

PONENCIAS

Jornada

Los retos de la sociedad ante el creciente fenómeno del envejecimiento

Rocío Fernández-Ballesteros

PN03/11



El Centro de Estudios Andaluces es una entidad de carácter científico y cultural, sin ánimo de lucro, adscrita a la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía.

El objetivo esencial de esta institución es fomentar cuantitativa y cualitativamente una línea de estudios e investigaciones científicas que contribuyan a un más preciso y detallado conocimiento de Andalucía, y difundir sus resultados a través de varias líneas estratégicas.

El Centro de Estudios Andaluces desea generar un marco estable de relaciones con la comunidad científica e intelectual y con movimientos culturales en Andalucía desde el que crear verdaderos canales de comunicación para dar cobertura a las inquietudes intelectuales y culturales.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprografía, magnética o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces.

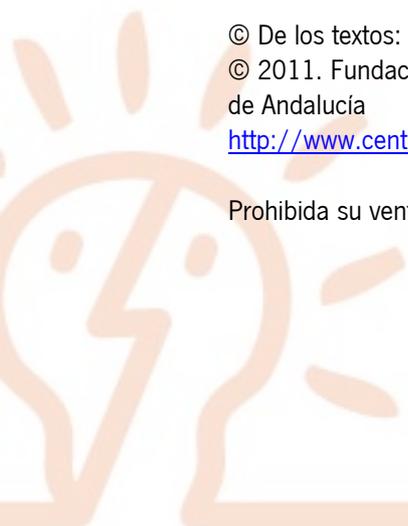
Las opiniones publicadas por los autores en esta colección son de su exclusiva responsabilidad

© De los textos: sus autores.

© 2011. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía

<http://www.centrodeestudiosandaluces.es>

Prohibida su venta.



Conferencia: Envejecimiento Activo. Su promoción

Rocío Fernández-Ballesteros

Catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid



INTRODUCCION

Cada vez existe un mayor número de personas mayores (tanto en número absoluto como relativo) y cada vez, su proporción es mayor en relación con la población de individuos menores de 14 años. Este fenómeno es llamado *envejecimiento de la población* y es la expresión palmaria del éxito de la especie humana, de su adaptación al planeta lo cual se ha visto reflejado en un extraordinario incremento de la esperanza de vida (que se ha duplicado a lo largo del siglo XX pasando, aproximadamente, de 40 a 80 años) que está asociado al decremento de dos potentes indicadores demográficos: la mortalidad y natalidad.

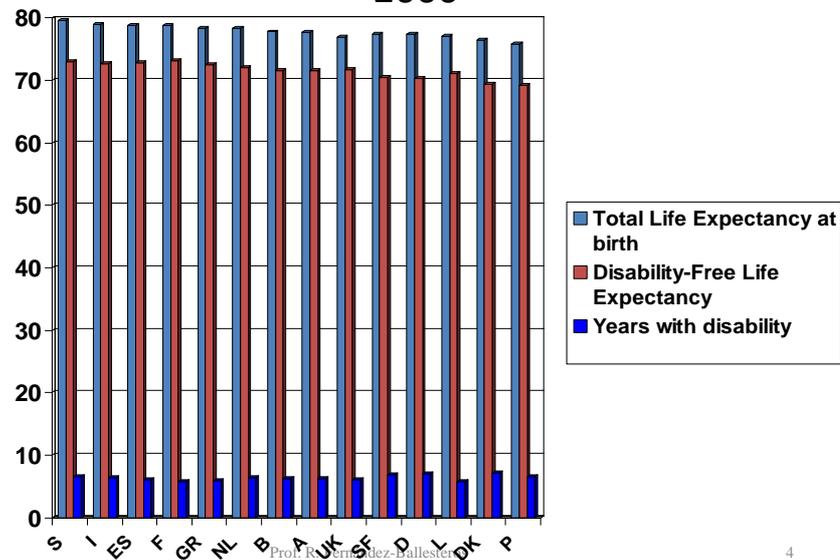
Este fenómeno demográfico que ha acontecido a lo largo del siglo XX a nivel universal, y que continuará en el futuro, produce una mayor alerta en aquellos países del primer mundo, como España, en el que las proyecciones sobre tasas de envejecimiento (porcentaje de personas mayores) establecen que pasaremos de un 18% de personas mayores a principios del siglo XXI a alcanzar un 40% a mitad del siglo.

Pero, deberemos ser realistas; la alerta no procede en modo alguno del aumento de la esperanza de vida sino de que, con ello, aumentará la esperanza de vida con discapacidad y que, por tanto, los años de vida saludable disminuirán. En la Figura 1 podemos apreciar los datos de esperanza de vida y esperanza de vida con discapacidad al nacer suministrados por la OMS. Así, si la esperanza de vida promedio (hombres y mujeres) es de 80 años, la esperanza de vida sin discapacidad no llega a los 72 años y ello parece poder ir en aumento.

En definitiva, el reto, el mayor desafío es, sin duda, incrementar los años de salud y capacidad.



Esperanza de vida libre de discapacidad OMS, 2000



4

EL RETO DEL “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”

“Envejecimiento activo” pertenece a un ámbito semántico que ha ido creciendo ampliamente a lo largo de los últimos 40 años, desde aproximadamente los años sesenta, a la vez que se han adoptado distintos términos prácticamente sinónimos (envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, positivo, productivo, activo). La mayor parte de autores concuerdan en que, todas estas rúbricas verbales conforman un nuevo paradigma o nueva consideración de la vejez y el envejecimiento.

Este nuevo enfoque está basado en *tres importantes fuentes incuestionables de evidencia empírica* procedentes del ámbito etnográfico, antropológico, histórico, biomédico, psicológico y socio-cultural: 1) que a lo largo de la historia de la especie, ha existido y existe una mejora constante de los parámetros biofísicos, comportamentales y sociales; 2) que pueden ser identificadas formas muy diversas, heterogéneas, de envejecer (es decir, que la varianza de cualquier parámetro de envejecimiento es muy alta), y 3) que existe una importante capacidad de cambio y plasticidad a lo largo de la vida del individuo, también en la vejez, lo cual se expresa no solo en la capacidad de llevar al máximo las propias capacidades sino, también, de compensar los déficit.

Centrándonos en el envejecimiento saludable, aunque este término es utilizado por la OMS en un documento en 1990, éste es sustituido por el de “envejecimiento activo” en 2002, con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas en 2002. Incluso, está claro que el documento *Active ageing. A policy framework* está precedido por un texto muy semejante titulado *Healthy ageing. A discussion paper* en 2001 (discutido en reuniones en varios países a lo largo de 2001) y que, finalmente, con las aportaciones de expertos (OMS, Kobe 2001), la OMS adopta definitivamente el término *envejecimiento activo* que es también asumido por Naciones Unidas, en el MIPAA, por la UNECE (en su documento sobre la *European Strategy*, Berlín, 2002) y que la propia Unión Europea dedica al envejecimiento activo varias directrices, estrategias y programas (en sus Sesiones de Lisboa, Estocolmo y Barcelona) y que el año próximo será declarado el Año Europeo del Envejecimiento Activo.

En todo caso, envejecimiento activo es prácticamente sinónimo de otros conceptos como envejecimiento saludable, positivo, con éxito, óptimo satisfactorio y engloba condiciones *psicosociales de seguridad, y participación* y, desde luego, incluye el concepto subjetivo (y psicológico) de *bienestar*. Empíricamente, la cuestión es evidente cuando se trata de establecer la prevalencia del envejecimiento positivo utilizando distintos indicadores, “simples” o “combinados”, objetivos y subjetivos del envejecimiento saludable. En estos estudios se arrojan distintos resultados en dependencia del tipo de indicador de una extraordinaria amplitud que oscila del 80 al 10% (ver Fernández-Ballesteros, et al. 2011), lo cual no concuerda con los datos procedentes de otros resultados poblacionales de similar significado ni tampoco con la observación clínica y social.

En definitiva, envejecimiento activo desde una perspectiva del individuo engloba los siguientes componentes: 1) *salud y ajuste físico* (poder valerse por sí mismo), 2) *funcionamiento cognitivo y afecto positivo* (el bienestar) y 3) *participación e implicación social*. Todo ello confluye con la mayor parte de definiciones y conceptualizaciones de lo que es envejecer bien, con éxito (por ejemplo, Fries, 1989; Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Khan, 1997), envejecimiento óptimo (Bond et al., 1995) envejecimiento positivo (Gergen y Gergen, 2001), envejecimiento productivo (Aldwin et al, 2006), envejecimiento activo (OMS, 2002) así como ello es coherente con lo que

las personas mayores, de muy distintas culturas, consideran que significa “envejecer bien” (Fernández-Ballesteros et al., 2008). En resumen, el término envejecimiento “saludable” ha de ser considerado reduccionista, por referirse tan solo a la salud (incluso aunque ello en se refiriera a una salud física, mental y social) como sería claramente un error reducirlo a alguno de sus restantes componentes (el funcionamiento cognitivo, el bienestar subjetivo; la funcionalidad motora, o la participación social). Si hay una conclusión comúnmente aceptada por parte de los expertos en envejecimiento saludable, con éxito, activo, positivo, óptimo es que éste concepto es *multidimensional*.

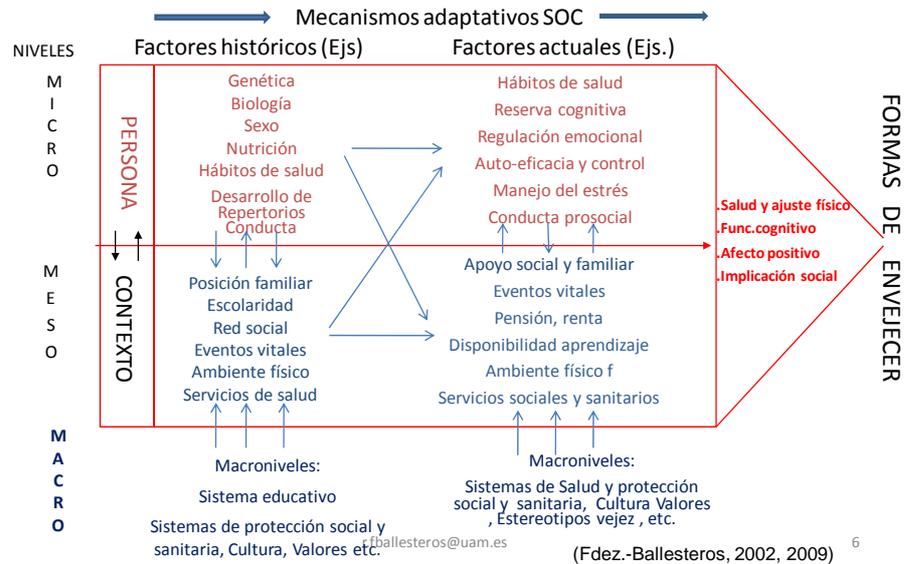
Pero, existe otra importante cuestión que conviene dirimir y que emana de la confusión del concepto de envejecimiento saludable (y términos relacionados) con sus determinantes. Sin duda, se requieren precisiones conceptuales que permitan la diferenciación (lo más exactamente posible) entre *qué es envejecer con salud (bien)* y *que causa, permite o estimula esa forma de envejecimiento*; en otros términos, diferenciar la forma en la que el individuo envejece de sus determinantes (o cual es el *explanans* y cuál es el *explanandum*) o, en otras palabras, a que llamamos “envejecimiento saludable” (óptimo, positivo, satisfactorio, activo, productivo) y qué lo explica o lo determina (a largo, medio o corto plazo) y cuáles son sus *factores de riesgo o protectores* (a largo, medio y corto plazo) y, finalmente, como modificar tanto *éstos*, como aquellos.

En definitiva, podemos resumir diciendo que los individuos son agentes y gestores de su propio envejecimiento; así, sabemos que las formas de envejecimiento no ocurren al azar; los expertos nos dicen que aproximadamente un 25% depende de factores genéticos y un 75% de factores ambientales y conductuales.

La consideración interacción persona/contexto tiene un especial sentido para el envejecimiento saludable; Kurt Lewin decía que no hay mejor práctica que actuar desde una buena teoría, pues bien, me he atrevido a presentar en la Figura 2 un diagrama o esquema que pretende dar cuenta de los potenciales factores determinantes del envejecimiento activo y dar pié para establecer ejemplos de las incontables que ocurren a lo largo de la vida del individuo entre condiciones de éste y su contexto. La cuestión es que sería importante partir de un enfoque del ciclo de la vida en el que pudiéramos diseñar y ordenar qué factores históricos

(factores bio-psico-sociales) pueden afectar las formas de envejecer así como que factores concurrentes, transversales o actuales pueden también ser responsables (determinantes actuales, factores de riesgo o protectores, etc.) del envejecimiento saludable de los individuos.

Modelo multidimensional- multinivel de envejecimiento activo: ejemplos de interacciones entre potenciales determinantes a lo largo de la vida



Pero, la persona no es el único responsable de su propio envejecimiento sino que está inmerso en una realidad socio-cultural, que actúa, no cabe duda, en su desarrollo, crecimiento y declive y ello, también, ocurre a lo largo del ciclo de la vida, desde una perspectiva histórica y, cuando realizamos su estudio a una edad y en una circunstancia concreta, transversal o actual. Así, por ejemplo, desde las pautas de alimentación de la familia, al PIB que se invierte en educación, en sanidad, en programas de promoción de la salud a lo largo de la infancia y adolescencia, a los sistemas de seguridad social, a los valores sociales y los estereotipos sobre el envejecimiento, todo ello, explica en mayor o menor medida las formas de envejecer. Tenemos pruebas empíricas, aunque poco articuladas eso sí, de que existen distintos *niveles de análisis* de los determinantes del envejecimiento saludable y activo y existe suficiente sofisticación metodológica para realizar estos análisis. Lo importante es congregarse todos los niveles de acción para lograr un envejecimiento óptimo.

LA PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Muchas personas tienen la falsa creencia de que las diversas formas de envejecer se deben a los genes y, por tanto, que nada puede hacerse para envejecer bien ya que ello no es modificable (al menos hasta que no existan mayores descubrimientos sobre el genoma humano y su manipulación. Sin embargo, los propios biólogos (Kirkwood, 2005) señalan que no más de un 25% de las formas de envejecer se deben a los genes mientras que un 75% es debido al ambiente y a nuestros propios comportamientos y formas de actuar a lo largo de la vida. En resumen, a nuestra pregunta podemos responder diciendo que las formas de envejecer de las personas se deben, esencialmente, a las condiciones ambientales que suceden y a las cosas que hacemos y a cómo actuamos a lo largo del ciclo de la vida. En definitiva, amén de circunstancias inmodificables, las personas pueden hacer mucho para envejecer bien, activa y satisfactoriamente.

Pero, a que se llama envejecer bien, activamente. Aunque no existe total consenso al respecto, la mayor parte de autores considera que esta forma positiva de envejecimiento integra una serie de condiciones personales como hemos visto en la Figura 2: *buena salud y ajuste físico, buen funcionamiento cognitivo, sentirse satisfecho, dueño de los propios actos y seguir implicado* con la vida. Estos cuatro aspectos esenciales del envejecimiento activo o satisfactorio no solo son descritos por los expertos en la materia sino que las propias personas mayores (de distintos continentes y países) los describen como ingredientes importantes de envejecer bien.

La mayor parte de la gente corriente conoce *que hacer para envejecer bien*, sabe que existen una serie de estilos de vida (como no fumar, beber con moderación, seguir las prescripciones del médico, realizar ejercicio físico regular) que nos ayudan a tener una buena salud y un buen ajuste físico. También sabe que mantenerse alerta mentalmente realizando actividades intelectuales (como, por ejemplo, hacer crucigramas, sopa de letras, leer, rompecabezas, etc.) es esencial para tener un óptimo funcionamiento intelectual. Por otra parte, la gente es consciente que ser capaz de contemplar la propia vida con agrado sintiéndose eficaz es un ingrediente que actúa positivamente a lo largo de la vida. Finalmente, sabe que seguir implicado con la familia, los amigos, las personas de nuestro entorno es una de las formas del buen envejecimiento.

Pero, si todo ello se sabe, ¿por qué no toda la gente lo practica? Pues bien, me parece que existen una serie de “arrugas” que no están en nuestro rostro o en nuestro cuerpo sino en nuestra “mente”. Esas arrugas son las *creencias* que tenemos respecto de la vejez y el envejecimiento que se sobre imponen a nuestra formas de actuar. Así, la sociedad, las familias, los profesionales, los responsables políticos, en general, los que tiene imágenes negativas en torno a la vejez, cree que, necesariamente, a más edad ocurren una serie de condiciones negativas: la gente se vuelve cascarrabias, inflexible, dependiente, etc. Pero, sabemos que la edad explica pocos cambios sino que es la enfermedad (que está, a su vez, ligada a la edad) la que ocasiona gran parte de las desdichas atribuibles a la edad.

Además, como decía, también, estas creencias e imágenes sociales son mantenidas por las propias personas que se auto-aplican tales formas de pensar y que, en cuanto se descubren un cambio negativo (por ejemplo, cansarse al subir una cuesta empinada) lo atribuyen a la edad (que es una condición no modificable) sin considerar que tal vez (muy probablemente) ello se deba a una condición externa y modificable (por ejemplo, no hacer ejercicio físico). En definitiva, utilizan lo que en otro lugar he llamado “los-yo-ya..” (Fernández-Ballesteros, 2002) como elementos justificativos de cambios personales negativos que son atribuidos a la edad sin ningún fundamento y que son auténticas “arrugas mentales” causantes de formas de negativas de envejecimiento y que convierten el propio envejecimiento algo ajeno e inmodificable.

Sin embargo, en nuestra ya larga experiencia en la promoción del envejecimiento activo, el programa *Vivir con Vitalidad®* ha mostrado cambios importantes en una serie de aspectos personales acordes con lo dicho hasta aquí, en las personas que lo han seguido. Así, como ha sido publicado, las personas que siguen el programa mejoran su dieta, realizan ejercicio físico, mejoran la visión de su propio envejecimiento, informan de menos problemas de memoria y físicos y se sienten más satisfechos con la vida. Finalmente, conviene añadir que nuestros participantes llegan al programa con el convencimiento de que ellos mismo son agentes de su propio envejecimiento por lo que con ese planteamiento gran parte de la carrera del envejecimiento activo está ya ganada.

Ojalá estas Jornadas sirvan para que más personas mayores, familias, profesionales y agentes sociales eliminen “sus arrugas” y acepten esta concepción positiva del envejecimiento y la vejez; ¡será un primer paso necesario ante el desafío!

REFERENCIAS

Aldwin, C.M. & Gilmer, D.F. (2006) (Eds.) Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Bond, L, Culter, S. & Grams, A. (Eds.) (1995). Promoting successful and productive aging. Newbury Park, CA: Sage Publication.

Baltes P.B. & Baltes, M.M. (Eds.) (1990a). Successful aging: perspectives from the behavioural sciences. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Depp, C.A. & Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: a comprehensive review of larger quantitative studies. American Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 6-20.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecer bien. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.). Vivir con Vitalidad Vol I. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento activo. Contribución de la psicología. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active ageing. The contribution of psychology. Gottingen: Hogrefe & Huber.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of Life in old age. Problematic issues. Applied Research Quality of Life, 10, 21-40. .

Fernández-Ballesteros, R., García, L.F. . Abarca, D., Blanc, E. Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, J., Mendoza-Nuñez, V., Mendoza-Rubalcava, N., Orosa, T., Paul, C. Patricia, S (2008) Lay Concept of Aging Well: Cross-Cultural Comparisons. J. American Geriatric Society, 56, 950-952.

Fernández-Ballesteros, R, Zamarrón, MD, Díez Nicolás, J., Molina, M.A., Schettini, R. and Montero, P. (2010). Envejecer con éxito: criterios y predictores. Psicothema,22, 461-467.

Fries, J.F. (1989). Aging well. Reading: Mass., Addison-Wesley Pub.

Fries, J.F. & Crapo, L.M. (1981). Vitality and aging. New York: Freeman and Co. Gergen, M. & Gergen, K. (2001). Positive aging: New images for a new age. Age International, 27, 3-23.

Jagger C. et al. (2008). Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. The Lancet, on line Nov.

Peel, N.M., McClure, R.J., & Bartlett, H.P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. American Journal of Preventive Medicine, 28, 298-304.

Rowe, J.W. & Khan, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

UNECE (2002). *European Strategy for the European Region*. Geneva: United Nations European Commission.

United Nations (2002). *II International Plan of Actions on Aging*. New York: United Nations.

WHO (1990). *Healthy ageing*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001). *Health and ageing. A discussion paper*. Geneva: World Health Organization

WHO (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

