

1. Nombre y Apellidos del Ponente:**Rafael Barroso Guerra****2. Entidad**

Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores (FAPROPEM)

Cargo del Ponente: **Presidente****3. Nombre y Apellidos del Experto:****Pedro Gil Gregorio****4. Entidad****Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)**Cargo del Experto: **Presidente****5. Ponencia nº****Ponencia 1****6. Título de la Ponencia****EL ENTORNO SANITARIO EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Más allá del Envejecimiento Saludable. Retos del Futuro: Riesgos y Soluciones**

7. INDICE

	Página
1. Introducción	4
2. Conceptos Fundamentales. DEFINICIONES	5
3. Entorno sanitario y Envejecimiento Activo	6
3.1. El VIH/sida, otras patologías y las Personas Mayores	9
3.2. Atención especializada para las Personas Mayores	10
3.3. La alimentación y las Personas Mayores	11
3.4. Ejercicio físico	14
3.5. Sexo	17
3.6. Salud Mental	18
4. Conclusiones	19
5. Bibliografía	22

PONENCIA

EL ENTORNO SANITARIO EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO: Más allá del Envejecimiento Saludable. Retos del Futuro: Riesgos y Soluciones

1. Introducción

El hombre siempre ha buscado salud y juventud eterna, para conseguirlo ha estudiado, investigado, viajado, siempre en busca de un mito.

Si Ponce de León partía en carabela hacia las Indias en busca de la Fuente de la Eterna Juventud, Pasteur luchaba con la incompreensión de tantos como tuvieron que hacerlo Lister o Semelwais, todos ellos y muchos más hicieron posible que el entorno sanitario del *homo sapiens* en general y, del mayor en particular, se hayan convertido en una realidad positiva que permita alargar la vida y darle calidad a la misma.

La Medicina ha progresado a velocidad supersónica, gracias a los investigadores y estudiosos que han puesto al servicio de la humanidad sus estudios y descubrimientos.

El siglo XX ha sido, en este orden de cosas un gigantesco paso adelante, quizás apremiado por dos Guerras Mundiales, con la aparición de la energía atómica, la revolución en la higiene y en la dietética, pero sobre todo por el descubrimiento de las sulfamidas y el mayor de todos Flemming y su Penicilina, inaugurando la era de los antibióticos.

Los avances en la Bioquímica y en el conocimiento más profundo de la Fisiología Humana, el estudio detallado del metabolismo, de la absorción de los principios inmediatos, del equilibrio de las grasas, proteínas, hidratos de carbono, vitaminas..., han sido pilares fundamentales en la salud del hombre actual, que vacunado, tratado de las posibles enfermedades infecciosas, aconsejado en sus formas de desarrollar su vida ha conseguido, no sólo llegar a una edad media impensable hace relativamente poco tiempo en la Historia, si no además hacerlo en unas condiciones físicas y psíquicas, que la permiten al mayor, al anciano que antes se veía apartado y a veces rechazado, integrarse en la sociedad, desempeñar funciones y pedir mas participación.

Ya hay países en los que, creado un partido político de jubilados, ganan escaños en el Gobierno de la Nación y aportan tanto o más que los jóvenes "suficientemente preparados".

Pero aún no hemos terminado. Todavía la investigación médica, la Sanidad quiere dar más, aún quedan cosas por hacer y desde las aportaciones de Severo Ochoa al ADN hasta los investigadores de las células madres todavía no se ha pronunciado la última palabra.

El futuro, nuestro futuro esta ahí, cultivando el arte y la técnica del **envejecimiento activo**.



Los tres pilares de un marco político para el envejecimiento activo.

2. Conceptos fundamentales. DEFINICIONES

Fuente: OMS.

La **autonomía** es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

La **independencia** se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás.

La **calidad de vida** es «la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno» (OMS, 1994).

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia...

La esperanza de vida saludable se utiliza comúnmente como sinónimo de «esperanza de vida libre de discapacidad». Mientras la esperanza de vida al nacer sigue siendo una importante medida del envejecimiento de la población, cuánto

tiempo pueden las personas esperar vivir sin discapacidad resulta especialmente importante para una población que envejece.

Con la excepción de la autonomía, que es notablemente difícil de medir, todos los conceptos mencionados anteriormente se han elaborado como intentos de medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las ABVD incluyen, por ejemplo, bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación. Las AIVD incluyen actividades como ir de compras, hacer las tareas domésticas y preparar la comida. Recientemente se han desarrollado una serie de medidas, validadas y más globales, de calidad de vida relacionada con la salud. Es necesario compartir y adaptar estos índices para que se usen en una diversidad de culturas y contextos.

3. Entorno sanitario y envejecimiento activo

Los pilares fundamentales del envejecimiento saludable son:

- **Salud**, entendida como ausencia de enfermedad o enfermedad controlada.
- **Ejercicio físico y Psíquico**. Gimnasia física y mental
- **Alimentación adecuada**

Estado físico, considerando las posibilidades de desplazamientos, calidad de movimientos y ausencia de síntomas de enfermedad o control efectivo de los mismos.

Salud mental, conservando calidades mentales que permitan hacer una vida de relación, lectura y estudio con aplicación a las nuevas técnicas de comunicación que consideramos un magnífico campo de entrenamiento para mantener una actividad neuronal adecuada.

Ya quedaron lejos los tiempos de la lepra, las pestes medievales, gran parte de la infecciones endémicas, lúes secundarias y terciarias que nutrían los Hospitales de malformaciones, y son raras las enfermedades carenciales (referencia a las sífilis terciarias y secundaria, desde el labio leporino hasta la afectación de huesos largos y columna,. Llenaros los Hospitales y provocaron que se crearan centros de atención especiales como los Hospitales de S. Juan de Dios. Lues = sífilis. La Penicilina acabó definitivamente con esta patología)

Las **vacunas** han desterrado un alto número de procesos infecciosos y la aplicación de las mismas en la tercera edad está siendo altamente beneficiosa,

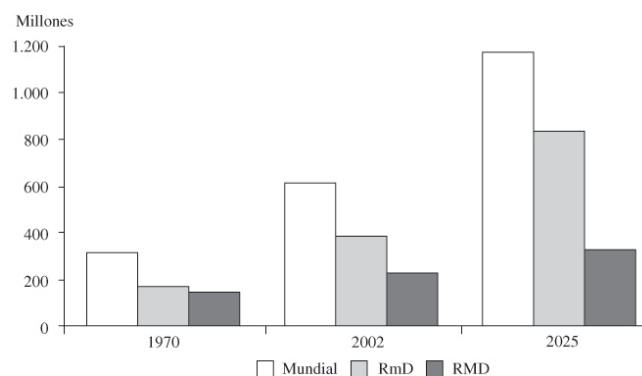
sirvan como ejemplos la vacuna antigripal y antineumocócica que han resultado de amplia utilidad.

La campaña de prevención con los antiagregantes plaquetarios más sencillos (aspirina) parece que han provocado una sensible baja en la incidencia de infartos cardiacos y cerebrales. Hoy se ha avanzado en los tratamientos farmacológicos de las alteraciones de la coagulación con lo que el beneficio para el paciente con flebotrombosis o tromboflebitis es indudable, evitando la emigración de trombos venosos al sistema circulatorio arterial.

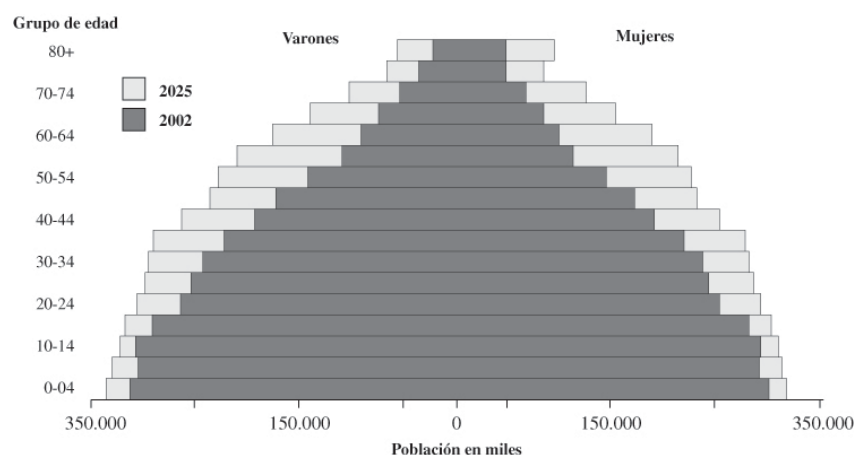
La **enfermedad de Parkinson** tiene cada vez mayores apoyos farmacológicos y el temido **Alzheimer** parece que ha sido detenido en su progresión con la aplicación transdérmica de parches de Exelon (Rivastigmina). Un año de estudios han comprobado la contención del avance de la enfermedad en cuanto a memoria y conocimiento.

Una constelación de **síndromes psíquicos**, desde la depresión hasta las demencias de otros tipos son dignas de tenerse en cuenta y se acentúa su aparición en pacientes que viven como un drama su soledad, faltos del cariño familiar y viviendo amargamente la pérdida de sus familiares más cercanos o lo que aún es peor el desamor, la despreocupación y el olvido de aquellos por los que él dio tanto y le devuelven tan poco.

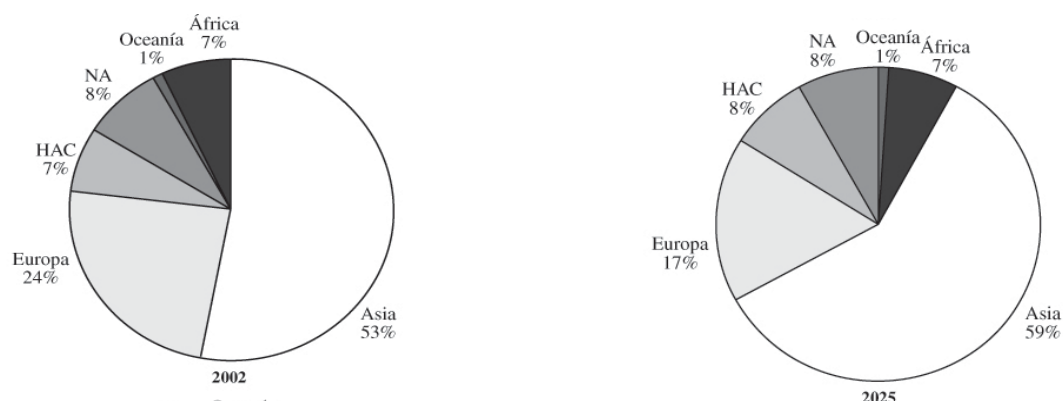
Las **enfermedades cardiovasculares** siguen siendo la primera causa de muerte en España y el control de nuestros pacientes hipertensos no llega al 45 % de ellos. Pero de dos años acá se han publicado estudios de gran relevancia respecto a la HTA y se han producido avances muy esperanzadores, hasta el punto de que llama la atención que la hipertensión arterial sea el centro de discusión en dos Congresos de Medicina Familiar consecutivos con una escasa diferencia de dos años.



Número de personas mayores de 60 años en las regiones más y menos desarrolladas, 1970, 2000 y 2025. RmD: regiones menos desarrolladas. RMD: regiones más desarrolladas. Fuente: NN.UU.



Pirámide de población global en 2002 y 2025. Fuente: NN.UU., 2001.



Han aparecido fármacos que abordan nuevas vías de tratamiento y la llamada “Vacuna contra la HTA” (inmunoterapia contra la angiotensina) ha abierto una impensable vía de tratamiento que, junto a las medidas dietéticas y el estilo de vida cardiosaludable, puede resultar de gran impacto.

Hoy se trata la HTA del ‘superanciano’ (mayores de 80 años, que se había considerado por algunos no tratables por no rentables (iii)). Y los resultados han sido sorprendentes y han servido para que la calidad de vida mejore y el índice medio de vida se alargue.

Se hace necesaria, pues, una campaña que estimule la vigilancia de la Tensión Arterial, haciendo que la detección de una hipertensión se haga de la forma más temprana posible, lo que en algunos casos ha permitido tratamientos de tipo dietética con adelgazamientos, ejercicio y dieta con grasas saludables.

Las cifras de Tensión arterial van a marcar la vida del paciente porque a partir de ellas se va a conformar una patología cardiovascular amplísima.

La **diabetes mellitus** cuya aparición en los mayores se ve promocionada por el sedentarismo y la obesidad tiene pautas de tratamiento actuales que la controlan casi a la perfección y ahí esta la promesa de una puerta abierta a la posibilidad de curación definitiva que puede estar en manos de los investigadores de las células madre. Ya no cabe duda de que se trata de una enfermedad en la que la alimentación y el sobrepeso son factores de gran valor.

Incluso los **retrovirus** se baten en retirada y detienen su multiplicación, dando un margen de vida al enfermo de **SIDA** impensable hace pocos años. Incluimos, a continuación,(3.1 apartado a)) la documentación que en el 2002 editaba la OMS al respecto.

3.1. El VIH/sida, otras patologías y las Personas Mayores

a) En África y en otras regiones en vías de desarrollo, el VIH/SIDA ha tenido múltiples impactos en los ancianos, en cuanto a padecer ellos mismos con la enfermedad, cuidar de otros infectados y asumir el papel de padres de huérfanos del SIDA. Este impacto ha sido prácticamente ignorado hasta el día de hoy. De hecho, la mayoría de los datos sobre los índices de infección del VIH y del SIDA sólo se recopilan hasta los 49 años. Se necesita urgentemente mejorar la recopilación de datos (sin limitaciones de edad) que nos ayude a conocer mejor el impacto del VIH/SIDA en los ancianos. Deben instaurarse actividades de prevención, educación e información sobre el VIH/SIDA, así como servicios de tratamiento destinados a todas las edades. Numerosos estudios han mostrado que la mayoría de los niños mayores con SIDA vuelven a su casa para morir. Las esposas, madres, tías, hermanas, cuñadas y abuelas asumen la mayor parte de la carga que suponen los cuidados a estas personas de edad avanzada. Y, en muchos casos, estas mujeres se encargan del cuidado de los niños huérfanos.

Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las empresas privadas necesitan solucionar las necesidades financieras, sociales y de formación de las personas de edad avanzada que cuidan de los miembros de su familia y de vecinos que están infectados y crían a los niños supervivientes; algunos de estos ancianos también están infectados. (OMS, 2002).

b) La **osteopenia/osteoporosis** como limitadores de la actividad física. Privación del ejercicio ante el temor de la fractura y la prevalencia de las mismas con su cohorte de intervención y rehabilitación. La practica de la densitometría ósea con todos sus defectos, que los tiene, es de momento unas buena guía indicativa para el temprano diagnostico de osteopenia, que nos permite instaurar tratamientos muy efectivos.

Los nandralatos y sus derivados y similares y los tratamientos hormonales en la mujer menopáusica han revitalizado esa edad crítica haciendo que con el acompañamiento del sol, dieta saludable y el ejercicio físico se detenga el deterioro óseo, equilibrando osteoblastos y osteoclastos para conseguir que no aparezca la deformidad de los huesos largos y disminuya la incidencia de la típica fractura de cadera uno de los mayores gastos que los gobiernos sanitarios soportan. Son, en este caso, las mujeres las que han salido más beneficiadas ya que en ellas osteopenia y osteoporosis formaban parte de esa constelación que acompaña a la menopausia. La respuesta a los tratamientos hormonales de la osteopenia u osteoporosis menopáusica es espectacular.

- c) La prevención en el **cáncer de próstata** (seguimiento de las cifras de PSA y revisión urológica desde los 50 años), vejiga, pulmón, no sólo el cáncer de pulmón sino también el frecuente y constante EPOC que limita la capacidad respiratoria y cuya disnea disminuye la capacidad física y de relación, proceso que ocupa el cuarto lugar en la lista de procesos frecuentes causas de muerte y al que necesariamente ha de prestársele mayor atención practicando espirometrías y titulación de gases arteriales con mayor frecuencia y a partir de los 50 años o antes si se trata de fumadores o hay antecedentes familiares.
- d) **Cáncer de mama** cuya nefasta frecuencia se está viendo paliada por intervenciones más simples y un diagnóstico en sus primeras fases de reproducción, gracias a la ecografía y sobre todo la mamografía, y el Carcinoma cervical de reciente vacunación, que todavía no abarcando todos los fundamentos etiológicos, nos permite ser optimistas en cuanto a la disminución del número de pacientes en un futuro cercano y cuya detección precoz gracias a la citología periódica sistemática abren un horizonte amplísimo para conseguir un envejecimiento saludable. Contando naturalmente con las revisiones médicas recomendadas.

3.2. Atención especializada para las Personas Mayores

Es indudable el aumento del nivel de edad media de vida que supone un incremento en la necesidad de hospitales, residencias y personal médico, enfermería y auxiliar experto.

La población mayor, anciana o vieja, como quieran llamarla, va aumentando con el paso de los años y la aplicación de las medidas sanitarias tiene que responder a sus expectativas.

Solo el 2% de los sevillanos mayores consiguen plaza en Residencia, mientras unos 250.000 no tienen ninguna posibilidad de acceder a estos centros (ABC de Sevilla 14/02/2009). Cuarenta y cinco municipios de la provincia no cuentan con ninguna residencia de Mayores, algo más de 6.000 plazas cuando el colectivo apreciado es de más de 255.000 con una edad superior a 65 años.

Actualmente, sigue diciendo ABC, las normas para ingreso incluyen el que haya dependencia y unos determinados requisitos de incapacidad. De hecho una persona mayor que viva sola y no tenga familia sólo podrá optar a una residencia privada que tienen un coste que muchos no pueden asumir.

En el caso de Andalucía innovadora, imparable, pionera, en muchos aspectos, no hay hospitales geriátricos y el Servicio Andaluz de Salud, el SAS, no reconoce la especialidad de geriatría. Sólo en un hospital sevillano hay un servicio de Geriatría, con un especialista titulado al frente.

Por tanto los ancianos son atendidos, explorados y tratados por los médicos de familia que como de costumbre, en un esfuerzo digno de encomio, con una vocación profesional que viene a salvar, como siempre, las carencias de la administración que ahorra salarios acumulando el trabajo en los primeros escalones sanitarios.

Ya decía el Dr. Fornes hace unos años, cuando exponía su brillante ponencia sobre la Dependencia, que la atención especializada por médicos, enfermeras, fisioterapeutas y auxiliares, especializados en enfermedades del mayor estaba muy lejos de ser un lujo. El mayor tiene una patología propia que va unida al paso de los años y a las atrofas correspondientes por el déficit de utilización de determinados grupos musculares y articulaciones. Es indudable la individualización del paciente geriátrico cuya guía sanitaria y tratamiento requiere un conocimiento muy especializado que incumbe al geriatra. Enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial..., adquieren un nuevo perfil en el anciano y una medicina preventiva, una dieta adecuada, una guía sanitaria y social va a permitir que el mayor pueda continuar su vida, aprovechando al máximo sus calidad física y evitando o lentificando el deterioro neuronal y físico.

Como antes se ha expuesto no hay residencias públicas o concertadas suficientes para cumplir con la demanda y el anciano tiene que recurrir a las privadas, algunas de ellas montadas como un magnifico negocio y que han sido protagonistas en ocasiones de tremendos defectos en el tratamiento, la alimentación o el trato humano.

3.3. La alimentación y las Personas Mayores

LA FALTA DE INFORMACION EN LA ALIMENTACION es escandalosa empleándose en los catering, incluso en Hospitales y Residencias las temibles grasas “trans”, en forma de mantequillas margarinas (vegetales hidrogenadas) y con el empleo de estas grasas en la confección de alimentos, que se ofrecen a los comensales en forma de regalos para el paladar como dulces, bollería, galletas... Las grasas “trans” perjudican gravemente al corazón, elevan el “colesterol malo” y disminuyen el “colesterol bueno” y pueden precipitar la arterioesclerosis coronaria. Es por ello que están prohibidas en Dinamarca y en algunos de los estados de USA.

En Nueva York esta prohibida su utilización en hoteles, restaurantes y en general en toda la confección de productos alimenticios permitiéndose cierta dosificación, muy corta en algunos y con la obligación de hacer constar dicha dosis en el envase.

En España las “tarrinas” vienen con Vitaminas y calcio para hacerlas más atractivas para los niños y en un lateral con letra pequeña se puede leer en su formula que la base son grasas vegetales hidrogenadas o semihidrogenadas, las patatas fritas, las galletas, bizcochos, etc., no traen, en su mayoría, impreso en el envase como es obligación, la grasa o aceite empleado en su confección, ni la proporción de la misma.

Las últimas publicaciones en el Reino Unido demuestran que el consumo de unos 5 gramos diarios de este tipo de grasas aumenta un 25% el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Si tenemos en cuenta que ya tomamos grasas “trans” incluidas en la carne y en numerosos alimentos tendremos una justificación para rechazar las margarinas hidrogenadas y los alimentos en los cuales entren como componentes.

El Ministerio de Sanidad en España tiene un programa en activo que contempla este problema haciéndolo de forma tímida y discreta, de manera que o no hay normas seriamente dictadas o éstas no se cumplen.

Hay que saber que los alimentos confeccionados con este tipo de grasas, son más duraderos, tardan más en “saber a rancio” y resultan mucho más baratos que si se hacen con otros tipos de grasas. Motivo más que suficiente para que grandes empresas hagan todo lo posible porque no se aprueben leyes estrictas en este sentido que les harían perder grandes beneficios.

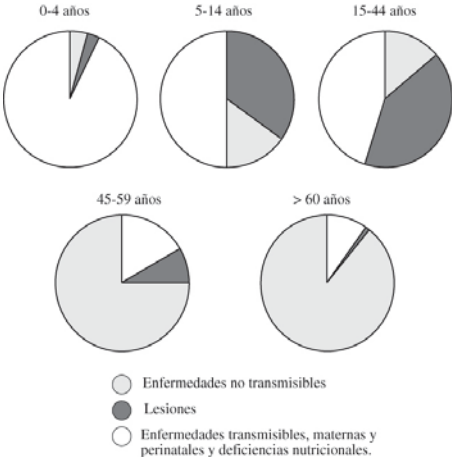
Hemos podido contemplar con verdadero asombro como en dietas dietéticas para adelgazamiento firmadas por un médico se recomienda la mantequilla vegetal.

La Sanidad responsable recomienda las grasas “buenas” que van desde los aceites vegetales (oliva, soja...) hasta los aceites de pescado azul, cuyo consumo se recomienda, en dosis adecuadas.

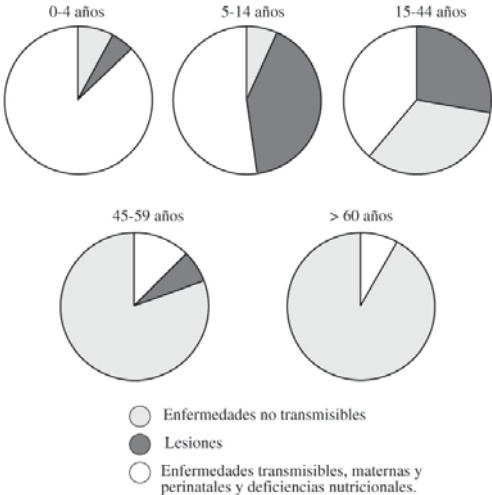
No ha extrañado que figuras tan señeras como el Profesor Díaz Rubio, actual Presidente de la Real Academia haya presidido el III Simposio Internacional de la cerveza. A él han acudido profesores de Microbiología (Prof. Nombela), Presidente de la Fundación Dieta Mediterránea (Dr. Serra) y numerosos catedráticos de universidades italianas y portuguesas.

El alcohol en dosis moderada ya se había manifestado como un vehiculizante del colesterol, la recomendación del whisky, el vino tinto o la copa de vino de Jerez, siempre han tenido predicamento como profiláctico.

Ahora, la cerveza llegaría a formar parte de este grupo ya que une a la dosificación baja en alcohol las ventajas del contenido en B12 que diversos autores consideran podría prevenir el deterioro cognitivo propio de las persona de edad avanzada (Universidad de Oxford, revista Neurology) unido al bajo contenido en etanol y a la riqueza en antioxidantes.



Principales causas de muerte, en ambos sexos, en países de ingresos bajos y medios según la edad.
Fuente: Informe de la Salud Mundial, Base de datos.



Principales causas de enfermedad, en ambos sexos, en países de ingresos medios y altos según la edad.
Fuente: Informe de la Salud Mundial, Base de datos.



Los determinantes del envejecimiento activo.

3.4. Ejercicio físico

Estamos ante el mayor de los retos que los mayores tienen que afrontar. La práctica de un ejercicio físico moderado, con máquinas de ayuda, paseos al sol y aire libre..., son de una importancia primaria en esta etapa de la vida.

La elasticidad, que se va perdiendo con la edad, puede recuperarse de forma que las articulaciones no estén tan rígidas y los grupos musculares se fortalezcan en vez de atrofiarse con el consiguiente beneficio de una mejor circulación sanguínea. Esto va a permitir al anciano, al mayor, tener una mejor calidad de vida y una vida de relación que inmobilizado, estaría más limitada.

Es también una lucha contra la **obesidad** que tan perjudicial resulta y en consecuencia previene en cierto modo la diabetes.

Mantener una capacidad física es el complemento deseable para el envejecimiento activo completo.

Escasean los parques y jardines dedicados a los mayores donde puedan hacer ejercicio físico activo y con máquinas de ayuda. No todos podemos permitirnos el lujo de ir a un gimnasio que, por otra parte, tendríamos que tener la seguridad de que hay un monitor especializado para indicarnos el tiempo de gimnasia e incluso el de máquina de gimnasia pasiva que deberíamos emplear.

Las máquinas que se instalan en los parques para mayores son muy prácticas y sencillas orientadas para mejorar la circulación de miembros superiores e inferiores, el ejercicio suave de toda la musculatura y la elasticidad de articulaciones.

Ya se advierte al usuario que no se canse haciendo ejercicio.

Son numerosos los estudios que confirman los beneficios del ejercicio físico. Los médicos solemos recomendar un mínimo de treinta minutos, al menos dos veces en semana en forma de paseo con cierta rapidez, carrera o ejercicios aeróbicos y todo ello desde la infancia ya que parece estar demostrado que no sólo se gana en recuperación física sino que las neuronas reaccionan mejor y se encuentran más nutridas. Las experiencias con animales de laboratorio, a los cuales se les obliga a correr sobre las ruedas u otro mecanismo, han permitido imágenes cerebrales que indican el beneficio del ejercicio sobre la función cerebral

Se ha que el ejercicio mejora el rendimiento cognitivo y en personas mayores los resultados son realmente importantes. Adjuntamos, mas adelante unos datos recogidos en las revistas *Neurology* y *Nature* (2007). En pocas líneas y con un lenguaje comprensible destaca los beneficios y ayudas que el Ejercicio Físico reporta, hasta el punto de convertirse en un pilar fundamental con influencia en todo el entorno.

Es necesario que los Centros para mayores no se limiten a tener juegos de mesa. Han de crear grupos de aerobio o del tipo de gimnasia adecuado para que todos participen. Así mismo las Conserjerías de Bienestar Social tendrían que buscar fórmulas creativas para su aplicación en Hogares, Residencias o abiertos al público de mayores, en parques y jardines, así como los propios Ayuntamientos. Todos los Gobiernos autonómicos deberían cuidar este capítulo como uno de los más importantes para la salud de la población mayor. *Neurology* y *Nature* aportan datos a todo el apartado siguiente

De acuerdo con la noticia divulgada por la Agencia CyTA_Instituto Leloir el ejercicio aeróbico, como correr, andar en bicicleta y caminar rápido con una intensidad moderada durante lapsos extensos, también ayuda a tener una mejor salud de la mente y un mejor rendimiento de las habilidades cognitivas.

“La participación en actividad física ha sido asociada a la reducción de desórdenes físicos (por ejemplo, la enfermedad cardiovascular, el cáncer de colon y de mama, y la obesidad) y mentales (por ejemplo, la depresión y la ansiedad) a lo largo de la vida adulta”, destacan los autores del trabajo Charles Hillman, Kirk Erickson y Arthur Kramer.

Y agregan que el impacto del sedentarismo es alarmante tanto en adultos como en jóvenes “Los factores del estilo de vida están relacionados con un comienzo más temprano de diversas enfermedades crónicas (como la obesidad y la diabetes tipo II)”, señalan los autores. Un dato no menor es que en países donde hay un mayor grado de sedentarismo, como en los Estados Unidos, las generaciones más jóvenes podrían vivir vidas menos saludables que sus padres.

La observación de la actividad cerebral de los seres humanos a través de las modernas técnicas de neuroimagen permite comprobar los efectos positivos de hacer ejercicio físico sobre la estructura y la función cerebral.

Las primeras investigaciones en este campo se realizaron en la década de 1930, pero debieron pasar más de 40 años para que comenzasen los estudios sistemáticos.

En la actualidad, diferentes trabajos realizados en niños y adultos jóvenes demuestran que existe una relación positiva entre hacer actividad física -sobre todo gimnasia aeróbica- y el desempeño de los escolares (entre los 4 y 18 años) en tareas cognitivas en diferentes áreas académicas, como los exámenes orales, la comprensión de textos y las matemáticas.

Asimismo, los estudios muestran que el incremento en la cantidad de tiempo dedicado a las actividades de salud física no está acompañado de una declinación en el rendimiento académico. *“Las implicaciones de estos hallazgos son importantes para promover una mejor salud física, sin la pérdida de otros beneficios educacionales en chicos de edad escolar”*, resaltan Hillman, Erickson y Kramer.

Con respecto a los adultos jóvenes, los autores remarcan que hay escasa bibliografía científica sobre los beneficios neurofisiológicos de la actividad física. En el rango de adultos mayores, sin embargo, existen numerosos estudios que evalúan el impacto del estilo de vida en el rendimiento cognitivo.

Existen diversos factores asociados a una reducción del riesgo de sufrir desórdenes neuro-degenerativos con el paso de los años. Además del ejercicio físico, se citan a la interacción social, la dieta y el desarrollo intelectual.

En pruebas realizadas en personas de entre 60 y 80 años, se demostró que hacer gimnasia tiene resultados positivos en el desempeño cognitivo.

“Aunque hay una multitud de respuestas sin responder en relación a la actividad física y la cognición en adultos mayores, en un rango amplio de edades, hay evidencias de una relación entre un buen estado físico y mejoras en varios aspectos de la cognición”.

En conjunto, los resultados sugieren que la actividad física es beneficiosa durante toda la vida humana, destacan los investigadores.

Por investigaciones realizadas en animales, se han observado diferentes cambios moleculares y celulares en el cerebro luego de la actividad física. Por ejemplo, los ambientes que incluyen equipos de ejercicios (como ruedas para correr) para los animales de laboratorio, tienen un efecto positivo en los sistemas neuronales que están involucrados en el aprendizaje y la memoria.

Se sabe que ciertas moléculas producidas por las neuronas, como la denominada BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro), responsable de los cambios neuronales asociados con el estrés crónico, aumentan su concentración después de que el organismo realiza ejercicio aeróbico.

De todos modos, la ciencia está tratando de comprender los mecanismos moleculares y celulares que sostienen ese fenómeno.

El gran desafío es comprender lo que sucede en los diferentes estadios del cerebro desde la infancia a la vejez.

Por ahora, podemos decir que el viejo dicho latino, "*Mens sana in corpore sano*" mantiene toda su vigencia. Así termina Nature su artículo.

3.5. Sexo

Cada vez son más los que llegan a edades que antes se llamaban "avanzadas" practicando el sexo.

Como ejercicio físico se muestra de los más completos y complejos, como actividad mental es capaz de crear situaciones de euforia, mejora la autoestima y es un pilar fundamental en el mantenimiento de ilusiones, satisfacciones, etc.

La libido, el deseo no está en los genitales, ni en el poderío físico, se genera en el di encéfalo y puede sobrevivir a muchas edades y mucho tiempo.

La menopausia femenina a la que ya hemos hecho referencia, está hoy controlada y tratada sin más dificultades que la de someter a la paciente a vigilancia anual o semestral. Por otra parte siendo la testosterona (o sus derivados) la hormona que consigue la estimulación del deseo sexual ya la farmacopea ha conseguido parches dérmicos capaces de cumplir esta función. Naturalmente se requieren condiciones saludables para este tipo de medicación.

En el varón, la incapacidad de erección que es la que con mayor frecuencia hace abandonar el sexo también está hoy paliada en numerosos casos en los que pueden hacerse desde inyecciones locales de determinadas hormonas hasta la administración de sildenafil o tadalafil, con resultados muy satisfactorios. También en este caso se requieren condiciones físicas y consejo del facultativo.

En este apartado queremos recordar a S. Agustín, cuando dice:

Dos son los fines del matrimonio, el primero la procreación, el segundo "*sedandans concupiscentia*".

3.6. Salud Mental

Ya hemos hecho referencias al Parkinson, al temido Alzheimer y a las depresiones y demencias, síndromes que de alguna manera acechan al mayor. La psiquiatría en estas edades es de tremenda importancia y si es cierto que la Medicina pone cada vez mas medios farmacológicos para los adecuados tratamientos, también es verdad que las formas de vida, el trabajo de hijos e hijas, los estudios de los nietos hacen que sean muchas las ocasiones en las que el anciano se encuentre desplazado, solo e inútil, como un peso para los que le rodean.

Por el contrario el papel de los abuelos, en casi todos los hogares, está siendo definitivo y ciertamente reconocido. Cuando los padres trabajan, los abuelos desempeñan un papel muy especial, del que se sienten orgullosos y lo realizan con alegría y cariño, aunque signifique ciertos sacrificios.

Los síndromes depresivos son relativamente frecuentes y se dan en aquellos que se encuentran desplazados, ignorados o rechazados cuando antes habían entregado todas sus fuerzas para utilidad de los demás.

El aumento de ancianos hospitalizados en época de vacaciones es un hecho concreto que no podemos silenciar, el abandono en la puerta del hospital o en gasolineras en plena carretera del molesto anciano ha sido noticia de prensa en muchas ocasiones y sin llegar a estos casos extremos el mayor puede sentirse rechazado o molesto para los demás dentro de su entorno.

La Psiquiatría Geriátrica puede ser una asignatura pendiente, porque la separación y el abandono del mayor, carga de amargura y desilusión al padre o al abuelo que pasó gran parte de su vida dándolo todo por los que después lo abandonan.

Parece que se puede establecer una mejor calidad mental en el mayor que vive rodeado de su familia, con participación en la sociedad.

La lectura, la informática actual, los ejercicios de memoria y hasta el empleo del simple teléfono móvil, actúan como verdadera gimnasia cerebral y deberían promocionarse dando ventajas a los mayores para la adquisición de ordenadores, por ejemplo, y/o creando Cibercafés, en los Hogares y Residencias para que a través de redes WIFI esté la RED al alcance de todos. Hoy somos muchos los que nos sentamos cada día delante de nuestra pantalla del PC y no podemos obviar que Internet, con todos sus riesgos es una fuente de cultura indudable.

4. Conclusiones

La mejora del entorno Sanitario ha sido capaz de optimizar la calidad de vida, suprimiendo enfermedades que en su día fueron plagas de la humanidad. El avance significativo de los controles de calidad de vida nos han hecho más ambiciosos y ya no queremos conformarnos con aumentar la edad media, algo ya más que conseguido, sino que queremos añadir una vida activa, libre de limitaciones, hasta el final.

Todo ello viene a significar un incremento de la población mayor y el nacimiento de un fenómeno nuevo: El Envejecimiento del Envejecimiento. Esta realidad, que supone un gran avance, implica también el riesgo de los escalones entre los diferentes grupos de edad que además se han visto incentivados con las medidas gubernamentales que implican un descenso de la natalidad. Llegará el momento en el que la población mayor supere en número a la joven, los jubilados serán más que los trabajadores.

Por ello debemos plantearnos si no somos capaces de afrontar este reto desde el punto de vista de la macroeconomía.

Lo que está muy claro es que no somos los mayores, que vivimos más tiempo los culpables, por ello es necesario buscar el equilibrio generacional que pasa, desde luego, por el impulso de medidas que incentiven la maternidad.

En caso contrario cabe preguntarse si ¿Podrá, en un futuro más o menos cercano, aparecer la amenaza de la eutanasia para remediar el desequilibrio socio-económico?

El avance en inmunología ha sido inmenso y hoy existen vacunas que han hecho posible la desaparición de muchas y variadas enfermedades. Añadan antibióticos, citostáticos..., sin olvidar los trabajos de investigación que sobre células madres y supresión de genes están en estos momentos en estudio. Estamos en disposición de mantener "en forma" al mayor que acabará participando en la sociedad y en la economía y aportando trabajo e ideas.

¿No será necesario cambiar el concepto y las condiciones de la Jubilación?

A la vista de los resultados nos parece que definir la jubilación de un catedrático, de un profesional o de un trabajador a una edad tope, está anticuado, es obsoleto y perjudicial para la sociedad. Habría que establecer baremos que fuesen indicativos de la necesidad o la oportunidad de esa jubilación.

Hay gobiernos autonómicos que olvidan sistemáticamente incluir en sus programas de salud la atención especializada al Mayor.

Hora es de recordar que existe una especialidad Médica , GERIATRIA, que se creó por entender que la patología de l Mayor la necesitaba.

Exijamos a nuestros gobiernos que podamos tener especialistas en GERIATRIA en los Centros De Salud y Hospitales de la Seguridad Social, por las mismas razones que hay atención de otras especialidades.

La atención Médica, la prevención y el tratamiento de patologías propias de la edad o de aquellas que asociadas presenten un mayor riesgo, se hace imprescindible para conseguir un estado de bienestar.

Dicho estado de bienestar va asociado a la sensación de seguridad y estabilidad económica, algo que en el momento actual no parece estar consolidado y que genera intranquilidad y ansiedad.

Por último cabe destacar, de nuevo, los tres pilares fundamentales para la Salud del mayor que son:

- El ejercicio físico moderado y previamente consensuado con el medico que lo autorice. Evita la obesidad, su estrella de cortejo diabetes y mejora la capacidad muscular articular y respiratoria. 30 minutos dos tres veces en semana resultan satisfactorios y es indudable que mejoran capacidad cognictiva, irrigación cerebral.....
- Para ello es necesario que se instauren en los centros de DIA y residencias programas de ejercicios aeróbicos (el tai-chi oriental ha demostrado ser eficaz) y que el mayor activo e independiente, disponga de parques dotados de aparatos adecuados que ayuden a completar el ejercicio de la marcha.
- Actualmente los parques son escasos y poco o mal dotados.
- Es necesario exigir a Ayuntamientos y Gobiernos autonómicos una mayor atención.
- Ejercicio mental Las nuevas tecnologías deberían estar al alcance de todos, desde el teléfono móvil al ordenador.
- No despreciamos el ejercido mental que pueden suponer los clásicos juegos de mesa presentes en todas las residencias, pero entendemos que la posibilidad de entrar en la red visitando Web de Museos, Música, historia, Literatura.....etc. es muy superior.
- Para ello se requiere la creación y mantenimiento de estaciones WIFI y el consiguiente numero de ordenadores en todos los Centros y Residencias.

- No solo es oportuno dotar gratuitamente de portátiles a los alumnos de bachiller.
- Se hace imperativo el que se solicite a los Gobiernos autónomos y Ayuntamientos este tipo de ayuda.
- Dieta saludable. Increíble, pero cierto que nuestros gobernantes a todos los niveles están consintiendo, y quizás consumiendo alimentos letales sin tomar medidas a pesar de las denuncias.
- Endocrinólogos y cardiólogos han demostrado clara y terminantemente que las grasas “trans” perjudican seriamente la salud.
- Pero estas se siguen publicitando, vendiendo y recomendando adobadas con vitaminas, calcio....para hacerlas mas atractivas.
- Las mantequillas vegetales compuestas por grasas vegetales hidrogenadas no solo están en las “tarrinas”, entran en la composición de numerosos alimentos (postres, helados, galletas, pasteles.....) por su fácil manipulación y buena conservación.
- Esta es la segunda denuncia pública que hacemos sin resultado.

En los tres pueden intervenir nuestros Gobiernos para favorecer a todos los mayores, y nosotros debemos recordar a los políticos, que unidos podemos representar ocho millones de votos.

La Sanidad, los Profesionales de la Salud, Investigadores y Clínicos se han esforzado para conseguir añadir más años a la vida.

Ahora el reto está en añadir más vida a los años y para ello necesitamos la colaboración de todos.

5. BIBLIOGRAFIA

- Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yajnik CS, Kuh D, Yach D. Life
- Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes:
- Key Issues and Implications for Policy and Research. Ginebra: Organización mundial de la Salud; 2002.
- Acción sobre el Abuso contra las Personas de Edad (AEA) Boletín (11) Mayo/Junio. Londres, 1995.
- Botev N. Older persons in countries with economies in transitions; 1999.
- El envejecimiento de la población: Desafíos para las políticas y los programas en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Centro de Estudios CBGS de la Población y la Familia. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Cutler D. Declining Disability Among The Elderly. Health Affairs 2001;20:11-27.
- Dipollina L, Sabate E. Medication adherence to long term treatments in the elderly.
- En: Sabate E, editor. WHO Adherence Report: A review of the evidence, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en preparación) Así se publico en su día como documento previo a la asamblea de la OMS; 2002.
- Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 1999;3:90-9.
- Gironde M, Lubben J. Preventing loneliness y isolation in older adulthood. En: Gullotta T, Bloom M, editores. Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers (en prensa). Hace referencia a un artículo de Prensa de previsión de la Salud que se recogió en la Enciclopedia.
- Gray MJA. Preventive Medicine. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. Epidemiology in Old Edad. Londres: BMJ Publishing Group; 1996.
- Guralnick JM, Kaplan G. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study. American Journal of Public Health 1989;79:703-8.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relationship between aging y adverse drug reactions. Annals of Internal Medicine 1991;114:956-66.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Income security and social protection in a changing world. Informe de Trabajo Mundial. Ginebra: OIT; 2000.
- Jacobzone S, Oxley H. Ageing and Health Care Costs. International Politics and Society (1); (2002).
http://www.fes.de/ipg/ONLINE2_2002/INDEXE.
- HTM Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S. Toward a global alcohol policy: Alcohol, public health and the role of WHO. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2000;78:491.
- Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. Science Progress 2000;83:33-54.
- Kirkwood T. Mechanisms of Ageing. En: Ebrahim S, Kalache A, editores. Epidemiology Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions. British Medical Journal 2000;320:1200-4.
- Smits CH, Deeg DM, Schmand B. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. American Journal Epidemiology. Naciones Unidas (NN.UU.). World Population Prospects: The 2000 Revision; 2001.
- Centros para el Control de las Enfermedades de los EE.UU. Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. Atlanta: CDC. Véase <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. An Ounce of Prevention. Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EE.UU. Guide to Clinical.
- OMS. Global Elimination of Avoidable Blindness. OMS/PBL/97,61 Rev. 2. Ginebra:
- OMS. Life in the 21st Century: A Vision for All (World Health Report). Ginebra: