, aunque también confía a los ancianos responsabilidades y honores o se les muestra ternura.

La situación de marido añoso con esposa más joven, en distintos momentos de la historia se ha repetido como una manifestación de estatus y dominio. Esta situación y su crítica se mantiene en el Renacimiento como se refleja en las Artes, sobre todo en la pintura. Lo contrario, mujer mayor con hombre más joven, siempre ha sido mucho menos frecuente y más ridiculizado.

EDAD CONTEMPORÁNEA

Durante los siglos XVIII y XIX mejoran las condiciones de vida con el consiguiente incremento de la longevidad, pero llega la revolución industrial y el éxodo rural, lo que repercute negativamente en los ancianos. La familia rural los protege, mas el mundo industrial no. Se producen abismales diferencias según la clase social: los burgueses acogen al abuelo en el grupo familiar, pues a menudo ha sido el

creador de su situación de bienestar. El rito de las bodas de plata y oro es como un canto a la familia y surge a partir del siglo XIX. En estos siglos se produce la evolución de lo agrícola y rural a lo urbano e industrial. Hay desplazamientos de población de un medio a otro y el anciano sufre el proceso de adaptación y el desarraigo.

En la producción industrial se introducen criterios de rendimiento con los que los ancianos no pueden competir al no ser capaces de soportar el ritmo de trabajo impuesto, aunque se implantan las condiciones para jubilaciones a partir de edades determinadas. Sin embargo, en el mundo rural y agrícola la jubilación no existe sino que se produce una dejación progresiva y un traspaso de funciones según sus capacidades físicas e intelectuales.

Ya en pleno siglo XX se les mantiene relativamente aparte, se evita hablar de vejez y se prefieren expresiones como «tercera edad».

EL ANCIANO EN LA ACTUALIDAD

A lo largo de la Historia se mimetiza el proceso de que las sociedades más hedonistas o que cultivan más la belleza, como en la antigua Grecia o en el Renacimiento, menosprecian a los ancianos y a su asociada decadencia. Las sociedades regidas por un ideal estético más abstracto los tienen en mayor consideración, como en aquellas impregnadas por determinadas filosofías de Extremo Oriente.

Entre las generaciones jóvenes y los mayores se perpetúa el conflicto frente a quienes ostentan dinero y poder; hasta nuestros días, esto se repite con variaciones en movimientos pendulares.

A lo largo del tiempo, asociadas a la vejez, se han considerado como virtudes la prudencia, sabiduría, discreción y ecuanimidad; pero a la ancianidad también se le ha atribuido rigidez de criterio, irritabilidad, intolerancia, decadencia emocional, recelo, egoísmo e indecisión. Cuando se piensa en la persona de edad, se acostumbra a repetir dos estereotipos: el personaje sucio, repulsivo y algo tonto, o el viejo sabio y venerable, encarnación de la fuerza y la sensiblería. En realidad, ninguno de los dos se asemeja al anciano real, tanto en su exaltación como en su degradación.

La situación del mayor en nuestra sociedad es muy diversa según los países. En los subdesarrollados el número es más escaso y peores las condiciones económicas, paralelamente a lo que ocurre con el resto de la población. Cuando se producen movimientos migratorios de los más jóvenes desde las zonas rurales a lo urbano, se rompen los lazos intergeneracionales y puede derivar en cierto abandono de sus mayores. En los países desarrollados, su incremento notable e independencia económica les ha proporcionado un dominio importante. Esto se manifiesta en los mensajes que se transmiten, en los intentos del mercado por atraerlos y en la atención que les prestan los políticos en períodos electorales para hacerse con sus votos. Al mismo tiempo, las personas de edad son conscientes de ese poder y se hacen oír de manera cada vez más fuerte ante la opinión pública, en demanda de sus intereses o necesidades.

Las diferencias entre clases sociales se mantienen en la vejez, a veces de manera más angustiosa, siendo precisamente entre el grupo de mujeres mayores en el que se ha incrementado la precariedad. Sin embargo, el sistema de pensiones les proporciona, en una mayoría de casos, una cierta autonomía económica. Los mayores de clase social alta no suelen sufrir necesidades ni privaciones y, con frecuencia, se muestra una actitud de respeto hacia ellos, aunque se pueden repetir modelos de querer arrebatárles el poder sus descendientes.

Se observa también en nuestros días el modelo de pareja entre hombre mayor económicamente fuerte o de relevancia social y esposa joven; también, al revés, con mujeres de fama o poderosas, aunque esto es mucho menos habitual.

La integración del mayor en la sociedad difiere según proceda del medio rural o urbano. En uno y otro caso se va adaptando a su nueva situación; más arduo resulta conseguirlo cuando a edad avanzada se traslada al anciano de domicilio, muchas veces presionado por los hijos o forzado por su mala salud, lo que le condena a cierto aislamiento y desarraigo social, pues le resulta laborioso crear una nueva red de relaciones interpersonales diferentes de la familia.

Paulatinamente, la sociedad actual está cambiando y aprendiendo a verlos como autónomos, individuales y participativos; de la misma manera que no son idénticos los jóvenes o los adultos, ellos tampoco

son homogéneos ni iguales por su avanzada edad. No obstante, su creciente integración en la vida social resulta muy positiva y enriquecedora, pues aportan conocimientos y experiencia y, además, es de justicia.

Algunos de estos puntos se analizan más detalladamente en capítulos posteriores.

Vejez y Antropología

LOS VIEJOS EN LAS DISTINTAS CULTURAS

La cultura puede ser entendida como el conjunto de normas, valores y significados de una sociedad, que dan una percepción del grupo y del mundo. El impacto sobre los individuos de acontecimientos como la muerte, separación, duelo o enfermedad se media por la cultura, e influye en la formación de la personalidad y en las conductas. Permite interpretar adecuadamente ciertos comportamientos a la luz de la psiquiatría transcultural y proporciona al grupo, de forma cohesiva, recursos y armas terapéuticas.

La situación de los ancianos en las diversas épocas y culturas es extraordinariamente variable. Incluso la valoración de los trastornos cognitivos puede verse influida por factores socioculturales: los pequeños fallos de la edad avanzada se aceptan mejor en sociedades que asumen, e incluso esperan, deterioros en la capacidad para tomar decisiones o cuidarse por sí solos; en cambio, en sociedades más hedónicas se tolera peor el declinar de funciones. El grupo étnico de pertenencia, estatus socioeconómico, sexo, o relaciones intergeneracionales, influyen en la búsqueda de ayuda por y para el mayor, institucionalización o tolerancia ante sus cambios de conducta.

LA MUERTE PERMITIDA O PROVOCADA

La provocación o inducción a la muerte en las personas ancianas se evidencia en épocas y grupos sociales. En el paleolítico, los cazadores-recolectores en circunstancias críticas practicaban el infanticidio y geronticidio (matanza de ancianos). El geronticidio se ejecutaba sólo ocasionalmente y era eficaz para reducir la población en situaciones de emergencia.

En los pueblos nómadas y cazadores, sin estabilidad, con dificultad para conseguir alimentos y para defenderse, la condición física reviste mucha importancia. Si esta no es buena y el anciano representa una carga, se le puede abandonar para que muera o él mismo buscar la muerte para evitar ser una rémora. Entre los pueblos nómadas, con frecuencia al viejo enfermo se le abandona con comida y agua y la tribu sigue su camino. Ocurre entre los indios del norte de América, lapones, esquimales o aborígenes de Australia. Los esquimales a veces buscan una persona joven para que los mate o hacen que se acuesten en la nieve hasta que mueran, o que se suiciden adentrándose en los témpanos de hielo; los ancianos incapaces de contribuir a su propio sustento pueden suicidarse retrasándose a medida que el grupo avanza; los hijos colaboran convencidos de que los viejos no deben ser una carga en épocas de escasez de alimentos.

Los chukchos de Siberia organizaban una fiesta en honor del anciano incapacitado por la edad. En el momento culminante, mientras entonaban sus alabanzas, un familiar se deslizaba a la espalda del viejo y le estrangulaba con un hueso de foca. Los mongoles sólo respetaban a los ancianos de buena salud y a quienes no la tenían los abandonaban o daban muerte por asfixia.

Cuando las condiciones de vida resultan muy duras, como en algunos pueblos africanos, se acomete *voluntariamente* la propia muerte. En algunas tribus de África del sur o entre los indios Creeks al anciano se le deja en una choza con agua y comida; este geronticidio no suele implicar disminución de respeto. Cuanto más pobres son los pueblos, más probable es que esto ocurra. Los sirianos de la selva de Bolivia o los indios ojibwa del lago Winnipeg los sacrifican o los abandonan.

En sociedades primitivas, como la de los indios hopi, aunque se respete a los mayores, si enferman o no pueden valerse, asimismo

se les abandona; igual hacen los omaha mientras la tribu parte: los dejan a su suerte con un poco de comida, agua y fuego.

En Samoa se reverencia a los viejos, pero cuando estos se acercan a la muerte, ellos mismos solicitan un funeral. Se celebra un banquete, un festejo de despedida en el que el anciano es el invitado de honor. Otras veces, cuando los mayores se sienten enfermos piden ser enterrados vivos y se considera una desgracia para la familia no hacerlo así; se le mete en un pozo y allí se le deja en postura de sentado.

En Australia, entre los murngins de Arnhemland, se ayuda a los viejos a ir al encuentro de su destino y, cuando enferman, se les trata como si ya estuvieran muertos. El grupo empieza a representar los ritos que acompañan o preceden a la muerte y el anciano responde empeorando.

Las sociedades que más confían en sus ancianos se sienten más amenazadas ante sus fallos. Los jefes son asesinados al menor signo de debilidad, sobre todo si decae la potencia sexual. Este regicidio se da en diferentes pueblos africanos como los nemis, los shillukes del Nilo o los chitumes. Los yakuts siberianos tratan a los viejos con un enorme respeto, pero en cuanto pierden sus facultades se les deja abandonados y se les arrebatan sus posesiones.

Los reyes, hombres-dioses en muchas tribus, cuando envejecen y parecen proclives a morir o cuando empiezan a decaer sus facultades, se les da muerte y su alma así pasará al joven elegido; si no se hace y se permite que sigan enfermando, su alma puede serle arrebatada por el enemigo y esta, débil y enfermiza, seguiría en el cuerpo del sucesor. Los peligros se conjuran dando muerte al hombre-dios mientras su deterioro no sea grande; de esta forma se transfiere su alma aún vigorosa al sucesor.

Esta costumbre de matar a los reyes *divinos* a las primeras señales de vejez o flaqueza se manifiesta entre muchas tribus africanas, de Asia y de América. Los shillok del Nilo Blanco no toleran que el rey envejezca o enferme porque también enfermarían los rebaños. Luego no dicen de sus reyes que se han muerto sino que *se han ido*. En Sudán se estrangula al líder viejo o débil; el jefe encarna la vitalidad del grupo y no debe morir porque perecería todo el pueblo con él. Cuando envejece, lo matan en secreto, lo emparedan en una choza de barro y se simula que no muere.

Algo similar sucede con el rey en el reino centroafricano de Buu-yoro. Si envejece, debe morir por propia mano: se suicidan ingiriendo un veneno, porque si muere por muerte natural, se teme que la dinastía sea destronada. Parecido proceso ocurre en tribus de Nigeria septentrional (los husas) y en el interior de Angola. También entre los zulúes y entre los cafres de Sofala se mata al rey cuando empiezan a brotarle arrugas y canas. A los reyes del fuego y del agua de Camboya no se les deja morir de forma natural y se les apuñala si enferman o se cree que no van a recobrar la salud (Frazer, 1989).

Los dinkas, tribus del valle del Nilo Blanco, lo ejecutan con los *hacedores de lluvia*, a ninguno de los cuales se les consiente una muerte natural pues si eso ocurriera la tribu sufriría. Si un *hacedor de lluvia* se vuelve viejo y achacoso, transmite a sus hijos que desea morir; entonces cavan una gran fosa y, acompañado de amigos y familia, se mete en el hoyo tumbándose; luego ordena que le entierren y perece por sofocación.

A algunos miembros del grupo se les impulsa a la muerte. Aunque el individuo no esté enfermo, como está convencido de su próxima muerte, al haber violado un tabú o por alguna razón mágica, el cuerpo cede y el anciano acaba muriendo por falta de voluntad de vivir.

Proporcionar la muerte a una persona mayor puede ser visto como una conducta amistosa tanto por el agresor como por la víctima. En el Japón rural se llevaba a los ancianos a las *montañas de la muerte* y allí se les abandonaba. Entre los indios ojibwas de Norteamérica, el hijo mataba al padre con el hacha de guerra mientras este entonaba una melodía fúnebre y fumaba la pipa de la paz.

Herodoto refiere que en el siglo V a. de Cristo los massagetes, pueblo del norte del Cáucaso, cuando un hombre padecía achaques, los parientes lo sacrificaban; luego, a veces, cocían su carne y se la comían. Herodoto también cuenta que los issodonos ofrecían en sacrificio a sus ancianos padres mientras que los bactrianos les echaban a los perros para que los devorasen. Los antiguos sardos arrojaban a sus mayores desde los acantilados y se reían. Los griegos solían quemar los cuerpos de sus padres y los gálatas se comían a los suyos.

EL ANCIANO PROTAGONISTA DEL GRUPO

En diversas sociedades primitivas se privilegia a los mayores. Como la proporción de ancianos es muy baja, se les atribuyen poderes sobrenaturales. Es frecuente que se les adjudiquen funciones relacionadas con la justicia y ceremoniales, arbitraje o consultas, así como realización de rituales y transmisión de los conocimientos del grupo. A los ancianos se les elige para officiar los principales acontecimientos de la vida: bodas, nacimientos, ritos de iniciación, lutos. Los viejos dominan mejor la religión y la magia, y saben preparar los bebedizos que ablandan el corazón de la amada y que detienen la furia del enemigo.

Así ocurre en sociedades del sureste asiático y en grupos de África negra. A los viejos se les colma de favores, ocupan lugares preferentes, se les asocia con sabiduría y experiencia, con la conservación, y memoria del grupo. En todos los pueblos que carecen de historia, de escritura en suma, el anciano constituye una fuente de conocimiento; es el depositario del saber, educador y juez; proporciona la transmisión oral y encarna la sabiduría que le da poder y autoridad. Por eso también se aferran a este saber y, como los leales africanos, los hechiceros sólo transmiten sus conocimientos y sus secretos ya muy viejos.

El consejo de ancianos es una institución antigua que se repite en diferentes culturas; representa el saber y preside los ritos de paso, gozando de una situación privilegiada. En algunos casos, como en Australia y Nueva Guinea, a las mujeres mayores se les permite entrar en estos grupos, ya liberadas por la edad de los tabúes femeninos, y ellas también acceden a los puestos de poder. El consejo de ancianos se encuentra en las monarquías del creciente fértil. Aparecen en Uruk, en el antiguo reino asirio y en las ciudades-estado de Fenicia, así como en diversos pasajes de la Biblia. Intervienen para dictaminar las leyes y, en Egipto y entre los persas en la época de Ciro, como jueces, reflejando una actitud de respeto.

Entre los griegos, aunque se aprecia más la juventud y la belleza, se les adjudica un papel de consejeros y mentores, de guías de los más jóvenes, y se les cuida. Entre los romanos alcanzan un papel suficientemente importante.

Entre los judíos del Antiguo Testamento, en la primera mitad de los muchos siglos que abarcan sus escritos, su papel es más relevante que en la segunda; pero en la ley mosaica siempre hay un lugar de respeto hacia los viejos y el consejo de ancianos preside las asambleas e impone las manos. En el mismo Antiguo Testamento, Dios se comunica con su pueblo a través de los viejos como Moisés o Abraham, que hacen de intermediarios entre el más allá y el más acá.

En los estados jerárquicos y totalitarios se hace un hueco al anciano y se le da un papel que desarrollar. En el imperio inca, rígido y estratificado, se clasificaba a la gente según la edad y capacidades, a partir del siglo XII; anteriormente, los indios mataban a los viejos. Todos estaban al servicio del Inca y debían producir según sus capacidades, lo que era vigilado por severos jueces. En la sociedad incaica, la *mita* era un trabajo que se hacía obligatoriamente para el Estado entre los 15 y los 50 años. Todos tenían que participar, pues la tributación se pagaba con el trabajo. Los niños, las mujeres y los ancianos no estaban obligados a realizarlo o lo hacían según sus capacidades. Además, existía una forma de trabajo colectivo para beneficio de la familia extensa llamado *minga* o *minca* en favor de inválidos, enfermos, ancianos, huérfanos o viudas; les cultivaban la tierra sin aceptar recompensa por su trabajo ni devolución del mismo; eran las faenas colectivas para el bienestar de esa familia extensa que engendraban vínculos de solidaridad (Espinoza Soriano, 1995). Los incas mayores de 80 años participaban en las tareas según sus capacidades, pero siempre en un entorno de respeto. No era el Estado el que se preocupaba de los ancianos, huérfanos o inválidos, sino la propia comunidad. La tierra de los incas era del rey Dios-Sol; después de las viudas, enfermos y viejos, y luego de todos los demás. Entre los aztecas se concedió una ciudad a enfermos, huérfanos y viejos y se les cuidaba a cargo del erario público.

En los cuentos populares de todo el mundo a los viejos se les suele presentar como la fuente de la sabiduría y la bondad. La persona mayor ha visto y hecho mucho, de ahí que sea un sabio. Suele representarse a los dioses como viejos, aunque no como seniles.

Los sidanos del sudoeste de Etiopía ensalzan a los viejos. El ascenso a anciano es el momento más importante de la vida; a partir de entonces este no hace la guerra ni trabajos manuales, sino que aconseja y dirige los sacrificios rituales. A los jóvenes se les saluda breve-

mente y a los ancianos con un saludo largo y ritualizado; a los jóvenes se les hace un funeral sencillo y a los mayores uno elaborado. Los viejos presiden los sacrificios o los acontecimientos importantes. Entre los bantúes, el más viejo de la comunidad sacrifica al animal; también el más añoso es quien sabe de pociones y brebajes.

En las épocas buenas en que está asegurada la alimentación y la supervivencia, al anciano se le respeta y se le honra, se le ayuda y adquiere un papel social relevante. En épocas duras se es menos benévolo.

Pero hay pueblos que siempre han respetado a los ancianos, incluso siendo estos muy pobres, como los yaganas de Tierra de Fuego o en Extremo Oriente. Entre los indios navajos los ancianos poseen autoridad por su sabiduría. Los iroqueses también les respetan. Los samoanos tienen mucha consideración a los viejos y uno de ellos asume la jefatura del grupo familiar. Entre los palaungs del Norte de Birmania se honra a la vejez, pues se piensa que la vida larga es la recompensa por haber sido virtuoso en una reencarnación anterior. Entre los aranda australianos los viejos son poderosos y temidos. Como están más cerca de la muerte, se les ve como mediadores entre los vivos y el más allá. Por eso, en casi todas las religiones los jefes religiosos se buscan entre los ancianos. A los bereberes moribundos se les susurran mensajes en el oído para que los transmitan a los parientes muertos.

Entre los africanos de lengua bantún, a quien es sabio y bondadoso se le nombra «abuelo» o «abuela», aunque biológicamente no lo sea.

China y Japón siempre han respetado a los ancianos. Se honra a los antepasados y cuanto más vieja es una persona más cerca se encuentra de los ancestros. En China el grupo familiar es muy fuerte y ancianos y muertos quedan integrados en el núcleo. China siempre ha cuidado de sus mayores y les han mostrado deferencia. Edad se asocia a sabiduría en las culturas orientales, lo que se refleja en los escritos de Confucio. También ocurre con las enseñanzas del taoísmo basadas en la doctrina de Lao-tse (literalmente «viejo maestro»). Los hombres santos del taoísmo son viejos. Los chinos ancianos se enorgullecen de ser cuidados por sus hijos. En China, cuando una joven se casaba, iba al hogar de los padres de su marido y quedaba a sus órdenes, pues los mayores eran los que dominaban al grupo familiar.

En Japón, asimismo existe una larga tradición de respeto a los mayores influida por budismo y sintoísmo. El anciano es el que come antes y entra primero en el baño. Se celebra el día de los abuelos, que es el 30 de septiembre. A pesar del cambio espectacular en la modernización del país, persiste la deferencia a los ancianos y se muestra en los llamados *asientos de plata* que se les reserva en el tren. Cumplir los 60 años es una celebración muy importante. Por todo esto, los japoneses de edad en lugar de quitarse años se los añaden.

En el sudeste asiático al anciano se le rodea de afecto, tiene una situación clara de privilegio y se le colma de atenciones. Alcanzar una edad avanzada se considera una gran ventura, sobre todo si se tiene mucha descendencia. La longevidad, la vida larga, es considerada un don divino en Extremo Oriente.

Los masai y los zulúes tienen muy clara la separación y organización por edades. Los akikiyu de África oriental hacen un gran drama de la ceremonia de desposesión de la generación vieja por la joven.

En algunas culturas, dicho está, al anciano moribundo unas veces sus parientes le abandonan o asesinan o, al contrario, le protegen o cuidan. Cicerón escribió: «La vejez, en especial la vejez ilustre, tiene tanta autoridad que posee más valor que todos los placeres de la juventud».

Por otro lado, en tribus diversas, como los indios pomo de Méjico o en tribus de Colombia o las islas Fidji, a los ancianos que no pueden cuidar los campos, se les encomiendan tareas propias de mujeres como atender el jardín, vigilar de los niños o ayudar en los trabajos de la casa.

FINAL DEL INVIERNO

Existen ceremonias que relacionan vejez, muerte y final del invierno, asociándolo a rituales de *expulsión del invierno* (Frazer, 1989). En algunos países de Centroeuropa, al terminar la Cuaresma, se elabora una efigie de paja que representa la vejez y la muerte, y los chiquillos la queman o la tiran al agua. Esto se suponía que aseguraba un año fructífero y próspero, protegiendo de la peste y de la muerte repentina. En otros lugares eligen el primero de marzo o el inicio

de la primavera. Visten a la efigie con ropa vieja, bailan a su alrededor y después demandan aguinaldos por el pueblo. En zonas de Polonia, Austria, Alemania, Francia y Chequia, con variantes, se han observado ceremonias similares. El retorno de la primavera y del verano es la consecuencia derivada de esta expulsión de la muerte. A veces se simulan batallas entre invierno y verano, con derrota del primero.

RITOS RELACIONADOS CON LA MUERTE

Muchas culturas creen que el tiempo de vida es sólo una parte limitada del total de la existencia. Esta creencia se desarrolla desde las épocas prehistóricas. Por eso, al lado del esqueleto del hombre de Neanderthal, hallado en La Chapelle-aux-Saints en el sudoeste de Francia, se encontraron alimentos y objetos que el lejano fallecido supuestamente va a necesitar después.

En enterramientos de la Edad de Bronce, junto al muerto completamente vestido y acompañado de adornos y armas, se depositaban vasijas repletas de comida y bebida.

Los vikingos se acompañaban en sus enterramientos de todo tipo de riquezas, armas y animales para hacer llevadero el viaje y para sobrevivir luego donde fuera; colocaban al lado del cadáver sus objetos de valor con los que reanudar su vida.

A medida que el hombre progresa, se hacen más complejos los rituales que reflejan la firme creencia en el más allá. Excavaciones en Ur de culturas de hace unos 5000 años, muestran que el rey y la reina eran escoltados en su muerte por gran parte de los miembros de la corte que les seguirían en su vida posterior. En la tumba de un rey se encontraron otras 75 personas acompañantes.

Cuando el Inca moría, a su esposa, concubinas y servidores se les estrangulaba para que le acompañasen y no menguara su bienestar y comodidad en el más allá. Después de la momificación, en su posición fetal, las momias eran cuidadas para que no sufrieran. Mujeres con abanicos las acompañaban constantemente para espantar las moscas.

Envejecimiento y muerte no se consideran inevitables y esta creencia y esta esperanza prevalece a lo largo de los tiempos. Se observa entre los monjes-médicos de Babilonia, Asiria y Egipto. Los celtas creían que la muerte era un tránsito entre dos etapas de la existencia humana, de la que la vida es una de ellas. Esta creencia en un *continuum* tras la muerte se encuentra también entre los médicos de Grecia, Roma y en el mundo árabe. Casi se pierde a lo largo de la Edad Media y Moderna, y queda preservado sólo por los alquimistas que persiguen el elixir de la vida. En tiempos recientes, este *desideratum* ha sido retomado por el desarrollo científico de la biología del envejecimiento.

Los ritos de paso acompañan a los cambios relevantes y celebran el movimiento social del individuo, al entrar o salir de un grupo. En todas las sociedades, los momentos que van a ir asociados a los ritos de paso son el nacimiento, la llegada a la adolescencia, el matrimonio y la muerte.

Las ceremonias funerarias juegan un papel importante en las sociedades primitivas. En muchas culturas se asocia muerte con necesidad de realizar un viaje, a menudo a través del agua.

Los muertos en los remotos tiempos celtas eran enviados en un último viaje a l'*Île de Seine*, en donde los recibían las sacerdotisas druidas para llevarlos después al paraíso terrenal, a la tierra de las manzanas de oro.

El culto a la muerte y la vida posterior constituyen la base del extraordinario progreso que alcanzó en Egipto su espléndida e inigualable arquitectura. Se preservaban los cuerpos y se construían las tumbas; al principio los monjes proporcionaban alimentos frescos de manera real y posteriormente se aceptó que fuesen en forma representada. Cultura y arte se desarrollaron deslumbrantemente teniendo como centro y móvil el tema de la muerte y el más allá. Osiris era gobernante y juez de los muertos. En el viaje, asociado al dios Sol —nacer y morir—, se incluyen todo tipo de enseres y animales para que el muerto pueda seguir sus hábitos. Este viaje se realiza por el agua y en la boca del difunto se colocaban unas monedas de oro para pagar al barquero.

En algunos pueblos se asocia temor con muerte. Entre los indonesios, al morir una persona, se cree que su espíritu no le abandona

definitivamente hasta que en el cuerpo se alcance el grado de descomposición en el que los huesos quedan limpios y secos. Hasta ese momento, el alma permanece en la proximidad del cuerpo que debe ser cuidado, obligando a los próximos a seguir determinadas normas. Durante el tiempo entre la muerte y la marcha definitiva, el cuerpo del muerto es fuente de gran ansiedad, pues es vulnerable al ataque de diversos espíritus. También los próximos pueden ser portadores de contagio y deben vivir separados del grupo. Antes, al muerto, nada más fallecer, se le limpia y se le tapan los orificos para que no emane de ellos algún poder nocivo que dañe a los vivos. En ese período, entre la muerte y la marcha definitiva, el alma está inquieta y puede causar daños. Participa todavía de la vida, por lo que se le deben facilitar alimentos. El descuido de estas obligaciones puede acarrear una venganza. Al final de este tiempo, una ceremonia funeraria señala la marcha del alma del fallecido a su lugar definitivo, con el consiguiente alivio de la ansiedad y la culminación del duelo.

En muchos ritos se intenta impedir que el espíritu del muerto se quede. En algunos pueblos de Senegal, durante las ceremonias funerarias, se suscita una orgía que trata de anular la presencia de la muerte. En otros parece que se desentierra al muerto y se le come por los familiares para que no vuelva y para apropiarse de sus virtudes. Se asocia el periodo de duelo y las ceremonias con el de descomposición del cadáver.

Los muertos viven una vida propia y por eso se les entierra con armas y alimentos. De alguna forma, permanece y acompaña al vivo como un doble. A menudo se metamorfosea en sombra, pensamiento que se repite en muchas tribus, generando muchos tabúes que protegen a esta sombra e impiden que desaparezca.

A veces los muertos no se van del todo; los espectros de los muertos pueden vengarse si creen que los vivos les olvidan, y lo manifiestan golpeándoles o causando enfermedades. Por eso se hacen manifestaciones públicas de dolor y nadie habla mal del difunto, pauta que aún permanece.

En algunas tribus del oeste de África se cree que los que han muerto violentamente —asesinados o suicidados— o los que han sido malos durante su vida, no se van y pueden ser fuente de temor. El brujo es capaz de detectar qué espíritu ha quedado inquieto y da-

ñino, susceptible de llevar la enfermedad y la muerte a la tribu, y sus ritos pueden neutralizarlo.

Cuando las gentes de Nueva Guinea mueren se piensa que se van de este mundo, pero pueden ser visitados por los vivos durante el sueño o cuando entran en trance. En esas situaciones, mensajes e información pueden ser pasados de vivos a muertos. En una fiesta anual, los espíritus visitan los pueblos tras realizarse una preparación adecuada (Hinton, 1972). Entre los Bukaua de Nueva Guinea, el alma abandona el cuerpo durante el sueño (el alma *larga*) al igual que al morir (el alma *corta*).

Los pueblos que creen en la reencarnación y en que en la vida posterior van a recuperar el estado físico que tenían al fallecer, no desean morir viejos. Esto ocurre en algunas tribus de Bali, entre los esquimales de Chukchee o en ciertos grupos de las islas Fidji.

Los Yomba del África Occidental estiman que los espíritus de los muertos se unen a otros espíritus de los ancestros, según linaje y ciudad, y a veces pueden reencarnarse.

Diversas culturas relacionan fecundidad con muerte. En algunos pueblos las mujeres que quieren ser madres se ponen a la cabecera de los moribundos para que su espíritu pase a ellas (Algonkines). En la región ártica de Norteamérica hay una tribu cuyos miembros consideran que todas las cosas que existen en la tierra tienen un alma, cuya forma es la del cuerpo que la contiene en miniatura. Cuando muere el ser grande, el pequeñito puede deslizarse a otro lugar de descanso temporal, a algo que nazca en las proximidades, como el vientre de un gran espíritu femenino, y allí espera hasta que la luna vuelva a enviarla a la tierra (Albom, 2001).

En la selva tropical de América del Sur, la tribu desana cree que en el mundo hay una cantidad fija de energía que fluye entre los seres vivos; por tanto, los nacimientos deben engendrar muerte y una muerte un nuevo nacimiento para conservar la energía del mundo; si no murieran hombres, no nacerían otros seres, y viceversa.

La creencia en la reencarnación se refleja a veces poniendo a un recién nacido el nombre de un antepasado muerto. El sentido de la reencarnación permanece en pueblos de Polinesia y entre los esquimales; según Jung se repite en muchas culturas a través de arquetipos

que simbolizan este renacimiento. Asimismo, se observa en el pensamiento de los niños, pues estos ven cómo los muertos se hacen pequeños y nacen de nuevo.

Entre los Maori, las últimas palabras y afirmaciones de una persona antes de morir constituían su testamento inamovible. Una maldición o una bendición de un moribundo tenía mucha importancia. Algo de esto permanece en la cultura actual.

No todas las personas tienen derecho a la vida eterna, a la prolongación del espíritu, sino que existen desigualdades en el más allá. Entre los polinesios de Tonga sólo las de alto rango acceden a la inmortalidad.

Coexisten muchas creencias acerca de un renacimiento después de la muerte que, de este modo, sólo se trataría de una interrupción, pues los difuntos volverán al mundo familiar. Esta creencia en muerte y reencarnación es la base de muchas religiones y se parece a los ciclos de la naturaleza reflejados en las plantas.

VEJEZ Y BRUJERÍA

Se relaciona al mundo del anciano con el de lo sagrado y la magia. Ellos están más próximos a los dioses y suelen realizar los rituales mágicos y religiosos. Entre los hititas, por ejemplo, los rituales los ejecutan ancianos y viejas.

A veces ese papel de representante del clan hace que se le considere responsable de las faltas de todo el grupo o, viceversa, a todo el grupo responsable de sus fallos. Asume el papel de intermediario con el más allá.

La vejez se asocia en ocasiones con poderes maléficos, brujería y malas artes. En algunas tribus de África se seleccionaba a unos pocos ancianos a quienes se les honraba y ensalzaba, y al resto se les rechazaba como perniciosos. Algo parecido ocurría en algunas tribus mongolas de los siglos VI a X, en las que unos pocos eran admirados y mimados, y el resto repudiados y vilipendiados.

La imagen de la mujer anciana suele tener menos valoración que el varón. Se ha repetido en muchas culturas la imagen de la mujer

mayor que, para seducir o retener al amado, se vale de brujerías. Es la anciana bruja repulsiva que, si no es para ella, actuará de alcahueta. A la hembra, añosa, desprovista de atractivo sexual y de posibilidades de procreación, se la confunde en su papel con el de curandera o maga, con capacidad de conjurar. Aparece en los escritos de Ovidio, en el personaje de Dipsas en Petronio, en la vieja Proselenos; en Roma, en el cristianismo antiguo, en la Edad Media, entre los pueblos germánicos y eslavos, y, en el Renacimiento, en la figura de Celestina. La luna se asocia con la muerte y la noche; al mismo tiempo, con el papel de estas mujeres viejas y hechiceras, que pueden provocar enfermedades, enamoramientos o transformar, con sus filtros, hechizos o bebedizos a personas en animales y viceversa. En algunas épocas oscuras se desencadenaron persecuciones brujeriles contra estas mujeres, sobre todo en Centroeuropa (Caro Baroja, 1979).

El papel de las viudas en las diferentes culturas no resulta grato. A veces se les retiraban a sus hijos y otras se las recluía durante semanas para aislarlas del mundo exterior.

En la época de la recolección, en algunas zonas de Irlanda, Escocia y del centro de Europa, a la última gavilla se le llama *la vieja*, *la abuela* o *la bruja*; con menos frecuencia *el viejo*. Los segadores no quieren ser los últimos en recogerla, pues es motivo de bromas y burlas; se suscita una pugna por no quedarse el último. *Enterrar al viejo* es costumbre árabe que consiste en sepultar una gavilla de trigo a la que se reza para que pueda volver de la muerte; se relaciona con el culto a Osiris.

Urano, divinidad que personifica el cielo, esposo de Gea, engendró los titanes, los cíclopes y los monstruos. Uno de sus hijos, Cronos, se rebeló contra él y su poder, le cortó los testículos con una hoz y la sangre que brotó de la herida fecundó la tierra.

LIBERACIÓN DE TABÚES

Existen muchos tabúes relacionados con actividades, costumbres y, sobre todo, alimentación, que les son prohibidos a los jóvenes y de los que los viejos se ven libres. Entre los esquimales, sólo los viejos pueden comer huevos, corazón, pulmón, hígado, focas recién nacidas,

liebres o gallos silvestres. Entre los indios omahas la parte interna del intestino de búfalo o la médula de los huesos se considera un plato exquisito, desaconsejado a los jóvenes pero permitido a los viejos. Sólo los ancianos de los witotos de Colombia pueden comer carne de los enemigos muertos. Los aztecas castigaban la embriaguez con la muerte, excepto a los ancianos a quienes se les permitían los excesos con el alcohol para *calentar el frío de la sangre*. Los fans de África Occidental, sólo a los ancianos que ya *andan lentos* les autorizan a comer carne de tortuga que *hace andar lentamente*. Los xosas de África creen que los riñones provocan impotencia, por lo que sólo los comen los viejos, a quienes se supone no les importa porque ya lo son; y sólo a los muy viejos o muy jóvenes se les permitía comer huevos de pájaros o beber leche fresca. Los ibans de Borneo piensan que la carne de venado hace a los hombres tímidos, por lo que sólo se recomienda a los mayores. Los chukchis de Siberia creían que ciertos trozos de carne de reno causaba impotencia a los hombres y volvía flácidos los pechos de las mujeres; por lo tanto, únicamente los ancianos los comían. En Birmania, para los sema nagos, la carne de cabra vuelve a las mujeres apasionadas en exceso, pero sólo a las jóvenes y no a las mayores. Entre los arunta de Australia comer grandes lagartos aumentaba la sexualidad y los viejos pueden hacerlo; por otro lado, si se comen colas de canguro se envejecería prematuramente y se caería el pelo.

Otras costumbres menos frecuentes se refieren a la pérdida de algunos tabúes de las ancianas, que a partir de cierta edad son admitidas en el grupo de hombres; esto ocurre en Australia y Nueva Guinea, donde gozan de privilegios en las ceremonias y se sientan al lado de los varones a los que consideran sus iguales, como ya se ha señalado.

ETERNA JUVENTUD, REJUVENECIMIENTO E INMORTALIDAD

La creencia en la inmortalidad o en la eterna juventud se repite a lo largo de los tiempos. Algunos pueblos melanesios de Nueva Guinea piensan que en el pasado, cuando las personas dejaban de existir en el inframundo, las que ya eran viejas podían rejuvenecer mudando

la piel. Creen que esta habilidad la tuvieron los hombres en el principio de los tiempos y que luego la perdieron. Refiere la leyenda que una mujer vieja se había escondido de la vista de los otros para llevar a cabo el proceso de desprenderse de la piel para transformarse en joven; como no fué reconocida por su nieta, esta se atemorizó y la anciana recogió su piel del agua y se la recolocó. A partir de este momento se perdió el poder y envejecer y morir fue algo irreversible; mas los animales del inframundo mantuvieron este don, como los lagartos y serpientes que cambian de piel.

Serpientes y lagartos, al perder su piel, se renuevan. La serpiente con su cola en la boca representa la eternidad. La serpiente fué símbolo de la Medicina desde los tiempos primitivos y como emblema de curación aparece ya en Sumeria, 2500 años a. de C. El dios de la Medicina en Grecia es Asclepios y su emblema también es la serpiente.

En Sumeria, en la civilización asociada con Babilonia y Nínive y con el rey Hammurabi, existía preocupación por la salud y el bienestar; por la higiene y las medicinas. En tablillas de arcilla de esa época se habla de tratamientos para los cabellos grises y para la disminución de la visión. A los reyes sumerios se les atribuyen unas edades de miles de años, probablemente como reflejo de un deseo. En el poema sumerio *Enki Ninhursag* se describe un país donde la vejez no existe. En la epopeya de Gilgamesh, compuesta a comienzos del tercer milenio, se busca el secreto de la eterna juventud y la inmortalidad. En tablillas babilónicas se habla de Gilgamesh, semidios de gran vigor, a quien, tras la muerte de un amigo, la idea de hacerse viejo y morir se le hizo tan insoportable que partió en busca de la inmortalidad. Un personaje le dijo que debía dominar primero al sueño, primo de la muerte. Después de fracasar en diversas pruebas, Gilgamesh volvió a casa resignado a hacerse viejo y morir.

El poeta griego Hesíodo describe un pasado con miembros de *la Raza de Oro* que vivían sin envejecer durante más de 100 años y cuando llegaba su hora se quedaban felizmente vencidos como por el sueño. *La Raza de Plata* disfrutaba de una infancia de 100 años pero cuando dejaron de ser agradecidos a los dioses, Zeus los arrojó a los infiernos y, por su longevidad, el castigo era mayor. Los griegos creían que en las Hiperbóreas habitaba un pueblo perfecto que vivía 1000 años sin conocer enfermedad ni vejez.

La fuente de la juventud griega se debía a que la ninfa Juventus había sido transformada en un arroyo claro cuyas aguas devolvían juventud y salud a quienes nadaban en ellas.

Herodoto también se refiere a una historia entre etíopes y persas en la que ambos se vanagloriaban de su longevidad; según la misma, los etíopes que les sobrepasaban en edad lo lograban sumergiéndose en una fuente de *agua ligera*.

En los tiempos antiguos, envejecimiento y muerte se asociaban a fuerzas malignas, sobrenaturales. Las enfermedades se consideraban provocadas por la posesión de fuerzas ocultas y los tratamientos buscaban eliminarlas; por eso los papeles de médico, mago y religioso estaban muy próximos.

En Egipto los enfermos eran separados de la comunidad por razones de higiene. Imhotep, en la tercera dinastía egipcia, en el 2900 a. de C., era médico y visir y después fue deificado; él propuso una variedad de ideas médicas, algunas relacionadas con la vejez. En un papiro médico sobre el envejecimiento escrito en el 1600 a. de C., se prescriben tratamientos para transformar al anciano en joven, lo que ya indica la preocupación por la vejez y su afán de evitarla. Se fijaban sobre todo en la debilidad física y en la pérdida de agudeza sensorial. El jeroglífico que significa anciano es una figura humana que se apoya en un bastón y aparece en inscripciones de 2700 a. de C. En otro papiro de 1550 se reflejan una serie de afecciones relacionadas con la edad y las drogas y remedios. El papiro *Smith* de la época del Imperio Antiguo, entre el 3000-2500 a. de C., es el texto más antiguo conocido con prescripciones médicas contra los efectos de la vejez, con recetas para camuflar los signos de la edad en forma de maquillaje que suprime las arrugas de la cara. Otros papiros posteriores, de 1600-1550 a. de C., proponen asimismo tratamientos para recuperar la juventud.

En la cultura que se comenta, ya se expresa una ambivalencia hacia el envejecimiento que se repite en muchos momentos de la historia. Se admite que la edad se acompaña de cierto deterioro físico indeseable y al mismo tiempo ofrece compensaciones y reconocimiento en estatus y experiencia. Otra actitud que se repite y que actúa como socializadora, consiste en cultivar los hijos el respeto, apoyo y afecto hacia padres y abuelos.

Para asegurarse una larga vida, los chinos recurren a proveerse de telas de mortajas que hayan cosido muchachas muy jóvenes que, se supone, vivirán aún mucho y en la que se borda la palabra *longevidad*. Regalar a un padre anciano uno de estos costosos ropajes conocidos como *vestidos de longevidad* supone un acto de piedad filial cuyo propósito estriba en prolongar la vida.

Unas veces se busca la inmortalidad; otras la inversión del proceso de envejecer; otras, sólo retrasar los efectos de la edad para una vida larga y plena. A menudo se han confundido efectos afrodisíacos y de potencia sexual con propiedades rejuvenecedoras. La ingesta de testículos de animales se suponía que daría de nuevo fuerza sexual y rejuvenecimiento, creencia que, con variaciones, se repite y se mantiene hasta el siglo XX. Pero en casi todos los casos se trata de rejuvenecer a varones. El envejecimiento se ha asociado con disminución de la potencia sexual, en especial en el hombre. Se confunde rejuvenecimiento con recuperación o mantenimiento de una buena potencia sexual y los reconstituyentes sexuales se asocian a poderes rejuvenecedores; sin embargo, estos remedios a los amantes más jóvenes no les aumentan la longevidad; quizá sí añaden vida a los años, pero no al revés.

Entre todos los pueblos han existido creencias acerca de los remedios para mantenerse joven. Los indios kwatiutls de la costa noroeste del Pacífico consideran que para rejuvenecer es bueno lavarse la cara con orina y luego con agua salada. Los yukaghis de Siberia creían que conservar algunos piojos en el cuerpo era bueno para no envejecer. Los indios hopi sugerían bañarse en agua helada y después correr. En Samoa se toman brebajes de raíces. Los bereberes del norte de África aconsejan decir siempre la verdad; mentir envejece. Los esquimales de la península de Labrador recomiendan ser valientes. Los palaungs de Birmania estiman positivo haber sido virtuoso en encarnaciones anteriores, pues si alcanzaron larga edad es porque fueron virtuosos en esas otras vidas. Los ainos del norte de Japón y los indios iroqueses solicitan longevidad a los antepasados. Los hotentotes dicen cada vez que se estornuda: *que vivas hasta la vejez*. Los dieris de Australia evitan los cabellos grises. Para los esquimales, los valientes permanecen jóvenes; algunos, cuando son viejos toman nombres nuevos, pues creen que así prolongan su existencia porque inician una vida nueva.

En el Japón moderno los ancianos tratan de entrar en los baños públicos inmediatamente después de los jóvenes; suponen que los humores pasarán de sus cuerpos al agua y de aquí a los suyos, dándoles fuerza.

Muchas prácticas de la filosofía y la religión china, del taoísmo, se encaminaban a prolongar la vida; la meta final estribaba en convertirse en inmortal. Para el taoísmo, el envejecimiento se produce por desequilibrio entre el *yin* y el *yang*. Para el taoísta la dieta ideal era austera y evitaba la producción de excrementos; creían que sólo se podría conseguir la inmortalidad conservando las reservas propias del *yin*, que se definen como energía, esencia, espíritu y semen; tratan de conservar sus energías vitales; buscan que la vida se convierta en algo sencillo, con su respiración, sus comidas, su actividad y sus relaciones sexuales, en las que se evita la eyaculación.

En la India, el *Sushruta Samhita* dice que la salud reside en la armonía de las sustancias elementales del cuerpo. Según este libro, en el hombre existen, desde siempre, gérmenes de muerte que le programan hasta su fin (Minois, 1987). El *Sushruta Samhita* proporciona un sistema muy complejo de rejuvenecimiento; para no envejecer, los hindúes aconsejan el soma, y alimentarse casi exclusivamente de su zumo.

Los esfuerzos por el rejuvenecimiento se centran a menudo en la búsqueda de alguna sustancia que ingerida o inyectada impida envejecer. Existe una leyenda india de los utturkarus en la que un árbol mágico, el jambu, otorga un millar de años de vida.

El sunamitismo supone unión —no necesariamente sexual— de una joven y un anciano, lo que, si no le rejuvenece, al menos retrasa la vejez.

Los alquimistas, aparte de intentar cambiar el plomo en oro, intentan transformar al anciano enfermo en joven sano. Asociando ambas cosas se llegó a pensar que consumiendo oro convertido en elixir se podría rejuvenecer.

Los europeos tuvieron mucha fe en los poderes rejuvenecedores del agua (cuadro de Lucas Cranach). Las curas de agua, los balnearios, han sido muy apreciados, y hoy muestran un resurgir. La búsqueda de la fuente de la juventud impregnó también alguno de los

viajes realizados al Nuevo Mundo, como el de Juan Ponce de León. También los árabes poseían su fuente de la juventud, *pozo del agua de la vida*.

Roger Bacon, como Aristóteles, asociaba envejecimiento a la pérdida progresiva de calor innato. Recomendaba drogas hechas con carne de serpiente y corazón de venado, oro, coral, perlas, ámbar gris, aloe y romero. Además, defendía el rejuvenecimiento inhalando el aliento de una joven virgen.

Entre los productos que se han utilizado para evitar el envejecimiento se encuentra la mandrágora y también las orquídeas. Medea, empujada por Jasón, busca un brebaje que rejuvenece a Esón.

Cada lector, según su fe o costumbres, puede apuntarse a uno o varios de estos fantásticos remedios comentados, si desea permanecer rozagante y evitar envejecer.

La vejez en las Letras y las Artes

El impacto de acontecimientos trascendentales como la muerte, separaciones, duelo o enfermedad, está mediatizado por la cultura. La influencia psicológica de los factores culturales permite interpretar ciertas conductas como no patológicas a la luz de la psiquiatría transcultural y radicar lo *anómalo* en la mente del observador más que en el individuo. Esos mismos elementos culturales proporcionan a veces, de forma cohesiva, recursos y armas terapéuticas al grupo.

La evaluación que se hace de los mayores y de esta etapa de la vida se ve influida por factores sociales y culturales. De ahí la curiosidad por efectuar un recorrido por las Artes y las Letras y verificar cómo se plasma la vejez en ellas.

LOS TEXTOS ANTIGUOS

La preocupación por la ancianidad es paralela a la existencia del hombre en la tierra y cambiante según las épocas.

En Egipto, en algunos papiros, se alude a la vejez y se apuntan remedios para mantenerse joven. El jeroglífico que significa viejo, dicho está, es una figura humana encorvada, apoyada en un bastón y ya aparece en inscripciones de 2700 años a. de C. *El libro de los muertos* trata el tema de la búsqueda de la inmortalidad y el más antiguo papiro egipcio médico sobre el envejecimiento, escrito en el

1600 a. de C., prescribe tratamientos para rejuvenecer; asocia a vejez con debilidad física y pérdida de agudeza. En otro papiro de 1550 años a. de C. se reflejan las afecciones de la edad y los remedios; se admite que a la vejez la acompaña deterioro físico indeseable y se la asocia a reconocimiento, estatus y experiencia.

Gilgamesh es un héroe sumerio del tercer milenio a. de C., personaje legendario asirio-babilonio, cuya epopeya aparece en las tablillas de Nínive. En el poema titulado *Quien todo lo vió*, manifiesta su preocupación por la muerte y el más allá. El fallecimiento de su gran amigo Enkidu, le resulta tan insoportable que quiere conquistar la inmortalidad. Debe vencer varias pruebas, entre ellas al sueño, pero después de seis días y seis noches no resiste. Siduri Sabitu le revela que la muerte es el destino de la Humanidad y le envía a Utanapistim y su mujer, antes mortales y ahora inmortales, quienes le revelan la existencia de la planta de la juventud; Gilgamesh la recoge del fondo del océano pero una serpiente se la roba en el viaje de vuelta. «En la tierra nada permanece, todo es transitorio; la vida sólo retiene un tiempo; sólo la muerte es eterna», dice el poema. En Babilonia, 700 años a. de C., un anciano escribe: «He sido olvidado, mi fuerza se ha desvanecido, el vino que vivifica a los hombres ya no produce efectos en mí».

El libro de medicina más antiguo del mundo es el *Huang Ti Nei Su Wen* (El Clásico de Medicina Interna del Emperador Amarillo), escrito hace aproximadamente 3500 años; en él, el médico Chi Po describe al emperador los efectos de la vejez, con ejemplos como que los huesos se vuelven secos y frágiles como paja, la carne se afloja y el tórax se llena de aire. Confucio indicaba: «A los 50 años sabía cuáles eran los mandatos divinos. A los sesenta los escuchaba con oído dócil. A los setenta podía seguir los dictados de mi propio corazón, pero ya no deseaba ir más allá de los límites del bien». Aceptación de que, en los diferentes períodos de la vida, el interés y la energía se centran en aspectos distintos. El taoísmo se preocupa de problemas relacionados con la edad, con ideas basadas en la conservación de la energía y próximas a la alquimia.

En diferentes mitos y leyendas se repite el conflicto intergeneracional provocado por los jóvenes que quieren ocupar el poder; se refleja entre los babilonios y entre los griegos, entre los hurritas y entre los acadios.

Como el Antiguo Testamento se escribe a lo largo de muchos siglos, la visión sobre la vejez se hace cambiante. En la primera mitad de tan largo período el papel del anciano adquiere más relevancia y protagonismo como guía del pueblo, con importantes atribuciones religiosas, políticas y judiciales; integran un consejo de sabios, y la bendición del padre-patriarca es suficiente para designar al heredero. Posteriormente surge el conflicto generacional, se discute al mayor y se pone en entredicho su autoridad; a pesar de ello, la ley mosaica siempre defiende y propicia el respeto a los ancianos. En la Biblia se hace referencia a la disminución del impulso en la vejez y a su búsqueda de una vida familiar tranquila y, finalmente, en la época de David, se intenta el rejuvenecimiento con la proximidad a las mujeres jóvenes, como la sunamita.

LA ANTIGÜEDAD GRIEGA

La cultura occidental es hija de la de Grecia. Entre los dioses griegos se produce un conflicto generacional pues a Urano le castra su hijo Cronos y a este le vence su hijo Zeus. Los dioses viejos son malvados y finalmente vencidos. A los dioses griegos no les gusta la vejez (Minois, 1971). Hesiodo relata en *Los Trabajos y los Días* que Zeus, para vengarse de los hombres a los que Prometeo había llevado el fuego robado del cielo, les envía a Pandora, que esparce entre ellos las enfermedades del envejecimiento; antes de esta maldición, los hombres no conocían trabajo ni vejez, ni el dolor ni la muerte. La máxima dicha se obtiene con la eterna juventud, que es lo que concede Zeus a Ganimedes, príncipe troyano, el más bello de los mortales.

Lo contrario le ocurre a Titono, mortal, hijo de Laomedonte, rey de Troya, y hermano mayor de Príamo. Era muy hermoso y Aurora se enamora de él; le rapta, tienen dos hijos y le pide a Zeus que le conceda la inmortalidad; pero se olvida de solicitarle que le mantenga siempre joven, por lo que está cada vez más decrepito; Titono desea morir y Aurora se compadece de él y le convierte en saltamontes. Esto refleja la esencia del problema: no se trata de vivir más, sino de cómo se hace. Algo parecido le ocurre a la Sibila de Cumas, de la que se enamora Apolo; los dioses le conceden tantos años de vida como

granos de arena cupieran en sus manos; pero fué envejeciendo hasta quedar sin voz, incluso para pronunciar sus oráculos.

La actitud griega hacia la medicina se deriva, en parte, de Egipto y Mesopotamia, pero basada más en la observación y la razón y no tanto en lo sobrenatural. En Grecia, Empedocles e Hipócrates, que vivió 83 años, desarrollan unas ideas basadas en los cuatro elementos cósmicos, con sus humores y temperamentos, que intentan comprender al hombre y la naturaleza y cuyo equilibrio asegura la salud. Esto les da base para entender el proceso de envejecimiento. Hipócrates, maestro de la medicina antigua, describe enfermedades en la vejez como las cataratas, artritis, insomnio o sordera. El envejecimiento procedería de la pérdida de calor y humedad, provocando una sequedad que puede ser remediada con comida, vino, ejercicio y baños calientes; piensa que cada individuo al nacer recibe una cantidad de energía que se va consumiendo; todo ser vivo tiene un alma localizada en el corazón y no puede sobrevivir sin calor natural; la vida es como un fuego que se va consumiendo. Recomienda ejercicio físico y alimentación moderada. Esta teoría, que recoge Aristóteles, la refleja en *De la juventud y la vejez, de la vida y la muerte, y de la respiración*. Se intentaban curas con estos remedios y si no se practicaba la magia.

En *La Ilíada* y *La Odisea*, de Homero, el verdadero papel de los viejos resulta ambiguo; a quienes se admira realmente es a los héroes jóvenes como Aquiles, Ulises, Ajax o Agamenón. Se da papel relevante, sin embargo, a algunos ancianos sabios que actúan como mentores, guías y consejeros de los jóvenes.

Los griegos reflejan su ambivalencia hacia la vejez porque, al mismo tiempo que defendían su sabiduría y el amor filial, subrayaban su debilidad y decadencia. La fatalidad de la vejez es un tema constante de la literatura griega; unas veces se reflejan los últimos años de vida como castigo, y otras se alaba su sabiduría y prudencia como hace Platón en *La República*. En esta obra y en *Las leyes*, Platón se refiere al sentimiento de paz y liberación que asiste a los mayores; subraya también la ventaja de disponer de medios económicos para soportar la vejez con holgura; defiende que la persona que es ajustada y equilibrada se adaptará a la vejez, y la que carece de esta disposición lo hará mal, como le ocurriría en épocas anteriores de su vida.

En *La República* de Platón se le hace decir a Sócrates: «Los viejos han recorrido antes que nosotros un camino que todos tenemos que seguir a nuestra vez; es bueno que les preguntemos sobre la naturaleza de tal camino, si es áspero y difícil, o fácil y suave...». Vincula Sócrates, y lo va a recoger luego Cicerón, la felicidad de la vejez con la virtud, lo que le permite disfrutar de ella. En la República ideal que Platón describe, los que deberían mandar son los mayores, pues esta función deben desarrollarla las personas de más edad y los mandados ser los jóvenes.

Platón es más positivo que Aristóteles en su visión de la edad. En la *Retórica* y la *Política*, Aristóteles la describe de manera negativa y cree que el declinar físico se acompaña de deterioro del espíritu. Critica la vejez con dureza y la considera el origen de muchas desdichas: avaricia, egoísmo, mal carácter y negativismo; cree que los viejos son piadosos por debilidad y no por humanidad. Admite que, en ciertas condiciones de salud y buena economía, se puede disfrutar de la vejez. Aristóteles, más crítico que Platón, cree que el poder deben ejercerlo los jóvenes y los ancianos dedicarse a las tareas sacerdotales. En la *Retórica* o en *Ética a Nicómano*, les pinta como egoístas, difíciles y con mal carácter. Observa que las especies tienen diferente longevidad y que existe cierta relación entre esta y el tamaño del animal.

Probablemente la diferencia de visión entre Platón y Aristóteles radica en que el primero escribió su obra a edad avanzada y Aristóteles cuando era mucho más joven. Aristóteles valora la vida en función de la temperatura del cuerpo; piensa que el envejecimiento se produce por un enfriamiento progresivo del calor innato con el que se viene al mundo, como si cada uno dispusiese de una cierta cantidad de calor y el envejecimiento se produjese cuando ese calor disminuye y el cuerpo se enfría. Este pensamiento lo recoge Galeno y otros pensadores en siglos posteriores.

En Grecia, a nivel social se suscita una situación delicada, con fuertes conflictos intergeneracionales, pero se crean también instituciones caritativas para el cuidado de los ancianos. En las Artes, en general, se refleja el amor por la juventud y la belleza, y en la cultura se procura el cultivo de la armonía y la perfección. En la literatura griega, en general, la vejez no es cantada sino tolerada o criticada; se en-

salza más el vigor, la mocedad y al que ha muerto joven. La dicha constituye la eterna juventud; la vejez y el declinar son peores que la muerte. Sin embargo, aunque los dioses del Olimpo no aman a los viejos, en la vida real sí se les confiere prestigio y autoridad.

Pitágoras, Demócrito, Homero, Hesíodo, fueron activos y fructíferos hasta avanzada edad. En obras de Esquilo, Sófocles y Eurípides, los grandes poetas griegos del siglo V a. de C., a los ancianos se les atribuye sabiduría, pero se canta también la añoranza por la juventud. Sófocles, en el siglo V a. de C., es muy activo literaria y políticamente toda su vida; ya mayor es llamado para formar parte de la Asamblea de los Diez Consejeros; sus hijos le llevaron a juicio para apartarle de su fortuna. Sófocles compuso tragedias hasta edad muy avanzada. La obra *Edipo en Colona* la escribe a los 84 años y muestra al viejo Edipo conducido por su hija Antígona. En *Edipo en Colona* (pueblecito de Ática), el protagonista es un Edipo anciano y ciego que se prepara para morir; allí llega, cuidado y amado por Antígona, que le sirve de lazarillo, e Ismena, ambas hijas amorosas; la obra ensalza a una persona vieja, pero critica también a la que trata de evitar el envejecimiento y sus consecuencias, y en el coro se reflejan las desgracias de la edad. Sófocles cree en el progreso del hombre y en la inmortalidad de su héroe.

La vida sexual en la vejez va a ser tema recurrente en piezas teatrales y novelas. En las comedias de Aristófanes y Menandro se la ridiculiza, con más o menos ternura o crudeza. El implacable y satírico Aristófanes (siglo V a. de C.) es crítico con el anciano que pretende perpetuar su actividad sexual. Un siglo después, Menandro, poeta cómico y dramaturgo griego, también lo hace. Se describe el deterioro de la edad y el intento de ocultar el efecto de los años o el hecho de querer seducir a mujeres jóvenes. Menandro exclamaba: «¡Oh vejez enojosa! No tienes nada bueno que ofrecer a los mortales sino que por el contrario eres pródiga en dolores y enfermedades. Y sin embargo todos esperamos alcanzarte y hacemos lo posible por tener éxito».

La preocupación por la vejez se extiende al envejecimiento y a la manera de evitarlo. El poeta griego Hesíodo describe un pasado con miembros de *la Raza de Oro* que vivían sin envejecer durante más de 100 años y cuando llegaba su hora se quedaban felizmente vencidos como por el sueño; *la Raza de Plata* tenía una infancia de 100 años.

Pero cuando estos dejaron de ser agradecidos a los dioses, Zeus los arrojó a los infiernos y por su longevidad el castigo era mayor. Los griegos creían que en las Hiperbóreas habitaba un pueblo perfecto que vivía 1000 años sin conocer la enfermedad ni la vejez. La idea de la fuente de la juventud griega procede de que la ninfa Juventus había sido transformada en un arroyo claro cuyas aguas devolvían la juventud y la salud a los que allí nadaban.

Los lacedemonios respetan a los ancianos. Se refiere Lisandro al honorable lugar de la vejez; en Lacedemonia, los añosos desempeñan los cargos más elevados.

En el mundo helenístico los ancianos recuperan prestigio. Alejandro se rodea de consejeros ancianos que juegan un papel muy relevante en su trayectoria. En el arte también se les representa a cualquier edad. Se acepta e integra la vejez de manera natural en la vida, sin despreciarla ni exaltarla.

Para terminar este apartado, Plutarco, escritor griego, fallecido a los 75 años, en el 125 d. de C., dedica un libro a la vejez en el que hace una síntesis de las ideas grecorromanas; aconseja participar en la vida social, permanecer activos y vencer el rechazo a los viejos. Cree que su participación en las instituciones resulta positiva, pues aportan cualidades y prudencia.

EL IMPERIO ROMANO

Plauto (254-184 a. de C.), poeta cómico latino, toma muchos de sus argumentos de Menandro. En sus obras de teatro, describe a viejos en los que destaca su avaricia, lujuria y concupiscencia, queriendo seducir a jóvenes, y reflejando al anciano todopoderoso como alguien detestado. Así lo hace en *El mercader*, *Asinaria* o *Carina*. Algo similar describe Terencio en sus obras, aunque de manera más suave, como en *La suegra* o *Los adelfos*, obra que posteriormente sirve a Molière para *Escuela de maridos*. Se critica sobre todo el exceso de poder. Horacio, el más grande de los poetas latinos, vitupera a los viejos pero no ácidamente, aunque sí se ridiculiza a la vieja enamorada. Juvenal, poeta latino, en sus sátiras también se mofa de las debilidades de los mayores.

En Roma, como se ha señalado, se producen notables diferencias a lo largo del tiempo, ya que abarca un período prolongado de varios siglos.

Cicerón vive en Roma entre el año 106 y el 43 a. de C., y allí es divulgador de la cultura griega. Escribe *De senectute* (Acerca de la vejez) o *Cato maior de senectute* a los 62 años, uno antes de su muerte. Es un diálogo entre Catón el viejo, de 84 años, y dos jóvenes: Escipión y Lelio. Resume Catón que es el carácter y no la edad lo que hace infelices a los hombres. En esta obra Cicerón hace un enfoque benévolo de la vejez; se muestra una vejez ideal. Resulta un alegato contra la tendencia a considerar sinónimos vejez y enfermedad. Es un estímulo a la adaptación al nuevo estado, a seguir aprendiendo y a mantenerse intelectualmente activo. Piensa que los problemas del viejo no dependen sólo de su personalidad sino de su situación social. En este libro se dan pautas de rehabilitación y mantenimiento que se defenderían hoy mismo: «pelear contra ella (la vejez) como contra una enfermedad, cuidar la salud, hacer ejercicios moderados, comer y beber con mesura». Sugiere socorros para el entendimiento y el espíritu. Los cuerpos se deterioran por el cansancio y el trabajo, pero los ánimos, al revés, al cultivarlos, adquieren vigor. *De senectute* es una apología de la vejez. Se critica a los individuos, no un período de la vida, y se salvaguarda la complejidad, las contradicciones y la ambigüedad de la vejez, sus miserias y su grandeza. Esa misma contradicción se subraya cuando comenta que en *La Ilíada* y *La Odisea* aparecen unas veces ancianos venerables y otros adjetivados duramente. Rememora a los personajes de la historia romana que han mostrado una vejez floreciente, tratando de demostrar que vejez no es sinónimo de invalidez e incluye a Pitágoras, Platón, Sócrates o Sófocles como ejemplos de vejez ejemplar. Cicerón afirma que «filosofar no es más que aprestarse a la muerte». Quizá *De senectute* lo escribió Cicerón para ayudar al amigo y a sí mismo ante la vejez inminente o próxima. Le sirve de consolación y le reconforta; hace su vejez más dulce y placentera. Señala también la diferencia que marca la situación económica del mayor: «En la extrema miseria, la vejez no puede ser soportable ni siquiera para el sabio»; será más tolerable por los bienes que se tienen. Cicerón dice que «el anciano conserva todas sus facultades mentales siempre que no deje de usarlas ni de aumentarlas». Reivindica el contrapunto del protagonismo de los viejos frente al de los jóvenes. Encuentra que la vejez puede parecer mise-

rable por cuatro razones: aparta de las actividades, debilita el cuerpo, priva de casi todos los placeres y no está lejos de la muerte; luego trata de refutarlas o de minimizarlas. Los viejos son pesados, ansiosos, iracundos, difíciles y avariciosos, no por viejos, sino porque ya lo eran antes. No comprende la avaricia de los mayores y que, cuanto menos camino queda, se hagan más provisiones.

Cicerón defiende el mutuo beneficio en la relación joven-viejo. Rechaza la vejez sin arte, indolente y atontada en los necios, y defiende la dignidad de no ser dependiente. Al disminuir el deseo aumenta la templanza «que no nos apetezca lo que no nos conviene». Goza bien de cosas pequeñas; está más libre de la ambición, la rivalidad y las pasiones. Ni las canas ni las arengas pueden proporcionar autoridad de repente, sino la base de una vida anterior honesta que es lo que le condiciona. «Pobre de la vejez que tiene que defenderse con palabras» señala Cicerón. Aconseja prepararse; el joven no piensa en ella, pero el viejo sí debe hacerlo, es el camino natural. Cicerón habla de «La vejez que todos desean alcanzar y una vez alcanzada se quejan de ella». Catón, a quien se dedica el libro, vivió 85 años, muchísimo para la época, era de carácter recio y salud de hierro, y fué un personaje notable que se mantuvo activo hasta el final.

Séneca, un siglo después de Cicerón, defiende ideas similares. «No debemos preocuparnos de vivir muchos años sino de hacerlo satisfactoriamente» (*Cartas a Lucilio*). Séneca tiene una opinión equilibrada de la vejez. Considera que, cuando no se asocia con decrepitud, resulta agradable por la serenidad que aporta. Piensa que siempre hay algo que aprender y que nunca debe uno abandonarse ni descuidar el aspecto físico. En *De brevitae vitae* apunta: «La verdadera vejez no espera al número de años; el verdadero anciano es el sabio, cualquiera que sea su edad». Estoico como era, subraya la impasibilidad del sabio y la futilidad de las cosas humanas, así como la necesidad de preservar las ventajas de la edad.

Juvenal ridiculiza la vejez y en sus sátiras la pinta como sorda, ciega, fea, desmemoriada y mutilada.

Lucrecio, poeta y filósofo latino, se preguntaba: «¿Qué es esta deplorable ansia de vida que nos mantiene temblorosos...? Por medio de la prolongación de la vida no podemos restar ni rebajar un ápice la duración de nuestra muerte».

Galeno, médico griego, nacido en Pérgamo en el 131 y muerto en Roma en el 201 de nuestra era, hace una síntesis de la medicina griega y romana. Considera la vejez como un equilibrio entre salud y enfermedad. En *De Sanitate Tuendo*, se refiere a dieta, sueño, ejercicio o estreñimiento, en relación al anciano. Lo mismo que Hipócrates, Galeno considera la vejez inevitable, pero aconseja moderación para llegar a ella. Galeno retoma la idea de Aristóteles y ve la vida en función de la sequedad y temperatura del cuerpo, como si cada uno dispusiese de una cierta cantidad de calor innato al nacer y el envejecimiento se produjese cuando el cuerpo se enfría. Galeno dice: «Toda criatura mortal tiene en sí desde el principio los gérmenes de la muerte... Lo que los hombres llaman vejez no es otra cosa que la constitución seca y fría del cuerpo». Galeno es el primero que ofrece una teoría completa y consistente del proceso de envejecimiento.

Se hace un paralelismo entre la vejez y los meses del año y se asocia el comienzo de ella con el inicio del mes de octubre. Se habla de 4 edades del hombre, de 20 años cada una, de forma que la ancianidad empezaría a los 60 años.

EDAD MEDIA

Con la caída del Imperio Romano, Occidente entra en un largo período de oscuridad que llega hasta el año 1200 aproximadamente. Se olvida la exploración de la medicina científica. Se cuida a los enfermos, incluidos los mayores, en un contexto de caridad influida por los monjes. Se da poca importancia a la vida en la tierra y se subraya más la eterna. En los primeros años del cristianismo, se mantienen consejos de ancianos que presiden las asambleas, imponen las manos y gozan de prestigio. En estos años de barbarie, los únicos lugares donde se preservan los restos de cultura es en conventos y monasterios, y, sobre todo entre los cistercienses, los ancianos juegan el papel de educadores.

Hacia los siglos XII y XIII, existen casas de reposo y hospitales asociados a instituciones eclesiásticas para ancianos y moribundos; con frecuencia eran sucios y estaban atiborrados. Dos o tres siglos después, estas casas de acogida se revitalizan en mejores condiciones.

Durante todos estos siglos de oscuridad, las enfermedades se afrontan con supersticiones y magia. Creían que el contacto con mujeres más jóvenes —opinión recurrente— retrasaría el envejecimiento, lo mismo que bañarse en sangre.

Se buscaba la piedra filosofal y el elixir de la vida. De la misma forma que se persigue cambiar los metales en oro, se cree que éste cura las enfermedades, rejuvenece y mantiene la fuerza, como un antídoto que da la inmortalidad.

San Agustín, a comienzos del siglo v, describe seis edades en el hombre y también inicia la vejez en los 60 años. En cambio, San Isidoro de Sevilla (siglo vii) en sus *Etimologías* divide la vida humana en siete partes y la vejez la fija en los 70 años. En los escritos de San Juan Crisóstomo y San Agustín se es duro y crítico con los mayores, siendo más benévolo Gregorio Magno, como lo refleja en sus *Diálogos*.

Avicena, el médico más destacado en el mundo musulmán y notable filósofo (980-1037), publica *La fatiga y la vejez*, obra en la que, siguiendo a Galeno, señala la influencia de la comida, bebida, actividades y deposición. Define el ciclo vital en el que incluye a la vejez, y relaciona la edad con condiciones climáticas, dieta, toma de líquidos, excreción urinaria, ejercicio y función intestinal. Avicena sostiene que: «El arte de mantener la salud consiste en guiar el cuerpo hacia la duración natural de su vida; el arte de evitar la muerte o de asegurar la máxima longevidad no es posible para el ser humano». Es una defensa para aceptar las fuerzas de la naturaleza.

Maimónides fué un médico famoso de esta época (1136-1204) que también se preocupó de la vejez, subrayando la importancia del vino y los cuidados médicos, y señalando los abusos sexuales.

Arnold de Villanueva (1238-1311) publica un tratado, *La defensa de la vejez y el rejuvenecimiento*, sobre la preservación de la juventud y el retraso de la vejez, a partir de la teoría de los humores y los temperamentos. Para contrarrestar los efectos del frío y de los humores que se secan con la edad, aconseja buena comida, vino y baños para calentar estos humores, y para alcanzar el bienestar y la salud. Se retoma de nuevo la teoría que relaciona enfriamiento y sequedad del cuerpo con envejecimiento.

Roger Bacon, en el siglo XIII (1214-1294), es más científico en sus planteamientos. Escribe tratados como *Sobre el retraso de la vejez* y *El cuidado de la vejez y preservación de la juventud* en los que intenta mantener la energía juvenil y da consejos para prolongar la vida y la salud. Se refiere a cuestiones como comida y bebida sana, sueño, vigilia o reposo. Considera al hombre potencialmente inmortal, como si vejez y muerte no fuesen inevitables de forma que, si se encontrase el remedio adecuado, se detendría el proceso. Cree que los propios hombres contaminan el aire y la naturaleza por la proliferación de seres vivos; también que los pensamientos sombríos y la ansiedad secan y disminuyen la humedad natural y conducen a un envejecimiento precoz.

Vicent de Beauvois, fraile dominico del siglo XIII, escribía: «¿Qué es la vejez? Un mal deseable, una muerte viviente, una debilidad vigorosa».

En algunas sagas nórdicas los ancianos se retratan como personajes respetados; en otras como jefes viejos venidos a menos y atropellados sin miramientos.

En el siglo XIV las plagas que asolan Europa reducen la población a la mitad, lo que obliga a los gobernantes a imponer medidas de higiene. Mueren más los jóvenes y los que alcanzan cierta edad las sufren menos; llegan a edad avanzada y se tiende a una gerontocracia que provoca una oleada de críticas plasmadas en la literatura. Por lo mismo, entre los siglos XIV y XV abundan los matrimonios en los que la mujer es mucho más joven; se escribe sobre matrimonios de edad dispareja y sobre los maridos engañados. Chaucer, en sus *Cuentos de Canterbury*, entre 1385 y 1390, retrata a los maridos viejos, y el papel que juegan entre ridículo y odioso. Peor se ve el matrimonio de una mujer mayor y la posibilidad de que mantenga una vida sexual activa; en dicha obra se presenta a la comadre de Bath que ha enterrado a cuatro maridos, y asusta a todos por su atrevimiento y vitalidad. La mujer anciana, sola y pobre, es la más despreciada.

Boccaccio escribe el *Decameron* entre 1349 y 1351 y, en su estilo ameno y jocoso, también refleja las burlas a los mayores, los conflictos de los matrimonios con edades disparejas, los engaños que se producen, así como el deseo de poder de los jóvenes frente a los viejos que lo detentan.

RENACIMIENTO

En los siglos xv y xvi se recuperan parte de los conocimientos de Grecia y Roma a través de la cultura del Islam. Se enlaza con la antigüedad griega en el culto a la belleza y a la juventud, y, por tanto, en cierto rechazo de la vejez y lo que ésta significa. Se oscila entre el pesimismo aristotélico y el optimismo ciceroniano.

Surge un pensamiento crítico, humanista y científico. Se publican algunos libros sobre salud basados en los cuatro humores. Se cree en la fuente de la juventud que impulsó al descubridor de la península de Florida, Ponce de León. Se repite el pensamiento de la inutilidad de luchar contra la muerte, y la mujer anciana es objeto de crueles mofas.

En *Elogio de la locura*, Erasmo (1469-1539) se muestra duro con los viejos, pero más con las mujeres, a las que asocia a brujas. Erasmo efectúa una crítica despiada de la vejez y escribe: «La vejez es una carga y la muerte una penosa necesidad». Cree en la posibilidad de encontrar una substancia derivada de la alquimia que permita rejuvenecer.

Tomás Moro (1478-1535), político y ensayista inglés, en *La Utopía* se preocupa del tema de los ancianos y de su cuidado, y del papel moderador frente al ardor de los jóvenes.

Luigi Cornaro de Padua, en 1550, a los 83 años, escribe el *Tratado de la salud y de la longevidad seguido de los medios infalibles para alcanzarlo* y luego *Discurso sobre la vida sobria*. Redacta una continuación a los 86 años, otra a los 91 y una cuarta a los 95, y muere a los 98 años. En su *Discurso sobre la vida sobria*, en la línea de los higienistas, defiende que para tener buena salud y llegar a edad provechosa hay que cuidar sensatamente de uno mismo. Los amantes de los excesos dirán, quizá, que será una vida más larga y, sobre todo, más aburrida.

Gabriele Zerbi de Verona (siglo xv-xvi), en su obra *Gerontocomia*, publicada en 1489, habla de 300 enfermedades de los ancianos, explica cómo prolongar la vida y la juventud y retrasar la vejez, así como el manejo de esta época, partiendo de un fundamento médico, derivado de su experiencia. Trata de definir las calificaciones y obligaciones del *gerontocomus* (geriatra), y expone consejos sobre actividades, ocio, vida sexual, reposo o alimentación.

Paracelso (1493-1541), médico suizo, en su *Libro de la larga vida*, piensa que esta tiene una duración predeterminada.

En el siglo XVI-XVII (1558-1609), Laurens en Francia describe los cambios en el cuerpo con la edad; el peso del corazón, su tamaño, las causas intrínsecas de la muerte y las diferencias individuales.

En los siglos XVI y XVII se amplían los conocimientos acerca de la influencia de la vejez en los órganos y sistemas. Harvey realiza autopsias de centenarios y observa cómo cambia su cuerpo. Pero, en general, la medicina continúa desarrollándose en un contexto de magia, superstición y folclore que se refleja en los escritos, y se mantiene el interés por las sustancias rejuvenecedoras y los amuletos.

En su *Historia de la vida y la muerte (Historia Vitae et Mortis)*, publicada en 1658, Francis Bacon (1561-1626) habla de cómo combatir la vejez con dietas y conductas diversas, y sobre la recuperación de los tejidos y los órganos dañados. En *De la juventud y la vejez* refleja su creencia de que el mayor peligro de los políticos ancianos es la indecisión.

La misoginia por la mujer anciana se repite a lo largo de los tiempos y continúa en el Renacimiento. *La Celestina* de Fernando de Rojas supone un buen ejemplo, pues el personaje central es una anciana alcahueta, mala, antigua prostituta, interesada e intrigante. El balance literario de la vejez en el Renacimiento resulta negativo para los mayores.

El anciano es el protagonista de *El Rey Lear*, obra de William Shakespeare. En ella se resume la angustia y ambigüedad de la vejez, el conflicto generacional y la ingratitud de los hijos. El rey Lear dice: «Soy un viejo necio y afectuoso de más de 80 años, ni una hora más ni una hora menos, y, para decirlo simplemente, temo que no me encuentre en mi sano juicio». El rey Lear, rey de Bretaña, va a repartir su reino entre sus tres hijas, para desembarazarse de cuidados y negocios. Les pregunta a ellas quién le ama más, para corresponder con más largueza, pero se deja arrastrar por la adulación y no ve la sinceridad en su hija Cordelia. Los ancianos Lear y Gloucester son los protagonistas de esta obra que gira en torno a cómo desposeer a los mayores y ocupar su lugar y poder, y acerca de lo que significa

que estén bajo la tutela de los descendientes. El médico recomienda descanso para curar la locura de Lear; padre convertido en niño, le llama Cordelia.

En las obras de Shakespeare (1564-1616), en general, se manifiesta condescendencia respecto a la vejez, como en *El mercader de Venecia* o el Falstaff glotón y jovial de *Las alegres comadres de Windsor*. En *Como gustéis*, en la secuencia de «Las siete edades del hombre», comenta las diversas edades y las describe así: «la sexta edad, con anteojos en la nariz y bolsa en el costado y la voz volviéndose atiplada; en la séptima y última, la segunda niñez, simple olvido, sin dientes, sin ojos, sin gusto, sin nada». Shakespeare se muestra respetuoso con la vejez.

Pero en *El ingenioso hidalgo D. Quijote de la Mancha*, de Miguel de Cervantes (1547-1616), Don Quijote, ya anciano y de vuelta a casa tras sus correrías caballerescas, recupera el juicio, a diferencia del rey Lear. Don Quijote dice a Sancho: «Advertid hijo que las canas son el fundamento y la base a do hace asiento la agudeza y la discreción».

Montaigne (1533-1592), con su capacidad de escribir sobre los más diversos aspectos de la vida cotidiana, afirma que «meditar en la muerte por adelantado es meditar en la libertad». También indica, influido por la época, que «morir de vejez constituye una muerte excepcional, singular y extraordinaria, mucho menos natural que las otras». Piensa que con la edad aumenta la conciencia y la experiencia, pero languidecen y se marchitan la viveza, la prontitud y la firmeza, y que unas veces envejece antes el cuerpo y otras el alma (*De la edad*). La relación entre las diversas generaciones lo aborda en *Del cariño de los padres a los hijos*; con su habitual sentido común aconseja ganarse el cariño de los hijos y no ser tirano, y se muestra sereno al valorar las relaciones entre las generaciones. Se opone a la idea de siglos anteriores de que el único papel del anciano consiste en prepararse para la muerte y, en cambio, le aconseja disfrutar de la vida. Montaigne, sensato, escéptico y sabio, comenta: «Hemos de soportar aquello que no podemos evitar». Montaigne ni se burla de la vejez ni la exalta o la idealiza.

Los estudios de Morgagni (1682-1738) y Hunter (1718-1783) acaban relacionando los cambios cronológicos del cuerpo con las causas de la muerte.

Por último, Corneille (1606-1684), poeta y dramaturgo francés, refiriéndose a los efectos de la edad señala: «El tiempo se complace en insultar a lo más bello».

SIGLOS XVIII Y XIX

En 1793, B. Rush publica *Acerca del estado de la muerte y el cuerpo en la vejez*, primer libro dedicado al tema en América.

El Dr. Samuel Johnson, maestro de críticos, en el siglo XVIII apuntaba: «No importa cómo muere un hombre sino cómo vive. El acto de morir no tiene importancia, su duración es escasa». Pero él tenía gran temor a la muerte.

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832), que gozó de larga y fructífera vida, habla de cómo el tiempo hace fuertes y poderosos. Divide la vida humana en tres edades: edad de aprendizaje, de peregrinar y de enseñar. Se mantiene activo y lúcido hasta su muerte, a los 83 años. Escribió su *Elegía de Marienbad* ya septuagenario, al enamorarse de una muchacha de 17. De su obra maestra *Fausto* terminó la segunda parte a edad muy avanzada y estuvo trabajando en ella más de 50 años; se publicó postumamente, el mismo año de su muerte. Fausto tampoco quería envejecer y buscó la eterna juventud (y sabiduría) hasta el final. Fausto vende su alma a Mefistófeles a cambio de la juventud, de alcanzar la felicidad de los sentidos y del conocimiento. Parece que la obra tiene su origen en un caso real ocurrido en Centroeuropa a finales del siglo xv o principios del xvi, un médico, alquimista y nigromante, que inspira el mito de Fausto. La leyenda de Fausto aparece ya en un manuscrito de 1572 y la retoman diversos autores, entre ellos Christopher Marlowe (*La trágica muerte del Dr. Faustus*) (1588) y Goethe, además de algunos creadores del Romanticismo. Sirve de motivo a varias composiciones musicales, como las de Schumann, Berlioz o Gounod, entre otras, y la recoge, con variaciones, en el siglo xx, Thomas Mann en su obra *Doctor Faustus*, centrándolo en el anhelo del músico Adrian Leverkühn de crear una obra maestra.

En 1804, John Sinclair, uno de los fundadores de la estadística, publica su *Essay on the disorders of old age*.

En la obra de Dickens (1812-1870) se trata con cariño la relación abuelo-nieto, siempre con ternura hacia el anciano.

Victor Hugo (1802-1885) tuvo una creativa producción literaria hasta los 80 años. A lo largo de sus obras describe a los héroes ancianos de forma digna y hermosa; exalta la vejez, trata a sus personajes con amor y glorifica la edad de sus héroes. Según Victor Hugo, cuando uno se hace viejo «se alquila una casita con balcón al borde del abismo».

En sus *Memorias de ultratumba*, Chateaubriand (1768-1848), ya mayor, comenta: «Al final de la vida aparece una amarga edad: no hay nada que complazca porque uno ya no vale nada; no es útil para nadie, se es una carga para todos, sólo hay que dar un paseo para alcanzar el último lugar de descanso» y también: «Es un tormento conservar nuestro intelecto intacto, aprisionado en una envoltura física desgastada».

A. Thomas escribió *La longevidad del hombre: hechos y ficción* en 1873 donde se muestra la falta de fundamento de muchas de las teorías que buscan la longevidad. Se hacen descubrimientos en relación a epidemias y enfermedades, lo que repercute en la prolongación de la vida media y en el número de ancianos.

En 1867, J. Martin Charcot publica *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies croniques*. Él busca las causas y las manifestaciones del envejecimiento desde un punto de vista más científico.

En el *El retrato de Dorian Gray* de Oscar Wilde (1854-1900) se describe como el protagonista, después de un pacto para no envejecer, se mantiene sonrosado y joven como en su primera juventud, y sólo envejece su cuadro, hasta el momento final en el que, al romper el lienzo, recupera su aspecto original y es el personaje real el que muestra su deterioro. Wilde, esteta como era, dice: «El drama de la vejez no consiste en ser viejo, sino en haber sido joven».

En su diario íntimo, H. F. Amiel, aparecido después de su muerte, precisa: «Saber envejecer es la mayor de las sabidurías, uno de los capítulos más difíciles del gran arte de vivir».

En *La muerte de Ivan Illich*, Tolstoi (XIX y XX) refleja el temor a la muerte y al sufrimiento. Es un análisis lúcido desde el que muere y

quienes le rodean; muestra el problema de la ocultación de la enfermedad por los próximos; las mentiras que obligan a mentirse a uno mismo, con lo que se rebaja y devalúa el «acto formidable de morir». Tolstoi, que tuvo una larga vida, en sus últimos años padece muchos avatares familiares que le llevan a huir de casa ya muy enfermo.

Los poetas suelen cantar a la juventud, como lord Byron: «Los días de nuestra juventud son los días de nuestra gloria... ¿qué son las guirnaldas y las coronas para la frente arrugada? No son sino flores muertas de rocío de mayo salpicadas».

Pero otros cantan a la vejez, como William Wordsworth, poeta británico entre finales del XVIII y el XIX que, en el poema «El anciano mendigo de Cumberland», subraya la decadencia física. En el siglo XIX, W. Whitman escribe magníficos poemas no directamente sobre la vejez, pero sí sobre la muerte y sobre el más allá. Emily Dickinson tiene un hermoso poema sobre la vejez: «Hace ya un año que el anciano extraño murió—...» y a su manera críptica y poderosa, en muchos otros está presente la muerte, como en el bellísimo: «Porque a la Muerte yo esperar no pude—...»

ESCRITOS ACTUALES

La vejez y el temor hacia ella, la decadencia, el cambio ante la sociedad, los ancianos como protagonistas o el miedo a la enfermedad y la muerte, se van a reflejar en la literatura, en obras en prosa o verso.

En la sociedad actual no tiene prestigio el concepto de experiencia asociado a edad, pues esta pierde parte de su valor por la rapidez con que se producen los cambios. Lo asume el anciano escritor y queda reflejado en su obra.

Pensadores críticos

A semejanza de Cicerón, a los 80 años, Norberto Bobbio escribió el libro titulado, *De senectute*. En él refleja su rechazo hacia los escritos que hacen apología de la vejez y en los que se desdramatiza la muerte. Habla de la vejez desde ella y no se muestra benévolo ni complaciente. Cree que existe una marginación de los ancianos por el curso

rápido de la historia ya que, cuando las sociedades evolucionan lentamente, la experiencia del anciano es valiosa e intransferible, preserva el patrimonio cultural y representa la memoria del grupo. Cuando los cambios son veloces, el viejo se queda atrás; la aceleración en estos cambios sería una rémora para ellos, que se mantienen fijos en sus escalas de valores, y se encasquillan en sus opiniones y convicciones, lo que les convierte en venerables vejestorios. También critica su enmascaramiento en falsos rejuvenecimientos relacionados con el consumismo. El anciano, según Bobbio, se resigna a esta época pero no la acepta y manifiesta que «quien elogia la vejez es que no le ha visto la cara».

Tampoco se resigna ni es complaciente con esta época J. Améry en su obra *Revuelta y resignación: acerca de la vejez*. Para él existe un «sentirse viejo» interior y una «vejez sociológica» debida a cómo los demás nos consideran y nos tratan. El envejecimiento como experiencia de la condición humana y con conciencia es exclusivo del hombre y no de otros animales, similar a lo que ocurre con la muerte. Considera que a los 55 años (cuando él escribe) es el tiempo en el que comienza a afirmarse la experiencia de la vejez. La persona que envejece se va quedando sola, cada vez más extraña, en un mundo que no entiende, y siente la irreversibilidad del tiempo. El que envejece se identifica con su cuerpo y al tiempo se rebela por no ser lo que era. Los demás tienen proyectos de futuro y el que envejece no, con lo que se le niega y limita potencialidad. Se debate entre la rebeldía y la resignación y se cae en el autoengaño de pensar que aún se es joven, o de afirmar que nada hay tan hermoso como la vejez. Se termina en un compromiso entre el miedo y la esperanza, entre la rebelión y la resignación.

González León (1994) también analiza esta etapa, sin contemplaciones, en *Viejo*. Según él, saberse viejo no es fácil, sobre todo porque no quiere asimilarse; trata la vejez sin complacencias ni blanduras, con crudeza y desde dentro.

André Gide, en su *Diario* refleja la vejez a través de los ojos de los demás: «Tengo que hacer un gran esfuerzo para convencerme de que, en el momento presente, soy tan viejo como aquellos que me parecían ancianos cuando yo era joven».

La vital Doris Lessing, a los 82 años, se queja de que la vejez es un aburrimiento y de que todos los días algo no te funciona; pero ella no muestra aspecto de deprimida.

Pensadores benévolos

Por el contrario, Rita Levi Montalcini, en su obra *El as en la manga*, manifiesta que la vejez es una fase de la existencia que se puede vivir positivamente, pues da una visión amplia y distanciada de la vida.

En su *Elogio de la vejez*, Herman Hess critica la actitud de establecer la juventud como un estado; afronta la vejez con serenidad, y reivindica aceptar y asumir esta etapa. En la misma línea, Betty Friedan en *La fuente de la edad* defiende un papel propio para el mayor y su opción de permanente formación y enriquecimiento.

En *La felicidad de un infeliz*, Giovanni Papini describe su declinar, casi ciego, pero no pesimista ni amargado.

Temor al envejecimiento y la enfermedad

Se busca la eterna juventud en *Los cisnes mueren después del verano*, de Aldous Huxley, donde se narra la historia de un noble acaudalado que descubre el secreto de la prolongación de la vida; al final sufre un proceso de regresión y termina por convertirse en mono. En la novela de J. Hilton, *Lost Horizon (Horizontes perdidos)*, se describe un lugar del Himalaya donde la gente no envejece.

El temor a la enfermedad y a la edad se encuentran muy relacionados. Marguerite Yourcenar, en *Recordatorios*, señala que «el peor efecto de cualquier enfermedad es la pérdida gradual de la libertad». Para F. Umbral (*Nada en el domingo*), lo que se teme no es llegar a viejo sino llegar a payaso; más que a envejecer, temor a la pérdida de facultades y autonomía.

La edad, la muerte y el temor a su proximidad se refleja en diversas obras literarias. La soledad del que muere, la ira por el sufrimiento y las fases por las que va pasando el protagonista o sus familiares han sido descritas en diversos trabajos por la doctora E. Klüber-Ross. Relacionado con la enfermedad terminal y la muerte está la interesante obra de semificción *Bajo el signo de Marte* de F. Zorn. La vivencia de la enfermedad y la sensación de soledad para afrontarla, las transmite uno de los protagonistas de *Amsterdam* (Ian

McEwan), cuando comenta con lucidez que «los médicos podrían llevar a cabo el seguimiento de tu declive, pero no podrían evitarlo», con lo que refleja el proceso inevitable de soledad ante la enfermedad y la muerte. Un trabajo reciente en torno a la muerte, el de Domingo García-Sabell (*Paseo alrededor de la muerte*) hace un análisis filosófico, psicológico y social de la muerte y de cómo la viven los profesionales de la salud.

A menudo, al que está grave, se le oculta con lo que no se le da oportunidad de hablar del delicado tema con sus próximos, como se refleja en *La muerte de Ivan Illich*, ya comentada. Defiende lo contrario el protagonista de *Martes con mi viejo profesor* (Albon, 2000) quien aboga por la opción de poder hablar de su muerte próxima, que no se le niegue el diálogo con sus seres queridos y poder tener tiempo para despedirse progresivamente de ellos.

En la tremenda novela de W. Faulkner, *Mientras agonizo*, sobre los blancos pobres del sur de Norteamérica, con sus anhelos y mezquindades, un personaje manifiesta: «Mi padre decía que la finalidad de la vida es prepararse para estar muerto», pensamiento que repiten otros como V. Frankl, filósofo y psicólogo, quien refiere: «Si quieres resistir la vida estate preparado para la muerte, porque la vida sólo tiene sentido por la inmortalidad».

Samuel Shem, en *La casa de Dios*, refleja el encarnizamiento terapéutico; el duelo, adecuado o inadecuado, que sufren los profesionales sanitarios por sus enfermos, manifestado a través de conductas pseudopsicopáticas; la práctica de la medicina como ambición, la atención a los ancianos. El autor lo trata con una crudeza y un cinismo que trasciende lo contrario de lo que aparenta defender, con un excesivo gusto por lo abyecto, lo excrementicio o lo decrepito.

Deterioro físico y psíquico

En los últimos años han aparecido varios trabajos en los que los autores transmiten sus emociones y sufrimiento ante el deterioro creciente de sus cónyuges o compañeros, progresivamente inmersos en algún cuadro demenciante; la dolorosa convivencia con una pareja cada vez más ausente psíquicamente y lo que significa el proceso de dete-

rioro para el otro. Ch. Wilkins lo hace en *El reloj horizontal*, meditación sobre el tiempo y la memoria por parte de un relojero que se enfrenta a la muerte de su esposa aquejada de la enfermedad de Alzheimer. En *Iris y sus amigos*, J. Bayley comenta la entrada en el Alzheimer de su esposa Iris Murdoch, conocida escritora irlandesa. También lo hace en una obra previa, *Elegía a Iris*, libro bello, terrible y desazonador, en el que relata con angustia y brutalidad el progresivo deterioro. El autor habla de sí mismo como cuidador, de la desolación de ver cómo es y no es ella misma, del cambio demoledor que provoca la enfermedad, de la ruptura en la comunicación, de su agotamiento, su propio contagio por la situación de descontrol y de cómo él mismo siente que se trastorna. En *Uno no se cansa de amar*, Ch. Ronsac relata el proceso de caída de su esposa en el Alzheimer, tras más de 50 años de casados. La incorporación de nuevos síntomas, el dolor por la desconexión progresiva, la colaboración de los miembros del grupo, la cuestión de una muerte digna, el tema de la eutanasia pasiva/activa y la conveniencia y necesidad de mantener un entorno vivo, física e intelectualmente, así como cálidamente afectivo.

Simone de Beauvoir describe el proceso de decrepitud y deterioro de su compañero Jean Paul Sartre de manera cruda y casi desazonadora. En *La ceremonia del adiós* escribe: «Si parece que las cosas ya han sido devoradas por el pasado y que ya no tienen frescura es porque nos arrastra demasiado el peso de los recuerdos». Quizá en la vejez, más que exceso de pasado haya escasez de futuro.

Escritos psicológicos

Entre los arquetipos recurrentes del inconsciente colectivo, para C. Jung figura el del viejo a venerar. Se asocia a la imagen de Dios y, según él, se debería a la arraigada necesidad de respetar la edad.

Sigmund Freud no se prodiga en exceso en estos temas, pero su natural inteligencia no le impide comentar que «sólo cuando se ha pasado toda la vida cediendo ante la realidad, en vez de enfrentarse dolorosamente a ella, se es capaz hasta en la vejez de mantener la cerviz lo bastante flexible como para inclinarse ante hechos nuevos». También en *Duelo y melancolía* dice que «la sombra del objeto perdido cae sobre el ego». Su temor al deterioro por la edad lo refleja así:

«¿Qué hará uno el día en que los pensamientos dejen de fluir y las palabras justas ya no acudan? No se puede evitar temblar ante esa posibilidad... Rezo en secreto que no haya enfermedad, que ninguna aflicción corporal paralice mis capacidades». Freud escribe a los 70 años que quizá los dioses, al convertirnos la vida más desagradable por envejecer, hacen menos intolerable la muerte.

Subrayando el enmascaramiento y ocultación de la vejez y la muerte, en *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Bruno Bettelheim comenta que el psicoanálisis se crea para que el hombre sea capaz de aceptar la naturaleza problemática de la vida sin ser vencido por ella o ceder a la evasión. Las historias modernas que se escriben para niños, evitan los problemas existenciales. Estas historias no mencionan la muerte ni el envejecimiento, límites de la existencia, ni el deseo de la vida eterna. Los cuentos de hadas sí hablan de la muerte y en ellos no es raro que muera el padre o la madre, provocando mucha angustia, como ocurre en la vida real. O bien un anciano padre decide pasar las riendas a otra generación que debe demostrar su capacidad.

Anciano protagonista

La literatura puede elegir a los ancianos como protagonistas. El tema de la vejez o la soledad se trata por Ignacio Aldecoa en la hermosa forma habitual de sus cuentos, como en el titulado *Muy de mañana*, en donde se relata la compañía de un perro en la soledad de un viejo. En *Aunque no haya visto el sol*, Aldecoa habla del vivir de los recuerdos del pasado y del temor a la soledad, aunque el cambio sea estar en mala compañía y *La despedida* es una emotiva visión de la primera separación de dos ancianos que han estado siempre juntos.

En *El príncipe de West End Avenue*, de A. Isler, un hombre de 83 años vive en una residencia en Manhattan y, al tiempo que repasa su vida, relata las relaciones entre los residentes, sus amores y desamores, miserias y grandezas, con leves toques de humor e ironía. La originalidad estriba en que está escrita en primera persona.

En la novela de Bioy Casares, *Diario de la guerra del cerdo*, escrita en una prosa limpia, precisa y sin adornos superfluos, se describe cómo los jóvenes tratan de eliminar a los viejos, en una «ola de criminalidad senil»; se intenta liquidar a los ancianos inútiles y que

sobran, matar «a los viejos que van a ser». Con cierta desazón, desde dentro, se reflejan las angustias y temores de los ancianos, su sentimiento de inutilidad, o la manera en que son vistos por los otros.

El protagonismo de las personas mayores ha llegado incluso a la novela policíaca. *Pálida como la luna*, de M. H. Clark, centra la trama en una residencia de mayores de desahogada posición, en donde se producen muertes misteriosas de los residentes.

Agatha Cristie, en su vejez, no se sentía satisfecha de su físico. Ella es pionera en la presentación de ancianos/as activos y con talento, y muchos de sus personajes aprovechan la edad de la jubilación para empezar una vida nueva libre de compromisos sociales (Hércules Poirot, Tommy y Tuppence Beresford, miss Marple). Para poner en su tumba dejó la cita de Spencer (de *Las ruinas del tiempo*): «el sueño después del trabajo, el puerto después del turbulento mar, la paz después de la guerra, la muerte después de la vida, proporcionan placer».

Las relaciones entre primera y tercera generación, la relación abuelo-nieto, puede ser vista con calidez y hermosura como en *La sonrisa etrusca* de J.L. Sampedro, o de forma almibarada y empalagosa por Susana Tamaro en *Donde el corazón te lleve*.

El problema de la jubilación se trata con respeto y cariño por Miguel Delibes en *La hoja roja*, en donde califica a jubilarse como «antesala de la muerte».

Poesía

Según los antiguos «aquel a quien los dioses aman, muere joven». La poesía, sobre todo lírica, ha sido especialmente una producción de juventud. Pero hay otra poesía, de madurez, en la que sí se evocan los problemas de la edad. Aparte de Goethe y otros autores ya comentados, así lo hace Montale, en su *Diario póstumo. 66 poemas y otros*. En esta obra, él es consciente de su situación y envía a una persona amiga unos poemas para que los publique tras su muerte. El sujeto poético es el autor viejo, cansado y consciente de su caducidad, que utiliza la poesía como instrumento de supervivencia y resistencia personal. Acerca de la muerte apunta que «no era un sueño sino una playa de la cual no se regresa».

También el poeta W. H. Auden, ya mayor, escribe: «...mi rostro, pastel de bodas, arruinado de pronto por la lluvia». O T. S. Elliot en *Gerontion* exclama: «Aquí estoy yo, un viejo en un mes seco, una cabeza opaca entre espacios con viento. No tengo fantasmas, un viejo en una casa llena de corrientes, al pie de una loma con mucho viento». T. S. Eliot toca en diversos momentos de su producción esta época de la vida, y sentencia: «en el final está mi comienzo».

D. H. Lawrence precisa en un poema: «Debe ser hermoso llegar a viejo, estar lleno de la paz que procede de la experiencia y de la madura culminación llena de arrugas...». Pero W. B. Yeats escribe: «estoy cansado y furioso de ser viejo...»

Vicente Aleixandre en sus *Poemas de la consumación* aborda asimismo el tema. En *El oficio de vivir. El oficio de poeta*, Cesare Pavese hace lo propio y afirma: «La vejez es la época más corta porque es la única edad que no será rememorada». Entre nosotros, José Hierro escribiría a los 76 años su *Cuaderno de Nueva York*, una de sus mejores obras.

Williams Charles Williams era poeta y pediatra. A los 60 años, un infarto cerebral le hace abandonar la práctica de la medicina; a los 70, escribe poesía con la que gana el premio Pulitzer y reconoce que «la vejez al tiempo que suma, resta». En el siglo xx, Robert Frost en el poema *La noche del invierno en el anciano*, y Wallace Stevens, en *Largas y lentas líneas*, escriben hermosas composiciones sobre la vejez.

En un poema *Elogio de la sombra*, J. L. Borges se expresa así:

La vejez (tal es el nombre que otros le dan)
puede ser el tiempo de nuestra dicha.
El animal ha muerto o casi ha muerto.
Quedan el hombre y el alma...

LA VEJEZ EN LAS ARTES

Mientras los poetas suelen producir sus mejores obras en la primera mitad de la vida, los pintores y escultores alcanzan su cumbre en la madurez, y a veces en plena vejez. Hay varios ejemplos de creadores en diversas ramas del Arte que se mantienen activos hasta muy ancianos.

Giuseppe Verdi compuso sus mejores óperas después de los 70 años, como *Otelo*, y tenía más de 80 cuando escribió *Falstaff*. El protagonista Falstaff es corpulento, glotón y bebedor, vividor, fanfarrón, corrupto y despreciable, pero cómico y con una permanente alegría. Es un anciano jovial que mantiene gran vitalidad; anda siempre detrás de las mujeres quienes se ríen de él, mas él no pierde el buen humor. El personaje Falstaff se basa en *Las alegres comadres de Windsor* y en pasajes de *Enrique IV* de Shakespeare. Para Verdi, cerrar el ciclo de sus óperas cómicas con *Falstaff*, obra jovial, un gran éxito y considerada como una de las mejores de todos los tiempos, le desquitaba con creces del fracaso de la obra inicial, *Un Giorno di regno* (*Rey por un día*), compuesta a los 25 años.

Miguel Ángel inicia el gigantesco fresco del *Juicio Final* de la Capilla Sixtina a los 65 años y sigue trabajando en él hasta después de los 80 años. También, a muy avanzada edad, esculpe su maravilloso *Moisés*, con las facciones de un anciano fuerte y poderoso; asimismo, alrededor de los 80 años, trabaja en *la Piedad* y sigue trabajando hasta los 88 años. Tiziano pinta obras maestras después de los 67, y sigue pintando hasta los 98 años. Muchos artistas, sobre todo pintores, trabajan hasta edad muy avanzada con poderosa creatividad. Así, Degas, Rembrandt, Durero, Monet, Tintoretto, G. Bellini, Andrea Mantegna, Giotto, Ucello, Lucca de la Robbia, Goya, Picasso, Leonardo de Vinci o L. Cranach, que mostraron una vejez fecunda y creadora.

En otras ramas del arte creativo también ocurre. Beethoven, Cervantes, Victor Hugo, Tolstoi, G. B. Shaw, Russell, Yeats, Churchill o Freud se afanan hasta edad avanzada. Sófocles tenía casi 100 años cuando escribe *Edipo en Colona*. Goethe trabaja hasta los 83 y Victor Hugo, con más de 80 años. Alfred Tennyson publica a los 70 años sus *Baladas y poemas* y Galileo, sus *Diálogos* a los 74 años y descubre las variaciones mensuales y diurnas de la luna a los 73, continuando fecundamente creativo hasta los 78 años en que muere.

Creatividad tardía, por ejemplo la muestra Degas que, cuando comienza a perder la vista, se pasa del óleo al pastel; y cuando ya no distingue los matices de los colores, cambia al carboncillo y luego a la escultura. A Claude Monet le operan de cataratas a los 83 años cuando trabaja sobre el tema de los nenúfares y persiste en su tarea

después de la intervención, hasta finalizar 19 cuadros de gran formato. Picasso, ejemplo de creatividad hasta la muerte, a los 80 años afirma: «no nos hacemos más viejos, nos hacemos más maduros».

Pero otros artistas y creadores sí han sentido que el paso del tiempo les privaba de agilidad y creatividad, y son conscientes de ello, como le ocurre a J. Swift o F. Mauriac. Para W. Somerset Maugham lo más difícil de soportar la vejez «no es la mengua de las facultades propias ya sean mentales o físicas, sino la carga de los recuerdos». A sus 86 años, el filósofo Luckás se da cuenta de que sus capacidades declinan, que su lucidez no es la misma y deja a sus alumnos la misión de juzgar y corregir su última obra, *Ontología del ser social*, ejemplo de lucidez, humildad y clarividencia.

Por su parte, Francis Bacon, pintor de enorme fuerza y algo atormentado, dice: «la vida, en última instancia, desde el nacimiento hasta la muerte, es una larga destrucción». Sus pinturas, impresionantes y torturadas, transmiten angustia y desazón.

Lucas Cranach (1472-1553) se acerca al problema desde una doble perspectiva: en el cuadro *El viejo loco* (Museo de Praga) refleja la crítica a la persona mayor que busca amores en jóvenes, el anciano viejo y rico que «compra» una bella esposa; en *El viejo y la muchacha* (Kunsthistorisches Museum de Viena), recalca la diferencia de edad, y en su cuadro *La fuente de la juventud* muestra a viejos decrepitos conducidos a esta fuente de la que salen jóvenes y robustos.

Observamos cuadros de Rembrandt de personas ancianas e incluso autorretratos de edad avanzada fuertes y hermosos. Rembrandt pinta el *Retrato de un filósofo mayor*, de gran poder y belleza, a quien parece le han interrumpido en mitad de sus pensamientos. Existen grabados de Dürero (Museo Albertina, Berlín) de apóstoles y ancianos muy bellos; o el espléndido retrato de un anciano de 93 años, magnífico grabado de la misma colección Albertina.

Para finalizar, en el cine, rama del Arte más joven, también se ha abordado el tema de la vejez, aunque no con frecuencia. En el llamado séptimo Arte, se cae a menudo en cierta blandura y sentimentalismo, aunque recientemente se han producido obras que lo tratan de manera hermosa y digna, como en *Una historia verdadera* o la magnífica película argentina *El hijo de la novia*.

Sociodemografía de la vejez

ASPECTOS GENERALES

El grupo de los ancianos interesa poco y tarde a los sociólogos, incluyéndolos al principio como una fracción de los pobres. Se comienzan a elaborar estadísticas fiables sobre ellos a partir del siglo XVII, y, sobre todo, en el XIX y XX. En 1892 Pearson escribe *The chances of death*, en cuya obra se reseñan las probabilidades de morir en las diversas y sucesivas etapas de la vida. Se observa que la vida media de la mujer es más larga, que las expectativas de vida se prolongan y que estas son diferentes según los grupos de población.

La vejez se expresa como una *ausencia de juventud*; se tiende a estudiarla sólo en términos de pérdidas, no subrayando los aspectos positivos ni enfocándola como una *vejez productiva*.

Lo que siente el mayor al envejecer está muy influido por lo que la sociedad le transmite, de forma que le condiciona para una determinada conducta que termina siendo acorde con el papel que de él se espera. Los ancianos a menudo discrepan acerca de cómo se sienten y de cómo es la imagen que la sociedad tiene de ellos. En los medios de comunicación se muestran pocas imágenes positivas. Los anunciantes y trabajadores del *marketing* se centran en la franja joven y eso repercute en películas, series de televisión o publicidad. Se asocia juventud y belleza, lo que mueve a decir que «los hombres maduran

y las mujeres se hacen viejas». Se estudia el proceso desde una visión muy masculina, con la consiguiente doble discriminación para las mujeres de edad y sexo.

Envejecer no es sólo un proceso biológico sino social. Es la actitud de la sociedad hacia el anciano lo que le hace sentirse así, rechazado o discriminado. Incluso entre el personal sanitario se repiten estas conductas: los mayores se quejan de que se emplea con ellos un tono de voz diferente, protector, como el utilizado con los niños, lo que tiende a infantilizarlos y a que ellos respondan en espejo a esas expectativas.

La creencia social de que los viejos son personas desgraciadas no refleja la realidad sino la proyección que, desde otras edades, se efectúa sobre esa etapa de la vida. Además, la mayoría de los trabajos los realizan personas jóvenes, lo que puede repercutir en la visión que se transmite.

La gerontología social analiza las actitudes de los diferentes grupos sociales hacia las personas mayores. Pocos sociólogos y psicólogos, en proporción, se han interesado por los mayores, y lo mismo cabe decir de los poderes públicos, dejando durante mucho tiempo esta función al voluntariado y a organizaciones de caridad.

La gerontología social también tiene que ver con los cambios sociales en el mundo laboral derivados de la industrialización y con las modificaciones en la estructura familiar. En pocos años se han producido alteraciones en las dinámicas familiares y grupales que han cambiado el paisaje de las interacciones sociales. El número de hijos es menor, la mujer trabaja fuera de casa, aumenta el número de jóvenes dependientes económicamente de sus progenitores y también el de mayores con limitaciones físicas.

En tiempos pasados la caridad y otras virtudes sociales se ejercían con los enfermos y los discapacitados, y se incluía a los ancianos que se encontraban faltos de apoyo familiar o de amigos. En los primeros siglos del cristianismo se crearon establecimientos para personas necesitadas y las dedicadas a los mayores se llamaban *gerontochia*; estos centros se extendieron a lo largo de la Edad Media y a veces los ancianos eran atendidos por los señores feudales o en los monasterios. En algunos casos se les cuidaba hasta su muerte a cam-

bio de sus bienes. Después, en la Edad Moderna, se fundan para atenderlos casas de pobres y *casas de Dios*.

Recientemente se ha mostrado creciente interés por analizar a esta importante masa poblacional que consume y reclama mejoras sociales, y en la que vamos a encontrar una notable proporción de mujeres de bajo nivel económico y escaso poder político.

DATOS DEMOGRÁFICOS

El envejecimiento de la población como fenómeno sociológico ocurre recientemente. La esperanza de vida al nacer ha variado de los 18-20 años en tiempos de los romanos, a los 25 en el siglo XVII, los 35-36 del siglo XVIII en Europa, hasta alcanzar en 1910 los 52 años en el hombre y los 55 para las mujeres.

Alrededor del 16% de la población actual es mayor de 65 años. Este elevado porcentaje han propiciado que se comente a menudo en los medios de comunicación. Sin embargo, constituye una valoración del problema realizada exclusivamente a partir de la perspectiva de los países occidentales. En África más de la mitad de la población no alcanza los 15 años (Kaprucinski, 2001), con lo que el planteamiento que hacemos para el Primer Mundo resulta inconcebible en otro entorno: por ejemplo, la vida media ha descendido en las últimas décadas en países del Tercer Mundo y en los de la antigua URSS.

Siguiendo el análisis de los datos en nuestro entorno, encontramos que los cambios en la esperanza de vida han repercutido en el número global de personas mayores y, por tanto, en su proporción en el total de la población. Esta variación se refleja en su papel en el conjunto de la sociedad, de forma que los ancianos adquieren cada vez más relevancia como grupo, no sólo por su incremento sino también al hacerse oír en sus demandas, por reclamar su papel y sus derechos.

En esta prolongación de la vida media, los factores estrictamente médicos influirían en un 10%, y el 90% restante dependería de las condiciones sociosanitarias de un país. La conducción y potabilidad de las aguas, recogida de basuras, hábitos higiénicos, calidad del medio ambiente, herencia, preocupaciones, enfermedad psíquica, ejercicio o estilo de vida, son más importantes, sobre todo a partir de

un nivel mínimo de atención. Por razones no siempre claras relacionadas con la alimentación y la genética, los pueblos más longevos, al menos en cuanto a casos puntuales, han sido caucasianos-siberianos, andinos, regiones próximas al Tibet y japoneses.

En los países occidentales han disminuido los nacimientos y se ha alargado la vida media. Mortalidad y natalidad se igualan y se estabiliza el total de la población. La pirámide poblacional ha dejado de ser tal, de forma que el gráfico que lo refleja pasa de ser propiamente una pirámide a adquirir la forma de un pez. La edad media global se ve muy influida por los nacimientos, las muertes y los movimientos migratorios.

En la Unión Europea, las tasas más bajas de fertilidad se alcanzan en España, luego Italia, Grecia y Portugal; pero estos cambios demográficos no deben contemplarse como estáticos. Hace unos años eran los países nórdicos los que estaban en la situación de baja natalidad. Allí, después de años de estancamiento, han aumentado los nacimientos debido en parte a la introducción de medidas sociales de ayuda a la infancia y a las madres con guarderías y otros recursos de apoyo, imprescindibles en el nuevo paisaje de la mujer incorporada al mundo laboral.

En el mundo, aproximadamente el 6% de la población tiene más de 65 años. Pero, en Europa, Norteamérica y países occidentales o desarrollados, llega al 14-15%; sólo alcanza el 3% en África y aproximadamente el 5% en Sudamérica y Asia. En los países del Este de Europa se ha informado de longevidades muy altas en Georgia, aunque en general la vida media ha disminuído en los últimos años, en parte por incremento de la mortalidad infantil.

Teniendo en cuenta que la edad avanzada es factor de riesgo para sufrir demencia, y que esta se duplica cada 5 años a partir de los 65, la proporción total de la misma en estas poblaciones llega a cotas altas; además, al avanzar la edad, se incrementan las diferencias de prevalencia entre varones y hembras, con presencia mucho mayor de mujeres. También el estado civil varía, pues hasta los 75 años predominan los casados y después aumentan mucho los viudos (viudas). Estos factores influyen en la demanda de asistencia al médico general, en el número de estancias hospitalarias o en la de servicios sociales.

DATOS DEMOGRÁFICOS EN ESPAÑA

España es el 5.º país de la Unión Europea en cuanto al número de mayores, tras Alemania, Italia, Reino Unido y Francia. España, dicho está, es uno de los países con más baja natalidad y más larga expectativa de vida lo que, obviamente, repercute en la proporción de mayores sobre el total de la población.

En nuestro país la esperanza de vida al nacer era en el año 1900 de 33,9 años para los varones y de 35,7 años para las mujeres. La expectativa de vida, en 1994, a los 65 años, era de 16 años para el varón y de 20-35 años para la mujer, y en el 2000, al nacer, de 75,3 años para varones y 82,5 años para las mujeres. La proyección para el año 2010 prevé 76,9 años para los hombres y 83,1 años para las mujeres, y para el 2020, 77,7 años para los varones y de 83,8 años para las mujeres. Según datos del INE (1998), en España el 16,2% de la población tiene más de 65 años (6.503.768) y el 3,3% sobrepasa los 80, con cerca de 1,5 millones de octogenarios. La población española entre los 16 y los 65 años permacece estabilizada. Se calcula que para el 2020 alcance al 20,1% de la población con 7,9 millones de mayores de 65 años (Fundación Pfizer, 2001). Resultan arriesgadas las proyecciones para más largo tiempo.

En el momento del nacimiento, existen 106 niños varones por 100 niñas; se alcanza un equilibrio entre géneros a los 35-40 años y, a partir de aquí, aumenta el número de mujeres. Desde los 70 años existe un viudo por cada cinco viudas.

En España la gran mayoría de los mayores son urbanos: 4,2 millones de personas. El envejecimiento, como medida relativa, se manifiesta superior en las provincias interiores y en el norte del país, pero insistimos en el carácter urbano en cifras absolutas.

Como se ha señalado, al día de hoy, el 16-16,5% de la población tiene más de 65 años, pero difiere la distribución por regiones. Alcanza al 20% en Castilla-León, Aragón y Asturias, y le sigue la Rioja, Galicia y Castilla-La Mancha. Las poblaciones más jóvenes corresponden a Andalucía, Canarias y Murcia y, aún más en Ceuta y Melilla. La esperanza de vida tampoco se ofrece homogénea: la de algunas comunidades autónomas menos favorecidas económicamente como Andalucía, Canarias o Extremadura resulta inferior en

unos 8 años a la de País Vasco, Navarra, Cataluña o Baleares, lo que se debe a factores socioeconómicos más que a la atención sanitaria. Es decir, cuando observamos que la población global de Canarias o Andalucía es más joven, hay que concluir que se debe no sólo a que nazcan un número superior de niños sino porque los ancianos se mueren antes. Los municipios costeros, urbanizados y diversificados económicamente, presentan una población más joven y los sectores rurales del interior una más envejecida. En el norte, en líneas generales, existen más ancianos que en el sur. Las zonas que sufren más este proceso de envejecimiento poblacional son las regiones montañosas de Pirineo, Cordillera Cantábrica, macizo Ibérico y Sistema Central, así como la mitad norte de la zona fronteriza con Portugal. Por el contrario, la población más joven se encuentra en las grandes ciudades, seguidas por Levante y Andalucía y la parte urbana de Extremadura. Globalmente, en España, la tasa de crecimiento se aproxima a cero.

La mayoría de nuestros mayores viven en su propia casa (siete de cada diez), solos o con los hijos. Dentro del total de personas ancianas, se ha incrementado la proporción de los que viven solos, que es de alrededor del 16-18%, siendo el 85% mujeres y el 15% hombres. El 60% de los mayores españoles permanecen casados; el 35% viudos; el 5%, solteros, y 1% divorciados. El 40% vive con sus cónyuges; alrededor de un tercio, con sus hijos, pero con frecuencia en sus casas; es decir, los hijos viven con ellos. El 16-18% reside sólo (alrededor de un millón) y cerca del 3%, en instituciones o residencias.

Sus actividades más frecuentes estriban en oír radio y ver televisión, y después, en pasear. En la mayoría de los casos viven exclusivamente de su pensión, que muchas veces no alcanza el salario mínimo, sobre todo en lo referente a viudas sin pensión propia, debido a que este grupo de edad ha desarrollado escasa actividad laboral fuera del hogar.

La mayoría de los ancianos prefiere seguir viviendo en su domicilio lo que, con apoyo sociosanitario, permite mantener esta situación durante mucho tiempo, casi hasta el final de sus días, salvo complicaciones o limitaciones graves. Acostumbran a mantener contactos frecuentes y satisfactorios con hijos y familiares y suelen preferir «intimidad a distancia».

Los ancianos no forman un grupo homogéneo, y los factores culturales y económicos son determinantes. Se debe tener en cuenta su origen y de qué medio sociocultural y estatus proceden, ya que en el futuro esto puede variar, positiva o negativamente. Existen costumbres que proceden de la educación recibida en su juventud y que no son tanto «de ancianos» como de una época social concreta de nuestro país. Es decir, los ancianos de dentro de 20 años diferirán de los de hoy; los actuales nacieron entre 1900 y 1935 y están muy marcados por un período concreto de guerra civil y consecuentes privaciones de la postguerra.

El incremento de la proporción de mayores en nuestro país ofrece repercusiones sociales, familiares, psicológicas, económicas, políticas y médicas.

PAPEL DEL MAYOR

El envejecimiento cursa con pérdida de funciones previas, con cambios en el rol a desplegar con los familiares, en sus relaciones laborales y comunitarias, y, no raramente, con reducción de las mismas.

En la sociedad actual muchos mayores carecen de una función específica. Históricamente las personas con un papel social relevante no se retiraban; morían en activo. El retiro y la jubilación son de origen relativamente reciente. Por eso, en nuestros días, se debe propiciar una cultura para mayores que llene de sentido esta época para la que todavía no se ha hallado un contenido idóneo.

Un efecto de la industrialización y de las políticas del estado de bienestar es el debilitamiento de los lazos legales obligatorios entre generaciones de una misma familia y un incremento del propio control sobre los últimos años de la vida. Esto presenta aspectos positivos, pero se corre el riesgo de debilitar los lazos intergeneracionales por falta de interacción social.

Los mayores en las sociedades no industrializadas tienen, a nivel teórico, superior prestigio que en las industrializadas. Respecto a la salud, en el medio urbano existen más servicios y más accesibles, pero puede haber menos apoyo del grupo. Por una razón u otra, en general, los mayores del medio rural parecen tener peor salud que

los urbanos. Se habla de que la urbanización va en detrimento de las relaciones intergeneracionales, aunque afortunadamente, de hecho, estas se mantienen vivas, si bien se debe estar alerta para cultivarlas.

Aunque algunos problemas son comunes, sea cual sea el país de residencia, otros resultan específicos. Así, se ha escrito acerca del temor de las personas mayores en las ciudades industriales de Norteamérica a salir a las calles, sobre todo al anochecer, lo que aún no ocurre en igual medida en nuestro medio. En los países de Asia, África y Latinoamérica se produce una constante emigración de la juventud a las zonas urbanas, que repercute en la situación de los ancianos, que permanecen en el medio rural.

La prolongación de la vida media ya no es privativa de las clases sociales altas. Además, no se trata de prolongar años como de que estos sean de buena calidad.

La jubilación surge de la clase trabajadora industrial; la agraria no se jubilaba. La jubilación no existe para políticos, artistas, escritores, profesiones liberales, ni para los religiosos. La de la mujer en sus labores de la casa no se produce bruscamente. Constantemente se especula con establecer una jubilación flexible, alegando que en el momento en que se estableció el límite de los 65 años, derivado de la Seguridad Social obligatoria de Bismarck, la esperanza de vida era muy diferente a la actual. Existen personas que no quieren jubilarse y desean seguir trabajando, pero hay que investigar si esto deriva de su gusto por el trabajo y la gratificación que les proporciona o se debe a razones exclusivamente económicas.

Los ancianos suelen desplegar una vida social reducida, con menos encuentros interpersonales. A veces, los contactos escasos tienen que ver con las dificultades de desplazamiento. Con la edad se reavivan y refuerzan las relaciones entre hermanos. Para muchos viejos, tan valiosa como la buena salud, es tener buenas relaciones sociales y, en cualquier caso, siempre resulta positiva la máxima implicación en el grupo. La disminución del número de personas por hogar, la fragmentación familiar, el trabajo de la mujer, la disminución del número de hijos o las separaciones conyugales, condicionará en el futuro el plateamiento realizado hasta ahora de cubrir las necesidades con los cuidadores (cuidadoras) familiares.

Uno de los temores de los ancianos estriba en convertirse en una carga para sus hijos. Sin embargo, aunque en la práctica reciben mucha ayuda de ellos, también lo contrario es cierto; los mayores les proporcionan apoyo y orientación en los problemas de la vida, les ayudan económicamente y colaboran en el cuidado de los nietos, sobre todo cuando ambos conyuges trabajan. Sentirse útiles y ser necesitados, bien por la sociedad o por la familia, incrementa su autoestima.

DISCRIMINACIÓN POR LA EDAD: GERONTOFOBIA Y PREJUICIOS

La discriminación por la edad, la gerontofobia o gerofobia (*ageism*) tiene mucho que ver con los estereotipos negativos sobre la vejez que pueden mantener los adultos jóvenes. Los propios ancianos llegan a mostrarse resentidos y desconfiados hacia otros mayores, discriminándose entre sí. Hay que vigilar que a través de los medios de comunicación no se asocie persona mayor con carga o consecuencias negativas para la sociedad. También, evitar la discriminación por razones de edad, tanto en el acceso a los servicios sanitarios como a los de alto coste.

Este prejuicio se refleja en el lenguaje, en comentarios irónicos, chistes, humor y en las historias que se relatan (Palmore, 1971). Se manifiesta en las conductas y en las expresiones verbales, y produce estereotipos negativos. Otra forma es con el exceso de protección, con actitudes parterernalistas, o no permitiendo al anciano su autonomía ni tomar sus propias decisiones. Ellos pueden sufrirlo íntimamente y, en casos, tratar de disimular su edad con cirugía plástica, con vestidos juveniles o conductas inadecuadas que rozan lo patético.

En los servicios de salud y en las tiendas a menudo se expresa condescendencia, siendo las actitudes hacia la mujer de edad particularmente negativas. En los medios de comunicación se asocia a menudo vejez con clase pasiva parasitaria e, implícitamente se desvaloriza, al considerarla una carga. A nivel de mercado, durante mucho tiempo no se dió importancia a este grupo de población porque no representaba unos consumidores interesantes y no se les tenía en cuenta en la publicidad. Eso está cambiando al ser ya un grupo numeroso y con potencial económico, lo que influye en las campañas y estudios de mercado.

Pero que los mayores todavía forman un grupo de posición de inferior relevancia lo refleja el tiempo que se les dedica en anuncios y en los espacios de los medios de comunicación, sobre todo si se compara con la atención que se presta a los jóvenes y a las personas de mediana edad. Además, a veces se subrayan o seleccionan en la noticia sólo los aspectos más negativos, truculentos o pintorescos.

Los profesionales sanitarios, auxiliares, ATS o médicos, también muestran reticencia a implicarse en programas de atención a mayores. En estas creencias o prejuicios influye mucho la historia personal del profesional: si se ha tenido una relación cálida con una persona mayor próxima, con los padres o los abuelos, se reflejará en una conducta más positiva hacia ellos. Los sentimientos y actitudes de los sanitarios hacia los ancianos provienen de experiencias pasadas, conscientes o inconscientes, talante social o temor a envejecer. El médico debe estar alerta a estos sentimientos contratransferenciales, sobre todo si son negativos.

La gerontología es popular, pero no los viejos. Hoy la civilización es gerontofóbica y teme la vejez desde la misma juventud. Es preciso promover que se vea a la ancianidad como parte de uno mismo e integrada en la vida.

Se asocia vejez con soledad, mala salud, senilidad, enfermedad física y debilidad, cuando en el 75-80 % de las personas mayores no es así, al menos hasta los 75 años. Se les considera depresivos, dependientes, solitarios, confusos o quejosos e incluso los profesionales de la salud pueden tener esa impresión porque los que viven solos hacen más uso de los servicios sociosanitarios.

Los estereotipos negativos representan una forma de estigmatización que condiciona la conducta y además pueden servir para categorizar una amplia gama de población como un grupo uniforme. El modelo de «abuelo perfecto» se ve hasta los 60-70 años, pero raramente después. Se les asocia con rigidez, pasividad o dependencia y, sin embargo, va en contra de la realidad, pues la mayoría de los que sobrepasan los 65 años viven independientes, su situación económica es aceptable o al menos autónoma, no son solitarios y constituyen un grupo muy heterogéneo.

El valor que se da a los ancianos en nuestra sociedad, dentro de los estratos etarios, es menor y esto se refleja incluso en las indem-

nizaciones por accidente. Esta devaluación de la vejez, que se observa en los estudios sociológicos, es aún más marcado en las mujeres ancianas, que son vistas de manera más crítica que los hombres, sobre todo en lo que se refiere al fingimiento y ocultación de la edad.

Existen más viudas que viudos. Muchas mujeres ancianas viven solas, bien por la muerte del cónyuge o por separaciones. Las personas que se quedan viudas tienen que adaptarse al duelo y les supone mayor coste al sentirse más aisladas y con menor apoyo social.

VEJEZ PRODUCTIVA Y OCIOSA

Muchas manifestaciones de la vejez tienen que ver con su situación social, con la disminución de las interacciones sociales y con el aislamiento que se produce de la corriente general de actividades. Es decir, son consecuencia de su nueva situación y no al revés. Al retirarse del trabajo los mayores ya no mantienen contacto con sus compañeros y de paso disminuyen las actividades relacionadas con la profesión. Limita el campo de sus encuentros sociales limitándolos a familia y amigos. Se corre el riesgo de aislarse más y más de la vida social activa; aumenta su egocentrismo y disminuyen los puntos de referencia; se involucra emocionalmente menos en los problemas de los otros y se sumerge más en los propios. En casos extremos puede llevar al aislamiento, sobre todo si ya existen problemas de relación interpersonal. Si la sociedad se basa en el trabajo, al quedar eliminado de él, se le excluye un poco (de lo importante) del mundo. El trabajo confiere prestigio, dignidad y recursos económicos. Un anciano que está aislado se puede volver aburrido e irritable, más pasivo y apático.

En estudios que analizan el envejecimiento y el futuro se defiende que deben verse como una etapa vital en lugar de como una carga social, como una época de realización intelectual y de proyectos personales. Se deben rechazar por ello los comportamientos de las personas mayores que conduzcan a una exclusión social; se debe evitar la discriminación y propiciar sistemas de financiación pública que, a través de la protección social, les permita elegir el entorno que prefieran.

El concepto de «satisfacción personal» se considera como un estado de equilibrio. Sería un indicador del bienestar subjetivo independiente de la felicidad y de la presencia de enfermedades psíquicas.

La satisfacción vital tiene que ver con una situación relativamente estable, y no se debe confundir con éxito o logros. Se relaciona con la salud, desarrollo intelectual, estatus social y educación. El temor personal a envejecer es uno de los factores que más influyen en el estado subjetivo de bienestar. En algunos trabajos se ven diferencias entre varones y hembras: en los hombres, la personalidad es lo que más influye en su bienestar interior, y en las mujeres la armonía de su medio hogareño. La valoración social debe efectuarse abarcando todas las relaciones humanas, actividades, recursos, apoyos, autonomía, preferencias y valores.

Debe saberse que los factores psicosociales repercuten más en la longevidad que los biológicos. Influye la renta elevada, rango social, educación superior, actividad social, satisfacción laboral y vital, nutrición, enfermedad física o psiquiátrica, actitudes psicológicas y estilo de vida.

Dejar el trabajo cuando tiene un componente de frustración y resulta poco satisfactorio puede actuar positivamente, con mayor frecuencia de encuentros familiares, mejor salud o la práctica de aficiones. Muchos no lo echan nada de menos y les gusta tener tiempo para sí mismos; inician una nueva vida y se implican en actividades más gratificantes. Es tiempo en el que pueden disfrutar del ocio, pero la forma en que este se va a desarrollar depende de los recursos económicos, estilo de vida, estado de salud, movilidad, gustos, cultura e infraestructuras disponibles. Al ser una potencial fuente de negocio, la iniciativa privada también está despertando.

La jubilación puede ser una liberación si se ha tenido un trabajo duro y se consigue una pensión digna. Pero para quienes disfrutaban con su trabajo y se sienten intelectualmente bien, la jubilación representa un trauma. Se podrían buscar alternativas a la situación actual de todo o nada, y plantear medias jornadas o alguna forma de colaboración; pero la competitividad y la agresividad laboral parecen no dejar sitio a estas modalidades.

Existe una experiencia muy positiva en Norteamérica, que consiste en que los profesionales jubilados retornen a la Universidad, con lo que se produce un flujo de beneficios mutuos entre ellos y las generaciones jóvenes. Ideas novedosas como esta proporcionarían ese interesante rol al mayor que no siempre tiene.

Sería beneficioso desde el punto de vista físico, mental y financiero mantener a los mayores en papeles productivos, bien en trabajos pagados, voluntariado, actividades sociales o en servicios públicos, y estimularlos a tener proyectos y objetivos. Se actúa previniendo incapacidades y limitaciones, con lo que disminuyen las necesidades asistenciales.

OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD HACIA EL MAYOR

En el cuidado de la salud de los mayores existen obligaciones del individuo, la familia, el empresario y el Estado. El individuo tiene la obligación de mantener hábitos saludables, desarrollar y proteger recursos económicos personales y contribuir al medio físico y social de manera equilibrada. La familia tiene el deber de atender a sus miembros incapacitados de todas las edades, con cuidado y según las necesidades. La comunidad ha de proporcionar oportunidades para desarrollar actividades productivas y dar servicios de salud y sanitarios de buena calidad. Los empresarios tienen la obligación de ofrecer trabajo en condiciones saludables a lo largo del ciclo vital y negociar pensiones y servicios médicos dignos. El sistema debiera detectar a los que viven solos, viudos, pobres o aislados para controlar su estado, con contactos telefónicos diarios y prevenir situaciones de riesgo. La información y las actividades preventivas permiten llegar a viejo en buen estado de salud.

Los factores culturales pueden influir en la demanda de recursos sociosanitarios. En China, las generaciones suelen permanecer unidas; por influencia de las ideas de Confucio, a los mayores se les muestra respeto. En China, la familia asumía el cuidado de los mayores y no se trasladaba el problema a la sociedad; debido a la política de «un matrimonio, un hijo» esto puede cambiar. Por otro lado, en las familias chinoamericanas, los problemas de demencia se consideran normales a esa edad y no se pide ayuda a los servicios sanitarios; además, como en la cultura china se asocia cierto estigma a la enfermedad mental, se tiende a ocultar el problema.

La familia tradicional está cambiando y para algunos autores no se trata de una crisis de crecimiento y desarrollo, sino una desinstitucionalización, mudando la familia troncal o de linaje a una familia

nuclear-conyugal, que acabará siendo matrilineal (Flanquer, 1999); podría asociarse la decadencia del matrimonio con la devaluación de la función del padre. Con el cambio familiar, los progenitores han perdido autoridad; se producen transformaciones entre los miembros de la familia y las relaciones pasan a ser más abiertas e igualitarias; cambian los roles en la familia, con un mayor papel de la mujer y con resistencia del hombre para aceptar un reparto igualitario del empleo remunerado, del trabajo doméstico y de la autoridad familiar (Alberdi, 1999). Estos cambios repercutirán de una forma u otra en los ancianos del mañana, y habrá que estar preparado para las nuevas dinámicas familiares y sociales que se perfilan.

Los adultos viven como si nunca fuesen a envejecer. A veces se intenta ocultar lo que significa la vejez a los niños o jóvenes; sin embargo, estar formado e informado sobre la vejez, en todas las épocas, resulta bueno para afrontarla de manera más positiva.

RECURSOS SOCIALES

En este grupo etario, los recursos sociosanitarios son imprescindibles. La separación entre lo social y lo sanitario se diluye en el caso de individuos dependientes. Se consideran personas con discapacidades aquellas que sufren una limitación grave que afecta durante más de un año a su actividad y tiene origen en una deficiencia. Dependencia sería cuando precisa ayuda y asistencia para las actividades de la vida diaria. Los mayores dependientes suelen recibir la ayuda de sus hijas en primer lugar, luego de sus cónyuges y después de hijos varones u otros familiares.

Los recursos que se pueden ofrecer a estos ancianos son ayudas a domicilio, que en nuestra país tienen una muy desigual implantación, según las regiones; centros de día que permiten mantenerlo en su hogar; servicios de teleasistencia que transmiten seguridad y tranquilidad; estancias temporales en residencias que proporcionan descanso a los familiares; viviendas tuteladas, recurso poco desarrollado aún, u otros. Los centros de día y hospitales de día son alternativas más económicas que las residencias; proporcionan alivio a los familiares, les permite vivir en sus hogares y retrasa la institucionalización.

En España se dedican muchos menos recursos que en la Unión Europea para estas prestaciones. Se prevé un incremento en los servicios de atención domiciliaria, tanto para necesidades médicas, de enfermería o personal, pues resulta una forma de que los ancianos estén bien atendidos y disminuyan las hospitalizaciones.

Como se ha señalado, la vejez es un grupo de población que va a precisar variados recursos sociosanitarios de los que estamos escasos. Así, en España hay 3,03 plazas de residencias por cada 100 mayores mientras que en otros países europeos es de aproximadamente 5 plazas. La atención domiciliaria, por ejemplo, cubre alrededor del 1,6% de los mayores de 65 años en nuestro país y en Francia o Bélgica alcanza entre el 10-20%. Además, estos recursos dentro del territorio nacional se distribuyen de manera irregular. Incluso dentro de las mismas ciudades, hay diferencias ilógicas entre distritos, con algunos altamente equipados y otros muy precarios en recursos materiales y humanos. En un informe de Winthethur Salud (El País, martes 25 de abril de 2000) se constata que el 73% de los mayores de 65 años que necesitan cuidados para sus tareas cotidianas lo asumen familiares o el voluntariado. Esta situación previsiblemente puede cambiar en los próximos años por la variación en la estructura de la familia, ya señalada, que se ha producido en España, con más divorcios, hogares monoparentales y menor número de descendientes, lo que, inevitablemente, repercutirá en superior demanda de ayudas institucionales. Aproximadamente un millón de ancianos precisa cuidados y los suele asumir la familia.

Los mayores hacen más uso de los servicios sanitarios después de los 75 años y están más en contacto con los médicos de cabecera. Es muy importante la formación de estos profesionales en el campo de los ancianos para que permita mejor atención en su domicilio y evite remitirlos a urgencia o a los centros hospitalarios. Además, su mayor cercanía y mejor conocimiento de sus necesidades, facilita una pronta identificación del problema, actuar sobre el grupo socio-familiar próximo y desarrollar una labor profiláctica.

La propuesta de vivir en una residencia pueden sentirla de manera distinta, positiva o negativamente, según quien haga la demanda o las razones que lo motivan. Los más independientes prefieren permanecer en su domicilio hasta el final; los más inseguros, lo

contrario. Aspecto diferente es la motivación de las familias, muchas veces pensando más en ellas mismas que en el mayor. Resulta difícil a veces separar lo que es proteger de lo que es obligar, cortar la propia libertad del mayor. En las residencias existe el riesgo de estar más aparcados que atendidos. La formación sanitaria del personal en ellas es, a menudo, escasa. Se debe reconocer la autodeterminación individual y evitar el paternalismo y la condescendencia, así como combatir actitudes pasivas, consumo excesivo de televisión, y proteger y vigilar sus bienes y persona.

Se han planteado novedades arquitectónicas pensando en los ancianos, pero muchas veces resultan para el lucimiento de los arquitectos. Deben eliminarse las barreras y no constituirse en guetos, sino favorecer que los mayores se mantengan incluidos e integrados en la sociedad; próximos a su lugar habitual y permitiendo cultivar las mismas relaciones interpersonales. Cuando la edad avanza, se pueden agudizar las dificultades de movilidad, sobre todo en escaleras o desniveles, y se precisarán ayudas que faciliten el desplazamiento. A nivel político y de diseño urbano deben tenerse presentes la señalización y las dificultades de movilidad para que los espacios sean accesibles y se favorezca la comunicación y la autonomía.

Al hacer una proyección de necesidades, el primer problema planteado es la diferencia entre envejecimiento normal y patológico. La distinción entre lo que es saludable y lo que no, cuantitativa y cualitativamente, no resulta fácil y a menudo no se puede marcar el punto del comienzo. En una previsión de futuro se espera un incremento de personas mayores con discapacidades limitantes de su autonomía personal, y un mayor número de individuos en situación de inseguridad, soledad y aislamiento social. Pero también se espera un aumento del número de personas, que siendo mayores de 85 años, mantengan buena calidad de vida. Asimismo, aumentará el voluntariado y el asociacionismo entre mayores, con más conductas de reivindicación organizada.

A algunos ancianos que cambian mucho de domicilio se les hace historia que portan ellos mismos, lo que supone una buena medida de ayuda para el médico de cabecera.

CUIDADORES FORMALES E INFORMALES

En la ayuda a los mayores, el cuidador resulta una persona de máxima importancia. El cuidador es, en la inmensa mayoría de los casos, mujer, hija o esposa, aunque está incrementándose el número de varones con esa función.

El cuidador puede reaccionar enmascarando la situación de enfermedad grave, negando y no queriendo enterarse, y, en consecuencia, no tomando las decisiones adecuadas. Los cuidadores están muy expuestos a sintomatología diversa y al abandono de sí mismo en lo físico y lo mental, siendo el riesgo superior si la persona a quien se cuida tiene síntomas psíquicos. Sus rasgos de personalidad, inseguridad, neuroticismo y red social de apoyo resultan determinantes para soportar la situación. Además, el cuidador puede experimentar un difícil proceso de duelo en vida, por la culpa y el alivio que le produce la muerte, por ejemplo, de un familiar demenciado.

Ser un cuidador de manera exclusiva puede repercutir a nivel económico, ya que se abandona el trabajo, impidiendo la promoción profesional y la mejora en la categoría laboral, y precarizando un futuro de pensiones.

Existen cuidadores extrafamiliares, asalariados, a menudo con escasa preparación para la función a desarrollar. En nuestro medio se da con frecuencia entre los inmigrantes, porque se supone que apenas se necesita cualificación. Se debería pensar en algún programa de formación para trabajo tan delicado y de tanta responsabilidad, no dejándolo al albur de los criterios personales, en los que puede influir la cultura de origen. Esta preparación dignificaría el trabajo y ayudaría a ejercer cierto control para evitar conductas inadecuadas, por ignorancia o abuso.

ATENCIÓN AL CUIDADOR

Se debe prestar especial atención al cuidador —en la inmensa mayoría de los casos mujeres— en los que la edad media, en un tercio de los casos, es superior a los 65 años.

El cuidador se siente solo, sin apoyo, triste. Oscila entre la irritabilidad y la culpa. A menudo se encuentra cansado, deprimido o so-

metido de forma permanente al estrés emocional. Experimenta sentimientos contradictorios de los que se avergüenza porque cree que es el único que los sufre. Sus emociones van desde la preocupación al rechazo, resentimiento, hostilidad, embarazo o frustración. El cuidador se siente perdido y desconcertado.

Se debe trabajar con él, señalándole que no existen sentimientos «correctos». Se debe mostrar de dónde proceden esas emociones y por qué son así. El fastidio y la irritación pueden ser comprensibles y no es una persona despreciable por sentirlos. Su enfado tiene justificación porque existen personas que deberían ayudarle y no lo hacen. Se puede admitir su frustración y enojo.

Generalmente le alivia compartir sus inquietudes y temores con otras personas que se encuentran en la misma situación. Por eso le sirve de ayuda participar en grupos de apoyo o autoayuda, con problemas similares a los suyos. Le permite compartir ideas, comprobar que otros sufren problemas semejantes, aliviar sentimientos de culpa y conocer recursos.

Su sentimiento de culpa a veces se refleja en el análisis de lo que se hizo o dejó de hacer en el pasado; el grado de paciencia que se muestra, si se siente vergüenza por la forma de comportarse en público, etc. Puede que esto le lleve a un peregrinaje inútil por medicinas marginales o charlatanes poco escrupulosos que explotan estas emociones, ofreciendo curas milagrosas que intentan un imposible, por no tener que reprocharse que «no se han esforzado lo suficiente».

A veces volcará su frustración en los profesionales y las instituciones por creer que no hacen algo más para mejorar al anciano de una evolución que resulta inexorable.

Cuando el mayor querido se demencia, se produce un proceso delicado y doloroso. Se le pierde, pero está ahí. Es como un duelo que no se puede elaborar porque no se ha ido. La sensación de soledad y desaliento es enorme cuando no reconoce al familiar próximo (hijo, esposo), y es aún mayor si es el cónyuge con el que se ha compartido toda una vida.

Es conveniente que el cuidador pase algún tiempo fuera del ámbito de la persona cuidada. Descansar un día, una semana, tener va-

caciones. Saber que va a disponer de este tiempo para sí mismo le ayudará a soportar la situación. Es una *vacación emocional* imprescindible para poder dar lo mejor de sí. Se le debe señalar que la única forma de que pueda entregarse a los demás es encontrarse bien él mismo y sentirse a gusto.

Se debe estar especialmente alerta a la presencia en el cuidador de ideas de suicidio, sólo o ampliado, que le pueden asaltar en situaciones de desesperación o de degradación importante. También, si se observan conductas de abandono de su aseo o cuidado personal; si aparece deprimido o irritable la mayor parte del tiempo; si muestra importantes alteraciones del sueño o elevados niveles de ansiedad; si tiende a automedicarse o incrementa el consumo de tabaco, alcohol y otros tóxicos; si no come o lo hace en exceso, o bien tiende a un creciente aislamiento social. Serán señales de alarma que nos alertan del derrumbamiento del cuidador.

En nuestra cultura, la costumbre de dejar al anciano, demenciado o no, al cuidado de la hija, sobre todo si es soltera, es profundamente injusta. Se le priva a ella de una vida propia a nivel afectivo, social y laboral. A veces tienen que abandonar su trabajo por no poder compartir ambos papeles, lo que repercute en un mayor aislamiento, inferior cualificación personal y, a la larga, menos recursos económicos. Las personas que trabajan fuera de casa, a pesar del sobreesfuerzo que supone, tienen un riesgo menor de caer en la «patología del cuidador» que cuando lo hacen sólo en el hogar.

La despreocupación descarada hacia el problema por parte de otros familiares puede agravarse porque de visita se permiten criticar cínicamente cómo se están realizando los cuidados, sin aportar ayuda verdadera.

En el equilibrio del cuidador va a influir la personalidad previa, relación afectiva que se mantenía o mantiene con la persona a la que se cuida, ritmo de trabajo, nivel de formación, alteraciones de conducta que se muestren, conflictos personales y salud física.

Existen comportamientos que el cuidador tolera peor. Se aceptan más fácilmente los despistes y fallos de memoria o del lenguaje, así como tener que alimentar, vestir o asear al mayor. En cambio, se toleran mal las crisis de agresividad o agitación, el deambular ince-

sante y errático, la reiteración en preguntas o conductas, la apatía, las alucinaciones, las reacciones catastróficas ante mínimos contratiempos, la actitud sexual inapropiada o la incontinencia. Ante los cambios de personalidad y la apatía, si no se tiene información, el cuidador se siente desconcertado.

Es diferente la situación del cuidador principal de la del cuidador(es) secundario(s); este último no asume la responsabilidad global.

También las personas que atienden en instituciones o como asalariados particulares requieren una atención especial. A veces, la tensión y el estrés a que se ven sometidas favorece los malos tratos o, incluso, estos pueden ser provocados sin intencionalidad clara de hacer daño, en el contexto de un trastorno de conducta.

El conocimiento por parte de los cuidadores del proceso que vive el anciano, demenciado o no, saber lo que ocurre, hace más soportable la situación. Por eso se debe dar información suficiente, ausente de tecnicismos, acerca del proceso y de lo que se prevé. Además, ayuda a evitar pensamientos negativos ante los trastornos de conducta del tipo de «lo hace porque quiere, por fastidiarme», o similares, que generan superior agresividad y frustración.

Siempre se debe informar de los recursos sociosanitarios existentes, que pueden ayudar a sobrellevar tan difícil situación.

Economía y vejez

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la vejez a lo largo de la historia ha existido siempre, aunque su dimensión actual es un fenómeno relativamente nuevo. Antes interesaba a partir de casos individuales, pero el notable incremento de la edad de la población genera una nueva relevancia socioeconómica. El volumen de pensiones, las ayudas sociales y los costes económicos directos e indirectos provocados por las enfermedades en los últimos años de la vida, centran a menudo el discurso de economistas y políticos, y repercuten consiguientemente en los presupuestos globales del Estado.

Durante muchos años, en la época victoriana y posteriormente, influyentes e interesadas corrientes de opinión propagaban que los pobres eran responsables de su pobreza y, por consiguiente, estos despertaban escasa simpatía. Durante parte del siglo XVIII y XIX, enlazándolo con lo anterior, se pensaba que se sufría el tipo de vejez que se había buscado y los que se habían preocupado por su futuro la disfrutaban en paz y confort. Se consideraba que la caridad bastaba para cubrir las necesidades de los más menesterosos. A finales del siglo XIX y comienzos del XX se constató la severa extensión de la pobreza y que esta se asociaba con elevados índices de enfermedad, criminalidad e ignorancia. Los ancianos eran especialmente vulnerables y susceptibles a este grave problema y cuanto mayor edad, su-

perior era el riesgo de pobreza. Esto sirvió de base a los gobernantes para plantearse una política de pensiones, que se inició en Alemania, Dinamarca y Nueva Zelanda, a través de un sistema para trabajadores regulares carentes de rentas con edades superiores a los 70 años. Significaba un refrendo de los derechos de los mayores y una afirmación de la ausencia de responsabilidad en su propia pobreza. Los ancianos pobres, en número suficiente para llamar la atención, surgen sobre todo a partir del siglo XIX; antes morían.

Las sociedades que ofrecen peores condiciones a las personas añosas son las más anárquicas, las que se basan en la ley del más fuerte, las menos civilizadas. Los grupos estructurados o con leyes y normas evolucionadas protegen a los débiles. Las sociedades que conservan orígenes patriarcales dan cobijo a los mayores; en las épocas de descomposición familiar o de ruptura de la forma tradicional, de inestabilidad, existe el riesgo de tender a abandonar a los más vulnerables y, entre ellos, a los ancianos.

Se quiere relacionar el grado de modernización desde las sociedades preindustriales hasta la actualidad con la repercusión en el estatus de los mayores. A menudo se afirma que su situación era mejor en dichas etapas preindustriales y que empeora en la época moderna; sin embargo, esta relación no es lineal. Los cambios en la tecnología devalúan socialmente el papel de los mayores como depositarios del conocimiento, rompen el núcleo familiar (como consecuencia de la urbanización), y otorgan menor importancia a la herencia de la tierra. Pero cuando se supera un primer nivel, si continúa mejorando la situación industrial y económica, esto repercute positivamente en los ancianos, siguiendo una curva que tiene forma de J. No se debe contemplar, pues, una progresión paralela entre primitivismo y progreso. De hecho, muchas veces la actitud hacia los mayores no tiene que ver con el desarrollo de la economía del país, como se observa en China y Japón, que les han mostrado siempre gran respeto por influencia de las ideas de Confucio.

FACTORES ECONÓMICOS DE LA JUBILACIÓN

El concepto de jubilación surge en la sociedad industrial debido a los bruscos cambios en la actividad laboral, y no en la agraria en la

que el individuo se va adaptando al nivel de sus capacidades, sin una ruptura tan radical entre un antes y un después.

La jubilación se plantea a finales del siglo pasado asociado a la persona de Otto von Bismarck, príncipe y político alemán, quien crea en 1889 un sistema de seguridad social que incluye las pensiones, y que proporciona a los ancianos seguridad económica como un derecho y no como una caridad. Se desarrolla como una forma de encauzar las demandas obreras en el contexto de un capitalismo duro de fin de siglo y con el intento, por parte del prusiano, de garantizar para el proletariado un mínimo de seguridad, con un sistema de prestaciones, y para protegerlo de las vicisitudes de la enfermedad frente a los accidentes de trabajo y de las inclemencias de la edad. Su legislación sobre pensiones en Alemania procede de 1889. Se cubría con aportaciones del trabajador y era completado por el Estado. Se disfrutaba de las pensiones contributivas a los 70 años y, si se producía alguna invalidez, se beneficiaban antes; se redujo a los 65 años en 1916. Fué Bismarck quien estableció los 65 años como la edad de retiro, pero entonces pocas personas la alcanzaban. El incremento relevante de la población por encima de la edad citada se produce a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Estos sistemas de protección que se fueron extendiendo a diversos países van a tener dos formas de financiación: vía impuestos (Dinamarca, Nueva Zelanda, Reino Unido) o a través de cotizaciones, completadas o no por el Estado (Austria, Suecia, Alemania, Noruega). España empezó con un sistema de seguridad social y pasó al segundo, que se completa con aportaciones vía presupuestos generales del Estado. En algunos países, las mujeres trabajadoras pueden acceder a su retiro y su pensión antes, hacia los 60 años. En otros como Japón, no es raro que, aunque puedan retirarse, no lo hagan tanto por razones financieras como de tipo social. También hay diferencias según los países: en unos la jubilación es obligatoria a una edad determinada y en otros es opcional.

La mejoría en las pensiones repercutió en beneficio de las condiciones de vida y así ha continuado hasta la actualidad; pero los que dependen sólo de ella se han mantenido en el grupo de bajo nivel económico. En todo caso, el sistema de pensiones, contributivas y no contributivas, actúa siempre como una forma de alivio de las desi-

gualdades sociales, de redistribución de los recursos y de paliar la extrema pobreza.

El retiro no es una idea que haya surgido sólo en nuestra era. Ya en el siglo VI y VII, un grupo de mayores de buena posición socioeconómica se retiraba a los monasterios, desarrollándose en forma de casas de reposo o acogida en siglos posteriores. Lo que sí resulta propio de nuestro tiempo es la generalización del proceso.

Se habla de vejez asociada a edad laboral y jubilación, a dejar a otras personas que ocupen los puestos de trabajo. Una filosofía excesivamente economicista puede influir de manera negativa en la visión que la sociedad haga de este grupo de población, en especial si se subraya la carga económica que suponen los no activos sobre los activos y su repercusión en los presupuestos. Se tiende a adoptar una actitud condescendiente sobre lo que son derechos con una inclinación permanente a intentar recortarlos.

Los economistas hablan del *índice de dependencia* que trata de la relación entre el número de empleados y quienes no lo están. Las previsiones contemplan un deterioro de este *ratio* de dependencia (proporción entre población en edad de trabajar y el resto) que hoy es de 50% / 50%. Se supone que se desequilibraría en contra de la población en edad de trabajar hasta el 44% / 56% en el 2020, debido a que el incremento previsto en el segmento de población más joven resulta inferior al aumento esperado en los mayores de 65 años. Se señala que, como la proporción de viejos aumenta y la de nacimientos no, cada vez hay menos trabajadores activos que coticen en relación a los que reciben sus pensiones. No se suele hacer mención al factor productividad, que se ha incrementado con los sistemas actuales de trabajo. Pero es evidente que cuando la proporción de personas dependientes (niños, ancianos, enfermos) frente a productivas aumenta, se crea un problema de tipo económico. Este se puede contrarrestar incrementando la productividad, prolongando la vida laboral, reduciendo la cantidad gastada en este grupo de población o mediante una distribución más justa de la riqueza generada.

En los foros de debate, empresarios y políticos plantean el problema del envejecimiento de la población y sus repercusiones económicas. Se defienden planes de pensiones complementarios y privados a sabiendas de que, sólo a partir de ciertos ingresos, cabe plantearse

estos sistemas paralelos. Se habla cada vez más de un *seguro de dependencia* pensando en los mayores que no se van a valer por sí mismos. Los planes privados de pensiones venden el futuro sobre todo a través del miedo; son como una cuenta a plazo fijo. Si sólo existiesen las pensiones privadas se pasaría a un sistema de previsión individual, frente al sistema más igualitario y solidario de la Seguridad Social.

Se genera alarma cuando se habla del desplome de los sistemas de pensiones. El miedo a la vejez se asocia con el miedo a la pobreza, provocando una enorme sensación de incertidumbre. Este miedo puede impedir al mayor disfrutar de lo que tiene y darse la paradoja de ancianos que al morir dejan una cierta fortuna, a pesar de disfrutar de pensiones exiguas, porque no se han permitido un mínimo dispendio o capricho.

JUBILACIÓN DESEADA O IMPUESTA

En la actualidad, en las sociedades urbanas se produce una ruptura brusca entre la vida laboral y la jubilación, a la que no siempre se adaptan fácilmente los afectados. La economía competitiva exige rendimientos plenos y expulsa de su seno a los que se supone que no van a estar en estas condiciones. Es un todo o nada que puede vivirse más como una imposición y un castigo que como una meta. Las empresas plantean jubilaciones anticipadas, a veces de manera brutal, a personas que están en pleno rendimiento, y lo hacen en función de sus cifras o sus cuentas de resultados, con frecuentes repercusiones psicológicas sobre el individuo. Se fijan los límites de la jubilación no teniendo en cuenta las capacidades, necesidades o conveniencia del trabajador, sino en virtud de ajustes macroeconómicos, con lo que las personas se convierten en números. El jubilado cambia su estatus y este cambio se puede reflejar, no sólo en el ámbito laboral y social, sino en el familiar, pues puede ser visto de manera diferente por esposa e hijos. La jubilación suele acompañarse de una pérdida de estatus económico, pero también de relevancia social.

Jubilación viene del latín *iubilare*, que significa dar gritos de júbilo. La jubilación puede ser una meta a conseguir, un logro o un castigo; ser buscada o rechazada. Es deseada por unos y sentida como una liberación, o vivida como una afrenta por otros, como una desconsi-

deración e ingratitud: «yo, que les he dado los mejores años de mi vida ...». En ello influirá poderosamente el grado de satisfacción con el trabajo y el hecho de que haya sido deseada o impuesta.

La adaptación a la jubilación tiene algunos matices similares al duelo porque se produce una ruptura, una pérdida. Como el estatus social es determinado en gran parte por su situación ocupacional y su empleo, los que son forzados a retirarse lo asocian con pérdida de autoestima. La jubilación rígida, a una edad fija, también favorece los estereotipos sociales que llevan a considerar a esta población como diferente.

Phillipson (1982) ha sugerido que la exclusión forzada de los mayores del mercado de trabajo representa una forma de control social. Por una parte ofrece un ejército laboral en reserva y, por otra, aumenta la disciplina entre los trabajadores jóvenes que buscan unas perspectivas de promoción.

Los Estados diseñan políticas económicas de modelos a seguir con los mayores y estas políticas cambian en el tiempo, en función de la población y de las necesidades. Así, durante la Segunda Guerra Mundial, se incorporaron muchos ancianos retirados al mundo del trabajo activo porque se necesitaba mano de obra. En cambio, en años recientes se ha promovido la jubilación anticipada para disminuir el desempleo.

Son los países con renta per cápita más alta los que tienden a una menor participación en el mundo laboral después de los 55 años (si se exceptúa Japón), y también a una mayor discriminación laboral a partir de los 50-55 años, deteniendo su promoción. Sin embargo, se levantan voces que aconsejan replantear el problema de las muchas jubilaciones anticipadas que sobrecargan al Estado y que defienden retrasar las mismas, sobre todo en las personas capaces que así lo elijan de manera voluntaria. La jubilación flexible es tema controvertido: defendido por unos o denostado por otros.

Pocas personas mayores de 65 años tienen un empleo regular. Depende de que se les permita continuar, del trabajo que desarrollen, del nivel de renta, de la salud, de la familia. Como se señalaba, las políticas de los gobiernos, unas veces van a defender jubilaciones y retiros precoces para facilitar a grupos más jóvenes entrar en el mercado laboral, y otras se

va a favorecer continuar trabajando, si así se desea, para no incrementar la masa de población dependiente de las pensiones. Una razón para no desear jubilarse puede estribar en la necesidad económica.

ECONOMÍA Y SALUD

En la segunda mitad del siglo XIX la medicina alcanzó importantes progresos que repercutieron sobre todo en la disminución de la mortalidad de niños y jóvenes y poco en las personas de edad, ya que estas recibían atención de los centros de caridad a donde no llegaban los avances. Disminuyó la mortalidad infantil pero no se prolongó la vida media en los que superaban la primera fase de la vida. El cambio en la esperanza de vida se observa claramente a partir de la Primera y, sobre todo, de la Segunda Guerra Mundial, pues mejoran las condiciones higiénicas y se crea la asistencia sanitaria que se extiende a todos los ciudadanos.

En la vejez, el estatus económico medio disminuye y se sabe que los grupos económicamente más débiles tienen peor salud. Se ha comprobado, no sólo en países donde predominan redes sanitarias privadas, sino incluso en el nuestro, con un sistema nacional de salud público y universal. Economía y salud están estrechamente relacionadas. El nivel socioeconómico repercute proporcionando una vida media más larga y de mayor calidad en las clases sociales superiores. Esto resulta patente en los países en vías de desarrollo, en los que las clases altas gozan de un nivel de salud y de asistencia médica similar a la de los países desarrollados, y las clases bajas, que apenas disponen de asistencia sanitaria, alcanzan una vida media más corta. Dentro incluso del Primer Mundo es significativo que en Harlem, Nueva York, la *ciudad occidental* por excelencia, pero donde existen importantes bolsas de pobreza, unido al peculiar sistema sanitario de Norteamérica eminentemente privado, la expectativa de vida sea similar a la de Bangladesh. Por tanto, la esperanza de vida al nacer es mucho más larga en Europa que en el Tercer Mundo. De hecho, en los siglos pasados, casi sólo alcanzaban una edad avanzada las personas de clases sociales altas y la diferencia era aún mayor en las mujeres.

Dentro de España, en donde el nivel sanitario es aceptable y de carácter universal, se constatan importantes diferencias interregiona-

les. En Andalucía, Extremadura y Canarias la esperanza de vida está unos 8 años por debajo de la del País Vasco, Navarra o Baleares, datos que mueven a consideración.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO

Se admite que el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías y las exigencias de los ciudadanos son las principales causas del aumento del gasto sanitario. La población de edad avanzada eleva los costes de su asistencia. Pero lo que más los incrementa realmente es la incorporación de nuevas tecnologías, no siempre contrastadas, infrautilizadas y que se solapan unas a otras; la sociedad, sin embargo, lo acepta y no sugiere limitarlas porque el aumento del gasto que su incorporación acarrea se ve «lógico». Se aceptan medios y costes para vencer una enfermedad infantil o juvenil, mientras que, cuando se trata de ancianos, se oscila entre la aceptación, la piedad y el rechazo.

Se señala que los mayores de 65 años serían los causantes del 40-45% del gasto sanitario (30% sería en gasto en atención primaria, el 48% de gasto farmacéutico y el 47% en atención especializada) (Fundación Pfizer, 2001). Se calcula que los ancianos acaparan el 45% de las estancias hospitalarias porque suelen ser más prolongadas y también consumen más medicamentos que la población general.

El gasto sanitario se ha estabilizado en el 8,4% del PIB en la Unión Europea, siendo en España un punto menos; no crece meteoricamente como en la década de los ochenta. Se ha planteado la exclusión de los ancianos de ciertas técnicas más caras como transplantes o diálisis alegando que, dada la escasez de órganos para los más jóvenes, sería más útil adjudicárselos a ellos. Se supone falta de efectividad y resultados pobres en enfermos viejos, con escasa supervivencia y calidad de vida.

En España los transplantes a mayores no quitan a los jóvenes sus oportunidades, pues las listas de espera siguen disminuyendo. Además, la supervivencia no se ha demostrado inferior en los ancianos trasplantados. Los mayores, tanto en diálisis como en transplantes en general, se adaptan mejor que los jóvenes, llegando la super-

viviencia en trasplantados añosos a ser superior a la de los de su edad sanos. No existen razones científicas ni de otro tipo para no incluirlos en la aplicación de alta tecnología. La edad de los pacientes tampoco debe ser un factor determinante para su ingreso en las UCI, pues se demuestra la utilidad de los cuidados intensivos en ellos. Aunque la mortalidad de los ancianos en la UCI es alta, la recuperación es buena, puesto que sólo el 21% empeora después de su paso por ella. No es la edad la que influye en la mortalidad sino la patología base.

El incremento del gasto con la edad no es homogéneo ni se produce de manera continuada. Los gastos médicos alcanzan el punto más alto entre los 60 y los 70 años, se mantienen entre los 70 y los 80 y caen desde los 85 años a los 100. Cuando se afirma que los ancianos incrementan el gasto sanitario, no se hacen análisis por tramos, pues a partir de los 80-85 años el gasto no sólo no crece sino que disminuye, ya que en la práctica se limitan exploraciones y tratamientos. Los centenarios tampoco son más costosos al sistema, porque a partir de cierta edad no sigue elevándose el número de demencias. El envejecimiento de la población no necesariamente tiene que ser un desastre económico y médico sino que puede ser rentable, pues si se alcanzan edades longevas en aceptable estado de salud, al final se ralentiza el incremento del gasto.

Se ha de aplicar una visión profiláctica. Llegar a la vejez en buena salud y manteniendo a estas personas activas e integradas socialmente, repercute en mejor calidad de vida, con actitudes menos hipocondríacas y haciendo menor uso de los recursos médicos. Aunque sólo fuese por este inconfesable motivo economicista, sería preciso propiciar una buena profilaxis que proteja la salud a esta edad. Se pensaba antes que si se ampliaba la esperanza de vida, se prolongaba la incapacidad al final del ciclo y no la duración de la salud. Pero se ha comprobado que, al prolongar el promedio de edad de las personas mayores, las tasas de discapacidad de la senectud han disminuído. Con los programas de prevención y promoción de la salud se favorece que se llegue a una edad avanzada en aceptable estado de salud.

Los gastos sanitarios, globalmente considerados, cuando existe un sistema de cobertura universal (como en España), son inferiores a sis-

temas de Seguridad Social (como en Francia) o sistemas casi exclusivamente privados (como en Norteamérica). La proporción del PIB que se emplea en sanidad es muy diferente en cada uno de los países (7,7% en España). El sistema sanitario resulta más barato si existe cobertura universal para todos, aunque la Organización Mundial de la Salud preconiza que esto no significa cobertura para todo. En España la Seguridad Social cubre alrededor del 97% de los ciudadanos mayores de 65 años.

Como se ha comentado, los sistemas de salud suelen estar financiados, o bien por un sistema de Seguridad Social (a partir de las aportaciones de los trabajadores) o por un sistema nacional de salud (a partir de presupuestos generales del Estado). Según los sistemas o países, se solicita copago en algunas actuaciones médicas, pero sobre todo para algunas prestaciones sanitarias como hospital de día, residencias, estancias prolongadas o cuidados a domicilio, en función del nivel de renta. Tampoco todos incluyen las mismas prestaciones: unos sólo tienen programas de pensiones, otros incluyen las medicinas, cuidados médicos, residencias, ayudas diversas a domicilio u otros beneficios para incapacitados.

GASTOS SOCIALES Y SANITARIOS

Los servicios sociales son las formas de asistencia que proporcionan o completan las necesidades de la vida diaria; los cuidados de salud se refieren al tratamiento y alivio de la enfermedad. En muchos países ambos están separados.

La sociedad suele tener más sensibilidad hacia los cuidados médicos que hacia los sanitarios, pero en las personas mayores unos y otros se solapan más que en otros grupos etarios. La existencia de un recurso permite reducir el coste de otro: la existencia de hospital de día puede acortar la estancia en una unidad de agudos, más costosa, o la ayuda a domicilio evitar un ingreso. A nivel de gestión, sin embargo, se prefiere la separación y una clara definición de lo que es obligatorio y opcional.

Algunas experiencias son especialmente interesantes. En Canadá, en Manitoba, existe un plan geriátrico general basado en una tasa pro-

vincial que aporta apoyo y atención domiciliaria; esto disminuye mucho las estancias hospitalarias y el bloqueo de camas, reduce la demanda de residencias y promueve las conductas preventivas de incapacidad. Además, se estimula la actividad de voluntariado y la ayuda a la construcción de casas protegidas.

Como se ha señalado en otro capítulo, en el cuidado de la salud de los mayores hay obligaciones que son repartidas entre el individuo, la familia, el empresario y el gobierno. El individuo debe mantener hábitos saludables, desarrollar y proteger sus recursos económicos; la familia, atender a sus miembros incapacitados de todas las edades, en función de las necesidades y de la situación económica; los empresarios, ofrecer trabajo en condiciones saludables a lo largo del ciclo vital y negociar pensiones y servicios médicos adecuados; la comunidad, permitir desarrollar actividades productivas; y el Estado, proveer recursos sanitarios y sociales de calidad que permitan una vejez digna y sin sobresaltos.

Si se pretende mantener a los ancianos en su domicilio, como a menudo es su deseo y resulta más económico, hay que desarrollar alternativas que estimulen esta decisión. Así, dar incentivos fiscales que favorezcan el cuidado en casa a las personas mayores; establecer seguros a largo plazo que incluyan atención domiciliaria; innovaciones tecnológicas y de diseño hacia la *casa inteligente*, con la colaboración de profesionales de la salud, quienes deben implicarse más en el cuidado a los mayores y en el apoyo a sus próximos. No se debe dejar la resolución del problema al albur de la situación familiar o personal, con sobrecarga física y emocional, cuando no económica, para determinados miembros del grupo, quienes quizá lo asumen por ser más afectivos o responsables, aunque generando una situación de injusticia. Es el problema, ya comentado, de los cuidadores.

Existen cuidadores informales, no pagados, como familiares, amigos o voluntariado, y formales, a los que se les remunera. La mayoría de los cuidadores son familiares inmediatos y predominan las mujeres. Los ancianos, asimismo, son cuidadores en un tercio de los casos. A los cuidadores informales no se les suele tener en cuenta en los balances económicos.

España es uno de los países de la Unión Europea (UE) que gasta menos fondos públicos en asuntos sociales (20,6/frente a 27 en la

UE) y existen pocas ayudas a las familias con ancianos. Sin embargo, el coste que cada familia afronta cuando tiene una enfermedad de Alzheimer puede oscilar entre 12.000 y 20.000 euros anuales, por no mencionar los costes emocionales intangibles.

Los ancianos que viven solos hacen más uso de los sistemas sanitarios, por eso a veces los profesionales tienen la impresión de que se encuentran en esta situación mayor número de personas de lo que ocurre realmente. Vivir solos está influido por factores económicos, pero también culturales; así en Japón, muy industrializado, viven muy pocos ancianos solos; en Europa viven de esta manera con más frecuencia en el norte que en el sur.

EDAD Y ECONOMÍA

Cuando el número de personas mayores es grande, como ahora en nuestro país, se les tiene en cuenta como mercado potencial. Por eso su posición en la sociedad está cambiando de forma significativa, con incremento de su influencia política.

Los mayores contribuyen con su trabajo informal al bienestar y al aumento de ingresos de otros miembros de la familia, pues cuidan a los nietos y permiten trabajar a los dos progenitores.

Dentro de los hogares pobres, más de la mitad están formados por ancianos. El retiro, dicho está, se asocia con pérdida de trabajo pagado, estatus, compañía y satisfacción por el trabajo, pero, sobre todo, con reducción de rentas. Las pensiones son bajas y sólo se incrementan según lo hace el IPC. En el mundo occidental se han ampliado las diferencias entre los grupos sociales, y estas diferencias se mantienen en la vejez, de ahí que el problema de la jubilación sea completamente distinto según la clase social.

Pensando en esta población mayor, los bancos lanzan productos adaptados a esta edad, con anticipos sin intereses sobre la pensión. Los ancianos son ahorradores y conservadores, no les gusta el riesgo y buscan productos sencillos; piden pocos créditos y no resultan morosos en sus pagos. En realidad, son buenos clientes bancarios.

LA MUJER MAYOR Y LA ECONOMÍA

Las mujeres sufren más paro, cotizan menos años, tienen sueldos más bajos y, en consecuencia, sus pensiones también son inferiores. Además, muchas de ellas no tienen pensión propia y sólo perciben la pensión de viudedad, la cual alcanza sólo al 45% (que pasará al 52%) de la del esposo muerto, con lo que muchas veces se sufre un nivel de ingresos ínfimo. Se produce lo que se viene llamando la *fe-minización de la pobreza*.

Se considera pobreza cuando los ingresos son inferiores al 50% de la renta disponible media. En nuestro país, 500.000 personas mayores de 65 años permanecen en este grupo, y entre los sectores más vulnerables se encuentran las viudas. Como la vida media de la mujer es más larga y hay un predominio de viudas, sus recursos pueden alcanzar unos niveles angustiosos e insoportables. Las viudas de hoy en su mayoría no han tenido una vida laboral prolongada fuera del hogar y carecen de pensión propia. Las mujeres ancianas tienen más riesgo de padecer pobreza. La pobreza alcanza a una de cada cuatro personas mayores de 65 años y a tres de cada 10 mayores de 75 años (Fundación Pfizer); muchos sólo reciben ayudas del Fondo de Asistencia.

Con la evolución de la familia tradicional se observa que, de los hogares monoparentales, el 85% están presididos por mujeres, con la consiguiente sobrecarga y limitación al desarrollo profesional. Abandonan más a menudo sus trabajos para atender a terceras personas, pues son cuidadoras con más frecuencia que los hombres. Son dependientes económicamente y corren el riesgo de ser más pobres actualmente y seguir siéndolo en el futuro.

Se ha señalado que las mujeres pobres tienen una vida media más corta. En España, dicho está, en Andalucía, Canarias y Extremadura, la vida media desciende hasta en 7-8 años respecto al País Vasco, Navarra, Cataluña o Baleares, y la diferencia resulta aún más clara entre las mujeres. Las causas son más socioeconómicas que médicas, incluyendo hábitos perniciosos respecto al consumo de tóxicos. Las mujeres de renta más baja son el único grupo de población que ha empeorado sus hábitos.

El cambio del rol de la mujer en la sociedad muestra otras repercusiones económicas. Ella era un puntal dentro de casa, pero poco va-

lorada y con poca capacidad de decisión económica. Su presencia en el hogar generaba una riqueza no cuantificada a través del cuidado a los mayores, los hijos o realizando los trabajos de la casa. Sin embargo, ante los cambios que la mujer ha protagonizado en los últimos años, y el nuevo escenario tanto familiar como social, se ha de hacer una previsión de necesidades. No se debe dar por supuesto que asumirá el peso de estos cuidados, ni considerarlo ella, otros miembros de la familia o la sociedad como una obligación, sino como una opción a compartir.

Vejez y psicología

CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LOS ANCIANOS

Al estudiar la psicología de los ancianos se debe analizar cómo han vivido los cambios y cómo evoluciona su psicología con el transcurrir de los años, en lo positivo y negativo; si existen diferencias entre hombres y mujeres, y si estas divergencias se relacionan con clase social, residencia rural o urbana, y personalidad.

No se puede hablar de una psicología específica de la vejez que se muestra condicionada por la personalidad previa: la pluralidad psicológica de los mayores es tan amplia como la de los adultos jóvenes. Existe un estilo propio de envejecer como de vivir, y el envejecimiento constituye una experiencia individual, pero también social, familiar y de la forma de estar en la comunidad.

Cuando se habla de la vejez, una de sus características específicas reside en que sólo al final, si uno llega, se puede opinar por experiencia, lo que no ocurre con la niñez o la juventud. Los rasgos del individuo permanecen bastante estables desde la edad media, 30-50 años, siempre que salud y situación social se mantengan; si se introducen cambios, estos influirán de manera multidimensional y multidireccional. El curso vital agudiza o suaviza la plasticidad de determinados trazos, mediatizados por salud, medio social o experiencias personales.

Las formas de envejecer resultan tan diferenciadas como las de vivir, y no procede adoptar la actitud simplista de que los viejos son

todos iguales. La entrada en la ancianidad será distinta en un profesor universitario, un campesino, un obrero, un director de empresa, o una ama de casa; la manera de afrontarla diferirá entre unos y otros tanto como sus vidas respectivas. En unos será brusca, más o menos traumática, y en otros suavemente progresiva. Así, el retiro puede verse como una reducción de responsabilidades, pero no equipararse a ruptura o abandono.

A mayor nivel cultural y social, se produce mayor suavidad en la progresión, de forma que se integran con cierta facilidad en actividades diversas, eludiendo dependencias y aislamiento. Las clases no cualificadas precisan una superior atención psicológica, cultural y educativa para promover o recuperar proyectos de realización personal. Sin embargo, no todos los integrantes de este colectivo son capaces de reincorporarse a los proyectos. Los hombres del campo pueden persistir en sus tareas en un declinar progresivo, mas si se les cambia de medio, se acomodarán con dificultad y se sentirán extraños, sobrantes e inadaptados, como suele ser el caso de aquellos que tardíamente se trasladan a la ciudad.

La mayoría de los estudios sobre los aspectos psicológicos del envejecimiento se centran en la primera parte de la vejez, hasta los 70-75 años, y surge la duda de si los cambios detectados resultan aplicables a los más mayores (*oldest-old*) (Baltes, 1998).

Hasta ahora se ha prestado mayor atención a los problemas que aparecen en esta etapa de la vida que a sus posibilidades, aunque en la vejez exista creatividad y capacidad para desplegar un potencial humano no desarrollado, algo frecuentemente minusvalorado. Se deben diferenciar los cambios ocasionados por el envejecimiento y los debidos a enfermedad. Las potencialidades de la vejez permiten un envejecimiento saludable y productivo, porque hay déficits que se pueden retrasar, prevenir o evitar y, de paso, descubrir aficiones no desarrolladas.

Si se enfocara esta etapa vital de manera positiva, se desterrarían falsos estereotipos; al rechazarse el envejecimiento sin ulteriores reflexiones, la gente no se prepara, mientras que cuando se modifican estilos de vida destructivos, el fallo funcional se retrasa o previene. Para un mayor, la revisión de su vida puede resultar inquietante por entrar en conflicto sus objetivos de antaño y la realidad de los logros

conseguidos, al verse condicionado por exceso de pasado y escasez de futuro.

MODELOS PSICOLÓGICOS DE CAMBIO

La vejez posee una latente reserva de capacidad, plasticidad y potencialidad y cuanto mayor sea esta reserva, mejor podrá el anciano enfrentarse a su declinar. A nivel cognitivo, emocional o social, los cambios provocados por la edad se pueden plantear según dos perspectivas: sobre diferencias individuales o sobre cambios propios del desarrollo en general. Dentro del proceso de pérdidas, se propone un modelo de continuidad y otro diferente.

Se ha observado que el gradiente de pérdidas se asemeja en los distintos grupos, pero aparecen variaciones según los niveles previos. Es decir, los factores psicobiográficos no protegen del declinar pero retrasan las manifestaciones disfuncionales ya que, al partirse de un nivel más alto, la exteriorización se demora (Baltes, 1996).

En cuanto a la forma continua o discontinua de producirse, en la primera mitad de la vejez las pérdidas son suavemente progresivas; pero posteriormente, como las funciones cognitivas se encuentran interrelacionadas, a partir de los años 70-75 y, sobretudo, de los 80, los déficits se producen *en cascada*, la plasticidad queda reducida y se atenúa la capacidad de compensar los déficits.

No existe una correcta y única forma de envejecer. En la manera de asumir el envejecimiento influye personalidad previa, estilo y filosofía de vida, grado de satisfacción y autoestima. El respaldo social resulta muy importante; pero, si es excesivo o hiperprotector, puede convertirse en un riesgo. Se ha comprobado una superior adaptación a la vejez en las personas que se mantienen activas e integradas socialmente. El proceso del envejecimiento es dinámico y se hace preciso adaptarse a él como a la adolescencia, al matrimonio, a la emancipación de los hijos o a cualquier circunstancia excepcional de la existencia. La soledad en la vejez puede ser buscada y disfrutada, o bien sufrirse por ser impuesta y no deseada. La soledad puede delatar una vivencia interna, mientras que el aislamiento es más exterior. La salud y el entorno resultan determinantes en el grado de aislamiento.

Aunque hay personas que se mantienen creativas y productivas hasta edad avanzada como Galileo, Miguel Angel o Rembrandt, en general la productividad máxima se alcanza a partir de los 30 años, va subiendo hasta los 40 y se mantiene hasta los 50-60-70, con diferencias según las actividades. Puede influir la mengua de imaginación, lentificación de los procesos mentales, pérdida de contacto con personas creativas que aporten nuevas ideas, menor cooperación con otros colegas, disminución de incentivos, pobre contacto con las innovaciones o temor a correr riesgos profesionales.

ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES COGNITIVAS

En las personas mayores se produce un enlentecimiento general de las funciones cognoscitivas, pero la afectación difiere según las tareas analizadas.

Inteligencia

La inteligencia se puede definir como la facultad que permite resolver problemas prácticos de manera flexible y creativa. El punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después declina. Cuando se diferencia entre inteligencia cristalizada (más permanente y estable) e inteligencia fluída (relacionada con el manejo de la información y la identificación de las relaciones entre modelos y objetos) se detecta que esta última es la más afectada por la edad. Los procesos mentales se lentifican con los años y la agilidad intelectual se reduce.

Memoria y aprendizaje

La memoria es un proceso complejo en el que intervienen diferentes estructuras, circuitos y transmisores del sistema nervioso central, lo que la hace especialmente vulnerable al paso de los años. Resulta difícil diferenciar entre una pérdida de memoria propia de la edad y el límite patológico, excepto en los casos muy manifiestos. A partir de los 50 años se produce un declinar que no es homogéneo en todas las áreas.

La memoria sensorial permite mantener la información que llega a través de los sentidos, dura aproximadamente un segundo y no sufre mucho las consecuencias de la edad.

La memoria de trabajo (operativa) es la capacidad de retener la información al tiempo que se trabaja con ella, y se ve bastante comprometida en los ancianos.

La memoria a corto plazo, en donde se mantiene la información nueva, no se ve muy perjudicada por la vejez, salvo que interfieran varios mensajes simultáneos.

En la memoria a largo plazo se distingue la memoria remota de contenido casi estable en la edad avanzada, y la memoria reciente que sí sufre el efecto del envejecimiento, reflejándose su fallo en olvidos de hechos ocurridos últimamente y de las actividades a desarrollar en el futuro. La memoria remota, aunque aparentemente bien conservada, no lo es de manera fiel, a pesar de la impresión general en contrario, distorsionándose el recuerdo por la carga afectiva del mismo.

Dentro de la memoria a largo plazo, también se puede distinguir entre la memoria procedimental (de las habilidades aprendidas, de las tareas motoras), bien conservada en los ancianos, y la declarativa; esta última se divide en episódica (acontecimientos específicos, experiencias personales concretas) que sí se ve afectada por la edad, y semántica (conocimientos generales o enciclopédicos) que en general se afecta menos en la vejez.

Padecen más problemas que los jóvenes en codificar o procesar nueva información, y en el aprendizaje necesitan más tiempo para asimilar las innovaciones, pero una vez incorporadas, las mantienen bastante bien.

Los ancianos suelen mostrar una actitud más pasiva que los adultos jóvenes ante las tareas de aprendizaje, lo que dificulta la retención, ya que la codificación y recuperación activa requiere desplegar evidentes esfuerzos y energías.

La información verbal se conserva bastante bien; en las tareas verbales se refleja la experiencia acumulada de las personas y el conocimiento, y, en este aspecto, el declinar por la edad es pequeño o ausente. En las tareas no verbales, en las que se realiza un proceso y

además se requiere incorporar información nueva, la respuesta empieza a disminuir a partir de los 50 años, y claramente en la vejez.

Lenguaje

La capacidad de comunicación por el lenguaje resulta satisfactoria a lo largo de la vida, pero la comprensión de mensajes largos y complejos y la producción y retención de nombres o términos específicos se hace más difícil en la edad avanzada. La capacidad verbal, información (conocimiento general) y vocabulario (definición de palabras) no se ve muy afectada, pero recordar palabras concretas o nombres genera más problemas en los viejos que en los jóvenes. El discurso del anciano se muestra a menudo más prolijo y repetitivo que el del adulto, lo que puede reflejar la disminución de la capacidad inhibitoria o problemas con la memoria a corto plazo; también a veces la reducción de oportunidades para conversar. Los problemas de comunicación pueden proceder de fallos en visión o audición.

Atención

Resulta una función cognoscitiva importante para otras tareas, pues a través de ella se dirigen y orientan las energías mentales. La atención permite seleccionar entre información principal y accesoria en una situación determinada y cambiar el foco hacia otras tareas o mensajes de forma flexible.

Las personas mayores tienen buena capacidad para dirigir y mantener la atención sobre un tema aislado; lo hacen peor cuando hay que dividirla en varias tareas, cambiar rápidamente de una a otra, o filtrar información. La atención se ve afectada sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente; se deteriora en funciones complejas y en la organización y planificación de tareas. Parte de los déficits en el procesamiento de la información resulta de su incapacidad para inhibir lo irrelevante.

Razonamiento y capacidades constructivas

Los ancianos presentan mayor dificultad en las tareas de razonamiento, sobre todo si requieren análisis lógico y organizado de material abstracto. Cuando se piden soluciones a problemas comunes, concretos o cotidianos, sus respuestas son excelentes.

Las funciones constructivas incluyen la capacidad para planear, ejecutar y evaluar secuencias complejas de conducta, que se ven afectadas por la edad, pero menos cuanto mayor sea el nivel de educación. Se realizan peor las tareas que requieren rapidez, que afectan a procesos perceptuales, mnésicos y cognitivos, así como a funciones motoras.

Visoespacialidad

En las personas de edad, se mantienen algunas de las funciones visoespaciales, como reconocimiento de caras y lugares familiares o la reproducción e identificación de formas geométricas comunes; presentan mayor dificultad otras tareas como las topográficas de leer mapas y el reconocimiento y reproducción de figuras complejas o poco conocidas.

PERSONALIDAD

A lo largo de la vida del individuo, la personalidad refleja, de manera regular y consistente su forma de comportarse, con unos rasgos que se mantienen relativamente estables y que le diferencian del resto de la gente. Estos niveles medibles de atributos duraderos o procesos dinámicos, manifiestan patrones cognitivos, motivacionales o emocionales.

La personalidad y las emociones en la edad avanzada no se han estudiado tanto como las funciones cognitivas. Además, las observaciones realizadas en una determinada generación pueden no ser adecuadas para ser aplicadas en la siguiente o en otro medio cultural, pues las condiciones de vida cambian. Rasgos de personalidad atribuidas a la edad pueden ser resultado de factores sociales, como se observa en ancianos de nuestro país que vivieron la postguerra, achacando a edad o personalidad lo que es simple reflejo de una etapa difícil de su existencia.

Las investigaciones descriptivas sugieren que los rasgos de personalidad básicos como introversión-extroversión, asertividad y hostilidad, se forman tempranamente y se mantienen casi estables a lo largo de la vida. En edades avanzadas, sin embargo, se pueden acentuar los rasgos previos y los ancianos llegar a convertirse en cierta caricatura de sí mismos. Porque para ellos el futuro resulta menos atractivo, pesan más los recuerdos que los proyectos, las relaciones se hacen más egocéntricas y la inseguridad conduce a la dependencia y a reaccionar con irritación y oposicionismo.

Los rasgos nucleares de la personalidad se estabilizan a lo largo de la edad adulta. Si existen cambios espectaculares pueden ser motivados por patología subyacente, pero no se deben medir las reacciones de los ancianos por los patrones de los adultos y siempre hay que valorar su sistema de creencias, que pueden ser determinantes en el afrontamiento de una situación.

Se suele considerar que los cambios de personalidad de la edad son sólo negativos y, sin embargo, no siempre es así ya que existen rasgos neuróticos que se atenúan con los años.

Los trastornos de personalidad pierden relevancia con la edad, y las escalas que se aplican para su análisis tampoco son las ideales para este grupo etario. No obstante, su estudio resulta interesante, ya que actúan como cofactores en muchas manifestaciones de la conducta.

No existe una personalidad característica de la edad, sino que esta va a estar condicionada por sus rasgos previos en la vida adulta. En la ancianidad existe una gran diferencia entre unos individuos y otros, como en cualquier otra época de la vida, y hay que eludir las generalizaciones. Los ancianos no se van haciendo más semejantes por la edad, aunque algunas reacciones pueden considerarse comunes entre ellos (Bromley, 1977).

Pueden acontecer cambios que terminen por desbaratar biografías que han sido armónicas y equilibradas hasta ese momento o, por el contrario, redimirse al final de una vida poco ejemplar.

Se han descrito cuatro formas de adaptarse a la vejez según los rasgos de personalidad:

1. *La personalidad integrada* se caracteriza por madurez psicológica, satisfacción vital, apertura ante nuevas experiencias, y

confianza en sí mismo, independientemente de que se siga trabajando o no.

2. *La personalidad a la defensiva* trata de negar su edad, a base de desarrollar una exagerada actividad.
3. *La persona dependiente y pasiva* trata de apoyarse siempre en otro.
4. *La personalidad desintegrada*, con importantes alteraciones mentales, y que sólo con dificultades es capaz de enfrentarse a los problemas exteriores.

En un estudio realizado en ancianos entre los 70 y los 79 años, Neugarten (1971) encontraba que, de los cuatro tipos de personalidad: integrado, defensivo, pasivo-dependiente y desintegrado, la mayoría pertenecía al integrado. Llevaban una vida satisfactoria, con apertura a nuevas experiencias, buenas habilidades cognitivas y una visión de sí mismos positiva y competente. El *síndrome de Diógenes* (abandono personal grave) en general sólo se observa en algunas psicosis y demencias.

REACCIONES PSICOLÓGICAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Ante los conflictos, los ancianos más equilibrados reaccionan de manera firme y constructiva; otras veces acentúan su dependencia y tienden a la pasividad; o bien desarrollan actitudes neuróticas que rememoran cuadros defensivos de su juventud; o se muestran beligerantes por temor a su dependencia, descubriéndose hostiles o negativos hacia los que le rodean, y complicando la convivencia.

Cuando una persona ha tenido mucho poder y lo pierde, se adapta mal a su nueva situación. Las mujeres que han sido hermosas o dominantes, acostumbradas a ser el centro de atención, ante su pérdida de protagonismo pueden exhibir actitudes filotímicas, somatizaciones, o depresiones, o incrementar su dependencia y pasividad; las que sólo han desarrollado un papel de madres, cuando los hijos crecen y se ausentan del hogar, se sienten vacías de contenido y pueden tener la tentación de intervenir en exceso en las vidas de los hijos; marido

y mujer pueden quedarse cara a cara sin mucho que decirse y entonces aflorar conflictos soterrados. Las personas narcisistas toleran peor el proceso de envejecimiento y viven con frustración su pérdida de relevancia social.

En las etapas avanzadas de la vida existen diferencias en cuanto al apego a los roles, sensación de control de las situaciones, expectativas de futuro, estrategias de afrontamiento, motivación, estilos en la consecución de los objetivos y en la expresión de emociones. La percepción de la sensación de control es un proceso cognitivo que va a repercutir mucho en el bienestar mental, físico y emocional de las personas mayores.

El afrontamiento es un modelo cognitivo que afecta a la forma de responder ante los acontecimientos estresantes y ante el medio. Dentro de las posibles estrategias de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, evitación, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades o reevaluación positiva), los mayores confrontan menos y utilizan más que los jóvenes la reevaluación positiva, la evitación, el distanciamiento y la aceptación de la propia responsabilidad (Folkman y cols., 1987).

Los ancianos se enfrentan al estrés de forma más emocional; las respuestas emocionales son más pasivas que confrontativas, más individuales que interpersonales, y más orientadas hacia el control de los sentimientos angustiantes que a la modificación de las situaciones estresantes. Los mayores tienden a considerar su situación menos modificable que los jóvenes, por lo que sus actitudes son más adaptativas; aceptan mejor las situaciones cuando creen que su salud depende de la acción de otros y por eso se acomodan mejor a un internamiento. En cuanto a las emociones, moderación, regulación e integración de experiencias resultan superiores que en los jóvenes.

En la vejez se propende a ser menos flexible y a utilizar mecanismos de defensa rígidos como la negación, no queriendo ver los problemas; o como la proyección, culpando a los otros de lo que les ocurre; o como la regresión, adoptando actitudes pueriles o infantiles.

La motivación generalmente disminuye con la edad; los ancianos son menos entusiastas y precisan de incentivos más poderosos. Ciertos rasgos personales como el carácter positivo, constructivo, integrado,

tolerante y flexible colaboran en el ajuste que se precisa con la edad. Cuando el mayor está razonablemente satisfecho de sus logros, es capaz de expresar sus sentimientos de manera adecuada, no agresiva; muestra una actitud constructiva hacia el futuro, con capacidad para disfrutar de las cosas y ser tolerante, y establece buenas relaciones interpersonales y con buena autoestima. A esta edad, se encuentra ausente el afán competitivo, se pone en el lugar del otro con facilidad y no se siente tanta necesidad de demostrar. En cambio, el anciano dependiente tiende a la pasividad, y el superdefensivo rechaza cualquier ayuda y no le gusta su edad. La autoconciencia de sí mismo no varía.

Algunos estudios psicológicos realizados en diversas culturas apuntan que, a mayor edad, los hombres se vuelven pasivos, tranquilos y meditativos, mientras que las mujeres evolucionarían en dirección opuesta y se harían más activas. Se ha comprobado en culturas tan diferentes como las de India, América latina, Japón, Bali o Birmania, lo que se asocia vagamente con la visión universal de la vieja bruja. Las mujeres, cuando llegan a ancianas, pueden desarrollar progresivamente tal poder en los temas domésticos, que este llegue a verse como algo potencialmente amenazador. Por el contrario, los hombres no se asientan en la esfera doméstica hasta los últimos años y, al tener inferior experiencia en este campo, se hacen menos dominantes. El hombre en la vejez recuperaría así su parte femenina, y la mujer la enérgica y masculina.

SEXUALIDAD

No se suele prestar mucha atención a la sexualidad de los mayores y sin embargo se mantienen activos hasta edad muy avanzada; a veces, si no es así, es más por falta de oportunidades que de deseo.

Uno de los mitos más extendidos estriba en considerar a los ancianos como asexuados, algo que es radicalmente falso. A menudo, se ridiculiza este aspecto o se procura ocultarlo. Los jóvenes encuentran inapropiado que los viejos tengan relaciones sexuales. Existen muchos prejuicios al respecto. Yeats dice: «Piensas que es horrible que el deseo y la vehemencia no me abandonen jamás en la vejez...». La lascivia supuesta de los ancianos se refleja en el pasaje de la Biblia

sobre Susana y los viejos, y se ha representado repetidamente en las Artes, sobre todo en la pintura.

En las ancianas la valoración resulta aún peor, pues la sexualidad se contempla como repulsiva o ridícula, como se muestra en novelas, películas y obras de teatro (Aristófanes: *La asamblea de mujeres*). Porque el impulso sexual disminuye con la edad, pero no desaparece del todo. Es significativo, no obstante, que en los estudios de Kinsey sobre sexualidad casi no se pregunta a los mayores; no interesa.

Apenas si se ha escrito acerca de la sexualidad de los homosexuales ancianos, sean hombres o mujeres, y tampoco se sabe mucho acerca de la influencia de la enfermedad física en las relaciones sexuales.

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA JUBILACIÓN

El éxito con que se produce el retiro, la jubilación, está muy influido por la personalidad previa, tipo de trabajo y satisfacción en el mismo, entorno familiar y situación económica. La jubilación constituye un cambio importante en el que hay ruptura con personas, actividades, formas de distribución del tiempo, relaciones sociales y familiares, y estatus socioeconómico.

Como todos los cambios relevantes de la vida, exige una adaptación y cada persona lo realiza según sus rasgos de personalidad y su manera de responder a otros acontecimientos.

La jubilación supone implicaciones no sólo laborales sino sociales, ya que varían las relaciones con personas con quienes se pasaban muchas horas y que ocupaban buena parte del tiempo. Repercute no sólo en la propia persona jubilada sino en su pareja, lo que puede desencadenar algún conflicto. Así, si el esposo ha estado muy ocupado durante su vida activa, con jornadas prolongadas que han inducido a la mujer a llenar su tiempo con sus propias actividades y relaciones, cuando el cónyuge se retira y pretende estar permanentemente a su lado, la esposa se siente atrapada y no lo tolera; acostumbrada a disponer de su tiempo, no acepta a su pareja constantemente a su lado, sobre todo si ésta se vuelve excesivamente dependiente. Se trata, pues, no sólo de la adaptación del jubilado sino también de la del

cónyuge. Hasta ahora lo hemos observado más en la mujer esposa del que se jubila, pero probablemente aparecerá también al revés. El número de divorcios entre mayores se ha incrementado y muchos no lo hacen por razones estrictamente económicas.

Como ya se ha comentado, la jubilación es más una cuestión económica antes que sanitaria o médica. Constituye una forma de dejar entrar en el mercado laboral a las nuevas generaciones y, asimismo, una manera de exigir que el trabajador rinda al máximo; surge en el modelo industrial y no en el agrícola, y se determina por intereses laborales y no tanto por una necesidad real del individuo. Sería más natural una dejación progresiva de obligaciones que no una ruptura brusca. Esta situación de todo o nada hace que algunas personas experimenten la jubilación como un castigo y no con el júbilo que su nombre reclama. La jubilación se asocia con disminución de estatus socioeconómico, a veces no tanto real como sentido por el propio jubilado. Cuando el trabajo es muy alienante o muy estresante, se estará encantado con la liberación.

Las personalidad de quien se jubila influye en su adaptación. Quienes poseen una personalidad obsesiva, anancástica, cumplidora y ordenada, que viven para trabajar, que se valoran a sí mismas a través del trabajo y se realizan con él, la jubilación puede ir asociada con una enorme pérdida de autoestima y de falta de sentido en su vida. Para muchos, vivir es rendir, dar a los demás y se vale lo que se trabaja. La jubilación y la pérdida de la vida laboral activa resulta dolorosa y traumática porque se considera el trabajo como una prueba de su propio valor. La improductividad forzada le resulta difícil y la jubilación supone un trastorno que le deja vacío, sin un sentido en su existencia. La personalidad narcisista que precisa mirarse en el espejo de la relevancia social para sentirse importante, notará una reducción de su autoestima y su valía. El autoritario sufre con el cambio de su estatus, lo que también se refleja en sus relaciones familiares; si ha sido un padre y marido dominante y tiránico, al desocuparse «manda menos», situación que puede agravarse si su salud no es boyante; a veces la familia «pasa factura» a este tirano venido a menos, por lo mucho soportado y tolerado.

Las jubilaciones anticipadas, aparte de repercutir en lo económico, lo hacen en las relaciones con cónyuge e hijos; se produce una si-

tuación similar a la del anciano, pero con una edad y condición que no corresponde. La diferencia la van a marcar el grado de incapacidad física o psíquica, la patología somática, con un grado mayor o menor de autonomía, su situación económica, estar o no en pareja, que el retiro haya sido buscado o impuesto, y la calidad y cantidad de sus relaciones sociales.

CONOCIMIENTO AUTOPSÍQUICO DE LA VEJEZ

La vivencia de la vejez es variable; generalmente no es uno quien se siente viejo sino los otros quienes así lo ven. Dice Norberto Bobbio que si a los 80 años alguien le llamase viejo, no le gustaría. Hay un fenómeno de negación que sorprende porque son los ojos de los demás los que reflejan el proceso. Se detecta en los otros de la misma edad; se capta a través de los ojos de los demás, en el espejo de los otros y no en el de uno mismo. Esto hace decir a André Gide en su *Diario* (1939-1942): «Tengo que hacer un gran esfuerzo para vencerme de que en el momento presente soy tan viejo como aquellos que me parecían tan ancianos cuando yo era joven».

Según S. de Beauvoir (1970), la condición de viejo no depende de él sino que le es dada. Por eso el mayor, al interiorizar su pérdida de estatus con la vejez o la jubilación, puede vivirlas con ambivalencia. La valoración está influida por la de la sociedad y le es devuelta en un *feedback* activo. Si la sociedad no rechaza ni denigra a los mayores, se incrementará su valoración y autoestima.

Las opiniones de los ancianos sobre ellos mismos varían mucho; pueden descubrir aspectos positivos al acrecentar su tiempo libre y disminuir su responsabilidad o competitividad, y otros negativos como pérdida de proyección y de futuro. Existen, sin embargo, personas que no soportan las referencias a su edad.

Los cambios de la edad resultan tan graduales que a veces se precisa alguien exterior para detectarlo. Se dice que la edad madura comienza cuando se deja de contar cuánto se ha vivido y se comienza a calcular lo que resta por vivir.

La humanidad siempre ha intentado retrasar el envejecimiento y su final, que es la muerte. Hoy día se sabe mucho acerca del proceso,

pero aún sin éxito (total). La humanidad, como Fausto, intenta evitar la vejez e, inexorablemente, fracasa.

Con frecuencia, la aceptación de la vejez tiene que ver con la aceptación de la propia vida y depende de la escala de valores y del estado físico, psicológico y socioeconómico. Cuando no se asume, resulta patético ver a mayores comportándose como jóvenes. La vejez suelen rechazarla quienes no han entrado en ella. La sociedad tiene una actitud casi vergonzante hacia esta etapa de la vida y no se prepara; no se enseña ni aprende a envejecer con dignidad. Al admirar los valores de juventud, belleza o éxito, se rechaza o teme la vejez, y se puede caer en uno de los dos extremos: la irreal sublimación o el desprecio. Y ninguna de las dos favorece la autovaloración positiva.

El concepto de vejez es tan contradictorio como la propia vejez. B. Shaw decía que, siendo tan maravillosa la juventud se malgastase en los jóvenes. Porque lo maravilloso es visto así por los otros.

Una actitud inadecuada se puede observar también entre los profesionales de la salud al prestar menor atención y tiempo a los ancianos, cuando debería ser al contrario. Se les trata de «abuelo» con un talante sobreprotector y, en consecuencia, de inferioridad, pero no se les deja opinar ni decidir. Los profesionales sanitarios propenden a adoptar posturas paternalistas con los pacientes mayores, y estos lo perciben.

La vivencia de la vejez se ve muy influida por sexo, clase social, lugar de residencia, estado civil y raza. En los grupos sociales o étnicos desvalidos, con la vejez se les agudiza su injusta inferioridad (Troll y cols., 1997).

VISIÓN DE LA VEJEZ POR LOS PSICÓLOGOS

Los psicólogos no han dedicado excesiva atención a la vejez, si se compara con la prestada a la infancia. Algunos incluso creen que en la ancianidad no ocurre nada interesante.

Al analizar esta etapa, Sigmund Freud expresa que el incremento del control del yo y del ello con la edad genera aumento de la autonomía, pero la regresión puede ocasionar la reaparición de modos de

funcionamiento primitivo. En sus escasos escritos sobre la vejez, Freud escribió a los 70 años: «Puede que los dioses sean misericordiosos, haciéndonos la vida cada vez más desagradable según vamos envejeciendo. Al final, la muerte parece menos intolerable». Él siguió trabajando hasta los 80 años.

Las teorías psicológicas del desarrollo se han limitado generalmente a la primera mitad de la vida. Erikson es de los pocos que han prestado atención a la segunda etapa, buscando sus potencialidades, ya que considera el ciclo vital como un continuo desarrollo. Según él, se producirían ocho etapas y ocho crisis, y cada una de estas crisis presenta elementos positivos y negativos, pues en cada una existe su propia tarea y deber. Para Erikson, en la etapa de la vejez se enfrenta integridad con desesperación y disgusto. Según este autor, el conflicto central en la ancianidad se plantea entre dicha integridad (el sentimiento de satisfacción que la gente presenta como reflejo de una vida productiva) y la desesperanza (el sentimiento de que la vida tiene poco sentido o significado). La capacidad para valorar la propia experiencia y a uno mismo sería el antídoto para sobrellevar la desesperación. Cuando esta tarea se desarrolla de forma armoniosa, el balance resulta positivo y proporciona sabiduría. En la vejez representa sabiduría aceptar y comprender que la vida es el producto de las preferencias y del trabajo. La carrera de nuestra vida finaliza en una bifurcación que conduce o a la solidaridad e integridad o a la desesperación; por la primera se acepta la vida como se ha vivido (Erikson, 1959; 1986).

Después de los 70 años se da la fase de «recapitulación», en la que se mira atrás y se hace balance, queriendo devolver algo de lo recibido y deseando compartir experiencias. Es la razón por la que es la época en que se escriben más autobiografías.

Según Heinz Kohut, las personas mayores deben afrontar continuamente la herida narcisista de adaptarse a las pérdidas biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento; por eso, en el mantenimiento de la autoestima reside la tarea principal de este período.

Para Bernice Neugarten, el mayor conflicto de la vejez se relaciona con la renuncia a posiciones de autoridad, evaluación de logros y la antigua competencia. Es el momento de la reconciliación con los demás.

Jung es otro de los psicólogos que más interés han mostrado por esta época de la vida. Según él, arquetipo es una tendencia a formar representaciones de un motivo, que varían en los detalles sin perder sus modelos básicos y que se generan en cualquier época o cultura. Jung mantiene que, entre los arquetipos recurrentes del inconsciente colectivo, se halla el arquetipo del viejo, que se asocia a la imagen de Dios y, según él, se debería a la arraigada necesidad de venerar los años. Los temores a la vejez y a la muerte se repiten en las diversas culturas a través de arquetipos. Y los sueños pueden jugar un papel compensatorio (Jung, 1980).

R. Butler, director del Instituto Nacional del Envejecimiento en Norteamérica, piensa que los propios recursos del anciano representan y marcan una vía importante hacia la salud, al realizarse un inventario de la vida, en un intento de sintetizarla para que tenga sentido.

PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ

La psicoterapia es un proceso psicológico complejo por el cual los terapeutas entienden los pensamientos, sentimientos y acciones de los otros, a través de los canales de la comunicación verbal y no verbal. Supone tres niveles: muestra de pensamientos y sentimientos de la persona, proceso intelectual de información y comprensión del problema, y respuesta conveniente para el individuo. El objetivo último de la psicoterapia consiste en resolver conflictos para aliviar síntomas, y así funcionar de forma eficiente y con menor sufrimiento. Se consigue a través del intercambio verbal entre terapeuta y paciente y de la relación entre ambos, siendo la empatía la base de la psicoterapia.

Los ancianos se pueden beneficiar de la amplia gama de psicoterapias que se emplean en personas más jóvenes. Las estrategias de afrontamiento individual frente a acontecimientos estresantes a lo largo de su vida, determinarán la utilidad o no de la psicoterapia en todas las edades. Si tienen un buen nivel educativo, se pueden realizar abordajes centrados en funciones intrapsíquicas de la edad avanzada. Otros psicoterapeutas consideran más apropiado a esta edad una intervención dirigida a modificar aspectos concretos de la vida, con objetivos realistas para el futuro.

Freud señaló que los ancianos no resultaban adecuados para el tratamiento psicoanalítico, porque hacia los 50 años va faltando la elasticidad de los procesos mentales, de los que depende el tratamiento, y los ancianos no son educables.

Carl Jung sí trabajó psicoterapéuticamente con ancianos, algunos en torno a los 80 años, de forma menos interpretativa y más directiva. Señaló los cambios intrapsíquicos que se podían lograr trabajando con ellos. Él pensaba que el mayor potencial de crecimiento y realización personal se da precisamente en la segunda mitad de la vida. Según los discípulos de Jung, al hacer un abordaje psicoterapéutico en mayores, se deben abarcar sobre todo los frentes siguientes: enfrentarse a la realidad de la edad y de la muerte, revisar la propia vida, resumirla y reflexionar sobre ella, desprenderse del dominio del ego, conciliar las apuestas en completa expresión de integridad y singularidad, encontrar el sentido de la vida y de la existencia, y renovarse utilizando todas las posibilidades.

Aunque no en gran número, recientemente se han ido publicado trabajos acerca de la aplicación de psicoterapia psicoanalítica en mayores. Los terapeutas han descrito los temores que les impulsan a buscar ayuda psicodinámica: temor a la disminución o pérdida de la potencia sexual y el consiguiente impacto en sus relaciones; miedo al retiro, a la pérdida del papel profesional; ansiedad respecto a las relaciones conyugales cuando los hijos dejan el hogar; temor al envejecimiento, enfermedad y dependencia; consciencia de la inevitabilidad de la muerte; aprensión a las repercusiones futuras de sus síntomas psíquicos.

Globalmente, la psicoterapia en los ancianos debe abordar cinco campos de actuación: enfermedades crónicas, muerte, matrimonio, amor y sexualidad. Y comprensión del proceso de envejecimiento.

Con la edad, las pérdidas se suman y se acumulan: pérdida de familiares, de amigos, tanto por muerte como por ruptura de lazos; pérdida de oído y visión; disminución del pelo, de la movilidad, de la memoria, de la salud, así como pérdidas económicas, de estatus y de independencia.

Cuando se aplica psicoterapia a ancianos, resulta importante diferenciarlos como individuos y no incluirlos en el estereotipo de las

necesidades o aspiraciones del mayor. Se debe perseguir la reordenación de sus energías y unos objetivos más limitados y concretos que en la edad adulta o joven. Se procura aliviar los síntomas negativos, la adaptación del anciano a su situación vital, como a la reducción de ingresos económicos o al cambio por jubilación y, en casos, tratar de conseguir la adaptación al lógico declinar de las funciones físicas y/o psíquicas.

El juego de transferencia-contratransferencia resulta delicado para el terapeuta porque puede removerle conflictos con sus figuras parentales. El profesional debe controlar su angustia ante un paciente, quizá próximo a la muerte, y mantener una actitud empática, comprensiva, de apoyo y ternura, pero sin perder objetividad. El comportamiento del terapeuta hacia los mayores suele reflejar su visión de la vejez y la muerte; un temor excesivo no es adecuado para su acercamiento psicoterapéutico.

No es raro que los psicoterapeutas eviten tratar a los ancianos y, de hecho, resultan escasos los que lo realizan. No les gusta atender pacientes añosos porque lo encuentran poco interesante.

El yo del anciano se debilita y se hace rígido; por lo tanto, se deben analizar sus mecanismos de defensa, que con frecuencia serán proyección, negación y somatizaciones. La actitud del terapeuta debe ser más directa y activa, menos pasiva que a otras edades, y preguntará abiertamente sobre posibles conflictos; analizará el temor del anciano a la dependencia, sus pérdidas recientes, valoraciones acerca de su futuro, rumiaciones suicidas y su acercamiento existencial a la muerte. Cualquier técnica que se aplique debe desarrollarse de manera flexible, se buscarán objetivos limitados y se programará cuidadosamente el tiempo de actuación.

Finalmente, cabe señalar que la terapia puede ser individual, grupal, familiar, social u ocupacional. Esta se elegirá en función de la patología presente, personalidad del paciente, defensas comunmente empleadas, desarrollo intelectual, capacidad de introspección, nivel económico, movilidad y disponibilidad de recursos sanitarios.

Salud y enfermedad en el anciano

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La Geriatría analiza la vejez y sus enfermedades, y la Gerontología el proceso del envejecimiento y sus consecuencias.

Como conjunto de cambios que se producen entre el nacimiento y la muerte, el envejecimiento ofrece dos tipos de componentes: los degenerativos asociados al paso del tiempo (senecencia) y los cambios adaptativos beneficiosos. La mayoría de las teorías se fijan en el componente deletéreo, dañino o mortífero, y aunque la edad se asocia con un deterioro gradual de las funciones, no todas lo hacen al mismo ritmo y en la misma extensión.

Las especies gozan de una expectativa de vida propia y el hombre figura entre los animales de larga vida, aunque menos que otros como las tortugas gigantes de las islas Galápagos y los esturiones. El hombre alcanza un máximo de unos 130 años, con una media de 70-80; la ballena, el águila y el elefante unos 80; el buitre 100; el cocodrilo y la tortuga unos 150 años, y el esturión alrededor de 200. Los seres vivos de mayor existencia parecen ser los árboles: al árbol de Tule de Oaxaca (México) se le atribuyen varios miles de años; las sequoias gigantes de California pueden llegar a vivir 2000-3000 años. Las montañas también envejecen y con el tiempo se hacen más suaves y menos pronunciadas.

Todavía existe escaso acuerdo acerca de la verdadera naturaleza del envejecimiento. Envejecer resulta un proceso biológico continuo en el que se produce un declinar general de las funciones fisiológicas, lo que repercute en incremento de morbilidad y mortalidad. Se origina cuando las células del cuerpo humano no se pueden reemplazar a sí mismas y pierden parte de su función. Las causas específicas del envejecimiento no son claras, pero colaboran factores intrínsecos y extrínsecos. Los machos de la mayoría de las especies viven menos que las hembras, lo que también ocurre en el hombre.

Las células vivas serían potencialmente inmortales; el ser unicelular podría desdoblarse hasta el infinito y encontrar la muerte cuando el medio exterior le hace la vida imposible. La muerte no sería, pues, *inevitable*. A medida que se asciende en la escala de los organismos vivos, se incrementa la especialización y disminuye la capacidad de regeneración biológica. Los tejidos más vulgares, como los epiteliales, pueden regenerarse, pero las células nerviosas, mucho más diferenciadas, no se reproducen. La muerte sería el precio de la diferenciación y la especialización.

Entre los países con más longevidad se encuentran Japón, Canadá, España, Suecia, Noruega, Dinamarca e Islandia, esta última con varones de más larga vida.

TEORÍAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

En líneas generales se sugiere que la senescencia se produce por reducción de la energía disponible. La energía se emplea en diversas funciones, sobre todo en el metabolismo, y se agota por declinar la capacidad de las mitocondrias.

En el proceso de envejecimiento puede ser difícil separar causas y efectos. Existen diversas teorías que tratan de explicar la evolución, pero ninguna lo hace suficientemente o pueden ser totalmente rechazadas, ni son excluyentes entre sí.

Las teorías se pueden agrupar en dos amplios apartados:

Teorías genéticas

Son teorías del envejecimiento basadas en el genoma. Proceso y edad estarían más o menos determinados genéticamente. Comparando la vida media de las diferentes especies y la de familias y parientes, resulta probable un componente de este tipo. La muerte de las células estaría, en parte, programada de antemano. De las células del cuerpo humano, unas se están dividiendo toda la vida, otras no se dividen en absoluto (glóbulos rojos, células nerviosas, las del músculo cardíaco), y otras (las de riñón o hígado) normalmente son inactivas, pero pueden dividirse si es preciso, aunque lo harán cada vez menos al avanzar la edad.

En cultivos de células se ha observado que la duración media de la vida varía poco dentro de la misma especie. Las células normales pueden dividirse un número limitado de veces y no superan una cantidad fija de escisiones. En el hombre alcanza 50 divisiones, lo que se conoce como *límite Hayflick* (por el investigador Leonard Hayflick, 1965). Normalmente las células humanas no pueden sobrepasar este número mágico y muchas de nuestras células no lo alcanzan. Las células cancerosas sí pueden dividirse más veces, aunque en lugar de trabajar *para* el cuerpo trabajan *contra* el cuerpo. Generalmente, las personas mueren antes de alcanzar este número. Células viejas trasplantadas a receptores nuevos pueden sobrevivir a su donante pues influye la edad del donante y del receptor. Este *límite Hayflick* no se sabe a qué se debe; quizá a errores acumulados en el DNA, a depósitos de alguna sustancia, o a existencia de un marcador (*pacemaker*) que lo controla.

Mecanismos estocásticos

Son debidos al azar, no programados. Incluyen:

a) *Acúmulo de productos de desecho como lipofusina*

Se relaciona con la autofagia intracelular. El almacenamiento de productos de desecho en la célula que interfieren con su normal metabolismo y el desarrollo de su función, lleva a la muerte celular. La

molécula que más se ha relacionado con esta teoría es la lipofucsina, compuesto insoluble, pigmentado y presente en las células de muchos tejidos (pigmento del envejecimiento). Se forma a partir de complejos lipoproteínicos que se oxidan dando materiales incompletamente degradados. Su color es entre amarillo y pardo, y se acumula en la célula como material de desecho producto del metabolismo normal.

b) *Enlaces cruzados*

Con la edad, algunas células desarrollan enlaces cruzados entre macromoléculas, con lo que cambian sus propiedades y pierden elasticidad. Los enlaces del colágeno reflejan el grado de envejecimiento, pues se reduce la flexibilidad. Se forman eslabones que endurecen el colágeno, lo que repercute en músculo, vasos sanguíneos, piel y hueso. Teóricamente, se produce una agregación molecular que puede comprometer el metabolismo y alterar las proteínas, modificaciones que llevan a disminuir su proteólisis y favorecen la acumulación. No está claro si esto es causa del envejecimiento o consecuencia.

c) *Teoría de los radicales libres incontrolados*

Los radicales libres son fragmentos separados de moléculas mayores que poseen un electrón impar (no emparejado) en su órbita externa; este electrón disponible, que se mueve alrededor de la célula, los hace altamente reactivos y ataca autocatalíticamente a sus compañeros vecinos.

Por su parte, los radicales de oxígeno son unos tipos particulares de radicales libres. Durante el metabolismo normal aerobio se pueden generar radicales libres. El organismo respira y obtiene energía del metabolismo del oxígeno, pero este es muy tóxico, y concentraciones mayores de las habituales causan daño en partes celulares como la membrana lipídica, las proteínas y los ácidos nucleicos. La teoría de los radicales libres se asocia con la toxicidad del oxígeno y el papel del radical de oxígeno para provocar el daño en el tejido. La acumulación de los radicales libres trata de explicar cambios fisiológicos asociados al envejecimiento a través del deterioro en núcleo y citoplasma.

El organismo posee mecanismos de defensa antioxidante como las vitaminas C y E, así como sistemas enzimáticos reparadores capaces de eliminar las macromoléculas celulares afectadas por el óxido; pero si fallan las mitocondrias responsables del consumo del 90% del oxígeno, se afecta el proceso.

El estrés oxidativo del organismo avanza con la edad, lo que se ha asociado a muchas patologías relacionadas con el envejecimiento. La mayoría del oxígeno se reduce a agua en las mitocondrias, en los organismos aerobios; pero si se produce peróxido de hidrógeno, que es extremadamente tóxico, se producen radicales libres de oxígeno conocidos como superóxido.

El papel de los radicales libres como un factor significativo del envejecimiento fué planteado por Harman (1956). Estos radicales pueden resultar de exponerse las células a radiaciones ionizantes. Se ha sugerido que sólo las células más diferenciadas como las de cerebro, corazón o músculo, resultan afectadas severamente, y no —o no tanto— las células que se están replicando rápidamente y que cambian sus macromoléculas durante la división.

Se observa una relación inversa entre la longevidad de los mamíferos y los niveles de peroxidación, al menos parcialmente, por las defensas antioxidantes utilizadas por cada especie. Aunque algunos antioxidantes han mostrado prolongación de la vida media en estudios experimentales, no hay evidencia de que lo hagan en el hombre.

d) *Apoptosis*

Es la activación de un programa autodestructivo, en parte dirigido genéticamente; mecanismo de destrucción de la célula puesto en marcha desde el interior de la misma. En los mamíferos, esta forma de muerte celular parece iniciada por los enzimas e inducida por componentes celulares presentes habitualmente inhibidos y que terminan provocando condensación y fragmentación del citoplasma y degradación enzimática (Steller, 1995).

La apoptosis se ha relacionado con algunas enfermedades de la vejez como el cáncer y las enfermedades autoinmunes, que se asociarían con su inhibición, mientras que otras neurodegenerativas, como el

Alzheimer y los daños isquémicos de un infarto de miocardio, estarían asociadas con incremento de la misma (Thompson, 1995). Las mitocondrias jugarían un papel importante en la regulación de la apoptosis inducida por los daños oxidativos. La relación entre apoptosis y envejecimiento existe, aunque no siempre esté clara.

e) *Sistema inmunitario*

El sistema inmunitario constituye la respuesta del cuerpo a los agentes externos biológicos (virus, bacterias) o tóxicos (químicos). Cuando se es joven, el sistema inmunitario funciona muy eficientemente. Desde la edad media hay un declive en la función, se reduce su capacidad de reacción a estímulos externos y se hace menos eficaz en respuesta y reconocimiento del agresor. Además, aumenta la función de autoinmunidad, con mayor posibilidad de generar una respuesta a los propios tejidos.

El desarrollo del sistema inmunitario tiene mucho que ver con el timo, glándula que es más grande en los niños y que desaparece después de la adolescencia. Los componentes del sistema inmunológico humano se ven afectados con la edad, sin poder asegurar qué es causa y qué consecuencia.

f) *Envejecimiento primario y secundario*

Se puede diferenciar entre envejecimiento primario y secundario. El primario se refiere a una limitación intrínseca en la supervivencia celular, probablemente preprogramada genéticamente; afecta a todos y es progresivo, irreversible y deletéreo. El secundario, relacionado con factores aleatorios, sería debido a la acumulación de perjuicios ambientales, enfermedades y traumas; a las circunstancias personales, en suma. El primario parece producirse de forma constante a lo largo de la vida y el secundario explica las variaciones en miembros de la misma especie. Todo el proceso lleva a una reducción de las reservas funcionales y a una vulnerabilidad ante las agresiones exteriores.

Hayflick y colaboradores fueron los primeros en apreciar que el envejecimiento primario se basa en la célula. Establecieron que el

número máximo de divisiones de las células humanas normales era de 50 \pm 10, fenómeno que estaría bajo control genético. Los mecanismos concretos de estos límites no se conocen (síntesis imperfecta de proteínas, pequeños errores periódicos, mutaciones en el genoma inducidos por el ambiente o por efecto oxidante de los radicales libres, etc).

No existe una teoría integradora del envejecimiento que agrupe todos los cambios biológicos. Mutaciones en las células somáticas pueden producir cambios funcionales; radiaciones ionizantes inducir aberraciones cromosómicas; errores en la síntesis de proteínas o modificación en la estructura de las mismas tras la síntesis, se acumularían en la célula; la proteólisis decrece, o bien, acúmulo de lipofusina en SNC a un ritmo equivalente a la actividad de la oxidación celular. Son procesos diversos, relacionados y potenciados entre sí.

Otras teorías, más o menos relacionadas, se basan en la reducción del metabolismo al descender la temperatura, de forma que, con dieta baja en calorías, se prolongaría la edad; grado de arterioclrosis vascular; envejecimiento por radiación que afecta al DNA y RNA y a la estructura cromosómica; teoría del envejecimiento enzimático (Grisolía); degradación y desgaste de las proteínas con pérdida progresiva de la capacidad de adaptación al ambiente, y otras.

DETERIORO DE FUNCIONES EN APARATOS Y SISTEMAS

El envejecimiento se produce a nivel social, psicológico-conductual, fisiológico, morfológico, celular y molecular. Para los gerontólogos, la vejez se caracteriza por un fracaso en mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés fisiológico, lo que se asocia con disminución en la viabilidad y aumento en la vulnerabilidad. Se comienza a envejecer casi cuando se comienza a vivir. Con razón decía Galeno que el envejecimiento empieza en el momento de la concepción.

Es difícil diferenciar lo que se puede considerar un envejecimiento normal de uno patológico, excepto en casos extremos. A menudo, para definirlo se utilizan criterios estadísticos, a partir de lo que le ocurre a la mayoría.

Según unos autores, con la edad, las pérdidas en capacidades o funciones se producen de forma continuada, y según otros de forma discontinua o *en cascada*. El proceso de envejecimiento difiere según órgano o sistema. Algunas de las alteraciones son muy precoces y, de hecho, existen funciones que empiezan a declinar a los 20-25 años e incluso antes.

Se producen cambios en aparatos y sistemas (Serna,2000):

a) *Sistema inmunitario*

El sistema inmunitario resulta fundamental para el mantenimiento de la vida, pues identifica a los antígenos (cualquier molécula reconocida por el sistema y que dé una respuesta activa). Se trata de un sistema ubicuo que tiene presencia en cada órgano, incluido el cerebro. La primera función del sistema inmune es proteger el cuerpo de los invasores exteriores: hongos, virus, bacterias, o tóxicos químicos, y, además, eliminar los tejidos alterados. A medida que el individuo envejece, disminuye su capacidad para responder a estímulos del medio ambiente, con mayor susceptibilidad a las infecciones y reactivación de cuadros antiguos o favorecer las enfermedades autoinmunes (responder como se haría ante un cuerpo extraño).

La glándula timo actúa como un rector importante del proceso de envejecimiento, como un reloj biológico o marcapaso que señala las etapas críticas a través de la influencia sobre las células T. Con la edad declina la función del timo; el descenso de la hormona tímica comienza en la pubertad; hacia los 30 años disminuye mucho, de forma que hacia los 50-60, los adultos no tienen niveles detectables de hormona en sangre periférica y casi todo el tejido tímico se ha transformado en fibroso. Los órganos linfoides primarios incluyen médula ósea, timo, bazo y nódulos linfáticos, y representan los lugares de maduración y desarrollo de las células inmunes.

b) *Conectivo y musculoesquelético*

Se produce una disminución de sus elementos celulares o de la funcionalidad. Aumenta el colágeno y la elastina intercelular. A nivel musculoesquelético, se reduce la altura, la masa y fuerza muscular; existe

osteoporosis con cifosis más pronunciada, riesgo de fracturas y degeneración articular. A nivel articular, aumenta el calcio y degenera el cartílago, con pérdida de elasticidad. Disminuye la masa ósea y crece la proporción de tejido graso; se alargan nariz y orejas, Los hombres ganan peso hasta los 60 años y las mujeres hasta los 70; luego lo pierden.

El ejercicio físico moderado resulta beneficioso, pero no el intenso o muy irregular; la actividad física puntual excesiva puede ser tan destructiva como su ausencia, siendo lo adecuado mantenerla a lo largo de la vida.

El pelo se vuelve blanco por disminución de la mielina; hay arrugamiento generalizado de la piel con surcos más profundos, menor actividad de las glándulas sudoríparas, la piel pierde tersura y el tejido conjuntivo capacidad de sujeción.

c) Alimentación y metabolismo

Con la edad disminuye la necesidad de calorías cerca de un tercio, por reducirse actividad física y masa muscular. El índice metabólico básico desciende y las necesidades calóricas también, por lo que, si se come igual, se aumenta de peso. Si se mengua la ingesta, el proceso de oxidación es más completo, y desciende la acumulación de intermediarios polifuncionales. Dentro de ciertos límites, la delgadez es más sana.

En los ancianos son frecuentes los conflictos nutricionales con desequilibrios, por exceso o por defecto, en cantidad o calidad. Se deben a problemas dentales, económicos, dificultades de movilización para comprar o cocinar, cambio en los gustos y hacerse caprichosos por ciertos alimentos. Esta mala nutrición favorece sintomatología depresiva, demencial y confusional.

Se precisa una dieta variada y equilibrada, rica en proteínas y minerales; estos últimos y las vitaminas se absorben peor. Es aconsejable reducir algo calorías y lípidos; la necesidad de proteínas no disminuye con la edad, sino que se incrementa ligeramente; puede existir implicación económica, pues las proteínas resultan más caras. Se debe vigilar el consumo de líquidos ya que con la edad se reduce la sensación de sed y resulta fácil deshidratarse. Cuidar la dentadura para poder masticar adecuadamente y no suprimir por ello ningún alimento de la

dieta. Hay que evitar la monotonía en los contenidos y en las formas, por lo que, siempre que se pueda, se recomienda comer en compañía, pues quien permanece sólo pierde el gusto por cocinar para él.

Las proteínas se necesitan para transportar grasas, como el colesterol, a través del sistema circulatorio. Las lipoproteínas de alta densidad, HDL, protegen frente a la enfermedad coronaria porque recogen el exceso de colesterol y lo llevan al hígado donde se excreta. Las LDL las transportan de sangre a células, incluidas las de los vasos sanguíneos. La relación del colesterol total con el colesterol HDL es mejor cuanto más alto el porcentaje de HDL. En las mujeres suele haber niveles superiores de HDL que en los hombres.

d) *Digestivo*

Disminuye el número de papilas gustativas en lengua, lo que se inicia en la edad media. Las papilas situadas en la parte anterior de la lengua detectan los sabores dulces y salados y son las primeras en disminuir, aunque permanecen las que detectan lo amargo y lo agrio.

La disminución de la saliva favorece las caries. La atrofia general del sistema gástrico y la merma del riego dificultan la absorción de vitaminas y hierro. Se produce una reducción de la eficiencia eliminadora y se favorece el estreñimiento.

e) *Cardiorespiratorio*

El perímetro torácico disminuye. Decece la elasticidad en respiratorio, con lo que es menor la capacidad ventilatoria, sobre todo en el ejercicio. Hay reducción del reflejo de la tos y de la actividad ciliar del epitelio bronquial.

Por el contrario, aumenta tamaño y peso del corazón, disminuye la elasticidad valvular, se acrecienta la susceptibilidad a las arritmias, empeora la circulación de la sangre y se propicia la insuficiencia cardíaca. Se favorece la hipotensión ortostática ante cambios de postura y se eleva la tensión arterial. Se endurecen las arterias, se obstruyen y forman placas, que pueden romperse y provocar trombos.

f) *Endocrino*

Existe disminución de los estrógenos en las mujeres; de los andrógenos adrenales y de la testosterona en hombres. Reducción de la tolerancia a la glucosa; las concentraciones normales de glucosa en sangre son esenciales para las células como fuente de energía. Con la edad, decrece la capacidad para eliminar la glucosa excesiva.

g) *Génitourinario y sexualidad*

Hay empeoramiento de la función renal; puede aparecer incontinencia. Aumento de la próstata en varones, disminución de la elasticidad vesical, sobre todo en mujeres, con lo que se reduce la capacidad de llenado de la vejiga.

En la actividad sexual, se reduce la capacidad de erección y de eyaculación. Las células que producen espermatozoides son las primeras en ser afectadas y después pueden disminuir las que producen testosterona. En la mujer, los ovarios cesan poco a poco de funcionar a finales de los 40 o los 50 años. Sin embargo, la potencia sexual en el varón y el interés sexual en la mujer persisten hasta edades avanzadas en ambos. Las personas mayores que gozan de buena salud, disfrutan de las relaciones sexuales hasta el final de sus días; experimentan deseo (libido) y satisfacción. A veces no se practica el sexo, lo que ocurre más por falta de oportunidad que por deseo. Se encuentran espermatozoides en eyaculaciones de varones de 60-70-80 años en el 60-65% de los casos, y entre los 80 y los 90 años, en el 48% de los casos. En estudios realizados por encima de los 75 años, el 25% de las personas tenían relaciones regulares, y cuando no, muchas veces era por enfermedad. Al anciano le lleva más tiempo excitarse sexualmente, la erección dura menos, la eyaculación es menor y el tiempo entre una relación y otra se alarga. Havelock Ellis, investigador de la sexualidad, parece que era impotente hasta que se curó pasados los 60 años. En las mujeres de edad, el factor relevante que determina llevar una vida sexual normal, es la disponibilidad de un compañero adecuado.

Si aparece impotencia, puede ser primaria o secundaria, psicógena u orgánica. Las causas orgánicas de impotencia pueden

ser los fármacos, diabetes mellitus, alcoholismo o intervenciones quirúrgicas previas. Dolores por artritis, temor a que se repita un ataque al corazón sufrido, consumo de diversas medicaciones, infecciones en tracto urinario, problemas prostáticos, ileostomías, colostomías y mastectomías; todas repercuten en las relaciones sexuales.

h) *Neurología*

En el Sistema Nervioso Central (SNC) se producen cambios macro y microscópicos. Se observa atrofia cerebral a causa de la pérdida de neuronas. El peso del cerebro disminuye linealmente con la edad; se reduce el volumen del cerebro pero, sobre todo, sustancia gris y menos sustancia blanca. Hay dilatación de los surcos y ventrículos, aumento del transporte a través de la barrera hematoencefálica y reducción de la oxigenación y del flujo sanguíneo cerebral.

Se produce degeneración neuronal, disminución del número de neuronas y aumento de células gliales. La sustancia gris se afecta antes que la blanca. No sólo disminuye el número de neuronas sino que estas se retraen y encogen, con lo que se reduce volumen y peso del SNC. Se produce degeneración, distorsión e hinchazón de las dentritas; acúmulo de lipofusina en el citoplasma celular y disminución del número de sinapsis.

Hay cambios en las células gliales, sobre todo astrocitos, con gliosis difusa. Además, se añaden acúmulos diversos en las neuronas o en el espacio intersticial como depósitos amiloides, lipídicos, placas neuríticas o degeneración neurofibrilar.

Existe disminución de la síntesis de RNA y DNA; aumento de placas seniles, cuerpos de Lewy, vacuolas, túbulos y formaciones fibrilares. El depósito amiloide y la formación de placas seniles sería el proceso inicial y precedería a la degeneración neurofibrilar.

A nivel de receptores, decrece el número y la sensibilidad, así como los neurotransmisores.

Las personas mayores no dementes presentan árboles de dentritas más extensos que los adultos por la plasticidad que existe en el cerebro humano maduro y añoso; en la demencia senil, los árboles de

dentritas son menos extensos que en adultos, y los segmentos terminales de inferior número y más cortos.

Se debate si las neuronas mueren al azar o de manera selectiva. Se piensa que la extinción neuronal sigue un mecanismo subyacente al almacenamiento de la información y memoria en el cerebro, y la muerte de las neuronas podría interpretarse como una forma de deshacerse de las vías menos utilizadas.

Se debe considerar el cerebro como sumación de sistemas funcionales especializados y no sólo como acumulación de unidades anatómicas. La edad repercute en las diferentes funciones de manera diversa. El SN autonómico se encuentra menos afectado por la edad.

Tiene más dificultad para dormirse, con despertares frecuentes, precoces en la mañana y con sueño menos reparador.

i) *Homeostasis*

Son los mecanismos fisiológicos que regulan y estabilizan el medio interno. Los mecanismos homeostáticos se adaptan a las variaciones de la demanda, a los cambios de temperatura, ejercicio, alimentos o sueño, y son menos eficientes en el anciano, que se adapta peor a las situaciones de estrés, a variaciones en la temperatura o al ejercicio excesivo. Los mayores poseen menos capacidad para adaptarse al frío y al calor, pues los mecanismos termorreguladores son menos sensibles.

j) *Sensorio*

Hay reducción del número de papilas gustativas en lengua, lo que se inicia en la edad media. Como se ha señalado, las papilas gustativas que detectan los sabores dulces y salados son las primeras en disminuir, mientras permanecen las que detectan lo amargo y lo ácido. La variación en la discriminación de gustos dulces o salados puede favorecer que los mayores consuman exceso de azúcares y sal.

La córnea se torna amarillenta y sufre engrosamiento y opacidad (cataratas); se reduce la capacidad de adaptación a la luz y el crista-

lino pierde flexibilidad; aumentan los problemas de acomodación (presbicia) y disminuye la audición (prebiacusia). Los sentidos pierden precisión y agudeza.

VEJEZ Y ENFERMEDADES PROPIAS

La senectud es el proceso del envejecimiento (*senescere*: hacerse mayor) y la gerontología lo estudia. Los gerontólogos dividen a los mayores en ancianos-jóvenes de 65-75 años y ancianos-vejos, por encima de 75 años.

La mayoría de las personas mayores conservan sus capacidades cognoscitivas y físicas con un nivel aceptable. Los deterioros no se producen de manera lineal en todos los aparatos y sistemas, ni de la misma forma a todas las personas debido a razones individuales, ambientales, estilos de vida o tóxicos. En la longevidad influye mucho la historia familiar, factores externos y psicológicos, como la percepción de uno mismo, la satisfacción por la propia vida o la alimentación sana.

No es real la creencia de que la vejez va asociada a enfermedad grave física o psíquica. Sin embargo, existen enfermedades más frecuentes a esta edad, como cáncer, artritis degenerativa, arteriosclerosis, diabetes tipo 2 o fenómenos autoinmunes. Con la edad, la enfermedad puede aparecer de forma atípica e inespecífica y los síntomas oscurecidos o incompletos. Además, la presencia de patologías múltiples hace los cuadros menos nítidos y un mismo síntoma puede estar provocado por etiologías diversas.

DEMENCIA Y VEJEZ

La demencia es un síndrome (conjunto de síntomas que caracterizan un cuadro) causado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica y progresiva, en la que se produce un déficit de múltiples funciones cerebrales, sobre todo memoria, comprensión, juicio, lenguaje y conducta.

La demencia no es enfermedad exclusiva de la vejez, pues se puede diagnosticar a cualquier edad, después de los 18 años; pero con

diferencia incide particularmente en esta época de la vida, incrementándose el riesgo de padecerla a medida que avanzan los años.

Existen muchos tipos de demencia, mas en nuestro país las formas comunes son la demencia degenerativa (enfermedad de Alzheimer) (50-60% del total) y la vascular (20-25% del total). Además, la postraumática, frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, la producida por consumo de fármacos o tóxicos incluido el alcohol, la asociada con la enfermedad de Parkinson, la provocada por diversas etiologías somáticas como endocrinopatías, alteraciones metabólicas, carenciales o infecciones, entre otras.

Su cuadro clínico resulta muy variado y depende fundamentalmente de la causa que lo provoca y del grado de evolución de la misma, aunque en todos los casos la memoria se ve comprometida. Presenta manifestaciones que afectan al desarrollo normal de las actividades sociales y laborales, al comportamiento, hábitos y actividades de la vida diaria. Se acompaña a menudo de síntomas psíquicos y de la conducta que repercuten en la convivencia, como depresión, agitación psicomotriz, agresividad, insomnio, angustia, psicosis, desinhibición, conductas o preguntas reiterativas, e incontinencia de esfínteres. La afectación de la memoria impide aprender y dificulta la recuperación de lo ya aprendido. En un cuadro muy avanzado, el demente resulta incapaz de comer y beber sólo, asearse, peinarse o vestirse, no reconoce ni a él mismo ni a sus familiares, se suele perder en ámbitos conocidos, y llega a ignorar hasta su nombre o dirección. Su característica inquietud y desorientación se incrementan desde la caída de la tarde y por la noche. Pese a que existen diferencias según el tipo de demencia, cuando esta se encuentra muy avanzada las manifestaciones resultan prácticamente idénticas.

Enfermedad de Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer, como se ha señalado, representa la forma más frecuente de demencia en nuestro país, alcanzando al 50-60% del total.

La gran mayoría de los casos aparecen después de los 65 años y excepcionalmente puede presentarse en personas más jóvenes. Afec-

ta al 1-2% de la población de 65 años y su número se duplica cada cinco años.

La enfermedad de Alzheimer constituye el prototipo de enfermedad degenerativa primaria; es decir, no debida a causas o agresiones identificables. Su etiología se desconoce y sólo un número muy pequeño de casos posee origen genético. A nivel de sistema nervioso central se producen unas lesiones características que determinan el diagnóstico.

El curso natural de la enfermedad se desarrolla de forma progresiva, siendo la duración media de 6-8 años.

Los síntomas que presentan los pacientes de Alzheimer son los mismos de las demencias en general, con una afectación especial de las llamadas funciones corticales superiores como afasia (alteración del lenguaje), apraxia (deterioro de la capacidad de llevar a cabo actividades motoras, a pesar de tener la función motora intacta: p.e.: no son capaces de peinarse pero no sufren parálisis en el brazo), agnosia (fallo en reconocimiento o identificación de objetos) y alteraciones en la ordenada ejecución, planificación y organización de tareas.

En todos los casos, primero se afecta la memoria relacionada con los hechos inmediatos, aunque sea capaz de recordar los más antiguos; al final, estos también se ven afectados. La alteración de la memoria repercute en su desorientación en tiempo (el paciente ignora la fecha, mes, hora, etc.), espacio (desconoce el lugar en que se encuentra), persona (no sabe su nombre), y también la alteración de la memoria le entorpece recordar los acontecimientos relevantes de su vida o le incapacita para aprender cosas nuevas. No es raro que, como en otras formas de demencia, se asocien síntomas psíquicos como depresión, ansiedad, insomnio, psicosis o trastornos del comportamiento. El predominio de unas u otras manifestaciones es muy variable.

La enfermedad de Alzheimer difiere de las pérdidas cognitivas que naturalmente se producen con la edad, tanto por la intensidad de las manifestaciones como por el tipo de funciones afectadas.

No existen tratamientos curativos. Desde hace unos años, se dispone de algunos específicos que intentan detener el progreso del cuadro. Los resultados son variables: aunque algunos pacientes no toleran los tratamientos, lo más frecuente es lograr el estancamiento del

proceso y hasta ciertas mejorías. Cuando el cuadro se halla muy avanzado, son menos eficaces. Actualmente están en marcha varias e interesantes investigaciones.

SÍNDROMES PROGEROIDES

Estos cuadros aparecen en personas que no son mayores y semejan un envejecimiento muy prematuro.

La progeria (vejez temprana) es una enfermedad muy rara. Descrita desde hace dos siglos y medio, existen al menos 100 casos bien definidos. Su origen es genético y aparece cuando dos portadores tienen hijos. Los enfermos de progeria dejan de crecer a los 8-9 años y ya asemejan ancianos chiquititos. Raramente viven más de 20 años y cuando mueren presentan signos propios de mayores en la década séptima u octava, como arteriosclerosis, osteoporosis o insuficiencia renal.

El síndrome de Werner, también extraordinariamente singular, se parece a la progeria. Los enfermos alcanzan su máxima altura a los 13 años, encanecen a los 20, sufren cataratas a los 25 y, entre los 35 y los 40, presentan todos los signos de la vejez, y mueren a los 45 años aproximadamente. Los niveles intelectuales parecen normales. En el síndrome de Werner y en el similar de Huntchinson-Gilford, los pacientes muestran un espectro de patología prematura asociada con la vejez (ateroclerosis, pelo gris, disminución de la estatura, atrofia de la piel, pérdida del pelo, cataratas, menarquía precoz). Ambas enfermedades (enfermedad de Werner y de Huntchinson-Gilford) tienen un origen genético. Estas dolencias representan modelos acelerados del proceso de envejecimiento, como una caricatura del mismo.

PROFILAXIS PARA UNA BUENA SALUD

El estado de salud y la longevidad están influidos por la biología humana (factores genéticos) y medioambientales (entorno físico, psicosocial y económico). Los factores estrictamente médicos influyen en la prolongación de la vida en un 10% y el 90% restante tiene que ver con hábitos, factores psicológicos y sociosanitarios. Estos hábitos

y los elementos psicológicos y sociales son los más importantes en la prevención de una salud óptima, tanto en edad adulta como en la vejez. Aunque se ha alargado la vida media, no lo ha hecho la máxima duración vital que pueden alcanzar los humanos.

En los mayores, dentro de las medidas profilácticas para una buena salud, se encuentra el ejercicio y el control del peso. La actividad resulta beneficiosa porque algunas funciones físicas tienden a declinar con la edad y se trata de invertir el proceso. El ejercicio aumenta la firmeza de los huesos, ligamentos y músculos, así como la masa muscular y la flexibilidad. También aumenta el grosor de los cartílagos articulares, mejora la motilidad y el curso intestinal, junto a la capacidad respiratoria y cardíaca. Psicológicamente, el ejercicio relaja, eleva el ánimo, incrementa la autoestima y revaloriza la imagen corporal; el sueño resulta más profundo y reparador y con la producción de endorfinas se reduce la ansiedad. Se asegura, incluso, que con el ejercicio físico mejoran los rendimientos cognitivos, pero esto parece dudoso. Es cierto, sin embargo, que los mismos que se esfuerzan por estar activos y hacer ejercicio, asimismo se muestran más *activos* para cuidarse. Practicar deporte competitivo puede ser negativo.

Los programas de promoción de la salud se han preocupado en especial de jóvenes y adultos, y menos de los mayores. No se deben aplicar los mismos modelos pues, aunque se da por supuesto que lo que sirve para los adultos les sirve a ellos, no siempre es así.

La Medicina es ciencia y arte, pero se ha centrado más en su papel de ciencia, llevando al saber médico a un enorme fraccionamiento. La Medicina se centra en curar antes que en prevenir, en tratar el caso más que al grupo. La longevidad depende de los mismos factores que la salud óptima: control de peso, alimentación equilibrada, evitar el exceso de alcohol y de otros tóxicos, hacer ejercicio moderadamente y dormir lo suficiente. La forma de vivir el envejecimiento se ve muy influida por la personalidad, educación, satisfacción laboral o vital, actitud ante la vida o la propia filosofía.

El individuo posee una gran capacidad de reservas para adaptarse a la edad. Debe tomar conciencia de que resulta responsable de su salud, de desarrollar medidas para protegerla y de hacerlo antes de llegar a su vejez. Si persisten estilos destructivos, el cambio sólo servirá si se realiza precozmente. Se deberían subrayar más los aspectos

preventivos que curativos; en todas las edades resulta preferible la prevención primaria: poner los medios para que la lesión o enfermedad no se produzca.

PUEBLOS MÁS LONGEVOS

Hay tres lugares en el mundo donde las personas alcanzan edades extraordinariamente avanzadas: el Cáucaso, el sur de Ecuador y cerca de Cachemira.

Junto al mar Negro, al sur del Cáucaso y Ucrania, en Abjasia, se duda si sus pobladores exageran la edad por el respeto que suscitan los mayores, al no existir lenguaje escrito. A pesar de esto, se evidencia una población muy longeva. El pelo encanece y lo pierden tardíamente; las mujeres tienen la menstruación a los 17-18 años y la menopausia es tardía, dando a luz hasta los 60 años. Los abjasios consumen cerca de un tercio menos de calorías que en Norteamérica y su alimentación es pobre en colesterol; leche y legumbres constituyen el 70% de su dieta, que incluye abundancia de fruta y miel; comen poca carne y beben bastante leche agria, parecida al kéfir. Son esbeltos, sin exceso de peso. Aunque con la edad disminuye su actividad, no se retiran del trabajo nunca del todo. Los abjasios carecen de una palabra para el concepto de viejo. En su lugar hablan de gente *de larga vida*; es decir, se subraya lo positivo y no lo negativo. Los abjasios consideran la edad como una mejora. Cada pueblo tiene un consejo de ancianos que toma las decisiones locales importantes y al que se respeta. Consideran una maldición muy grave decir: «Que no haya viejos en tu casa para darte buenos consejos ni jóvenes para seguirlos». Las generaciones se interrelacionan bien y las fiestas las preside el varón más viejo.

En el sur de Ecuador, en la región de Vilcabamba, existe un valle situado a 1.500 metros de altura, cerca de la línea del ecuador, donde se disfruta de la suavidad de su clima. Los habitantes de Vilcabamba llegan a una avanzada vejez y se mantienen sanos y activos. Los centenarios de Ecuador son bajos de estatura, no suelen pasar de los 1,60 metros, delgados y rara vez se vuelven canosos. La primera menstruación de las mujeres es tardía y pueden tener hijos a los 60 años. Fuman y beben copiosamente, aparte de tomar drogas alucinó-

genas. Las centenarias acostumbran a ser solteras; las casadas suelen morir antes. Las enfermedades propias de la edad como hipertensión, artrosis o enfermedades cardíacas, casi les resultan desconocidas. Su alimentación es monótona y austera y se basa en el maíz; toman bastantes legumbres y frutas y raramente carne. Caminan mucho y llevan una vida tranquila.

Los hunzas de la región de Cachemira, próxima a China, también alcanzan edades prolongadas. Su dieta consta sobre todo de granos y legumbres, requesón, tubérculos, frutas y poca carne. Se mantienen también activos durante su larga vida y prestan mucha atención a los mayores. Disponen de un consejo de ancianos que ayuda al gobierno de su pueblo y a los que se consulta.

Es posible que la longevidad de estos grupos sea de origen genético. A nivel de hábitos, los tres consumen dietas pobres en carne y grasas, no excesivas en calorías; los tres grupos realizan una vida muy activa; habitan a alturas medias, con concentración intermedia de glóbulos rojos. En fin, la regla de oro, como calificó Aristóteles al justo medio, ni muy poco ni demasiado.

MÉTODOS PARA COMBATIR EL ENVEJECIMIENTO

Para prolongar la vida se han propugnado métodos diversos que van desde las restricciones selectivas de dieta y reducción de la temperatura del cuerpo, a consumo de antioxidantes o diversos fármacos. Los factores psicosociales y estilos de vida influyen más en la primera mitad de la vejez que en la segunda.

Desde la noche de los tiempos se han buscado remedios para prolongar la vida y mantener la juventud: en las civilizaciones agrarias de Asia Menor, el elixir de Paracelso o el yogur de Metchnikoff.

En las tablillas babilónicas se cuenta la historia, ya referida, del héroe Gilgamesh y su búsqueda de la inmortalidad; después de fracasar en diversas pruebas, volvió a casa resignado a envejecer y morir, aunque parece que acabó suicidándose al no acceder a la mortalidad.

La hechicera Medea, a petición de Jasón, prepara un brebaje para su padre, Esón, con el que éste rejuvenecería. David, de viejo, no

podía mantener el calor y una jovencita, la sunamita Abisag, durmiendo con él se lo proporcionaba. La creencia de rejuvenecer con el calor de las doncellas se repite.

Aristóteles pensaba que la vejez constituye la época en que el hombre se torna seco y frío, consideración que, con variantes, se reitera en el tiempo.

Basándose en lo anterior, Galeno de Pérgamo (129-199) cree haber encontrado el remedio para evitar el envejecimiento en lo que da calor y humedad, con una dieta frugal, con mantener la actividad y evitar el estreñimiento.

En los tiempos de la alquimia y de la piedra filosofal, hasta el papa Nicolás IV recomienda la búsqueda del santo Grial y del elixir de la juventud, al que se describe como *licor de oro*. En la época de la alquimia se ingieren tinturas de oro, el *aurum potabile*, o bien se utilizan vasos de este metal. Durante el Renacimiento se buscan sustancias rejuvenecedoras en un contexto donde se mezcla magia, ciencia y superstición. En la India ancestral se comían testículos de tigre y médula de oso joven para mantenerse joven.

Se han relacionado las fuentes de agua clara con la juventud desde que Jupiter transformó en fuente a la ninfa Juventus. Los europeos tuvieron mucha fe en los poderes rejuvenecedores del agua. Las legiones de César buscan la fuente de la juventud y Pausanias cree haberla encontrado. El poder rejuvenecedor del agua se refleja en la pintura de L.Cranach *La fuente de la juventud*, en la que por un lado entran los viejos decrepitos y por el otro estos salen rejuvenecidos. La búsqueda de la eterna juventud impregnó también algunos de los viajes al Nuevo Mundo, como el de Juan Ponce de León, descubridor de la península de Florida. La bondad de las curas de agua para la vejez permanece en nuestros días, de forma que, los balnearios, muy apreciados en el siglo XIX y principios del actual, vuelven a recuperar creciente interés.

Muchas de las prácticas del taoísmo van encaminadas a prolongar la vida. Se trata de reducir la producción de cualquier excremento, por lo que se recomienda alimentarse de bayas y raíces, y evitar la carne. Para el taoísmo, el envejecimiento se produce por desequilibrio entre el *yin* y el *yang*. El objetivo de los taoístas chinos es encontrar

el *tao*, *el camino*, y transformarse en un ser superior que viviría muchos años. Se concede gran importancia a la retención del aliento durante periodos prolongados y, si se llega a retenerlo durante el periodo de un millar de respiraciones normales, el practicante se convertiría en inmortal. En esta búsqueda taoista de la inmortalidad, se intenta conservar las reservas propias del *yin*; por eso, durante las relaciones sexuales, los hombres se retiran sin eyacular, sin pérdida del *yin* propio; intentan tener muchas relaciones pero siempre sin eyacular, en una clara visión masculinocéntrica.

Como Aristóteles, Roger Bacon asocia envejecimiento a pérdida progresiva de calor innato; recomienda drogas hechas con carne de serpiente, corazón de venado, oro, coral, perlas, ámbar gris, aloe y romero. Cree que se rejuvenece inhalando el aliento de una virgen joven.

En el siglo XVIII, James Graham tuvo mucho éxito con su *Templo de la salud*, en donde preconizaba el ejercicio, dieta moderada y limpieza; proporcionaba medicinas a los asistentes al templo y cobraba elevados horarios (Barash, 1994).

Posteriormente, en 1889, Ch. E. Brown-Séquard, profesor de fisiología en Francia, al llegar a los 72 años, siente fatiga e intenta rejuvenecer inyectándose preparados de testículos de animales. Brown-Séquard explica en una conferencia que había triturado testículos de perro, los había filtrado y se lo había inyectado en la pierna. Después lo repitió con testículos de conejillo de Indias. Según él, había recuperado fuerza física y potencia sexual de manera espectacular, pero al final cayó en gran descrédito, máxime cuando su mujer le dejó por un hombre más joven.

Eugène Steinach, en 1914, se liga el cordón espermático basándose en la doctrina china de no desperdiciar el semen y estimular la proliferación de células testiculares. Según él, al cortar los conductos espermáticos, si se entorpecía la producción de esperma por los testículos, las glándulas, por compensación, incrementaban la producción. Parece que W. B. Yeats se hizo esta intervención de vasectomía. Por la misma época se emplea el suero de testículos de macho cabrío y el trasplante al hombre de testículos de mono.

Elie Metchnikoff, biólogo ruso que trabajó en Francia, defiende que el envejecimiento se debe a los efectos tóxicos de las bacterias in-

testinales, como si de un envenenamiento intestinal se tratase. Basa su teoría sobre la autointoxicación en una supuesta acumulación de toxinas procedentes de la materia de desecho almacenada en intestino grueso. A partir de esto, considera conveniente una dieta basada en el yogur, alimento de los centenarios. Observa que las bacterias que producen ácido láctico tienden a inhibir la putrefacción de los alimentos y que los habitantes de los Balkanes, que tomaban mucho yogur, tenían fama de vivir hasta edades avanzadas. Para Metchnikoff, consumir grandes cantidades de yogur, que se elabora a partir de bacterias productoras de ácido láctico, prolonga la juventud y aumenta la longevidad. También defiende que un agente tóxico, empleado en dosis bajas, producirá un efecto estimulante y sugiere el uso de sueros citotóxicos. Pero se sabe que el envejecimiento no lo provocan las toxinas intestinales. Es fácil eliminar las bacterias del intestino grueso, como cuando se toman antibióticos, y lo que se desencadena no es rejuvenecimiento sino diarrea; después, la mejor forma de volver a infectar el intestino libre de microrganismos, consiste en tomar yogur.

A partir de las teorías de Metchnikoff, A. Lance, cirujano londinense propugnaba la salvajada de extirpar parte del intestino grueso con idéntico objetivo.

Serge Voronoff había sido médico personal de Abbas II, jedive de Egipto. Abbas tenía eunucos y Voronoff creyó observar que los eunucos envejecían más rápidamente, deduciendo una relación entre testículos y edad. Voronoff intentó implantar testículos de chimpancé en hombre con el objetivo de rejuvenecerle. Se trajeron chimpancés a los que se les extrajeron los testículos y se injertaron en escroto de hombres para darles tono y vitalidad. Se demostró que no sólo no rejuvenecían sino que los chimpancés habían transmitido la sífilis a algunos pacientes. Algo similar hizo J. R. Brinkler en Norteamérica, trasplantando testículos de machos cabríos a viejos varones estadounidenses; muchos de sus pacientes murieron de peritonitis. La asociación entre juventud y potencia sexual, testicular en suma, se observa a menudo, creyéndose que los testículos de animales rejuvenecen. Resulta una visión del rejuvenecimiento exclusivamente masculina, con teorías muy falocéntricas.

Se ha comprobado que, aunque la testosterona pueda tener algún efecto beneficioso, este es de corta duración, y no hay pruebas de que aumente la longevidad ni retrase la vejez.

En esta misma línea de investigación en la lucha contra la vejez, Magnus-Levy en 1899 relaciona la disminución del metabolismo con la edad, y Paul Niehans, en Suiza, utiliza células frescas para revitalizar los tejidos deteriorados en lo que se llama *terapia celular*. La terapia celular se basa en que si un órgano o sistema no funciona, se inyecta extracto de ese órgano procedente de un animal, y si hay exceso de función se inyecta un antagonista.

Ana Aslan, médica rumana, regentaba un conocido centro de rejuvenecimiento. Se hizo famosa por los tratamientos que administraba a base de novocaína y una serie de agentes neutralizadores, el Gerovital H3. Sus curas duraban varias semanas y se repetían a los pocos meses. Tuvo pacientes de renombre universal y por su clínica parece que pasaron próceres de todo el mundo, como De Gaulle, Somerset Maughan o Adenauer. Recientemente se ha defendido que sus teorías pueden tener algún fundamento, pero el problema estriba en que nunca se hicieron estudios doble ciego. No se sabe qué se debe al fármaco, qué al reposo, qué al aislamiento o qué a efecto placebo.

Se especula con alargar la vida como se ha hecho con algunas moscas y gusanos. Se llega a creer que la vida del hombre podría prolongarse 2-3 veces, aunque la capacidad potencial de vivir parece limitarse a 120-130 años. Se trataría, sin embargo, de «añadir vida a los años y no años a la vida», como se ha dicho siempre. No convendría que ocurriese como a Titono, del que se enamoró la Aurora pidiendo a Zeus que le hiciera inmortal, pero olvidando pedirle que no envejeciese.

Productos recientes que favorecerían la prolongación de la juventud serían la dehidroepiandrosterona (DHEA), hormona esteroide cuyas supuestas cualidades contra las consecuencias del paso del tiempo no han quedado definitivamente demostradas. Se le ha llamado *píldora de la juventud*. La DHEA se produce por las glándulas suprarrenales, y es precursora de las hormonas sexuales femeninas y masculinas. Cuando se administra parece que la piel se vuelve más sonrosada, disminuyen los dolores musculares, se recalcifican las vértebras y se incrementa la libido; aumenta la vitalidad, la musculatura y la energía, así como la habilidad para las tareas cotidianas y el deseo sexual. La DHEA no existe en el organismo en los primeros

años de la vida, empieza a los 6-7, va aumentando hasta los 25 y luego mengua, de forma que hacia los 70 años sólo se produce en el 10% de los individuos. Su fisiología y mecanismo de actuación no están del todo claros y aún persisten muchas incógnitas. Se piensa que el exceso de DHEA puede desencadenar cáncer de próstata, de mama, de endometrio, de cuello de útero o melanoma maligno. Se alerta sobre el peligro de la administración indiscriminada de terapias hormonales, ya que sus efectos a largo plazo pueden ser graves, irreversibles e imprevistos.

Con la hormona del crecimiento, también propugnada, se ha descrito edema, síndrome del canal del carpo, artralgias o intolerancia a la glucosa.

Se ha hablado de la melatonina como producto contra el envejecimiento, por sus supuestas cualidades antioxidantes y como inmunomodulador, sin existir nada contrastado; no obstante, los niveles de melatonina durante la noche en personas entre los 65 y los 81 años no difieren significativamente de los de los jóvenes. La melatonina se ha propuesto para las alteraciones del sueño, sobre todo después de viajes transatlánticos.

Muchos productos más o menos naturales se han defendido como poseedores de propiedades rejuvenecedoras: mandrágora, canela, pimienta, nuez moscada y especias diversas. También, más recientemente, el ginkgo-biloba, la lecitina, jalea real, ginseng, germen de trigo, levadura de cerveza, etc., pero nada se encuentra realmente comprobado. También las vitaminas antioxidantes A, E y C; el selenio, la L-cisteína y el glutatión.

Se propician muchas medicinas y tratamientos con pocos estudios a largo plazo que lo confirmen. Es campo fácil para charlatanes y profesionales sin escrúpulos ni rigor.

En los últimos años se han publicado referencias a formas de prolongar la vida con restricción de dieta, o, dentro de un contexto entre científico y de ciencia-ficción, procesos de hibernación y criobiología. Técnicas de congelación-descongelación, la criónica, ideada hace 50 años por el Dr. Robert Ettinger y que se practica en California. Personas que padeciesen enfermedades incurables hoy día, aunque curables en el futuro, podrían *esperar* a este descubrimiento para deshibernizarse. De una manera u otra, se trata de no morir.

Existen estudios con inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que aumenta constantemente en las personas de edad y más en la depresión. La novocaína podría inhibir la MAO, de ahí la relación con la técnica de la doctora Aslan.

Se ha escrito recientemente que los chinos han aislado una sustancia a partir de los huevos de gusanos de seda que detiene o previene el envejecimiento. En realidad, se repite el mito de *Fausto* de no envejecer.

En sentido contrario, se han publicado trabajos acerca de la proteína P53, que impediría el crecimiento descontrolado de los tejidos y, en consecuencia, protegería contra el cáncer, pero que obstaculizaría la renovación de los tejidos y aceleraría el envejecimiento.

Por último, y dentro aún de lo especulativo, se ha señalado que los animales obtenidos por clonación (como la oveja *Dolly*) sufrirán un envejecimiento prematuro, ya que se obtienen a partir de células adultas, lo que abre un camino de estudio apasionante y delicado.

EL ANCIANO ENFERMO Y EL SISTEMA SANITARIO

El riesgo de enfermedades aumenta con la edad y esta probabilidad se duplica cada 8 años. La persona enferma, en general, más aún si es anciano, se siente amenazada, insegura y se produce en ella un proceso regresivo, favorecido por el sistema (Coe, 1979). Muchos médicos, al igual que la población, ve los síntomas del anciano sin solución ni esperanza; confunden edad con enfermedad y asumen que la mayoría de los síntomas en personas mayores resultan inevitables, intratables y concomitantes al normal proceso de envejecer.

Los médicos pueden eludir ver ancianos por temor a su propia dependencia y envejecimiento, como se ha señalado. Cuando las necesidades de un mayor no pueden ser cubiertas con efectividad y claridad, el caso se considera poco interesante, lo que cambia la naturaleza de la relación médico-paciente. La visión del médico se frustra cuando las enfermedades son crónicas y progresivas y no (del todo) curables, y para evitar implicaciones emocionales con el paciente, el médico puede adoptar una actitud cínica hacia la profesión y los enfermos.

Por parte médica, se tiende en exceso al paternalismo, a la condescendencia y a decidir por ellos «lo que más les conviene», sin respetar su toma de decisiones. Las bases de la medicina ética se sustentan en el principio del respeto a la autonomía del paciente y su capacidad para decidir, a partir de una información relevante y suficiente. Se fundamentan en el principio del beneficio, en tomar las mejores medidas para el paciente y en no dañarle.

Cuando un anciano acude al médico acompañado, se muestra menos expresivo y menos decidido que cuando acude solo. El médico suele delegar en exceso en el acompañante. El acompañante hace de informador y, a veces, en contra de la opinión del propio mayor, comenta aspectos que este no desea revelar. Así, el paciente, que debe ser el centro de atención, queda relegado a un papel secundario. El sanitario no debe olvidar que el anciano es el protagonista y principal informador, salvo que se aprecien fallos cognitivos serios.

A veces, cuando un anciano acude al médico por achaques diversos, este puede transmitirle que lo que le ocurre es esperable para su edad. Esto ofende mucho a los mayores, con razón, y nunca debe ser explicación suficiente ni definitiva. Hay una anécdota acerca de un anciano de 101 años a quien le dolía la pierna derecha y al quejarse al médico este le contesta: «¿Qué se puede esperar a su edad?», a lo que el mayor replica: «La izquierda tiene la misma edad que la derecha y no me duele». Real o no, la anécdota es bien ilustrativa.

La coexistencia de diversos cuadros hace difícil a menudo el estudio de procesos aislados o separar lo psiquiátrico de lo médico, pues los límites se vuelven borrosos. Los mayores tienen en general un aceptable estado de salud, pero cuando surge un problema físico o psíquico, se encadenan las complicaciones en cascada, con alta morbilidad, física y psíquica, aumento de la fragilidad y dificultad de recuperación. El cuadro físico repercute en lo psíquico y viceversa (Baltes, 1996). De la misma forma que un niño no es un adulto pequeño, el anciano no es un adulto con más edad. Tiene más heterogeneidad biológica, más comorbilidad física y psíquica, más riesgo de efectos secundarios indeseables a la medicación, previsión de resultados más pesimistas, así como estresantes socioeconómicos más frecuentes. En el mayor, con frecuencia, la enfermedad se presenta de forma no específica ni típica, los síntomas se muestran más oscure-

cidos o incompletos, y un mismo síntoma puede tener diversas etiologías.

Los ancianos pueden sufrir perjuicios por fallos en la toma de medicación, por realizar tomas excesivas, por confundir preparaciones externas con orales, las gotas de los ojos y/o oídos, por consumir la medicación de otra persona de la casa o de un animal de compañía, o por ingerir medicación pasada de fecha. Las personas mayores a veces no comprenden las instrucciones por problemas de oído, visión o cognitivos. El riesgo de iatrogenia (provocar daño por el propio acto médico) resulta elevado. Siempre se debe investigar otros productos que consume, incluso de parafarmacia; absurdamente se cree que estos no presentan incompatibilidades ni efectos secundarios.

Se debe diferenciar entre longevidad y envejecimiento. El segundo trata las causas biológicas y psicosociales que llevan a una progresiva decadencia en las funciones de los adultos. La longevidad se centra en el potencial biológico y psicosocial de la especie humana para conseguir una expectativa de vida larga en estado óptimo (cantidad y calidad).

Los familiares de los ancianos pueden tener expectativas desproporcionadas respecto a la evolución del paciente o de lo que se debe hacer. Pueden ser sobreprotectores debido a su ansiedad, y propiciar la dependencia. Los enfermos graves ponen en escena el tema de la mortalidad, movilizando muchas emociones y sentimientos de culpa; rivalidades o conflictos antiguos que se pueden reactivar y exagerar o negar el grado de incapacidad.

ANCIANOS DE RIESGO

Las enfermedades en los mayores no se identifican en una proporción elevada. Para evitarlo, se sugiere que, desde los 75 años, se haga un control anual por el médico de cabecera o ATS, valorando su situación social y mental, limitaciones y grado de continencia y llevar un registro de los mayores de cada médico general, lo que permitiría identificar los ancianos de riesgo que no consultan.

Se consideran de alto riesgo los mayores de 75 años que viven solos, han sufrido recientemente una pérdida, se les acaba de dar de alta

del hospital, están divorciados o separados, precisan de cuidados en su domicilio, piden ser llevados a una residencia, planean dejar sus casas por alguna razón o han cambiado de domicilio en los últimos dos años.

Dentro de los mayores de una comunidad es difícil saber cuáles son enfermos mentales; la mayoría son de alto riesgo y quedan sin identificar porque no suelen ir al médico.

Se debe prestar atención a sus cuidadores y a los signos de agotamiento. Como se ha comentado, la vida de los cuidadores se ve muy afectada en su salud física, actividad social, economía, vida familiar y sexual, o se ven sometidos a estrés insoportable. A veces ayuda enviar al domicilio una ATS de distrito que les oriente sobre cómo manejar un paciente, cómo asear o alimentar, e informarles acerca de recursos y ayudas. Dependerá mucho de la personalidad del cuidador y de la relación previa con el demente. Proporcionar al cuidador descanso temporal resulta de gran ayuda.

Se ha de estar muy sensibilizado ante problemas éticos, porque a menudo se trata de enfermos mentales en los que se plantea su competencia. Además, muchas enfermedades como la demencia permanecen incurables y las decisiones se toman con la perspectiva del empeoramiento, y de que el paso del anciano competente a incompetente resulta progresivo e insidioso. Los enfermos psíquicos de edad avanzada representan el grupo de máxima vulnerabilidad.

Asimismo, y finalmente, hay que permanecer alerta a la presencia de posibles maltratos, que pueden ir desde los directos físicos a los verbales, en domicilio o en institución, y con manifestaciones tan diversas como las reseñadas en otro capítulo.

Muerte y duelo

EL ÓBITO

La muerte es el cese total de las funciones vitales: de la actividad cerebral, cardiovascular y respiratoria espontánea. Produce cambios irreversibles en el organismo que ocasionan la destrucción de las células y los tejidos. Se habla de muerte clínica cuando el corazón deja de latir. Los criterios de la escuela médica de Harvard son:

1. Falta de receptividad y respuesta, incluso a estímulos dolorosos intensos.
2. Ausencia de movimientos o respiración espontánea.
3. Ausencia total de reflejos, tanto tendinosos profundos como corticales (inmovilidad de las pupilas durante 40 minutos).
4. EEG plano.

La muerte puede ser esperada en personas de edad o que padezcan enfermedad grave, o inesperada si le sobreviene a alguien joven o cuando se produce de manera brusca, como en accidente, cataclismo o acto violento. Puede ser intencional, —un suicidio—, o involuntaria, como la provocada por traumatismo o enfermedad. A veces es subintencional, como en casos de abuso de alcohol o drogas, tabaco, tóxicos, o cuando se practican conductas arriesgadas.

REACCIONES ANTE EL ÓBITO

Elisabeth Kübler-Ross, médico de origen suizo que trabajó en Norteamérica, tras permanecer muchas horas al lado de enfermos moribundos ha estudiado las reacciones que se producen ante la muerte. Ella describe cinco estadios emocionales por los que pasan las personas desde el momento en que conocen el pronóstico sombrío de una afección: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1989, 1997).

1. *Negación*. La primera actitud es de negación («No, no yo»). No aceptan la enfermedad y no creen que les pueda ocurrir a ellos. No interfiere necesariamente con el tratamiento y puede ayudar a mitigar la invasora ansiedad inicial.
2. *Ira*. En la segunda fase, la de la ira («¿Por qué yo?»), los pacientes se muestran irritables, demandantes y críticos. Exhiben su rabia ante el mundo, la vida o los profesionales. Pueden manifestar intensas emociones de irritación o rechazo hacia médicos, familia, tratamiento, amigos o contra ellos mismos, por lo que la comunicación resulta difícil.
3. *Negociación*. En esta fase, de negociación («Sí, pero...»), existe un intento de ganar tiempo, reafirmando su fe en Dios, prometiendo ser bueno y generoso en el futuro, negociando una transacción; a partir de ahora hará esto o lo otro, corregirá conductas inadecuadas, etc., cuando, evidentemente, ya es demasiado tarde.
4. *Depresión*. En la cuarta, la de la depresión («Sí»), se da cuenta plenamente de lo que ocurre y de su carácter irreversible. Puede que no tenga ganas de ver a nadie, se aisle, abandone los tratamientos o muestre conductas de suicidio pasivo.
5. *Aceptación*. En la quinta, la de la aceptación («Sí, estoy preparado»), admite lo inevitable y se vuelve hacia sí mismo, buscando aislarse. Se debe entender este retraimiento y respetarlo.

Las fases descritas por Klüber-Ross resultan mecanismos de adaptación y como un pacto con el destino o la deidad. Se teme a la muerte por el dolor, la separación de seres queridos o por no haber realizado los proyectos. Según la autora, la gente concibe la muerte

como una entidad maligna que los castiga, pero cuando se asimila, el proceso de morir se facilita.

No siempre se desarrollan las fases de manera clara y por este orden; la sucesión puede ser diferente, no aparecer las cinco etapas o cambiar una u otra. Aunque algunos de los escritos de la autora revelan cierto misticismo, ella ha estudiado y observado mejor que nadie esta delicada situación.

Otros trabajos describen las fases finales así: ignorancia, inseguridad, negación implícita y comunicación de la verdad (Spoken, 1978).

En los diferentes estadios, profesionales y familia pueden no entender la manera de reaccionar del paciente, con lo que no respetan su deseo de replegarse o bien responden en espejo ante sus manifestaciones de ira, repercutiendo en el equilibrio psíquico de todos ellos.

EL ENFERMO TERMINAL

Se considera que un enfermo es terminal cuando la perspectiva de vida es inferior a seis meses, tras haberse instaurado sin resultado todos los tratamientos oportunos. La crítica situación obliga a tomar decisiones dramáticas como intervenciones quirúrgicas, transfusiones o supresión de medicación, no fáciles de acometer.

En los pacientes terminales, el cuidado debe ser holístico, con especial atención a las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, y el objetivo prioritario estriba en aliviar el dolor y controlar ciertos síntomas. Cuidar a estos pacientes puede ser un desafío profesional. Cuando la enfermedad no tiene tratamiento, el objetivo debe ser el bienestar del paciente, disminuir el sufrimiento, controlar el dolor y mantener la calidad de vida.

En el medio médico, a menudo se prefiere que el paciente ignore la gravedad de su enfermedad, una actitud paternalista que impide al paciente tomar sus propias decisiones. Entre los enfermos terminales unos quieren información y otros hacen una completa negación del problema. Se debe hablar de la muerte en la medida de lo solicitado. El paciente tiene derecho a saber, aunque se puede debatir cuál es la

forma adecuada de transmitir la información; se le debe informar según demande, con lenguaje sencillo y claro. Si claramente muestra que prefiere mantenerse ignorante y no desea enfrentarse a su enfermedad, debe respetársele; pero siempre se debe responder abiertamente a lo que claramente se solicite, y de forma exhaustiva a la familia. No es raro que en la fase final la persona quiera resolver asuntos, afrontar cuentas o intentar reconciliaciones. La familia próxima que le presta atención va a solucionar mejor su duelo y no existe razón para impedir a los niños su presencia.

Es frecuente una conspiración de silencio en torno al tema de la muerte. Se evita hablar de ella, con lo que se incrementa el daño. La medicina, al hacerse más científica pero menos humanista, deja al paciente abandonado en el momento decisivo de su vida, la muerte, crisis máxima de la existencia (Nulan, 1998).

Cuando se entrevista a un terminal, se le debe escuchar sin juzgar; no dirigirle ni interrumpirle hasta que haya finalizado; estar alerta a la comunicación no verbal. No se debe pensar que al enfermo terminal no se le puede ayudar; es una ayuda diferente pero no menos valiosa, y la relación nunca puede ser impersonal. En la atención a personas moribundas hay que mostrar una actitud y una habilidad especial, con serenidad y calidez, dejándole hablar de lo que le preocupa. El terapeuta puede quedar afectado por la ansiedad y la tristeza del proceso, pero su identificación con el enfermo no ha de ser tal que le impida ayudarlo y mantener la visión adecuada del problema. Cuando, por no soportarlo, rompe bruscamente con él, se incrementa el dolor.

La atención al moribundo en el hospital puede hacer perder el sentido de la globalidad por centrarse en la enfermedad. Se ha llamado *relación objetal parcial* a la que mantiene el equipo médico con el paciente, pues cada especialista se preocupa de una parte enferma, con lo que se elude su visión global como persona (Santo Domingo, 1976).

Los enfermos graves intuyen su situación aunque no se les diga; quieren hablar de ello, lo necesitan y, al mismo tiempo, precisan mantener cierta esperanza y el apoyo de los que están cerca. De la muerte no se habla. Se presupone que la gente tiene miedo a morir y por ello se le esconde la verdad al enfermo desahuciado; él no se atreve a preguntar y la familia evita darle la ocasión para ello. A menudo

estas personas que se comportan así están pensando más en sí mismos que en el moribundo. No le dan oportunidad de hablar de lo que siente o teme, de la muerte. El enfermo que sufre de una enfermedad incurable se sorprende de que el mundo siga su curso, no se pare, a pesar de su drama (Albom, 2000). La familia próxima que le presta atención amorosa va a resolver mejor su duelo.

No es aconsejable afirmar cuánto va a vivir una persona exactamente, entre otras cosas, porque la medicina no es totalmente precisa al respecto.

Ante el diagnóstico de una enfermedad mortal, en la secuencia de respuestas, algunos no pasan de la negación. Cuando la hora llega, ni el paciente ni la familia quieren enterarse. Se producen a veces reacciones muy inadecuadas en las personas que le rodean, como culpabilizar al moribundo de lo que está ocurriendo.

El moribundo también siente miedo a lo desconocido, a perder el control, al sufrimiento, a la mutilación, a la soledad, a la pérdida de seres queridos. En algunos casos, cuando se sabe el pronóstico negativo de la enfermedad, paciente y/o familiares van a buscar, en ocasiones, ayuda en medicinas marginales con métodos poco ortodoxos, o ser presa fácil de personas desaprensivas y charlatanes sin escrúpulos; de grupos religiosos o pseudofilosóficos.

EL SANITARIO ANTE LA MUERTE

Muchos médicos evitan estar cerca de los enfermos terminales porque sólo gustan hablar en términos de salud y curación, y contemplan la muerte como un fracaso. Al médico, su formación y la experiencia debieran inmunizarlo ante la angustia de la propia muerte y de la ajena; sin embargo, no suele ser así. Su madurez personal o la falta de ella va a influir en su actitud ante el problema. Puede refugiarse detrás del rigor científico, que utiliza como un mecanismo de defensa, para ver al otro más impersonalmente. La ciencia le imbuye de una omnipotencia que él mismo se cree y, como está condenado al fracaso, le provoca una herida narcisista insoportable. Cuando la formación del médico se centra sólo en curar y erradicar la enfermedad, la muerte y el moribundo se convierten en un fracaso personal y

se evita al paciente desahuciado porque provoca irritación, impaciencia y miedo; es una prueba de su limitación y falibilidad. Las situaciones que no controla, que se le escapan, le hacen huir. O bien reflejan temores ocultos sobre su propia muerte.

Las tecnologías ayudan a mantener el mito paternalista y omnipotente del médico. Se le hace creer que lo es y se le pedirán *responsabilidades* por no salvar al paciente. Por eso, aún en los casos más desesperados e inexorables, la muerte la vive absurdamente como un fracaso. En el medio hospitalario hay un rechazo implícito a ayudar a morir, a admitir la muerte, provocado por la neurosis del propio médico. El profesional trata de suplir con ciencia lo que debía ser bondad, sentido común y escuchar, aliviar el sufrimiento más que vencer la enfermedad, y no obstinarse en remedios inciertos y dolorosos. Persistir en un tratamiento a pesar de las escasas posibilidades de éxito resulta fútil y peligroso.

Se dice que probablemente la medicina atrae a las personas más angustiadas por el tema de la muerte. Dedicán toda su vida a pelear contra ella y, cuando se sienten vencidos ante el enfermo incurable, se alejan. Son médicos *egocéntricos*, *triunfadores* que desaparecen emocionalmente y, si pueden, también físicamente cuando no hay posibilidades de éxito; pierden interés y entusiasmo, se desentienden de las situaciones que escapan a su control y no aceptan su impotencia. Se angustian ante la muerte. Se han hecho médicos para luchar contra ella y, como resultan inexorablemente vencidos, no se quieren enterar del momento de su derrota que representa una herida narcisista insostenible. Existe un miedo excesivo al fracaso y una altanera necesidad de triunfo. La medicina corre así el riesgo de ser arrogante, aun más cuanto más especializado se está.

Los comportamientos ante estas circunstancias difieren según los especialistas. Con frecuencia y en determinados momentos, los geriatras e internistas se muestran partidarios de abstenerse de una intervención activa para prolongar una vida irrecuperable. Cuanto más superespecialista es el médico, más se deviene en técnico (bioingeniero) y menos en humanista. Se centra más en la enfermedad que en el paciente y no admite la derrota inevitable. El cirujano puede tener la soberbia de valorar su intervención técnicamente como «un éxito» aunque el paciente se haya muerto.

Los profesionales que mantienen una relación prolongada y estrecha con sus enfermos en situaciones difíciles, como ocurre con nefrólogos, oncológicos, hematólogos o atención en SIDA, a veces desarrollan auténticos procesos de duelo tras el deceso de un paciente largamente tratado, repercutiendo de forma tan demoledora que precisen ellos mismos apoyo psicológico. Estas reacciones se ven muy influidas por la propia personalidad del médico.

Entre los médicos existe la actitud y la convicción de que, si debe haber algún error en el tratamiento de un paciente, siempre debe ser por exceso. Pero esto llena más sus necesidades que las de los enfermos. Puede darse una dicotomía entre los objetivos de los médicos y los de los dolientes. El sanitario a veces se engaña a sí mismo para mantener su propia esperanza y elige actuaciones que objetiva y friamente no pueden tener éxito y, en lugar de ayudar al paciente a enfrentarse con la realidad, se engaña con una esperanza imposible. Se puede caer en maniobras extravagantes y ridículas para mantener vestigios de vida, e incurrir en un encarnizamiento terapéutico relacionado con su arrogancia y paternalismo. La negación de la muerte puede ser máxima entre los que están más próximos a ella, como en la UVI o en urgencias.

En nuestra cultura morir resulta feo y sucio, y a la muerte se la aísla. El hospital se ha convertido en un lugar que permite ocultar lo desagradable de la muerte y conduce a un final solitario. La muerte puede estar mediatizada por el lugar, la institución. Cada vez resulta más frecuente que se produzca en el hospital, centro dotado de medios para luchar contra ella, pero que no ayuda a bien morir. Parece una protección mágica. Se ingresa para sobrevivir pero se muere. La muerte en el domicilio no es conveniente si existe rechazo al moribundo o si el espacio resulta muy restringido, con ruidos o falta intimidad. En el hospital el ambiente se muestra materialmente más decoroso, pero se niega al enfermo y se cuida la enfermedad. El hospital, que sirve a la familia para esconder al enfermo incómodo, se ha convertido en el lugar del óbito solitario.

Cuando se trabaja con enfermos terminales, oncológicos, graves, se corre el riesgo de sufrir el llamado *síndrome del profesional quemado* (*burn-out*) que se refleja en un estado de inadaptación e irritabilidad consecuencia del estrés continuado. Los médicos cuidadores

se hacen ellos mismos más vulnerables a enfermedades físicas, rinden menos en el trabajo y provocan mayor absentismo laboral; responden de forma más fría y distante a sus obligaciones; pueden experimentar fuertes sentimientos de culpa o resentimiento frente a sus pacientes, o convertirse en blanco de protestas por fallos del sistema, sobre todo en la *fase de ira*, lo que agrava su situación.

LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD

Los enfoques de la vida y de la muerte se encuentran muy influidos por las creencias religiosas y la cultura. La integración de la idea de la muerte en el pensamiento de los hombres les permite organizar su existencia a partir de propuestas más conscientes, más meditadas. La muerte forma parte de la vida y, sin embargo, nunca se está preparado para ella, ni el interesado ni los familiares. Se dice que la mejor forma de prepararse es apreciando la vida, pero la muerte siempre irrumpe por sorpresa.

La muerte provoca estupor, incredulidad. Existe una ilusión por la inmortalidad que se muestra en la persistencia de estilos destructivos o de ignorar las pautas de vida saludables. El saber de la muerte en el hombre siempre resulta exterior, aprendido, y por eso nunca pilla preparado. Se piensa en ello sólo en estadios avanzados, cuando las medidas a aplicar serían útiles únicamente si se realizan en una etapa precoz.

Se debate a menudo acerca de una supuesta *muerte digna*. Cabría afirmar que no existen muertes dignas o indignas, pues todas son las dos cosas. La creencia en una muerte digna consiste en un intento de la sociedad de enfrentarse a una realidad dura y dolorosa. Supone la culminación de una serie de procesos que, por su propia naturaleza, llevan a la destrucción y desintegración del ser que muere y, a veces, no resulta fácil la dignidad cuando el cuerpo falla. De ahí la necesidad de desmitificar la muerte y aceptarla con su componente de deterioro físico.

Se vive como si no se produjese; existe negación del proceso como si no nos fuese a tocar. Se trata de aislarla con funerarias y hospitales modernos. Antes, cuando la gente moría en su casa, se inte-

graba en la vida. Cuando muere un ser querido también lo hace algo propio esencial para nosotros, por eso, la expectativa de su muerte o la propia, resulta insoportable; la idea del fin, a pesar de formar parte de la vida, se mantiene apartada y siempre pillta por sorpresa.

Las diferencias culturales repercuten en el enfoque que se hace de la muerte. Las personas sencillas, menos sofisticadas, presentan menos problemas y les resulta fácil hablar de ello. La cultura que ensalza la juventud no quiere saber de la muerte. En la medicina moderna, se ve la defunción como la gran enemiga; se ocupa de la curación del cuerpo y de la prolongación de la vida, y capitula ante un fallecimiento.

Un óbito produce desatadas emociones: ira, tristeza, piedad, desesperación, resignación, desafío, resentimiento, y, uno de los más frecuentes, temor; produce temor porque se asocia a dolor, separación, soledad, castigo, destrucción o caos.

Cuando se puede garantizar un buen cuidado, el hogar constituye el mejor entorno, con el enfermo rodeado de familiares, afecto, paz y dignidad. Dejando hablar de la muerte al enfermo incurable, de sus temores, le damos tiempo para aclarar sus dudas y para despedirse como pedía el protagonista de *Martes con mi viejo profesor* (Albom, 2000), que agradecía tener tiempo para despedirse y poder acostumbrarse a la idea de su marcha.

En las sociedades tradicionales en que conviven tres generaciones: hijos, padres y abuelos, se está más familiarizado con la muerte y se ve con menos ansiedad que en las circunstancias actuales, individuales y cambiantes.

La mayoría de la gente desea morir en paz, durante el sueño. Parece que unos abandonan la vida fácilmente y otros llenos de tristeza y temor.

EL DUELO

El duelo constituye el sentimiento subjetivo provocado por la pérdida de un ser querido, por sentirse privado de él. El proceso de duelo resulta complejo y conduce a deshacer los vínculos estableci-

dos, elaborar el dolor de la pérdida y establecer nuevas relaciones. Cuanto mayor sea el papel de los factores inconscientes más probable resulta que se produzca una reacción anormal de duelo.

K. Abraham describe que la ambivalencia en la introyección de un objeto amado puede provocar la ira contra ese objeto introyectado y repercutir en el duelo. Según Melanie Klein los sentimientos de una persona durante el duelo reflejan el eco de las pérdidas que tuvo en la infancia.

S. Freud (1972) en *Duelo y melancolía* expone que el duelo normal se produce por el abandono de la libido del objeto perdido. Explica el duelo como la reacción a la pérdida de un ser amado (o de una abstracción equivalente: patria, libertad, etc.). Desaparecerá por sí sólo y no es adecuado perturbarlo. Freud diferencia duelo y melancolía porque en el duelo normal no existe una exagerada disminución de la autoestima, del amor propio; la melancolía puede dirigir hacia sí mismo la hostilidad que se tiene hacia un objeto u objetos del mundo exterior; en el duelo patológico se incluye una ambivalencia por el reproche de haber deseado la pérdida del objeto amado, convirtiéndolo en un camino indirecto al autocastigo.

El duelo puede ser normal o complicado/prolongado. En el duelo normal se comienza con una especie de aturdimiento, incredulidad y confusión; progresivamente se toma conciencia del proceso, se recuerdan experiencias compartidas que llevan a veces a un sentimiento de su presencia; se pasa a un aislamiento y retiro que poco a poco se va rompiendo, hasta que se entra en una vida normal. El duelo normal supera la pérdida de objeto mientras que, si no lo es, repercute seriamente en los que sobreviven. En el duelo normal la pérdida se percibe de manera clara y sin ambivalencias y la persona muerta se internaliza como un objeto querido, al tiempo que el proceso ayuda a desligarse del muerto.

El duelo complicado lo puede ser por hipertrófico, crónico o retrasado. El duelo hipertrófico es más intenso. El duelo retrasado no se manifiesta al principio sino posteriormente y generalmente en forma de culpa o ira. El duelo crónico resulta más prolongado y suele darse cuando la relación entre las dos personas era estrecha, ambivalente y simbiótica; aparece también en personalidades dependientes o cuando falla el apoyo social de los familiares con los que se comparte la

pena. El duelo no resuelto se detiene en su proceso de elaboración. En el duelo anormal o patológico el objeto perdido se incorpora a la psique como un objeto cargado de emociones negativas; sentimientos del fallecido se perciben como propios, disminuye la autoestima y aumenta la culpa. Además, el duelo constituye por sí mismo una situación de estrés que puede precipitar un trastorno psiquiátrico.

Cuando han predominado los mecanismos de negación en la fase terminal, durante el duelo se piensa que el óbito no se ha producido y se producen experiencias por las que siente revivir su presencia. Se puede manifestar una identificación inconsciente con el fallecido, imitando todo lo suyo y con temores hipocondríacos a padecer la misma enfermedad.

Aunque la muerte se haya previsto, cuando llega siempre supone un dolor para los próximos. A veces, este no se manifiesta inmediatamente porque en el torbellino de emociones se tarda en experimentarlo. Si no se expresa la pena y el dolor en el momento, pueden aparecer después de manera más abigarrada. A veces se siente culpa por si no se ha hecho lo suficiente, a pesar de que objetivamente no sea así, o se vuelca ira y dolor en los profesionales que han atendido al fallecido, con quejas sobre sus actuaciones, justificadas o no. Cuando se ha visto sufrir mucho al ser querido, al morir se puede sentir cierto grado de alivio o incluso, de forma menos consciente o confesable, debido al intenso dolor que la convivencia con el enfermo ha provocado.

La duración de la tristeza por un duelo resulta extraordinariamente variable. El reajuste se produce en la mayoría de los casos, pero a veces no se alcanza del todo, como en las parejas que han permanecido juntas durante muchos años. Predominan los síntomas psíquicos, pero se suelen acompañar de otros físicos, como insomnio, pérdida de apetito y peso, cefalea, fatiga o vulnerabilidad a patología somática. En las manifestaciones del duelo también influyen la cultura y las convenciones sociales acerca de lo que se considera adecuado.

Las personas mayores resultan más propensas a expresar su duelo en forma de síntomas físicos. Las viudas que acaban de perder al cónyuge suelen tener un período de duelo prolongado, y los viudos sufren un riesgo incrementado de morir en los dos años siguientes.

Si la muerte se produce por suicidio, este provoca un dolor mayor, con sentimientos de culpa, responsabilizándose por no haberlo previsto, y con mayor dificultad para elaborar el duelo.

En la terapia de duelo se deja al paciente verbalizar su pérdida y expresar sus ambivalencias hacia el fallecido. Se le estimula hacia la independencia y la autonomía, se ayuda a resocializar y se aceptan como normales las emociones hacia el finado.

PENSADORES Y MUERTE

La muerte nos acompaña desde el nacimiento. La especie humana es la única que la tiene presente porque los animales sienten que van a morir pero como muerte de individuo, no de la especie.

La vivencia de la muerte resulta diferente según la edad. Por debajo de los 5 años no hay conciencia de ella y no se la reconoce como tal; se considera un sueño, un viaje; vida y muerte no son excluyentes. Entre los 5-9 años va captándose este sentimiento, y, a partir de los 9, se asocia muerte corporal con permanencia del alma.

Las personas mayores, a diferencia de los jóvenes, piensan en la muerte. En las décadas finales de la vida, al mirar atrás, se puede sentir cierta desesperación y amargura por no haber llevado la existencia deseada, o bien aceptar la vida acaecida, plena o adecuada.

El miedo a la muerte representa uno de los temores primordiales; se refleja en el inconsciente colectivo a través de creencias y leyendas. La creencia en la inmortalidad ha existido en la mayoría de las culturas, como cambio de estado o reencarnación. Platón y Pitágoras creían en la transmigración de las almas; una parte de nosotros no moriría y regresa bajo otras formas. Platón en su *Fedón* expresa las consideraciones de Sócrates ante la muerte y su tranquilidad ante ella, «si queremos saber verdaderamente algo es preciso que abandonemos el cuerpo, sólo entonces gozaremos de la sabiduría... después de la muerte y no durante la vida». A través de sus discípulos, Sócrates muestra indiferencia hacia la muerte y la inmortalidad. Al no saber si la muerte es un bien o no, debemos aferrarnos a la vida que resulta cierta. No hay desprecio hacia la muerte sino serenidad. Só-

crates y Confucio vienen a decir que, si no sabemos de la vida, cómo se va a saber de la muerte.

En los estoicos este pensamiento se refleja en la idea de que, como no depende de nosotros, debemos estar disponibles, preparados para ella. Séneca, en sus epístolas afirma: «Todos los días morimos porque cada día se pierde una parte de nuestra vida y también cuando crecemos disminuye la vida». Séneca reflexiona mucho en la ancianidad: «No renunciaré a la vejez mientras deje intacta la mejor parte de mí; pero si empieza a debilitarme, si destruye mis facultades una por una, si no me deja vida sino aliento, abandonaré este pútrido y vacilante edificio».

San Agustín señala que «el hombre muere desde su nacimiento».

El hinduismo y algunas escuelas del budismo creen en la muerte del cuerpo pero no del espíritu. En *El libro tibetano de los muertos* se describen cinco estadios de existencia después de la muerte, y a través de ellos se guía hasta la reencarnación.

Kant reivindica la inmortalidad como una necesidad antropológica. En la época del Romanticismo la obsesión de la muerte cubre toda la producción de los artistas, a veces de manera morbosa. Schopenhauer llama a la muerte «diosa tutelar de la filosofía», pues la conciencia de la misma y el sufrimiento impulsa la meditación filosófica. La muerte acaba siendo una necesidad, pertenece a la esencia de la vida y da su ser a la existencia humana (Marcuse, 1979).

En su *Diccionario filosófico* Voltaire dice: «La especie humana es la única que sabe que debe morir y lo sabe nada más que por la experiencia». En uno de sus ensayos, Montaigne escribe: «Toda la sabiduría y todos los discursos del mundo se resuelven en esto: enseñar a no temer la muerte». Y Pascal asume que «siempre morimos solos».

Según Martin Heidegger, el hombre es un ser para la muerte y ninguna otra realidad de la existencia es más íntima para el hombre que la muerte propia (*El ser y el tiempo*). Existir es *ser-para-la-muerte*. Lo único que se puede hacer es tener la conciencia anticipatoria de la muerte. La capacidad para asumir su existencia es reconocer este *ser-para-la muerte*, lo más íntimamente suyo que es morir,

lo único que nadie puede hacer en su lugar y que constituye el punto culminante de su autenticidad. El hombre auténtico vive en la anticipación de la muerte, sello de su finitud y su libertad, y lo que le da sentido, pues al incorporar el pensamiento de la muerte se vuelve capaz de vivir y de elegir en plena conciencia (Heidegger, 1993).

El miedo a la muerte lo expresa Unamuno a su manera apasionada en *El sentimiento trágico de la vida*: «No quiero morirme, no, no quiero ni quiero quererlo; quiero vivir siempre, siempre y vivir yo».

A través de la creencia en la resurrección, el hombre se salva de su temor a la destrucción. El pensamiento racional luego pondrá en duda esta creencia en la inmortalidad.

La oscuridad que rodea la muerte hace que esta se acompañe de magia y ritos. Existen dos grandes creencias, desde los tiempos arcaicos, a lo largo de los pueblos y de la geografía. Una es la creencia en la muerte y renacimiento por transmigración o resurrección; los enterramientos en posición fetal tienen que ver con ello. La otra es la muerte-supervivencia a través de espíritus que actúan de dobles; los dobles pueden estar *viajando* hasta que se fijan en un recién nacido; por eso, un muerto anuncia el nacimiento de un niño.

C. Jung pensaba que las personas que consideran la muerte como carente de sentido y como simple complemento final de la vida, ellos mismos se alienan. Algunos psicoanalistas estiman que existe un instinto de muerte. Freud creía que, paradójicamente, las personas de fuerte tendencia hacia la vida trepidante, muestran un fuerte instinto de muerte; este instinto puede ser en casos responsable de suicidio. En *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte* él mismo comenta la inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida. «La muerte propia es inimaginable, nadie cree en la propia muerte» reconoce S. Freud. La escuela psicoanalítica apunta que, como nadie cree en su propia muerte, en el inconsciente estamos convencidos de nuestra inmortalidad; se necesita creer en esa inmortalidad por la angustia insoportable de volver a la nada. Cuando llega la muerte nos sentimos conmovidos y defraudados; se acentúa la motivación causal de la muerte en accidentes, edad, enfermedad, y se subraya su carácter circunstancial, con lo que se rebaja la categoría de la muerte de necesidad a simple azar. Nuestro inconsciente permanece inaccesible a la idea de la muerte propia y ambivalente hacia

la de las personas queridas, de la misma forma en que se encontró el hombre primordial. *Si vis vitam, para mortem* (Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte) declara Freud, quien establece una relación entre el instinto de muerte y el sexual, como expresión del instinto vital (Eros y Tánatos).

También V. Frankl, filósofo y psicólogo, comenta: «Si quieres resistir la vida, estate preparado para la muerte porque la vida sólo tiene sentido por la inmortalidad».

LA MUERTE EN LA LITERATURA

La muerte es una constante en la literatura. Cuando Sócrates va a morir proclama: «Es tiempo de irnos, yo a morir y vosotros a vivir; pero quién de nosotros tiene una perspectiva más feliz; sólo Dios lo sabe».

Ese momento culminante ha inspirado a poetas como R. M. Rilke: «Oh Señor, danos a cada uno nuestra propia muerte». O a Thomas Brown, científico del siglo XVII, quien afirma: «La muerte no me inspira tanto miedo como vergüenza; es la gran desgracia e ignominia de nuestra naturaleza que puede desfigurarnos en un momento de tal manera que las personas más próximas se asusten y sobresalten de vernos». Dice Brown que sabemos con qué dolor venimos al mundo, pero a menudo no es tarea fácil salir de él. En *De cómo filosofar es aprender a morir*, Montaigne piensa que la muerte resulta más fácil para quienes han pensado en ella; la utilidad de la vida no está en su duración sino en su uso. Primo Levi escribe en *Si esto es un hombre*: «Pocos son los hombres que saben caminar a la muerte con dignidad y muchas veces no aquellos de quienes esperaríamos».

En obras de madurez o vejez se suele reflejar la búsqueda de paz en la muerte, como en *La tempestad* de Shakespeare. También D. Quijote le dice a Sancho: «...y en los últimos pasos de la vida te alcanzará el de la muerte en vejez suave y madura...».

Unamuno, dicho queda, manifiesta su deseo de vivir y el miedo a la muerte. En *Guerra y Paz*, Tolstoi dice: «Conviene pensar frecuentemente en la muerte a fin de que pierda el temor que nos infunde, para que cese de ser nuestra enemiga y se convierta en la compañera

que libera»; y en *La muerte de Ivan Illich* refleja la actitud de la familia, el no dejar expresarse al que va a morir, el ocultamiento, la soledad, en suma, ante momento tan trascendente (Tolstoi, 1995).

Al menos literariamente, se relaciona muerte con sueño y así lo hace Faulkner denominando al sueño «la muerte pequeña»; Hamlet, quien señala: «Morir, dormir, soñar quizá» y en *D. Quijote de la Mancha* «... que el sueño se parece a la muerte, pues de un dormido a un muerto hay poca diferencia». El sueño y la muerte son hermanos, dice Homero.

SUICIDIO

El suicidio consiste en quitarse voluntariamente la vida. Desde el punto de vista social, se habla de tres tipos de suicidio: altruísta, cuando se supone que se hace en interés del grupo; egoísta: por el deseo de escapar del grupo, y suicidio anómico, cuando se rompe el ajuste social.

El suicidio resulta siempre desconcertante y turbador para los próximos, y a veces provoca una ambivalencia que rompe la piedad que se debería sentir por el muerto.

El suicidio se produce en todas las épocas de la vida, pero en la vejez se acomete más. Es superior la proporción de suicidios consumados en relación a los intentos, en parte debido a que los métodos utilizados son más cruentos, más irreversibles y la intencionalidad más firme. En particular, se da en varones, entre personas que viven solas: solteros, viudos, divorciados; también entre quienes sufren patologías acompañantes de dolor, entre las personalidades narcisistas o impulsivas o con poca tolerancia a la frustración, y si presentan trastornos afectivos asociados. El suicidio es menos frecuente en tiempos de guerra.

Se habla del suicidio *racional* y, aunque existe, asimismo puede subyacer en él psicopatología no evidenciada, sobre todo depresiones más o menos encubiertas. Resulta tema de debate teñido por las ideas y, sobre todo, las creencias.

Existen conductas parasuicidas en las que se busca la muerte subintencionada y en las que la persona desempeña algún papel parcial,

oculto, subliminal o inconsciente, que acelera la propia destrucción. Mostrarse imprudente, abandonarse a sí mismo o prescindir de los tratamientos, mostrar desprecio por los cuidados médicos, abusar de tóxicos o alcohol, usar erróneamente fármacos, o bien correr riesgos excesivos de cualquier tipo, ofrecen indicios orientadores en este sentido. En los ancianos se puede producir un suicidio encubierto, que pasa como muerte natural, en las personas que dejan de comer, se abandonan, no toman sus medicinas o lo hacen en más cantidad; también se puede sospechar acerca de la existencia de ideación suicida si se muestran fuertes sentimientos de culpa, se desea hacer testamento, poner en orden la vida, despedirse, cerrar *cuentas*, aclarar rencores. Igualmente, puede manifestar conductas parasuicidas cuando no acude a las citas previstas, no se siguen los tratamientos o se muestra clara dejadez. En la mayoría de las estadísticas el suicidio es la séptima u octava causa de muerte.

Algunos suicidios reflejados en la prensa, sobre todo como formas de suicidios *ampliados*, resultan impactantes por su dramatismo. Así el caso de una anciana que se suicida después de matar a su conyuge demenciado a quien no puede seguir atendiendo, o teme dejar abandonado; o el del anciano de 84 años que, al saberse gravemente enfermo de cáncer, mata a su esposa afectada de Alzheimer y luego se suicida.

La depresión es la causa más habitual de suicidio resultando, además, la enfermedad psíquica más frecuente en los ancianos, sobre todo en la primera mitad de la vejez. Existen diversos factores que lo propician: biológicos, psicológicos y sociales. Se habla de *pérdidas* que se producen a esta edad con mayor frecuencia.

Cierta proximidad al suicidio ofrece el problema de la eutanasia, que se desarrolla con más amplitud en otro capítulo. La eutanasia puede ser activa, pasiva o indirecta. La activa: «Intervención directa para acabar con la vida de un enfermo que así lo solicita» se rechaza casi unánimemente entre la profesión médica. La pasiva: «Provocar la muerte por omisión de cuidados que podrían prolongar la vida» probablemente se aplica más de lo admitido, desconociéndose el número real de casos. La eutanasia indirecta supone «Acorotar la duración de la vida por efecto secundario de tratamientos que alivian síntomas». No se debe confundir, sin embargo, la medicina

paliativa, que no pretende acortar la vida, con la eutanasia. Ante los enfermos terminales que desean morir, se suele adoptar una actitud represiva, no respetando libertad y autonomía. Se debe estar alerta para evitar el encarnizamiento terapéutico y nunca escatimar los cuidados paliativos.

CEREMONIAS RELACIONADAS CON LA MUERTE

La muerte se acompaña en todas las culturas de ritos de paso relacionados con sistemas de valores, ideología y conceptos filosóficos, algunos de los cuales ya se han mencionado. Las creencias y prácticas que rodean la muerte sirven para apoyar y reconfortar a familiares y próximos, para elaborar el duelo y para aliviar el temor que acompaña a trance tan importante como desconocido.

Los egipcios, pueblo sumamente desarrollado y exquisito, 2000-2500 a. de C., nos han legado sus monumentos funerarios, sus pirámides y tumbas dedicadas a los muertos. Todo su arte se vuelca hacia el momento de la muerte, lo que se refleja en la momificación, pinturas y enseres o ajuar que acompaña al que fallece. No muere, sino que cambia de situación, quizá como un intento de soportar la angustia que acompaña a la muerte, la ignorancia acerca del más allá y el temor real a desaparecer.

Algo parecido, sin la majestuosidad de los egipcios, se observa en las tumbas incaicas y preincaicas, desde 1000-2000 a. de C. hasta el 1500 de nuestra era. Se les momifica en posición fetal, de la misma forma en que se viene al mundo. También se le acompaña de ajuar, de lo que puede necesitar en la otra vida, de sus enseres habituales, sus juegos y sus caprichos. Existe una forma de continuación en el más allá, y por eso Atahualpa, ante Pizarro, prefiere bautizarse para no morir en la hoguera ya que, según sus creencias, era importante irse íntegro a la otra vida; al bautizarse, en vez de ser quemado, fué *solamente* ahorcado. Cuando el Inca moría, su esposa, concubinas y muchos servidores son estrangulados para que el difunto no sufra pérdida de bienestar en el más allá. Después de la momificación, las momias se cuidan para que no padezcan y mujeres con abanicos las acompañan constantemente para espantar las moscas.

En las tumbas chinas de Xian, siglos III-II a. de C., también los enterramientos de los príncipes y princesas se acompañan de un rico ajuar. El carruaje del emperador Qin Shihuang está dispuesto para su largo viaje a la eternidad.

Existen muchas creencias sobre un renacimiento después de la muerte; de este modo, el fallecimiento sólo supondría una interrupción de la vida, pues se retornaría al mundo familiar. Esta creencia en la muerte y reencarnación representa la base de muchas religiones y se asemeja a los ciclos de la naturaleza observados en las plantas. Pero este proceso puede llegar a un punto de no repetición. Según Platón, tras la muerte, el alma del filósofo dado a la contemplación se libera del cuerpo y se une a los dioses. Algo parecido le sucede a Buda, quien al final alcanza el nirvana en paz y sin deseos; si no, y al contrario, cada muerte constituye la condenación a una nueva transmigración del alma. Con una vida de abstinencia, paciencia y moralidad, se alcanzaría el nirvana. Por su parte, en el mundo judeo-cristiano existen las ideas de inmortalidad y resurrección y también en el Islam, con la creencia de una vida futura, en la que los buenos van al Paraíso y a los malos se les castiga con el Infierno, tras resurrección y juicio final.

Los griegos velan por los derechos de los difuntos y se les rinde el último honor para que su espíritu no tenga que vagar sin descanso por las orillas del Aquerón, excluidos de los campos Elíseos. Se adornan los cadáveres para su último viaje y se consideran sus tumbas como lugares sagrados para que no se profanen. Los cadáveres de los fallecidos fuera del país, se repatrian y, si no es posible, en su lugar de nacimiento se erige una tumba vacía, un cenotafio. Hasta a los enemigos se les da tiempo a enterrar a sus muertos, lo que se refleja en las tragedias griegas. Sólo al que ha traicionado a su país o cometido un crimen capital, se le priva del honor del entierro; su cuerpo queda sin sepultar, presa de las bestias. Un entierro honroso supone la conclusión más hermosa de una vida larga y justa. Se lava el cadáver, se unge y se le viste con prendas blancas finas, menos la cabeza, que se corona con flores y guirnaldas. Se inicia el duelo y se coloca el cadáver sobre la pira funeraria. El fuego se extingue con vino y las cenizas se introducen en una urna. Se deposita un óbolo en la boca del cadáver como pago al barquero Caronte. Otras veces no se incinera y se entierra o excava en roca viva. Después de dar sepultura al muer-

to, el cortejo vuelve a casa y se sienta a comer. Las vasijas de los funerales no se utilizan de nuevo (Guhl y Koner, 1997).

En muchas culturas se asocia la muerte a la necesidad de un viaje, a menudo a través del agua, trayecto a veces difícil para el que necesita un guía o pagar un precio, por lo que se depositan monedas en la boca al cadáver, algo que se repite en diversas culturas, como en Egipto, en la Grecia homérica o entre los aborígenes de Borneo y del Amazonas. Por eso Osiris es rey de los muertos pero también dios de la salvación. Los vikingos igualmente ponían al lado del cadáver objetos propios y de valor para facilitar su vida en el más allá. En tumbas de Ur, cuando la realeza muere, la acompaña gran parte de la corte; en una tumba real se contabilizaron hasta 72 personas de acompañamiento. En Egipto se preserva el cuerpo y se construyen tumbas en mastabas o pirámides, provistas de todo lo necesario para el más allá.

El embalsamamiento y la incineración representan dos extremos de las prácticas postmortem. Podría interpretarse la segunda como una forma de aligerar la liberación del doble, eliminando todo lo impuro de la desintegración. El temor a la putrefacción constituye también el fundamento del embalsamamiento.

Unas veces se deja la propia casa a los muertos, como en el Japón antiguo, o se les construye una igual a la de los vivos, como hacen los fangs de África, o se les entierra bajo la propia casa, como en pueblos del sudeste asiático; así el muerto se va, pero al tiempo se queda.

N. Barley, antropólogo (*Bailando sobre la tumba*), comenta las variadas conductas de los mortales ante el óbito, que sirven para socializarla, y haciéndolo de formas tan variadas que algunas rozan el ridículo.

En México se vive con cierta proximidad todo lo que rodea a la muerte; en el celebrado día de difuntos, los familiares comen y beben sobre la lápida del finado. Desde el día de 31 de octubre a la madrugada del 2 de noviembre, se conmemora el *Día de los Muertos* con especial animación y con una absoluta falta de respeto por *la pelleja, la igualadora, la flaca*, etc., que de muchas maneras se le llama a la muerte. Se hacen dulces en forma de calavera y se acude a los cementerios para acompañar alegremente a los muertos. Esta cultura

fúnebre une a vivos y fallecidos durante dos días de intenso jolgorio; resulta un proceso de integración de la muerte en la vida con el consiguiente alivio de la angustia.

Por último, para concluir esta mirada a diversos actos ceremoniales relacionados con el óbito, en Singapur, hasta hace poco, existían los llamados *hoteles de la muerte* en donde se llevaba a los agonizantes y allí el moribundo fallecía a solas.

Aspectos éticos y legales en la vejez y demencia

La vejez conlleva complejos problemas jurídicos, éticos y legales, como incapacitación, malos tratos, testamento en vida, derecho a morir o suicidarse, eutanasia y otros, que plantean cuestiones de no fácil respuesta.

INCAPACIDAD

La incapacidad es la carencia de aptitud legal para ejecutar determinados actos. Mientras a una persona no se la incapacite legalmente, se necesita probar su falta de capacidad en cada una de sus acciones.

Según el Artículo 200 del Código Civil: «Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma».

Para la incapacitación se exige la existencia de una enfermedad o deficiencia física o psíquica, de carácter persistente, que imposibilite a la persona su autogobierno y/o la administración de su patrimonio (Fernández López, 2001). Es decir, sufrir una enfermedad física o psíquica no implica la incapacitación de un mayor, sino que esta sea permanente o por tiempo indefinido, y que repercuta en las funciones superiores con afectación en los ámbitos señalados.

Nadie puede ser declarado incapaz a no ser por sentencia judicial. Se establecen criterios restrictivos para determinar la incapacidad y así circunscribirla a aquellas actividades para las que el individuo resulte inhábil por la afectación que la enfermedad produce. La competencia/incompetencia puede ser para una determinada tarea específica. Por el Artículo 210 del Código Civil, se establece que se definan los límites y el alcance de la incapacidad. La sentencia debe incluir pronunciamientos y no tiene efectos retroactivos; se fijan límites y extensión, privando de la capacidad de obrar en lo estrictamente necesario y permitiendo los actos no impedidos. No basta que una persona padezca una enfermedad mental, aunque sea permanente, para justificar la interdicción, sino que dicha enfermedad sea de intensidad tal que impida al sujeto gobernarse a sí mismo. Se señala el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado.

La incapacidad se halla relacionada con una situación concreta y no debe considerarse como algo estático y permanente, sino que puede cambiar. La capacidad de juicio tiene que ver con la toma de decisiones, con la posibilidad de alimentarse y vestirse, con llevar a cabo la propia higiene, con el cobijo, con no ponerse en situación de riesgo ni tampoco para los demás y con la administración del patrimonio.

La competencia no es binaria (sí/no), sino gradual; por eso, en una demencia, por ejemplo, en los primeros estadios el enfermo puede ser competente y hay que determinar en qué momento ya no lo es, o lo es parcialmente; al inicio puede producirse una incapacidad parcial y, en casos leves, puede resultar suficiente la curatela. El problema estriba en determinar el momento de inicio de la incapacidad legal. En particular, se valoran circunstancias familiares y contexto.

El nombramiento del tutor (Artículos 24 y 52), se hace buscando el mayor beneficio para el sometido a tutela («Principio del mejor beneficio»), por lo que se elige a la persona con mejor disposición, interés y facultades. En la tutela, el juez indica quién debe asumirla y suelen ser los familiares próximos, por este orden: cónyuge, padres o persona designada en testamento. La tutela se parece a la patria potestad; el tutor es como un administrador controlado por el juez.

En algunos casos se establecen medidas de control y vigilancia del tutor.

El tutor, representante legal del tutelado, está obligado a procurarle alimentos y administrar su patrimonio. Pero para realizar actos no habituales (patrimoniales, internamiento) precisa de autorización judicial.

Si la persona no está incapacitada, no se puede decidir por ella. La incapacitación judicial sólo funciona desde el momento en que se hace. Si se trata de impugnar algo pasado, habrá que demostrarlo; algunos poderes pueden quedar revocados *a posteriori*, pero dependerá del tiempo transcurrido.

Con la nueva *Ley de enjuiciamiento civil*, la familia puede iniciar la incapacitación de forma verbal. Por defecto, por no solicitarlo, también se puede incurrir en responsabilidad. Pueden proponerla parientes, Ministerio fiscal o el mismo juez. Se solicita en un escrito dirigido al juez, documentando el parentesco y la necesidad de tutela por incapacitación, quien puede reclamar las pruebas adicionales que considere oportunas. En la resolución, el juez nombra tutor y establece las fiscalizaciones pertinentes. En todo caso, el tutor debe informar anualmente del estado de salud y de la situación fiscal. Uno mismo puede establecer en acta notarial sus deseos; no resulta vinculante para la judicatura, pero lo tendrá en cuenta y decidirá valorando el momento concreto.

Cuando hay que decidir sobre determinado tratamiento del incompetente, se debe optar por «el mejor interés del paciente». Ninguna otra persona, excepto la nombrada por el juez, aunque sea un familiar próximo, puede dar o quitar un consentimiento.

CURATELA

Se produce cuando una persona puede valerse por sí misma para unas funciones y no para otras. En la sentencia se especifica qué actos puede realizar y cuáles no. En los casos más frecuentes tiene que ver con la administración de sus bienes, que se someten a guarda y protección. Tiene por objeto suplir la capacidad de obrar para administrarlos y se aplica, a veces, a niños, a pródigos, a deficientes

mentales y a ancianos demenciados. Un caso típico de aplicación es en los pródigos, para proteger su patrimonio cuando gastan el dinero de manera indiscriminada.

INGRESO INVOLUNTARIO

El ingreso involuntario se suscita cuando se hace en contra de la voluntad del paciente, de manera forzosa. El internamiento forzoso sólo se podrá realizar previa autorización judicial; si se hace por vía de urgencia, se debe informar al juez en las 24 horas inmediatas. Cuando se produce un ingreso no deseado, sea en residencia asistida o en hospital, se debe actuar de la misma manera y ponerlo en conocimiento del juez en 24 horas.

El internamiento breve o prolongado ofrece diferencias. Siempre se busca el equilibrio entre protección y libertad. En ocasiones al anciano hay que sacarlo del ambiente para protegerlo, pues este puede estar defendiendo a sus verdugos (*síndrome de Estocolmo*) y conviene investigar los posibles signos de maltrato.

Hay que respetar al máximo la autonomía y las propias decisiones. Se tiende en exceso al paternalismo y a decidir por los enfermos «lo que más les conviene».

CAPACIDAD DE CONDUCIR

Ante esta disyuntiva, se plantea un problema delicado, excepto en los casos avanzados. Cuando se sabe que un demente grave sigue conduciendo vehículos, lo adecuado sería informar a las autoridades sanitarias.

En las demencias iniciales no se ha evidenciado incremento de los accidentes de circulación. Pero las personas mayores en general y las demenciadas en particular, tienen más problemas con la conducción porque sus reflejos resultan más lentos en las situaciones imprevistas de peligro. La decisión sobre la conducción debe tomarse a través de exámenes específicos, aunque se puede orientar y aconsejar.

Las preguntas acerca de la imposibilidad de conducir son cada vez más frecuentes, lo que obliga a una posición de delicado equilibrio.

Los familiares insisten en el abandono de esta actividad, y el anciano desea hacerlo por la autonomía e independencia que le proporciona, y porque piensa que renunciar supone un paso más en su desvalorización. Más difícil resulta en los casos de demencias preseniles. Si la demencia es leve, se le debe aconsejar que conduzca sólo en situaciones seguras y en vías conocidas; si es moderada o grave, no debe autorizársele (Rizzo y cols., 1997).

MALOS TRATOS Y ABANDONO

Los malos tratos se han estudiado en niños en los años 60, en las mujeres en los 70, y en los mayores en los 80. Se ha de permanecer muy alerta para detectarlos precozmente.

Se define el maltrato como: «Acción u omisión cuyo resultado es un daño o una amenaza de daño contra la salud o el bienestar de un anciano».

El maltrato en los mayores pasa desapercibido a veces porque ellos mismos sienten vergüenza de denunciar a sus familiares. Además, su incapacidad física, económica, psíquica o sensorial, puede impedirle suficiente autonomía para revelar esta situación.

El maltrato suelen infringirlo familiares próximos como cónyuges, hijos, nietos, pero también puede ser provocado por cuidadores voluntarios o involuntarios, vecinos o personas que mantienen relaciones circunstanciales. Puede ser puntual o mantenido. Asimismo, puede ser malintencionado o no. A veces no existe intencionalidad de causar daño y se provoca por la pérdida de control del cuidador, sobre todo cuando los demenciados muestran alteraciones de conducta.

Dentro de los malos tratos se puede diferenciar entre:

- a) *Abuso*: deseo de infringir daño, confinamiento injustificado, intimidación o castigo cruel que origine perjuicio físico, dolor o angustia mental.
- b) *Negligencia*: deficiencia por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios que evitan daño físico, mental o angustia.

- c) *Abandono*: es cuando no puede el mayor satisfacer sus necesidades básicas, con la expectativa de que otros las cubran. Suele darse cuando un familiar que debería hacerse cargo de un mayor, no lo hace. El abandono puede ser activo o pasivo; la explotación física o económica.

Otra forma de clasificarlos es: abuso, negligencia y expoliación. En la negligencia no se reciben los servicios necesarios para mantener la salud física y psíquica; en el abandono existe un componente más activo o más intenso; el abandono pasivo se asemeja a la negligencia.

Dentro del abuso, puede diferenciarse:

1. Abuso físico: actos no accidentales que, empleando la fuerza física, provocan lesiones corporales.

Se subdividen en:

- Cuidados médicos: medicación inadecuada, privación de ella, administración irregular, negación o inadecuación en el acceso a los cuidados sanitarios.
- Deterioro corporal: deshidratación, abuso de alcohol o drogas, malnutrición, vestidos inadecuados.
- Asalto corporal: golpes, palizas, fracturas, empujones, ataduras, quemaduras y abusos sexuales. El abuso o agresión sexual es cualquier forma de intimidad sexual obtenida sin consentimiento y mediante amenaza o fuerza. Por pudor y vergüenza, constituye una de las agresiones más difíciles de detectar, sobre todo si se hallan implicados familiares, y por el temor del anciano de no ser creído y, además, rechazado. A veces se detectan por la presencia de lesiones en genitales o enfermedades de transmisión sexual.

2. Abusos psicológicos: resultan acciones que provocan daño, angustia o sufrimiento mental. Las formas habituales son insultos, amenazas, humillaciones, hostigamiento, manipulación, aislamiento social o silencios persistentes con intención de provocar daño.

3. Abuso económico: consiste en el uso inapropiado o no autorizado de fondos, propiedades o recursos del mayor; amenaza o presión para que los distribuya; ocultarle o negarle sus propios bienes; robarle o extorsionarle.

El maltrato, pues, puede ir desde daños físicos directos o verbales a la negación de comida, atención médica, despojo de dinero o propiedades, dilapidación del patrimonio, echar al anciano de su casa u obligarle a cambiar de residencia, amenazándole o asustándole. Las formas sutiles de llevarlo a cabo pueden alcanzar distintos grados de crueldad, como amedrentarle con llevarle al asilo, abandonarle o prohibirle ver a los nietos. Si los lazos familiares son fuertes, a menudo el maltratado no quiere denunciarlo, ni que se sepa, por temor a deteriorar aún más las relaciones. En los casos de explotación financiera, se les presiona para que colaboren con sus pensiones a gastos; esto es habitual en un contexto de toxicomanía o alcoholismo. A veces puede finalizar en homicidio o asesinato, como algunos casos aparecidos en la prensa.

Cuanto más aislado se encuentra el mayor, más vulnerable resulta; cuanta más relación mantiene con el mundo exterior, más fuerte se sentirá para no permitir los maltratos y para buscar ayuda. Tampoco hay que olvidar que los ancianos pueden ser a la vez víctimas y abusadores.

En ocasiones los abusos son sutiles y, aunque no alcancen la gravedad de los maltratos personales, no dejan de revestir importancia. Por ejemplo, cuando precisan colaboración de trabajadores para algún tipo de tarea en su domicilio y no se les hace según sus deseos; o precisan de una reparación en el hogar y se les realiza más amplia de lo necesario, o se abusa en el precio; o bien se les hace vender, otorgar o cambiar objetos de valor por otros; o modificar el testamento con donaciones y regalos no consentidos.

Se desconocen los datos exactos sobre abuso a mayores, pero son desgraciadamente frecuentes; lo mismo puede acontecer en domicilio que en instituciones. Se dice que al menos uno de cada diez ancianos lo sufre, y en el 80% de los casos lo provoca algún familiar próximo. El maltrato en las residencias, como en cualquier situación de indefensión, puede producirse, por lo que responsables y directivos deben permanecer alerta. Cualquier persona que tenga conocimiento o sos-

pecha del hecho tiene la obligación de comunicarlo. Sufrir depresión o demencia aumenta el riesgo de padecer maltrato, algo que repercute en la salud del maltratado, incrementando morbilidad y mortalidad. A los propios cuidadores hay que investigarlos, en primer lugar, como posibles responsables de los abusos. La víctima típica sería una mujer, mayor de 75 años, físicamente discapacitada, con alteraciones cognitivas y socialmente aislada.

Existen factores de riesgo que facilitan su aparición, siendo frecuente la sumación de varios. Así ocurre cuando se carece de recursos económicos o comunitarios, permanecen situaciones de estrés continuado, consumo de alcohol u otras drogas, antecedentes de malos tratos en la familia, actitudes de venganza o patología psíquica. Asimismo, se favorece en proporción al grado de dependencia del mayor hacia otros, al aislamiento social, a la existencia de estrés intenso en los cuidadores, a la marginalidad del medio, a la alteración en la dinámica familiar, a la psicopatología de algunos de sus miembros, a la tensión intergeneracional o a los anteriores abusos cometidos por el anciano que puede propiciar actitudes revanchistas.

En ocasiones, identificar el problema puede resultar complicado, pues no es fácil diferenciar lo que es consecuencia de la enfermedad o de los malos cuidados. Se sospechará ante lesiones mal explicadas, retrasos en la búsqueda de ayuda, falta a las citas sanitarias, cambios frecuentes de médicos, signos de malnutrición o mal seguimiento de los tratamientos. También, ante temores o miedos exagerados e inespecíficos, insomnio, cambios inusuales de peso, intentos de suicidio, crisis de llanto, baja autoestima, deterioro cognitivo, confusión, agitación o ansiedad exagerada. A nivel físico, por lesiones como hematomas, fracturas, quemaduras o laceraciones de difícil explicación; signos de sujeción mecánica o mala higiene; señal de abandono o mal uso de prótesis como audífonos, dentaduras o gafas; empeoramientos no justificados en el estado de salud, o cambios frecuentes de domicilio.

El abuso económico resulta más difícil de detectar o demostrar. Se sospechará cuando un anciano que administraba sus bienes de pronto deja de hacerlo, pone en venta su vivienda, muestra aspecto empobrecido o deja recibos y facturas impagados.

Al intervenir, hay que plantearse si el anciano lo acepta o lo desea, en cuyo caso se actuará a nivel personal, familiar o judicial, si

procede. Si la respuesta del mayor es negativa, se analizarán sus condiciones para decidir. Si se le considera capaz y consciente, se le deben exponer sus derechos, informarle de los recursos e instancias a los que puede recurrir, ofrecer apoyo y establecer un plan de seguimiento. No cabe iniciar trámites complejos y después abandonarle a su suerte. Si no está en condiciones de decidir, hay que contactar con las instituciones de protección social, vigilancia y control, y establecer los procedimientos legales pertinentes.

El Código Penal castiga las situaciones de maltrato.

El Artículo 226 dice:

1. El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o conyuge, que se hallan necesitados, será castigado con la pena de arresto de 8 a 20 fines de semana.

Artículo 229.

1. El abandono de un menor o un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno o dos años.
2. Si el abandono fuese realizado por los padres, tutores o guardadores legales, se impondrá la pena de prisión de dieciocho meses a tres años.
3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años, cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o del incapaz, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda, si constituyera otro delito grave.

Artículo 231.

1. El que teniendo a su cargo la crianza o educación de un menor de edad o de un incapaz lo entregare a un tercero o a un establecimiento público sin la anuencia de quien lo hubiere confiado o de la autoridad, en su defecto, será castigado con la pena de seis a doce meses.

2. Si con la entrega se hubiere puesto en concreto peligro de vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o del incapaz, se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.

TESTAMENTO VITAL

El testamento vital, «testamento biológico», y que otros prefieren denominar «Documento de voluntades anticipadas», surge en Norteamérica en la década de los sesenta y luego se extiende a diversos estados de Canadá y Australia. En algunos países europeos existen cartas o documentos, y en el Parlamento de Cataluña se aprueba en diciembre de 2000. Recogido por otras Comunidades, es asumido por el Senado y está en periodo de trámite.

Se expone para decidir por anticipado qué tipo de cuidados se desean recibir al final de la vida con el objeto de evitar el sufrimiento, humanizar los servicios sanitarios y la autonomía para el paciente, y en él se constatan las actuaciones médicas que se quieren evitar. No se trata de un testamento clásico. Sirve y es vinculante, excepto para la eutanasia activa; con esta se entra en el ámbito del Código Penal. Puede haber revocación del testamento vital porque en otro momento se cambie de criterio. Es obligación del notario asegurarse de la capacidad de la persona que emite el testamento vital, para lo que se precisa un examen en solitario, lo que, a menudo, no se cumple.

Semejantes son las llamadas *directrices avanzadas*, instrucciones para una persona en plenitud de sus facultades, pensando en la posibilidad de incapacidad para decidir sobre futuros tratamientos. Unas veces las instrucciones sirven para dejar constancia de lo que se desea que se haga en ciertas circunstancias; otras, autorizan a tomar decisiones, o como una afirmación general respecto a determinados tratamientos médicos.

Las *directrices avanzadas* tienen críticos y defensores. Los que las defienden consideran que conceden autonomía al paciente y ayudan a enfermos y familiares a tomar decisiones en situaciones difíciles o cuando se producen discrepancias, evitando posibles tratamientos no deseados. Otros las rechazan alegando que quienes las

firman podrían no ser competentes o que habría que readaptarlas a situaciones no previstas, por cambios, que las dejarían obsoletas. Por otra parte, se sabe que los sanos suelen valorar las situaciones de manera mucho más negativa que los enfermos. Resulta difícil saber cómo se va a sentir uno en circunstancias límites, pero en general se solicitan tratamientos más agresivos que lo que elegirían los sanos; la enfermedad acarrea cambios en el sistema de valores y, en consecuencia, las decisiones difieren.

Ante los enfermos terminales, lo correcto es ayudar al enfermo en sus últimos momentos causándole el menor sufrimiento posible, y procurarle su mejor muerte, eludiendo toda intervención inútil o sin valor real para él.

EUTANASIA

La palabra eutanasia significa etimológicamente *buena muerte*. No se debe confundir con la medicina paliativa, que no pretende ni acortar ni alargar la vida. En las discusiones en torno a esta cuestión existe mucha implicación ideológica y religiosa; ante pacientes terminales que manifiestan deseo de morir se tiende a actitudes irrespetuosas con su libertad y autonomía.

Se define la eutanasia activa como: «Intervención directa para acabar con la vida de un enfermo que así lo solicita». Es diferente de la eutanasia pasiva que significa «provocar la muerte por omisión de cuidados que podrían prolongar la vida», y de la eutanasia indirecta: «Acortar la duración de la vida por efecto secundario de tratamientos que alivian síntomas».

La eutanasia resulta tema controvertido que provoca conflictos entre el deseo consciente de morir por alguien cuya muerte es cierta, y donde no existen tratamientos que alivien sus síntomas, y las personas que materialmente tendrían que ejecutarlo. El riesgo procede de que médicos no expertos ni rigurosos apliquen la eutanasia por motivaciones espurias.

Es un tema de vivo debate en la sociedad actual; en Holanda es donde más se ha desarrollado la legislación al respecto y, recientemente, en Bélgica y Dinamarca. En Holanda la eutanasia se halla des-

penalizada, lo que no significa una indiscriminada aplicación. Cuando un paciente solicita que se le practique, el médico debe haberse convencido de que la solicitud es voluntaria y reflexionada, de que el sufrimiento resulta insoportable y que no existen perspectivas de mejoría; además, se debe consultar a otro médico independiente. Y el médico no se encuentra obligado a practicarla. En Norteamérica, en el Estado de California, existe una *Ley para una muerte digna*.

No obstante, la mayoría de las personas mayores de 65 años se opone a las leyes que favorecen la eutanasia. Parece que en Holanda el 1% de estas muertes fueron provocadas por drogas mortales administradas sin el consentimiento de los fallecidos. Esto podría suscitar en los ancianos recelo hacia los hospitales.

Algunos pensadores entienden que la dignificación del ser humano reside en su libertad y que él es el único dueño de su cuerpo. En España, la asociación *Derecho a morir dignamente* defiende la eutanasia de manera activa. Por el contrario, este derecho es visto por otras asociaciones como un peligro, como una ayuda al suicidio o como un suicidio asistido. Se trata de una situación delicada para los enfermos que la solicitan y para los médicos que tendrían que aplicarla. En el fondo subyace el temor al sufrimiento, uno de los miedos asociados a la enfermedad grave. Si se ponen todos los medios para controlar el dolor, se reducirá su planteamiento.

La eutanasia puede ser una tentación peligrosa para una sociedad cada vez más envejecida que se mueve por criterios economicistas. Sin embargo, hay personas que desean que se les ayude a morir y la demandan con pleno conocimiento.

En España, el 62% de los ciudadanos defiende la eutanasia en enfermos incurables, si ellos lo solicitan; pero la encuesta revela que las personas de más de 65 años son las menos favorables a esta decisión. En nuestro país, el Código Penal castiga con penas de cárcel la eutanasia activa. Así, el Artículo 143 del Código Penal impone una pena de 2-6 años a quien «causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otros, por la petición expresa, seria e inequívoca de este, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes difíciles de soportar».

DECISIONES MÉDICAS

Un médico puede dejarse influir a la hora de decidir un tratamiento y no elegir lo mejor para un anciano por motivos meramente económicos. Hay autores (Aaron & Schartz, 1990) que defienden poner un límite de edad para realizar ciertas intervenciones médicas, lo que es cuestionable, no sólo por razones éticas sino sanitarias, dado que la salud de una persona de 80-85 años puede ser mejor que la de otra con 50-55.

Se ha de estar alerta para evitar la marginación en el tratamiento de los mayores, sobre todo en los enfermos psíquicos (discriminación negativa). Existe gerontofobia entre algunos sanitarios cuando muestran poco interés por las personas de edad o si se les excluye de ciertos tratamientos. Los médicos pueden evitar ver a personas mayores por temer proyectivamente su propia dependencia y envejecimiento o por considerarlo poco interesante. La visión del médico como curador se frustra en la vejez, donde a menudo los enfermos son crónicos, progresivos y no (del todo) curables.

Por el contrario, se puede practicar una medicina defensiva para eludir conflictos legales; refugiarse en exploraciones y reiteradas pruebas, sólo para protegerse ante eventuales demandas judiciales y no pensando en el bien del paciente o en sus deseos; o bien, imponer tratamientos no deseados y llegar a un encarnizamiento terapéutico.

En relación a la toma de decisiones conflictivas surge el concepto de *calidad de vida*, de valoración subjetiva. Es una percepción interna en que se integran los componentes físico, mental y social. Es el bienestar psicosocial relacionado con la percepción que la persona tiene de su posición en la vida, en función de objetivos, expectativas y preocupaciones, dentro de una determinada cultura y con su propio sistema de valores. Relaciona la salud en su valoración física, actividades, grado de movilidad y autonomía, funciones cognitivas y satisfacción general. La salud, según la Organización Mundial de la Salud es un estado (casi inalcanzable) de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedad.

La valoración de la calidad de vida puede ser muy diferente, según paciente, familia o médico. Para un enfermo puede existir un

mínimo aceptable de calidad, en contraste con lo que piensen familia o médico. Ante la toma de decisiones, el criterio del paciente sobre su calidad de vida debe combinarse con el pronóstico médico.

La carta de derechos de los enfermos les reconoce como agentes autónomos y libres, capaces de tomar sus propias decisiones. Se desea lo mejor para él; antes el médico decidía qué era lo mejor y ahora lo hace el enfermo. La obligación del médico estriba en respetar la autodeterminación del paciente en su toma de decisiones. La capacidad para participar autonomamente depende de su posibilidad de entender y comunicar información, tras las oportunas explicaciones razonadas, en el contexto de los valores y objetivos personales. Uno es competente para tomar esas decisiones mientras no se le quite dicha competencia por ley, como ya se ha señalado. Esto puede cambiar con el tiempo o depender de la importancia de cada circunstancia.

A menudo, cuando se trata de personas de edad, se implica demasiado pronto a la familia en la toma de decisiones, con lo que se pierde parte de la confidencialidad, y puede someterse al anciano a presiones emocionales de sus próximos. Es una infantilización que debe evitarse. Tampoco resulta admisible que, porque un paciente rechace determinada actuación terapéutica que se le haya sugerido, se abandone totalmente su tratamiento, en un mecanismo de soberbia profesional. Si la decisión hace peligrar su vida, puede ser preciso remitirlo a otro médico (Lo y cols, 1990).

BASES DE UNA MEDICINA ÉTICA

Las bases de una medicina ética son las siguientes (Beauchamp y Childress, 1994):

1. El principio del respeto por la autonomía del paciente; es decir, su capacidad para su autodeterminación sobre la base de información suficiente y relevante.
2. El principio de la beneficencia o del beneficio; es decir, se tomarán las medidas que más beneficio procuren al paciente; maximizar la felicidad y minimizar la infelicidad.
3. El principio de no dañar, más general que el anterior.

4. El principio de justicia.

En Psicogeriatría se hace particularmente delicada la práctica ética por:

- a) La frecuencia de enfermedades mentales, sobre todo demencia, lo que plantea el tema de la competencia.
- b) Muchas enfermedades, sobre todo la demencia, son incurables y las decisiones se acometen con una expectativa de empeoramiento progresivo.
- c) Por su larga vida, los enfermos tienen una historia detrás con su personalidad y preferencias.
- d) La enfermedad física y mental les hace a menudo dependientes de los otros.
- e) Los ancianos enfermos pertenecen a la sociedad no-contributiva; se puede pensar que lo que se gasta en ellos se dilapida o desperdicia.

Con las personas mayores se ha de ser especialmente sensible a los problemas éticos, pues su propia enfermedad física y mental les hace con frecuencia dependientes de los otros.

Se pueden plantear situaciones económicas y legales, como otorgar poderes a un abogado, actualizar el testamento o prever los costes de los cuidados a largo plazo.

En el caso del *Consentimiento informado* se precisa que el sujeto esté informado, sea competente y no se encuentre coaccionado. La información debe ser verdadera y suficiente para poder elegir. Además, implica comprensión y conocimiento de su naturaleza, riesgos y beneficios, y que se acepte sin coacción.

DELITOS VIOLENTOS

Los mayores, en general, y los dementes en particular, se hallan más predispuestos a sufrir las consecuencias de conductas delictivas. Los delitos de sangre cometidos por ellos resultan raros. Más a menudo son víctimas, pero a veces también pueden ser ejecutores.

En ocasiones cometen delitos o se les induce a ello porque se supone que los jueces serán más benévolos y porque a partir de cierta edad no irán a la cárcel. Esto se ha comprobado sobre todo en robos y tráfico de drogas. Entre las agresiones están las físicas, ofensas sexuales, robos, asaltos, *trapicheo* y fraudes. A menudo se asocian síntomas o diagnósticos psiquiátricos con delitos; los más frecuentes, en orden decreciente son: alcoholismo, demencia y trastornos afectivos; más raramente, psicosis.

Los ancianos pueden ser víctimas de delitos como robo, fraude, allanamiento de morada o violencia, en especial las mujeres. En algunas zonas marginales no se atreven a salir solos, sobre todo donde se trafica con drogas. Pueden ser engañados con supuestas ventajas o ser víctimas ellos mismos de su codicia. Por eso, las personas que trabajan con ancianos y acuden a su domicilio deben identificarse siempre claramente para darles seguridad y evitar suplantaciones engañosas.

Por último, la violencia de los ancianos demenciados suele ser de intensidad leve: gritos, insultos, pataletas, y se debe valorar el riesgo de suicidio, accidentes, fugas o caídas.

Bibliografía

- AARON, H. y SCHWARTZ, W. B.: Rationing health care: the choice before us. *Science* 1990; 247: 418-422.
- ALBERDI, I.: *La nueva familia española*. Madrid: Editorial Taurus, 1999.
- ALBON, M.: *Martes con mi viejo profesor*. Madrid: Maeva Ediciones, 2000.
- ALDECOA, I.: *Cuentos completos*. Madrid: Alianza Editorial, 1973.
- AMÉRY, J.: *Revuelta y resignación: acerca de envejecer*. Valencia: Pre-textos, 2001.
- ARISTÓFANES: *Teatro selecto*. Madrid: Editorial Escelicer, 1970.
- ARISTOTELES: *Política*. Barcelona: Orbis, 1985.
- BALTES, M. M.: The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Curr Opin Psychiatry* 1998; 11: 411-415.
- BALTES, M. M. y CARSTENSEN, L. L.: The process of successful aging. *Ageing Society* 1996; 16: 397-422.
- BARASH, D. P.: *El envejecimiento*. Barcelona: Salvat Editores, 1994.
- BARLEY, N.: *Bailando sobre la tumba*. Barcelona: Anagrama, 2000.
- BAYLEY, J.: *Elegía a Iris*. Madrid: Alianza, 1999.
- BAYLEY, J.: *Iris y sus amigos*. Madrid: Alianza Editorial, 2001.
- BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F.: *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1994.
- BEAUVOIR, S. DE: *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1970.
- BEAUVOIR, S. DE: *La ceremonia del adios*. Barcelona: Edhasa, 1982.
- BELAVAL, Y.: *Historia de la filosofía*. Madrid: Editorial Siglo XXI, 1984.
- BETTELHEIM, B.: *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Editorial Crítica, 1980.
- BIOY CASARES, A.: *Diario de la guerra del cerdo*. Madrid: Alianza Editorial, 1973.

- BOBBIO, N.: *De senectute*. Madrid: Taurus, 1997.
- BOCACCIO: *Decameron*. Barcelona: Plaza & Janés, 1963.
- BOGAN, L.: *Poesía norteamericana 1900-1950*. Barcelona: Editorial Juventud, 1995.
- BROMLEY, D.B.: *The psychology of human ageing*. Middlesex: Penguin, 1977.
- CARO BAROJA, P.: *Las brujas y su mundo*. Madrid: Alianza Editorial, 1979.
- CERVANTES, M. de: *El ingenioso hidalgo D. Quijote de la Mancha*. Madrid: Perez del Hoyo Editor, 1970.
- CICERON: *La vejez (Caton el viejo o diálogos sobre la vejez)*. Buenos Aires: Tor, 1954.
- CLARK, M.H.: *Pálida como la luna*. Barcelona: Plaza y Janés, 2000.
- COE, R. M.: *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 1979.
- COTMAN, C. N. y ANDERSON, A. J.: A potential role for apoptosis in neurodegeneration and Alzheimer's disease. *Molecular Neurobiology* 1995; 10: 19-45.
- DELIBES, M.: *La hoja roja*. Barcelona: Argos-Vergara, 1979.
- DICKINSON, E.: *Antología bilingüe*. Madrid: Alianza Editorial, 2001.
- Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles*. Análisis prospectivo. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2000.
- ERIKSON, E.: *Identity and the life cycle*. New York: Norton, 1959.
- ERIKSON, E.: *Vital involvement in old age*. New York: WW Norton, 1986.
- ESPIÑOZA SORIANO, W.: *La civilización inca*. Madrid: Istmo, 1995.
- FAULKNER, W.: *Mientras agonizo*. Madrid: Editorial Cátedra, 1999.
- FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. M.: Necesidad de tutor legal e incapacitación. En: *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson, 2001.
- FLAQUER, Ll.: *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel, 1999.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., PUMLEY, S. y cols. Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging* 1987; 2: 171-184.
- FRANKL, V. E.: *The doctor and the soul*. New York: Knof, 1955.
- FRAZER, J. G.: *La rama dorada*. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- FREUD, S.: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- FRIEDAN, B.: *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta, 1994.
- FUNDACIÓN PFIZER.: *España: los retos de una sociedad envejecida*. Madrid, 2001.
- GARCÍA-SABELL, D.: *Paseo alrededor de la muerte*. Madrid: Alianza Editorial, 1999.
- GOETHE: *Memorias de mi vida*. Madrid: Ediciones Giner, 1979.
- GUHL, E. y KONER, W.: *Los griegos. Su vida y sus costumbres*. Madrid: M. E. Editores S. L., 1997.
- HARMAN, D.: Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontology* 1956; 11: 298-300.

- HARRIS, M.: *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial, 1990.
- HAYFLICK, L.: The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Exp Cell Res* 1965; 37: 614-636.
- HEIDEGGER, M.: *El ser y el tiempo*. México-Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1993.
- HESÍODO: *Teogonía. Trabajos y días. Escudo. Certamen*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- HESS, H.: *Elogio de la vejez*. Barcelona: Muchnik Editores, 2001.
- HINTON, J.: *Dying*. Middlesex: Penguin Books, 1972.
- HOTTOIS, G.: *Historia de la filosofía del Renacimiento a la Postmodernidad*. Madrid: Editorial Cátedra, 1999.
- ISLER, A.: *El príncipe de West End Avenue*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- JUNG, C. G.: *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Editorial Caralt, 1980.
- KAPUSCINSKI, R.: *Ébano*. Barcelona: Anagrama, 2001.
- KING, P.: Notes on the psychoanalysis of older people. *J Analitic Psychol* 1974; 19: 22-37.
- KÜBLER-ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1989.
- KÜBLER-ROSS: *Una vida para una buena muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 1997.
- LEVI, P.: *Si esto es un hombre*. Barcelona: Muchnik Editores, 2000.
- LEVI MONTALCINI, R.: *El as en la manga*. Barcelona: Crítica, 1999.
- LO, B., ROUSE, F. y DORUBRAND, L.: Family decision making trial: who decides for incompetent patients? *New Engl J Med* 1990; 322: 1228-1232.
- LOWIE, R.H.: *Religiones primitivas*. Madrid: Alianza Editorial, 1976.
- MANN, T.: *Doctor Faustus*. Barcelona: Plaza & Janés, 1982.
- MARCUSE, H.: *Ensayos sobre política y cultura*. Barcelona: Ariel, 1979.
- MC EWAN, I.: *Amsterdam*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- MEDINA, J. J.: *El reloj de la edad*. Barcelona: Editorial Crítica, 1997.
- MINOIS, G.: *Historia de la vejez*. Madrid: Nerea, 1987.
- MONTALE, E.: *Diario póstumo. 66 poemas y otros*. Barcelona: Ediciones de la rosa cúbica, 1999.
- MONTAIGNE, M.: *Ensayos I y II*. Barcelona: Ediciones Altaya, 1995.
- NEUGARTEN, B.: Grow old along with me! The best is yet to be. *Psychology Today* 1971; 5: 45-48.
- NULAND, S. B.: *Como morimos*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- PALMORE, E.: Attitudes towards aging as shown in humour. *The Gerontologist* 1971; 11: 181-186.
- PAPINI, G.: *La felicidad del infeliz*.
- PELLETIER, K. R.: *Longevidad*. Barcelona: Hispanoeuropea, 1986.
- PHILLIPSON, C.: *Capitalism and the construction of old age*. London: Macmillan, 1982.
- PLATÓN: *El banquete. Fedón. Fedro*. Barcelona: Ediciones Orbis, 1983.

- PLATÓN: *Diálogos*. Madrid: Editorial Espasa-Calpe, 1976.
- PLATÓN: *La República o el Estado*. Madrid: Editorial Espasa-Calpe, 1975.
- RIZZO, M., REINACH, S., MCGEHEE, D. y FAWSON, J.: Simulated car crashes and crash predictors in drivers with Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1997; 54 (5): 545-555.
- RONSAK, C. H.: *Uno no se cansa de amar*. Madrid: Anaya & Muchnik Editores, 1994.
- SALGADO, E.: *El libro de la vida y la muerte*. Barcelona: Ediciones Nauta, 1974.
- SAMPEDRO, J. L.: *La sonrisa etrusca*. Madrid: Alfaguara, 1997.
- SANTO DOMINGO, J.: *Psicosociología de la muerte*. Madrid: Editorial Castellet, 1976.
- SHAKESPEARE, W.: *Obras completas*. Madrid: Editorial Aguilar, 1974.
- SHEM, S.: *La casa de Dios*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- SERNA DE PEDRO I. DE LA: *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson, 2000.
- SERNA DE PEDRO I. DE LA: Reacciones psíquicas del paciente, la familia y el médico ante la enfermedad terminal. *Revista de psiquiatría del siglo xv al siglo xxi. Papeles del padre Jofré* 2000; año 4, n.º 1: 17-22.
- SPOKEN, A.: *Ayudando a morir*. Madrid: Editorial Sal Terrae, 1978.
- SÓFOCLES: *Tragedias completas*. Barcelona: Ediciones B, 1989.
- STELLER, M.: Mechanisms and genes of cellular suicides. *Science* 1995; 267: 1445-1449.
- TAMARO, S.: *Donde el corazón te lleve*. Barcelona: Seix Barral, 1996.
- THOMPSON, C. B.: Apoptosis in the pathogenesis and treatment of disease. *Science* 1995; 267: 1456-1462.
- TOLSTOI, L.: *La muerte de Ivan Illich*. Barcelona: Juventud, 1995.
- TOLSTOI, L.: *Guerra y paz*. Barcelona: Planeta, 1988.
- TROLL, L. E., SKAFF, M. y MCKEAN, S.: Perceived continuity of self in very old age. *Psychol Aging* 1997; 12: 162-169.
- UNAMUNO, M.: *Del sentimiento trágico de la vida*. Madrid: Aguilar, 1987.
- WILKINS, Ch.: *El reloj horizontal*. Barcelona: Destino, 2000.
- YOURCENAR, M.: *Recordatorios*. Madrid: Alfaguara, 1997.
- ZORN, F.: *Bajo el signo de Marte*. Barcelona: Anagrama, 1992.

