

## Envejecimiento saludable

**R. Fernández-Ballesteros**

Universidad Autónoma de Madrid

“Envejecimiento saludable” 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 (entre otros): 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.

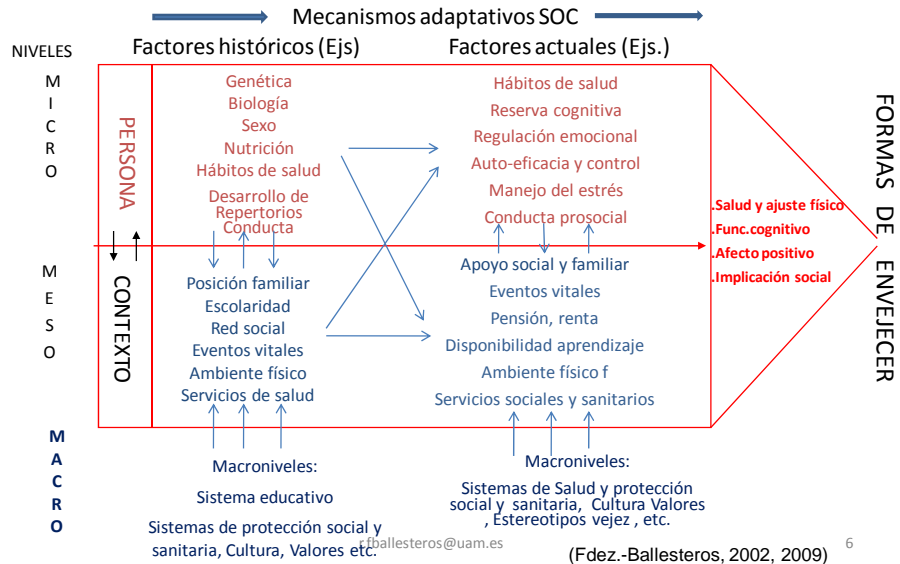
Sin embargo, a pesar de todo ello, FUTURAGE (y, como derivación, este Congreso) ha adoptado el término de “Envejecimiento saludable” aunque, a la hora de su definición se asuma que éste concepto desborda la *salud (física, mental y conductual)* y, necesariamente, engloba condiciones *psicosociales de seguridad, y participación* y, desde luego, incluye el concepto subjetivo (y psicológico) de *bienestar* (ver Futurage, Documento Bruselas, 2010,). 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, FUTURAGE incluye (al igual que otras conceptualizaciones de envejecimiento con éxito, activo, productivo, óptimo, positivo) en su consideración de "envejecimiento saludable" los siguientes componentes biológicos, psicológicos y sociales: 1) *salud y ajuste físico* (poder valerse por sí mismo), 2) *funcionamiento cognitivo*, 3) *afecto positivo* (el bienestar) y 4) *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 *qué 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 1 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.

Desde una perspectiva de **FUTURAGE**, basada en la evidencia, las condiciones para establecer un **Roadmap** sobre la investigación del envejecimiento "positivo" requieren elaborar un esquema que presente las siguientes características:

1. Que contemple el objeto de estudio desde una perspectiva **verdaderamente multidisciplinar**. Como se pone de relieve en gran parte de los estudios, sobre todo cuando se utiliza el término "envejecimiento saludable", parece existir un sesgo bio-médico. Así, gran parte de los estudios revisados por Peel et al (2005) y Depp y Jeste (2006) tanto los criterios definitorios del envejecimiento saludable como sus determinantes son esencialmente biomédicos. Por ejemplo, es fácilmente constatable que al hablar de factores de riesgo/protectores se sigue mencionando, exclusivamente, la nutrición y el ejercicio físico (amén de eliminación de hábitos tales como no fumar y no beber en exceso) sin tener en cuenta que, en los últimos veinte años, existe una fuerte evidencia empírica del amplio número de actividades protectoras de la enfermedad y promotoras del envejecimiento saludable: la actividad cognitiva, la relación interpersonal, el pensamiento y la actitud positiva, los estilos de manejo del estrés, la resiliencia, la percepción del control y de la auto-eficacia para envejecer. Todas estas formas de conducta son condiciones predictoras de longevidad y envejecimiento saludable. Pero, además, la multidisciplinariedad abarca condiciones no solo individuales sino culturales; así, por ejemplo, estereotipos sociales, del propio grupo,

- de los cuidadores y los profesionales que producen discriminación y edadismo, son una amenaza en toda arreglo para un envejecimiento saludable convirtiéndose en profecías que se auto-cumplen
2. Que considere el envejecimiento desde una **dimensión socio-histórica** por cuanto tenemos trazos empíricos de los cambios ocurridos filogenéticos y ontogenéticos a lo largo de la historia que implican un desarrollo acelerado del individuo a lo largo de su propia historia mediante los procesos de socialización así como existen pruebas la optimización de las capacidades humanas a través de distintas cohortes (por ejemplo, Schaie, 2005). Por tanto, se requieren estudios longitudinales y de cohorte que den luz al estudio de cambios generacionales en distintas condiciones bio-psico-sociales así como el re-análisis de ese tipo estudios desarrollados en el pasado en distintos países es una herramienta extraordinariamente importante.
  3. Que tenga en cuenta los **múltiples niveles de interacción de las infinitas transacciones** entre el individuo y el contexto (a distintos niveles sistémicos). Tenemos datos de que la interacción entre el individuo, la familia, la comunidad y niveles superiores, societarios (tanto a lo largo de la vida como transversalmente) influyen en la enorme variabilidad y heterogeneidad de las formas de envejecer e interactúan con la plasticidad del individuo humano en la concreta trayectoria que éste presenta tanto a nivel poblacional como a nivel individual. Tener en cuenta las potenciales condiciones determinantes en los distintos niveles contextuales sistémicos parece algo relevante.
  4. La operacionalización del envejecimiento saludable y términos relacionados conlleva **problemas metodológicos importantes**: a) por lo que se refiere a su operacionalización y medida, a nivel poblacional la esperanza de vida saludable (Healthy Life Expectancy), presentes en los informes de la OMS se basan, esencialmente, en encuestas sobre valoración de la propia salud de los individuos (OMS, 2004). Por su parte, la Unión Europea utiliza una medida de Años de Vida Saludable (Health Life Years) que está calculada con base en la prevalencia de limitación de actividad (Jagger, et al., 2008). b). A nivel individual, se requiere el establecimiento de un conjunto de medidas estandarizadas que permitan homologar los resultados de la investigación y la utilización, fuera de toda confusión, entre medidas objetivas y subjetivas. Como se decía antes, la prevalencia del envejecimiento saludable aparece en horquillas sumamente amplias dependiendo de la utilización de unas u otras medidas o de la combinación de ambas. Conviene añadir que, como es lógico, dependiendo de la medida utilizada los predictores son diferentes (Peel, et al. 2005; Fernández-Ballesteros et al., 2009). Por tanto se requieren medidas estándar presentes en los protocolos de evaluación que permitan la comparabilidad de los resultados tanto a nivel de la operacionalización del envejecimiento saludable como de sus potenciales predictores.
  5. Los problemas metodológicos abarcan también el **diseño utilizado**: transversales, longitudinales, de cohorte, interventivos experimentales o quasi-experimentales. Estudios mediante este tipo de factores son necesarios para averiguar tanto influencias y cambios socio-históricos y aprender de ellas así como cuales son las mejores intervenciones para aplicar en qué poblaciones con que resultados esperables. Sin embargo, en España existe abundantes estudios transversales pero muy escasos estudios longitudinales y, en mi conocimiento, (casi) ningún estudio sobre envejecimiento saludable de cohorte. Los responsables de la política de investigación deben concienciarse de la falta en España de este tipo de estudios para lo cual se requiere un formato de convocatoria de

investigación que se ajuste a unos determinados estándares requeridos en este tipo de estudios.

6. Es importante -como señala Jagger- la formulación de una ciencia del ***cambio comportamental*** (del cual los psicólogos del aprendizaje son expertos). Modelar los distintos tipos de programas de promoción de la salud y de desarrollo personal es una asignatura pendiente. A nivel metodológico, existe una bien descrita dificultad para la utilización de diseños experimentales RCT (Randomized Controlled Trials) y estos son escasos pero, el problema no solo es ese sino diseñar, al mismo tiempo que los programas de cambio e intervención, su valoración y seguimiento (mediante diseños quasi-experimentales) a corto, medio, y largo plazo, con seguimientos lo suficientemente prolongados como para apreciar los efectos de las intervenciones en el envejecimiento (tanto primario como secundario).
7. Es importante señalar la importancia del error de atrición de los diseños longitudinales, de cohorte e interventivos y cómo éste va asociado a la ***participación de los individuos*** en la investigación. Distintos estudios ponen de manifiesto las diferenciales tasas de participación en países Europeos y la muy escasa participación (tanto en diseños experimentales como longitudinales) en España. La investigación en envejecimiento saludable (realmente, en envejecimiento en general) exige de la colaboración de las personas mayores y la concienciación de la importancia de la investigación sería un importante tema en España.

Nuestra misión es importante, tratar de establecer cuál será el futuro de la investigación es una tarea difícil, pero apasionante; sin duda, debe partir de lo que hasta ahora se ha hecho sin que nos abrume lo que nos queda por hacer; tal vez así pueda contemplarse un nuevo horizonte de investigación en envejecimiento positivo competitiva, productiva y sobre todo, que reabra en la calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

## 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. (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.
- FUTURAGE (2010). A Road Map for Ageing Research European Forum meeting May 11th 2010 –
- 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). *Healthy ageing. A discussion paper*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.