



Universidad de Valladolid
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TESIS DOCTORAL

**“PEDAGOGÍA DE LA LONGEVIDAD:
PROYECTAR UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO”**

Presentada por D. Xoán Manuel González González
para optar al grado de doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dra. D^a Rocío Anguita Martínez
y Dra. D^a Inés Ruiz Requiés

2016

Agradecimientos

- A mi hermano José Emilio y a mi madre Lola por seguir existiendo en el recuerdo más allá de sus 16 ò 65 años cronológicos.
- A Sonia, por su constancia al tratar de enseñarme el valor del tiempo de calidad.
- A mis compañeros de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, especialmente a mis directoras de Tesis, Inés Ruiz y Rocío Anguita, y a mis compañeros Quico Arribas y Raúl de Prado.
- A mis amigos de la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid, especialmente a Luis Alonso y a Asun Gimeno.
- A Ángel de Castro y a Rosa López Mongil, por contagiarme su talante optimista acerca de la vejez y su afán investigador a partir de la propia práctica.
- A Daniel Benavides, quien a sus 95 años sigue alumbrando proyectos, como las 20.000 plantas de lavanda que comenzó a cultivar el pasado año y cuya primera producción verá la luz en el 2020.
- A Rosina Rodríguez, porque a sus 101 quería volver a ver conmigo el mar cada año como si se tratara de la primera vez... era ella quien regalaba frases como: “aquí no me aburro nunca aunque, si quiero, me aburro un poco”.
- A Victoriano Mucientes a quien pedí que me desvelara el secreto de su longevidad y me confesó que la clave era intentar ser feliz, estando siempre ocupado pero encontrando siempre momentos para estar con los amigos y, sobre todo, ni discutir nunca ni disgustarse por nada: “a veces para ganar, hay que saber perder”.
- A mi padre, porque a sus 85 años sigue trabajando su huerto, participa habitualmente en romerías populares y acompaña los domingos a su equipo de fútbol favorito.
- A Agustín Albarrán y a Patricia Herrán –también compañeros de la UVA- por si por el modo cómo han vivido intensamente sus vidas pudiera aportar algo de consuelo a sus muertes prematuras en el 2015.
- A todos cuantos creen que la mejor edad es ésta y el mejor momento es ahora.

“Los criterios de evaluación de la edad, de la juventud o de la vejez, no pueden ser el calendario. Nadie es viejo porque sólo nació hace mucho tiempo o joven porque nació hace poco. Somos viejos o jóvenes mucho más en función de cómo entendemos el mundo, de la disponibilidad con la que nos dedicamos curiosos al saber, cuya conquista jamás cansa y cuyo descubrimiento jamás nos deja pasivos e insatisfechos” (Freire, 1997, p. 74).

“Si bien la cantidad de vida (cuánto tiempo vivimos) es una cuestión científica, la calidad de vida (cuán bien vivimos) sigue siendo una cuestión artística” (Marinoff, 2011, p. 158).

Índice de contenidos

Agradecimientos	4
Índice de contenidos	7
Índice de gráficos, tablas e imágenes	11
Introducción	19
Capítulo 1: Procesos de Envejecimiento	
1.1.- Aspectos demográficos	25
1.2.- Envejecimiento patológico, normal y exitoso	32
1.3.- Las necesidades de las personas mayores	35
1.3.1.- Tipología de personas mayores	35
1.3.2.- Necesidades básicas	36
1.3.3.- Necesidades específicas de los mayores dependientes	38
1.3.4.- Necesidades específicas de las personas mayores con autonomía funcional	42
Capítulo 2: Esperanza de Vida	45
2.1.- Esperanza de vida al nacer	45
2.2.- Esperanza de vida en salud	47
2.3.- Cálculo de la esperanza de vida	51
2.3.1.- Métodos de cálculo	54
2.3.2.- Esperanzas de vida al nacer con el Método de Sullivan	56
2.3.3.- Esperanza de vida en salud con el Método de Albarrán	57
2.4.- Otros aspectos a tener en cuenta en la estimación de la esperanza de vida	60
2.4.1.- Esperanza de Vida y Producto Interior Bruto (P.I.B.)	62
2.4.2.- Esperanza de Vida y Felicidad Interior Bruta (F.I.B.)	65
2.4.3.- Esperanza de vida y esfuerzo en gasto social	68
Capítulo 3: Las edades de la persona	75
3.1.- Edad cronológica	77
3.2.- Edad biológica	79
3.2.1.- Métodos para preservar o detener el envejecimiento celular	80
3.2.2.- Técnicas e instrumentos para la estimación de la edad biológica	85
3.3.- Edad funcional	89
3.3.1.- Tipología frecuente de actividades de la vida diaria	90
3.3.1.1.- Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB)	90
3.3.1.2.- Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI)	90
3.3.1.3.- Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVDA)	91

3.3.2.- Instrumentos para la valoración funcional	92
3.3.2.1.- Índice de Katz	93
3.3.2.2.- Índice de Barthel	94
3.3.2.3.- Escala de Lawton y Brody	95
3.3.2.4.- Escala de Yesavage	96
3.3.2.5.- Mini examen cognoscitivo de Lobo	96
3.3.2.6.- Cuestionario de Pfeiffer	98
3.3.2.7.- Escala Fumat	99
3.5.- Edad psicológica	101
3.6.- Edad social	102
3.7.- Edad exitosa	103
Capítulo 4: Longevidad exitosa	107
4.1.- La preocupación en torno a la cuestión de la eterna juventud	109
4.2.- Determinantes de la longevidad	112
4.2.1.- Factores geográficos: entorno físico	113
4.2.2.- Factores genéticos: herencia y sexo	119
4.2.3.- Hábitos de vida: descanso, dieta y ejercicio	123
4.2.4.- Estado civil	129
4.2.5.- Nivel económico y condiciones de vida	130
4.2.6.- Avances farmacológicos	131
4.2.7.- Nivel de estudios	133
4.2.8.- Nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio	134
4.2.9.- Nivel de participación social y cultural	135
4.2.10.- Tipo de personalidad	138
4.3.- Estudios sobre geografía y longevidad	142
4.3.1.- Valle del Hunza (India)	143
4.3.2.- Vilcabamba (Ecuador)	145
4.3.2.- Cerdeña (Italia)	146
4.3.4.- Okinawa (Japon)	147
4.3.5.- Loma Linda (EEUU)	149
4.3.6.- Icaria (Grecia)	150
4.3.7.- Nicoya (Costa Rica)	152
4.3.8.- Abjasia (Georgia)	152
4.4.- Estudios sobre genética y longevidad	155
4.5.- Longevidad exitosa	161
Capítulo 5: La actividad al servicio del envejecimiento con éxito	167
5.1.- Aproximación conceptual	167
5.1.1.- Plan	168
5.1.2.- Programa	168
5.1.3.- Proyecto	169
5.1.4.- Ocupación, actividad y tarea	169
5.1.5.- Metodología de análisis de la actividad	171
5.2.- Clasificación de actividades	173

5.3.- Modelos de abordaje del envejecimiento exitoso	178
5.3.1.- Animación estimulativa	180
5.3.2.- Terapia ocupacional recreativa	180
5.3.3.- Terapia de la ilusión	182
5.3.4.- Ocio y Tiempo Libre	183
5.3.5.- Ocio terapéutico	186
5.4.- Necesidades de consumo energético por tipo de ocupación	189
5.5.- Características que deben reunir las actividades	195
Capítulo 6: Metodología y diseño de la investigación	199
6.1.- Diseño y proceso de la investigación	201
6.1.1.- Contexto del estudio sobre longevidad	201
6.1.2.- Características diferenciales de las personas longevas de la Residencia “Cardenal Marcelo”	205
6.1.3.- Objetivos de la investigación	208
6.1.4.- Fases de la investigación	210
6.2.- La apuesta por la metodología cualitativa	211
6.3.- Técnicas e instrumentos utilizados	213
6.3.1.- Escalas estandarizadas	217
6.3.2.- Cuestionarios	218
6.3.3.- Entrevistas	219
6.3.3.1.- A los residentes	219
6.3.3.2.- A los familiares de los residentes	221
6.3.4.- Documentos personales	221
6.3.4.1.- Ficha de seguimiento personal para análisis de la ocupación	221
6.3.4.2.- Datos compartidos con otros profesionales a través de Resiplus ®	222
6.4.- Categorías de análisis	224
6.4.1.- Categoría geográfica: entorno físico	226
6.4.2.- Categorías genéticas: herencia y sexo	227
6.4.3.- Hábitos de vida: descanso, dieta y ejercicio	227
6.4.4.- Estado civil	229
6.4.5.- Nivel económico y condiciones de vida	229
6.4.6.- Avances farmacológicos	230
6.4.7.- Nivel de estudios	230
6.4.8.- Nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio	231
6.4.9.- Nivel de participación social y cultural	231
6.4.10.- Tipo de personalidad	231
6.5.- Consideraciones éticas y rigor del estudio	234
Capítulo 7: Principales resultados	237
7.1.- Diseño de instrumentos	239
7.1.1.- Instrumento para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad”	240
7.1.2.- Instrumento para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales”	241
7.1.3.- Instrumento para estimación de la “edad biológica”	242
7.1.4.- Instrumento para determinar el grado de autonomía en “actividad de la vida diaria avanzadas”	247
7.1.5.- Cuestionario sobre Longevidad	248
7.2.- Resultados preliminares	249
7.2.1.- Estudio sobre “percepciones relacionadas con la edad”	250
7.2.2.- Estudio sobre “preferencias y expectativas vitales”	256
7.2.3.- Estudio sobre “hábitos nutricionales”	270
7.2.4.- Estudio sobre “edad biológica”	272

7.3.- Resultados del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)”	273
7.3.1.- Categoría contextual (subcategorías 1-3)	273
7.3.2.- Categoría geográfica (subcategorías 4-6)	274
7.3.3.- Categoría genética (subcategorías 7-13)	278
7.3.4.- Categoría “hábitos de vida antes cumplir los 100 años” (subcategorías 14-18)	280
7.3.5.- Categorías “índice de masa corporal” y “autonomía funcional” (subcategorías 9-21)	283
7.3.6.- Categoría “estado civil” e influencia del fallecimiento del cónyuge (subcategorías 22-24)	286
7.3.7.- Categoría “número de hijos” (subcategorías 25-26)	287
7.3.8.- Categoría “farmacología” (subcategorías 27-28)	287
7.3.9.- Categoría “nivel de estudios” (subcategoría 29)	287
7.3.10.- Categoría “ocupación” (subcategorías 30-32)	289
7.3.11.- Categoría “participación” (subcategorías 33-34)	290
7.3.12.- Categoría “personalidad” (subcategoría 35)	292
7.4.- Resumen de resultados	292

Capítulo 8: Historias de vida de Rosina y Victoriano 293

8.1.- Información empleada	294
8.1.1.- Técnicas e instrumentos de recogida de datos	294
8.1.1.1.- Escalas estandarizadas	294
8.1.1.2.- Cuestionarios	294
8.1.1.3.- Entrevistas	294
8.1.1.4.- Documentos personales	295
8.1.2.- Forma de estructurar la información	295
8.2.- Historia de Vida de Rosina Rodríguez	297
8.2.1.- Datos biográficos de Rosina Rodríguez	296
8.2.2.- La integración de Rosina en la vida residencial	297
8.2.3.- La participación de Rosina en las actividades del centro	299
8.2.4.- Los hábitos y las habilidades sociales de Rosina	301
8.2.5.- Rosina Rodríguez en los medios de comunicación	303
8.2.6.- El carácter y la personalidad de Rosina: “el mar como metáfora de la búsqueda de serenidad”	306
8.3.- Historia de Vida de Victoriano Mucientes	308
8.3.1.- Datos biográficos de Victoriano Mucientes	308
8.3.2.- La integración de Victoriano en la vida residencial	310
8.3.3.- La participación de Victoriano en las actividades del centro	311
8.3.4.- Los hábitos de vida y las habilidades sociales de Victoriano	311
8.3.5.- Victoriano Mucientes en los medios de comunicación	312
8.3.6.- El carácter y la personalidad de Victoriano: “el bar, espacio de significados”	315
8.4.- Rosina y Victoriano, en común	315

Capítulo 9: Conclusiones, recomendaciones y líneas futuras 321

9.1.- Conclusiones	321
9.2.- Recomendaciones	326
9.2.1.- Pedagogía de Preparación a la Jubilación	326
9.2.1.1.- El objetivo de envejecer	326
9.2.1.2.- El objetivo de envejecer con éxito	327
9.2.1.3.- El objetivo de aprender a envejecer con éxito	329
9.2.2.- Proyectar la vida	333
9.2.3.- Una “Escuela de Longevos”	345

Referencias bibliográficas	361
Anexo 1: Instrumentos y fuentes utilizadas para elaborar la Historia de Vida de Rosina Rodríguez	<i>En pendrive</i>
Anexo 2: Instrumentos y fuentes utilizadas para elaborar la Historia de Vida de Victoriano Mucientes	<i>En pendrive</i>
Anexo 3: Tablas de recogida de datos para análisis de las categorías del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)”	<i>En pendrive</i>
Anexo 4: Muestra de las 30 personas integrantes del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)”	<i>En pendrive</i>
Anexo 5: Tablas de recogida de datos para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales 2015”	<i>En pendrive</i>

Índice de tablas, gráficos, imágenes, instrumentos y códigos

TABLAS

CAPITULO	DENOMINACION	PAGINA
1	Tabla 1: Evolución de la población mayor, 1900-2051	26
1	Tabla 2: Principales diferencias entre envejecimiento y enfermedad	34
1	Tabla 3: Personas con discapacidad por grupos de edad y sexo, 2008.	38
1	Tabla 4: Instrumento para evaluar la calidad de vida y el bienestar psicosocial	42
2	Tabla 5: Evolución de la esperanza de vida al nacer. España, 1991-2013	46
2	Tabla 6: Proyección de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años	46
2	Tabla 7: Información que puede aparecer en una Tabla de Esperanza de Vida	53
2	Tabla 8: Esperanza de Vida Libre de Discapacidad por edad calculada con el Método de Sullivan. España, ambos sexos.	57
2	Tabla 9: Esperanza de vida calculada con el método de Albarrán (España, ambos sexos).	59
2	Tabla 10: Correspondencia entre esperanza de vida, renta per cápita, percepción de felicidad y esfuerzo en gasto social en 100 países del mundo.	62
2	Tabla 11: Correspondencia entre esperanza de vida y percepción de felicidad en los 30 países del mundo con mayor renta per cápita (N=100).	66
2	Tabla 12: Correspondencia entre esperanza de vida y percepción de felicidad en los 30 países del mundo con menor renta per cápita (N=144).	67
2	Tabla 13: Comparativa del gasto público en salud a nivel mundial 2012 según gasto en salud per cápita	68
2	Tabla 14: Comparativa entre gasto público per cápita en salud y F.I.B. en 21 países	72
2	Tabla 15: Evolución del gasto público en España 1995-2015	73
3	Tabla 16: Inventario de Actividades de la Vida Diaria	91
4	Tabla 17: Centenarios por Comunidades Autónomas 2012	107
4	Tabla 18: El tema de la "eterna juventud" en la literatura	110
4	Tabla 19: El tema de la "eterna juventud" en la cinematografía	111
4	Tabla 20: Estudios de Genética de la Longevidad en humanos	121
4	Tabla 21: Causas de muerte en España 2013 por enfermedades más frecuentes	123
4	Tabla 22: Factores de riesgo causantes de muerte y pérdida saludable de años (2010)	124
4	Tabla 23: Prevalencia de la obesidad en la población anciana española	129
4	Tabla 24: Agrupamiento de los principales indicadores europeos de salud	131
4	Tabla 25 Actividades receptoras y actividades creativas	136
4	Tabla 26: Patologías asociadas por cada tipo de personalidad	140
4	Tabla 27: Lugares del mundo con mayor tasa de longevidad y mejor documentadas	143
4	Tabla 28 Análisis por categorías del Valle del Hunza (India)	144
4	Tabla 29: Análisis por categorías de Vilcabamba (Ecuador)	145
4	Tabla 30: Análisis por categorías de Cerdeña (Italia)	146
4	Tabla 31: Análisis por categorías de Okinawa (Japón)	148
4	Tabla 32: Análisis por categorías de Loma Linda (California, EEUU)	149
4	Tabla 33: Análisis por categorías del Valle de Icaria (Grecia)	150
4	Tabla 34: Análisis por categorías del Valle de Nicoya (Costa Rica)	152
4	Tabla 35: Análisis por categorías de Abjasia (Georgia)	153
4	Tabla 36: Resumen comparativo de los 8 lugares mejor documentados y tradicionalmente con mayor longevidad del mundo	154
4	Tabla 37: Teorías sobre vinculación de envejecimiento y procesos adaptativos y	155

	evidencias experimentales	
4	Tabla 38: Categorías e instrumentos utilizados para la valoración de la participación en el programa "Vivir con Vitalidad"	164
4	Tabla 39: Criterios para agrupar a los participantes en el programa	165
5	Tabla 40: Método de análisis de la actividad según Foster y Pratt (2003)	172
5	Tabla 41: Inventario de Actividades según Ander-Egg	176
5	Tabla 42: Modelo de entrevista utilizada para evaluar el ocio	185
5	Tabla 43: Correspondencias calóricas de los macronutrientes	189
5	Tabla 44: Perfil calórico recomendado	190
5	Tabla 45: Cálculo de la tasa metabólica basal o en reposo: tasa metabólica basar (TMB) a partir del peso (Kg)	191
5	Tabla 46: Ejemplo de estimación de consumo energético personal para una mujer de 20 años y 60 kg de peso	192
5	Tabla 47: Cálculo del factor medio (F.M.) de actividad física	192
5	Tabla 48: Ejemplo de estimación de consumo energético por actividad para un hombre de 70 kg de peso	192
5	Tabla 49: Cálculo de necesidades energéticas por actividad	193
5	Tabla 50: Aporte de nutrientes de un vaso de leche con azúcar.	195
6	Tabla 51: Muestra de los 30 residentes más longevos de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) con especificación del número de expediente, fechas de nacimiento de alta y de baja y ordenados por año de nacimiento.	207
6	Tabla 52: Residentes seleccionados entre los 30 más longevos de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) para análisis de "historias de vida"	208
6	Tabla 53: Acciones más destacables durante las fases preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa de la presente tesis doctoral.	210
6	Tabla 54: Categorías y subcategorías para el análisis de la muestra de los 30 residentes más longevos en la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) con las claves de interpretación de las respuestas posibles.	233
7	Tabla 55: Edades cronológicas asignadas a distintas variables relacionadas con la edad por promedios y tramos etarios	250
7	Tabla 56: Porcentajes de respuestas asignadas a distintas variables relacionadas con la edad por promedios y tramos etarios	252
7	Tabla 57: Edades fijadas por la legislación vigente y normativa de referencia a distintas variables relacionadas con la edad	253
7	Tabla 58: Estado civil en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	257
7	Tabla 59: Posibilidades de apoyo familiar en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	259
7	Tabla 60: Áreas de ocupación laboral previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	259
7	Tabla 61: Preferencias de ocupación laboral previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	261
7	Tabla 62: Preferencias de ocupación actuales en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	263
7	Tabla 63: Ocupaciones en el tiempo libre en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	264
7	Tabla 64: Vivencias más relevantes de los residentes, 2015. N=105.	266
7	Tabla 65 Muestra de los 30 residentes más longevos en la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014), ordenados por año de nacimiento, con especificación de nº de expediente y años al fallecer, al ingresar y de permanencia en el centro.	273
7	Tabla 66: Promedios de los 30 residentes más longevos en "Cardenal Marcelo" (1994-2014) en comparación con una muestra de 175 residentes (2010-2015)	274
7	Tabla 67: Comparativa entre valoraciones nutricionales en estudios transversal (1994-2014) y nutricional (2011)	285
7	Tabla 68: Estado funcional. Estudio sobre longevidad en "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30	286
8	Tabla 69: Comparativa entre las Escalas de Longevidad de Rosina y Victoriano	316
8	Tabla 70: Comparativa entre algunos rasgos de la personalidad de Rosina y Victoriano.	319

9	Tabla 71: Estructura del libro "Aprender a Envejecer" (Castro, 1996)	330
9	Tabla 72: Propuesta de contenidos de los "Cursos de Preparación a la Jubilación" (Castro, 1996 y 2002)	332

GRÁFICOS

CAPITULO	DENOMINACION	PAGINA
1	Gráfico 1: Esperanza de vida media al nacer en España 1908-2009	26
1	Gráfico 2: Esperanza de vida media a los 65 años en España 1908-2009	27
1	Gráfico 3: Esperanza de vida media a los 80 años en España 1908-2009	27
1	Gráfico 4: Índices de fecundidad en España (1950-2010)	27
1	Gráfico 5: Evolución de la población 1594-2013 y proyecciones 2014-2052	28
1	Gráfico 6: Pirámides de Población en España (actual y proyecciones)	29
1	Gráfico 7: Gasto en Salud (público y privado) con respecto al P.I.B. 2012	30
1	Gráfico 8: Unidades de Convivencia por provincias de Castilla y León en el año 2015	41
2	Gráfico 9: Pirámide de población con y sin discapacidad en España	48
2	Gráfico 10: Esperanza de vida al nacimiento y esperanza de vida en salud	50
2	Gráfico 11: Esfuerzo social según % del PIB: años 2007, nivel máximo después de 2007 y 2014	65
3	Gráficos 12 y 13: Estimación de VO2 max en hombres y en mujeres	86
4	Gráfico 14: Centenarios por sexo y Comunidades Autónomas 2012	108
4	Gráfico 15: Progresión del número de centenarios en España por sexo 1950-1997	109
4	Gráfico 16: Prevalencia de obesidad en España por grupos de edad y sexo	128
4	Gráfico 17: Personas centenarias en España en 2015 por provincia de nacimiento	142
5	Gráfico 18: Beneficios de la participación en actividades de ocio	188
5	Gráfico 19: Componentes del gasto energético en actividades moderadas	190
5	Gráfico 20: Clasificación según el Índice de Masa Corporal (I.M.C.)	194
6	Gráfico 21: Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra y su comparación con Castilla y León	208
7	Gráfico 22: Relación secuenciada de informes integrantes de la investigación.	239
7	Gráfico 23: Promedios de edad en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	257
7	Gráfico 24: Distribución por sexos en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	257
7	Gráfico 25: Estado civil en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	258
7	Gráfico 26: Estado civil de los hombres en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	258
7	Gráfico 27: Estado civil de las mujeres en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	258
7	Gráfico 28: Ocupación laboral en hombres previa al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105	260
7	Gráfico 29: Ocupación laboral en mujeres previa al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	260
7	Gráfico 30: Preferencias de ocupación absolutas previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	262
7	Gráfico 31: Preferencias de ocupación en hombres previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	262
7	Gráfico 32: Preferencias de ocupación en mujeres previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	262
7	Gráfico 33: Participación global en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	263
7	Gráfico 34: Participación de hombres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105	263
7	Gráfico 35: Participación de mujeres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	264
7	Gráfico 36: Actividades con mayor participación absoluta en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	265
7	Gráfico 37: Actividades con mayor participación de hombres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	265

7	Gráfico 38: Actividades con mayor participación de mujeres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105	266
7	Gráfico 39: Expectativas vitales en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.	268
7	Gráfico 40: Aspectos más positivos de la vida en la Residencia, 2015. N=105	270
7	Gráfico 41: Propuestas de mejora de la vida en la Residencia, 2015. N=105	270
7	Gráfico 42: Valoración general de los menús. Junio 2011. N= 50.	271
7	Gráfico 43: Valoraciones de las cantidades en el menú. Junio 2011. N=50.	271
7	Gráfico 44: Lugares de nacimiento (1994-2014) N=30 (subcategoría 4).	275
7	Gráfico 45: Lugar en donde transcurrió su vida (1994-2014) N=30 (subcategoría 5)	276
7	Gráfico 46: Lugar de procedencia previo al ingreso en el centro (1994-2014). N=30 (subcategoría 6)	276
7	Gráfico 47: Lugar de procedencia previo al ingreso en el centro (2016). N = 204 (subcategoría 6)	278
7	Gráfico 48: Causas de muerte en España (principios siglo XX)	279
7	Gráfico 49: Distribución comparativa de personas centenarias por sexos en España, Castilla y León (2012) y Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014)	280
7	Gráfico 50: Porcentaje de satisfacción/insatisfacción con respecto al sueño (1994-2014) N=30	281
7	Gráfico 51: Porcentaje de personas que dicen cuidarse con el tema de las comidas (1994-2014) N=30	281
7	Gráfico 52: Porcentaje de personas que reconocen haber practicado actividad física continuada (1994-2014) N=30	282
7	Gráfico 53: Consumo de alcohol en personas longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30	283
7	Gráfico 54: I.M.C. en Personas Longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30	284
7	Gráfico 55: I.M.C. en residentes de "Cardenal Marcelo" Junio de 2011, N = 50	285
7	Gráfico 56: Estado Civil en personas longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30	286
7	Gráfico 57: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" según nivel de estudios (1994-2014) N=30	288
7	Gráfico 58: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" por modalidad laboral. (1994-2014) N=30	289
7	Gráfico 59: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" por ámbito laboral. (1994-2014) N=30	289
8	Gráfico 60: Participación de Rosina Rodríguez en viajes y excursiones 1995-2005.	298
9	Gráfico 61: Plan de Estudios del Programa Interuniversitario de la Experiencia para el Curso 2016-2017	329

IMÁGENES

CAPITULO	DENOMINACION	PAGINA
2	Imagen 1: Geografía de la felicidad 2015	63
4	Imagen 2: Grupo de Investigación "Avance" del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Valladolid.	112
4	Imagen 3: Localización en el mundo de 9 lugares con mayor concentración de personas longevas	113
4	Imagen 4: Localización del Valle de Hunza (Pakistán):	114
4	Imagen 5: Localización de Cerdeña (Italia)	114
4	Imagen 6: Localización de Ogimi - Okinawa (Japón)	115
4	Imagen 7: Localización de Loma Linda (California)	115

4	Imagen 8: Localización de Icaria (Grecia)	116
4	Imagen 9: Localización de Imagen Nicoya (Costa Rica)	116
4	Imagen 10: Localización geográfica del Valle de Vilcabamba (Ecuador)	117
4	Imagen 11: Localización geográfica Abjasia (Georgia)	117
4	Imagen 12: Localizaciones geográficas de Melide y Valladolid (España)	118
4	Imagen 13: “Poca cama, poco plato y mucha suela de zapato”	124
4	Imagen 14: Jeanne Calment (Arlés, Francia, 21/2/1875-4/8/1997)	128
4	Imagen 15: Determinantes de la longevidad	138
5	Imagen 16: Campaña para la promoción ocupaciones significativas del tiempo libre	183
6	Imagen 17: Portada del DVD “P.E.S.A.S.M.I”	204
6	Imagen 18: Ficha de seguimiento individual para análisis de la ocupación en el que se solicita, explícitamente, el “consentimiento informado”.	222
8	Imagen 19: Rosina en la Residencia	297
8	Imagen 20: Rosina nombrada Águeda Mayor	297
8	Imagen 21: Rosina el 4/2/1997	297
8	Imagen 22: Rosina el 5/2/1998	298
8	Imagen 23: Rosina delante de la Residencia con un grupo de residentes	298
8	Imagen 24: Rosina el 18/8/1999 en Villalba	299
8	Imagen 25: Rosina en el Parque Temático de Olmedo	299
8	Imagen 26: Rosina en Zaragoza	299
8	Imagen 27: Rosina en la Feria de Muestras	300
8	Imagen 28: Rosina en el stand del Ayuntamiento	300
8	Imagen 29: Rosina en Donuts-Panrico	300
8	Imagen 30: La red de apoyo social de Rosina	301
8	Imagen 31: Rosina con su amigo Ramón	301
8	Imagen 32: Rosina con Petra Benito, también centenaria	301
8	Imagen 33: Rosina con sus sobrinas	302
8	Imagen 34: Rosina en Iscar el 5/6/2001	302
8	Imagen 35: Rosina en el Canal 4 el 6/6/2001	302
8	Imagen 36 Rosina en el Canal 4	303
8	Imagen 37: Rosina en el Centro Territorial de TVE	303
8	Imagen 38: Entrevista a residentes centenarias	303
8	Imagen 39: Entrevista a Rosina en el Diario de Valladolid el 29/2/2002	305
8	Imagen 40: En Tenerife, en 1995	306
8	Imagen 41: En la Isla de La Toja (Pontevedra) en 1997	306
8	Imagen 42: En Almuñécar (Granada) en 1999	306
8	Imagen 43: En Almuñécar (Granada) en 1999	307
8	Imagen 44: En La Manga del Mar Menor (Murcia), 2001	307
8	Imagen 45: En Laredo (Cantabria) en el 200	307
8	Imagen 46: En Llanes (Asturias) en el 2002	308
8	Imagen 47: Antiguo Bar “Disol” en la actual Plaza San Bartolomé de Valladolid	308
8	Imagen 48: Secuencia de imágenes de distintos momentos de la vida de Victoriano en la Residencia	309
8	Imagen 49: Victoriano el 19/9/2013 en su 102 cumpleaños	310
8	Imagen 50: Entrevista en “A Vivir bien” de la TV de Castilla y León el 27/6/2011	312
8	Imagen 51: Entrevista para la Cadena Ser el 31/10/2012	312
8	Imagen 52 Victoriano responde a las preguntas de sus compañeros	312
8	Imagen 53: Artículo sobre Victoriano publicado en diciembre de 2011 la Revista “La Solana” de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid	314
9	Imagen 54: Ejemplos de carteles anunciadores de las Fiestas de Fin de Mes	345
9	Imagen 55: Ejemplos de carteles anunciadores de las celebraciones de 100 años	346
9	Imagen 56: “Petra Benito”	347
9	Imagen 57: “Rosina Rodriguez”	347
9	Imagen 58: “Victoriano Mucientes”	348

9	Imagen 59: Placa conmemorativa de la inauguración del Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	349
9	Imagen 60: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2000 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	349
9	Imagen 61: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2001 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	350
9	Imagen 62: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2002 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	350
9	Imagen 63: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2003 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	351
9	Imagen 64: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2004 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	351
9	Imagen 65: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2005 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	352
9	Imagen 66: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2006 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	352
9	Imagen 67: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2007 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	353
9	Imagen 68: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2008 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	353
9	Imagen 69: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2009 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	354
9	Imagen 70: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2010 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	354
9	Imagen 71: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2011 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	355
9	Imagen 72: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2012 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”	355
9	Imagen 73: Cartel ilustrativo correspondiente a los próximos candidatos a cumplir 100 años.	356
9	Imagen 74: Personas que han llegado a centenarios participando juntas en la misma sesión de la “Escuela de la Experiencia”	357

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

CAPITULO	DENOMINACION	PAGINA
3	Instrumento 1: Cálculo de la edad biológica según el método de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología	87
3	Instrumento 2: Índice de Katz para valorar el grado de autonomía en las AVDB	93
3	Instrumento 3: Índice de Barthel para valorar el grado de autonomía en las AVDB	94
3	Instrumento 4: Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en las AVDI	95
3	Instrumento 5: Escala de Yesavage para detección de trastornos de estado de ánimo	96
3	Instrumento 6: Mini-Examen cognostitivo de Lobo	97
3	Instrumento 7: Cuestionario de Pfeiffer	98
3	Instrumento 8: Escala Fumat	99
7	Instrumento 9: Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad”	240
7	Instrumento 10: Cuestionario para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales”	241
7	Instrumento 11: Cuestionario para estimación de la edad biológica	243
7	Instrumento 12: Instrumento para determinar el grado de autónoma en las actividades avanzadas de la vida diaria	247

7	Instrumento 13: "Cuestionario sobre Longevidad"	248
9	Instrumento 14: "Guion para la elaboración de Historias de Vida"	334
9	Instrumento 15: "Guion para el diseño de Proyectos de Vida"	336

CÓDIGOS QR

CAPITULO	DENOMINACION	PAGINA
3	Código QR 1 Programa para calcular la "edad biológica" de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología.	88
3	Código QR 2 Simulador para calcular la esperanza de vida de Unespa.	88
7	Código QR 3: Vídeo "Longevidad en Cardenal Marcelo 1994-2014"	273
8	Código QR 4 Vídeo "Rosina y el mar"	293
8	Código QR 5 Vídeo "Victoriano Mucientes"	293
9	Código QR 6: Vídeo "¿De dónde nace un proyecto de vida?"	333
9	Código QR 7: Vídeo "Oferta de actividades de Sanitas Residencial Promoviendo el envejecimiento activo"	339
9	Código QR 8: Vídeo "Aficiones"	339
9	Código QR 9: Vídeo "Laborterapia".	339
9	Código QR 10: Vídeo "Premisas pedagógicas para crecer en la vejez"	344

Introducción

Se atribuye al vallisoletano Juan Ponce de León (nacido en Santervás de Campos en 1460 y fallecido en La Habana en 1521) la búsqueda de un manantial que proporcionaba juventud a quienes bebieran de su agua. Él había escuchado hablar de ella a los nativos de Puerto Rico tras conquistar su isla, por lo que en 1513 emprendió una expedición para localizarla. En su lugar descubrió el actual estado de Florida (Murga, 1971). Esta historia no era nueva: la primera referencia conocida del mito de una fuente de la juventud se encuentra en el tercer libro de las historias de Heródoto de Halicarnaso (siglo IV a. C.) en donde se comentaba la entrevista entre el rey de Etiopía y los embajadores del rey persa Cambises:

“(ante la pregunta de) cuál era la comida y cuán larga la vida de los etíopes, respondiéndoles el rey, que acerca de la vida, muchos entre ellos había que llegaban a los 120 años, no faltando algunos que alcanzaban a más; en cuanto al alimento, la carne cocida era su comida y la leche fresca su bebida ordinaria. Viendo entonces el rey cuánto admiraban los exploradores una vida de tan largos años, los condujo él mismo a ver una fuente muy singular, cuya agua pondrá al que se bañe en ella más empapado y reluciente que si se untara con el aceite más exquisito, y hará despedir de su húmedo cuerpo un olor de viola finísimo y delicado (...). Y en verdad, si tal es el agua cual dicen, ¿no se pudiera conjeturar que el uso que de ella hacen para todos los etíopes, hará que gocen los Macrobios de tan larga vida?” (Heródoto, libro III, capítulo XXIII).

Recuerdo una noticia similar difundida por la prensa hace unos años, acerca de la sorprendente longevidad de los habitantes de un recóndito valle del Ecuador en el que sus habitantes vivían hasta los ciento veinte años y que, pasados los cien, aún leían sin gafas, conservaban su cabello y la dentadura y seguían participando activamente en la vida social sin estar pendientes de su jubilación, de las enfermedades ni de ir al médico (Coler, 2008). La vida en este valle de Vilcabamba no se caracterizaba por un especial celo en el seguimiento de determinados hábitos de vida, al contrario, se jactaban del consumo de sustancias consideradas nocivas en nuestra cultura occidental. Ello tal vez actuara como reclamo para que fuera elegido como el nuevo lugar de residencia de numerosas personas venidas de todas partes del mundo (Gascón, 2016). En un lugar postergado por el desarrollo,

las evidencias científicas mostraban en cualquier caso una inusual incidencia de enfermedades cardíacas y la ausencia de síntomas relevantes de arterioesclerosis (Vela y Alarcón, 1989).

Desde noviembre de 1994 trabajo en la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid como Encargado de Actividades (una suerte de técnico en actividades socioculturales pero con funciones tanto de educador social como de terapeuta ocupacional). A lo largo de estos 22 años he tenido la fortuna de conocer y de trabajar con una treintena de personas centenarias. Ciertamente sus vidas me han recordado a las descritas por Ricardo Coler en lo tocante a haber vivido una vida en torno al trabajo y nada exenta de privaciones pero también en lo referido a su capacidad de disfrute, de ahí que con la presente tesis doctoral nos propongamos averiguar si existe algún patrón coincidente entre estas personas, relativo a su biografía personal o hábitos de vida, a través de la identificación de aquellos indicadores que hayan podido contribuir a hacer posible que alcanzaran esta edad y, además, de un modo satisfactorio. Para el logro de este cometido, hemos estructurado esta tesis en nueve capítulos:

Un primer capítulo nos acercará a la realidad del envejecimiento hoy. Junto a la infancia, la adolescencia y la edad adulta, el envejecimiento se concibe como una etapa más del ciclo vital. En esta etapa, al igual que en las anteriores, se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, si bien no se producen en el mismo momento y grado en todas las personas mayores, ya que se trata de un proceso dinámico y que adopta diversas trayectorias. Existen distintas formas de envejecer:

1. El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo). Debe diferenciarse del envejecimiento patológico, aunque a veces es muy difícil establecer la diferencia entre ambos.
2. El envejecimiento patológico, o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia, entre otros, de enfermedades o de malos hábitos y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas o enfermedad de Alzheimer) y que, en algunos casos, pueden prevenirse o son reversibles.

Junto a estas dos maneras de envejecer, existiría una tercera concepción alejada de una vejez sinónimo de pérdidas y deterioro y en la que habría funciones o capacidades que mantendrían su actividad o incluso podrían llegar a mejorar. Esta convicción representa la base de un envejecimiento óptimo o satisfactorio, que sería aquel que tiene lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas y sociales) y teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades. El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física y psicológica), fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima y manteniendo hábitos de vida saludables de forma que eviten, en la medida de lo posible, la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo, de redes de apoyo natural, familiar y social. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales y experimentando, por tanto, un envejecimiento óptimo.

Asistimos a un momento en que la longevidad se considera un bien deseable aunque ello no a cualquier precio: persiste una cultura de culto a la juventud y de ocultación o negación de la edad en aras de desear parecer jóvenes durante el mayor tiempo posible (Dass, 2002; Schirmacher, 2006) y que convive, desde determinados planteamientos netamente económicos y mercantilistas, con la visión de la vejez como problema (Guillén, 2006). Actualmente, existen 450.000 personas centenarias declaradas en todo el planeta y distribuidas mayormente entre Estados Unidos y Japón al tiempo que el ritmo de crecimiento de la esperanza de vida es de unos dos años más por década (Moreno, 2014). La proporción de personas mayores de 65 años en España es similar a la de otros países de su entorno; la longevidad de la población española es, sin embargo, una de las mayores del mundo. Se espera que en el año 2050 la población española sea la más envejecida del planeta con una media de 55 años de edad (ONU, 2002). La población mundial envejece y lo hace con fuerza la europea y, dentro de ella, camina en la vanguardia la española con una tasa de natalidad de las más bajas del mundo y con una esperanza de vida de las más altas.

Un segundo capítulo se detiene en tratar de precisar los límites de la longevidad humana y lo hace a partir del análisis de un factor universalmente aceptado en la comunidad científica internacional: la determinación de la esperanza de vida. Los centenarios son, por definición, supervivientes que han superado al menos en veinte años la esperanza de vida media de su generación. Contrariamente a la imagen que se propicia frecuentemente de individuos extremadamente frágiles al final de su vida, muchos de los estudios realizados hasta la fecha revelan que buena parte de los mismos viven integrados en la comunidad, con un buen estado cognitivo y funcional (Bernstein, Willcox, Tamaki y Kunishima, 2004; Birren, Butler y Cotman 2001; Rott, D'Heureuse, Kliegel, Schönemann y Becker, 2001; Vaillant y Mukamal, 2001; Perls, Bochen, Freeman, Alpert y Silverl, 1999; Samuelsson, Alfredson, Hagberg, Nordbeck, Brun, Gustafson y Risberg, 1997). En el extremo más longevo de la especie humana, los centenarios ofrecen la oportunidad de extraer las claves más importantes respecto a la supervivencia, fragilidad e independencia, que permitan promover unos mejores niveles de salud e independencia en el conjunto de la población mayor (Puga, 2014).

El capítulo tercero, titulado “las edades de la persona”, realiza un recorrido por las distintas maneras de conceptualizar a las personas mayores en función de sus años vividos, de su esperanza de vida, de su autonomía funcional, de su capacidad de adaptación a nuevas situaciones, a los roles sociales asignados o, como novedad, por su capacidad para envejecer de un modo exitoso. Trataremos de refutar las endeables etiquetas sobre las que se fundamenta aquel culto a la juventud en detrimento de una cultura que valore el valor de la experiencia atesorada.

El cuarto capítulo se adentra en la profundización de cuáles pueden ser los determinantes de una longevidad exitosa. En las últimas décadas se ha conseguido incrementar significativamente la esperanza de vida de la población de las sociedades desarrolladas fundamentalmente gracias al desarrollo social y económico (Tinao, 2005), lo que se ha traducido en importantes avances médicos, en investigaciones farmacológicas y en la implantación de determinadas políticas sociales. Trataremos de definir aquí las condiciones que determinan por qué en algunas zonas geográficas muy concretas se concentran un mayor número de centenarios. Para ello, partiremos de los estudios realizados por, entre otros, Guy Wrench (1938), John Robbins (2007), Ricardo Coler (2008) o Dan Buettner (2008), quienes han recorrido los cinco continentes para poder identificar aquellos lugares en donde se vive más tiempo: el valle del Río Hunza (India), Vilcabamba (Ecuador), Cerdeña en Italia, Okinawa en Japón, Loma Linda en California, Ikaria en Grecia, Nicoya en Costa Rica y Abjasia en Georgia o Valladolid, en España. Ello permitirá, como parte de nuestra investigación, comparar los indicadores de las particulares condiciones de vida de estas personas con las de una muestra significativa, las treinta

personas mayores más longevas residentes en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid entre los años 1994 y 2014, además de en el estudio de dos de ellas con el objeto de tratar de indagar precisamente el efecto sobre la longevidad de la presencia o no de enfermedades, de factores ecológicos o de cualquier otra variable al analizar su historia vital (antecedentes de salud, entorno y hábitos). La comparación con las de otros centenarios de distintos emplazamientos geográficos hará posible determinar los rasgos particulares de su envejecimiento diferencial a través de las diferencias genéticas entre las poblaciones o sectores de población, las características del entorno y, sobre todo, a través de sus hábitos de vida. También trataremos de demostrar si alcanzar la barrera psicológica de los cien años es sólo una cuestión de suerte (haber estado a salvo de accidentes o enfermedades) o tiene que ver con decisiones que la persona haya ido adoptando, acertadamente, a lo largo de su vida.

El capítulo quinto, de hecho, tratará de vincular la manera personal de ocupar el tiempo con actividades que reflejan determinadas actitudes vitales con ese particular modo de envejecer que habrá de permitir alcanzar una longevidad exitosa. En este sentido, que la tecnología médica vaya por delante de la educación en prevención a los ciudadanos debe llevarnos a tener en cuenta el potencial de las personas mayores como posibles educadores de la sociedad. Debemos reconocer que, al ser mayor el número de personas que reciben una mejor educación y gozan de longevidad y buena salud, las personas de edad pueden contribuir más que nunca a la sociedad, y de hecho muchas ya lo hacen. Si fomentamos su participación activa en la sociedad y el desarrollo, podemos asegurarnos que se aprovechen su talento y experiencia inestimables. Las personas de edad que puedan y quieran trabajar deben tener la oportunidad de hacerlo; y todas las personas deben tener la oportunidad de seguir aprendiendo a lo largo de su vida. Si creamos redes de apoyo y ambientes propicios, podremos lograr que la sociedad en general se interese por estrechar la solidaridad entre los grupos generacionales y erradicar los estereotipos que se encuentran en la base del abuso, la violencia, la falta de respeto y la discriminación de las que son víctimas las personas de edad. Si proporcionamos atención de salud adecuada y a un costo razonable, incluidas medidas de salud preventiva, podremos ayudar a las personas de edad a mantener su independencia el mayor tiempo posible (ONU, 2002). Más recientemente se ha alentado también un interés, liderado por la Organización Mundial de la Salud, por definir cómo lograr dar más vida a estos años ganados a la vida a través de políticas de envejecimiento activo (Imsero, 2011) y que han llevado a que el año 2012 fuera precisamente denominado “Año Europeo del Envejecimiento Activo y de las Relaciones Intergeneracionales”.

El capítulo seis concreta el diseño y el proceso metodológico utilizado. Aunque predominarán análisis cualitativos, trataremos de acotar el ámbito de la investigación mediante el análisis de datos procedentes de nuestro trabajo continuado con personas mayores. Delimitaremos las categorías de análisis que nos permitirán analizar la información reunida y explicitaremos las consideraciones éticas que hemos observado como garantía del rigor de una investigación de la importancia de ésta.

El capítulo siete, de hecho, nos permite aventurar unas primeras conclusiones a la luz del análisis de datos obtenidos de los estudios preliminares sobre percepciones relacionadas con la edad o sobre preferencias y expectativas vitales de un grupo de personas mayores. El grueso de la investigación vendrá de la mano de otro estudio. Aunque concebimos el envejecimiento como un proceso dinámico, con una amplia variabilidad tanto interindividual como intraindividual en el seno de un grupo muy heterogéneo, indagaremos sobre estas claves a través del estudio del particular modo de envejecer de un grupo de personas longevas que han coincidido en un espacio y en un tiempo muy concretos: en la Residencia de Personas Mayores “Cardenal Marcelo”, de la Diputación de Valladolid, entre 1994 y el año 2014.

Bermejo (1994) señala que las personas pasamos por muchos puentes a lo largo de nuestra vida y que algunos no son sencillos de cruzar: la jubilación es uno de estos puentes que hace que pasemos a una etapa distinta, que tiene cosas buenas y otras que no lo son tanto, pero a la que llegaremos si todo va bien. Hacer que sea una etapa feliz, una inversión en nuestro propio bienestar y calidad de vida, depende de nosotros: comienza con una actitud y se determina con el compromiso de desear envejecer. En cualquier caso, deseamos adelantar dos vertientes de la Pedagogía de la Longevidad:

- La primera, deberá estar presente en los programas de Preparación a la Jubilación que deberían iniciarse desde edades lo más tempranas posibles abordando aspectos como los hábitos de vida saludable (más allá de la alimentación, el ejercicio físico y el descanso), la ocupación, la participación y lo determinante de la propia personalidad. La tecnología médica y científica van por delante de la educación preventiva por lo que se corre el riesgo de no valorar el hecho de cumplir años, preocupados por negar el efecto del tiempo en nuestras vidas. *“¿No será mejor evitar el infarto de miocardio que someterme a tres bypass? Ahora mismo hay en España 17 millones de personas con alguna enfermedad crónica”,* explica el Dr. Tinao (Moreno, 2014, p. 17). Stephen J. Matlin de Life Length, empresa española que comercializa tecnología para la medición de los telómeros (extremos de los cromosomas cuya longitud se asocia a longevidad) se pregunta (Moreno, 2014): *“¿De qué me sirve llegar a los 100 años si los siete últimos los pasaré en una cama? En este país, la esperanza de vida es alta, de 82, pero nos falta ganar en calidad. No es lo mismo cumplir los 50 de cualquier modo que hacerlo como George Clooney”* (p. 17).
- La otra vertiente la situaríamos en lo adecuado de que cada persona diseñe, explicita y trate de poner en práctica un proyecto de vida, en cuanto herramienta al servicio de la organización de los propios valores, prioridades o estrategias que contribuyan a dar sentido al devenir de la vida.

Estos dos ámbitos de la Pedagogía de la Longevidad estarían encaminados hacia el afrontamiento exitoso de los retos de cada edad a la luz de la última etapa de la vida. Convendremos que la muerte sólo será un mero trámite si previamente nos hemos esforzado en convertir el envejecer en todo un arte. Esta tesis doctoral busca precisamente ahondar sobre el significado de la conquista de la longevidad tratando de desentrañar las claves con las que comprender alguna de las variables menos abordadas por la ciencia cuando, precisamente, existe un consenso en torno a que en ellas radica el sentido de la vida y una profunda y tradicional búsqueda del ser humano: cómo envejecer de manera satisfactoria.

Con carácter general, deseamos ahondar en el significado de la conquista de la longevidad tratando de desentrañar las claves de cómo envejecer de una manera exitosa, para ello trataremos de averiguar si existe algún patrón coincidente entre estas personas relativo a su biografía personal o hábitos de vida a través de la identificación de aquellos indicadores que han podido contribuir a hacer posible el que alcanzaran esta edad y, además, de un modo satisfactorio.

De un modo más específico, nos hemos propuesto varios otros objetivos:

1. Salvar las indudables limitaciones de la edad cronológica, biológica, funcional, psicológica o social a la hora de determinar las características de una vida necesitada de ser vivida con calidad y dignidad.
2. Dado que diferencias más claras entre los ritmos de envejecimiento se han observado al comparar poblaciones humanas que viven en condiciones ecológicas muy diferentes (Bourlière, 1970), nos proponemos indagar también en el efecto sobre la longevidad de la presencia o no de enfermedades y de factores ecológicos al analizar la historia vital (antecedentes de salud, entorno y

hábitos) de 30 personas centenarias con las que he convivido a lo largo de los últimos 20 años y compararla con las de otros centenarios de distintos emplazamientos geográficos.

3. Profundizar en la realidad de personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo exitoso dado que representan el paradigma pedagógico (Villar y Triadó, 2006) que mejor puede reflejar la realidad que ha inspirado la presente tesis doctoral.
4. Definir los aspectos esenciales de una conquista que, con frecuencia, suelen aparecer eclipsados por otras cuestiones más superficiales, a partir de la biografía en profundidad de dos personas longevas, que hayan disfrutado de una autonomía funcional plena, libre de discapacidad y, lo que es más importante, de una manera saludable, activa y satisfactoria (Fernández-Hawrylak, 2010).
5. Mostrar los beneficios de la puesta en práctica de programas educativos estructurados (similares a los actuales de programas para mayores dentro de las universidades pero que deberían ampliarse al resto de colectivos que integran la sociedad) y hacer posible la integración de actividades normalizadas dentro de la educación a lo largo de toda la vida, tradicionalmente conceptualizada como educación permanente, también en instituciones. De esta manera, una Pedagogía de la Longevidad implicaría, de entrada, no sólo la existencia de una política integral hacia este colectivo de personas, sino también una actitud social positiva hacia el mismo así como una auto-percepción activa, autónoma, responsable e independiente que deberá formar parte de su proyecto de vida.

Capítulo 1

Procesos de Envejecimiento

“Quemad viejos leños, leed viejos libros, tomad viejos vinos tened viejos amigos” (Alfonso X El Sabio, citado por Palomo, 2013, p. 176)

1.1.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

El propósito de este capítulo es contextualizar la relevancia de la cuestión del envejecimiento en cuanto conjunto de procesos que se plantean desde múltiples perspectivas, muchas veces encontradas, pero que, en esencia, son vividos de manera diferente por cada persona. Para ello, nos referiremos a sus aspectos demográficos más significativos y al análisis de las necesidades generales y específicas de este grupo de edad, junto a las respuestas previstas por el actual Estado de Bienestar.

De la cifra de casi 47 millones de españoles alcanzada en el año 2011, un 17,3 % (esto es, 8.116.347 personas) correspondía a los mayores de 65 años. Si el dato es en sí mismo significativo, mucho más lo es la proyección seguida a lo largo de las últimas décadas: la población de personas con más de 65 años sobre el total de la población representaba al 7,2 % en 1950, al 9,7 % en los años setenta, al 11,2 % en los años ochenta, al 13,8 % en 1991 y al 16,7 % en el 2007 (Imsero, 2014)

A lo largo del siglo XX, la totalidad de la población española se ha duplicado, pero el número de mayores de 65 se multiplicó por siete y el de octogenarios por trece. Aunque multitud de expertos coinciden en señalar que este aumento de la esperanza de vida (capítulo 2) no es un problema, sino uno de los logros más importantes de la sociedad moderna (Tinao, 2005), el proceso de envejecimiento que lo acompaña no deja de sugerir disfunciones en el sistema sanitario, de pensiones y de atención social (García, 2010) a la luz de las proyecciones sobre su evolución en un futuro cercano (Tabla 1).

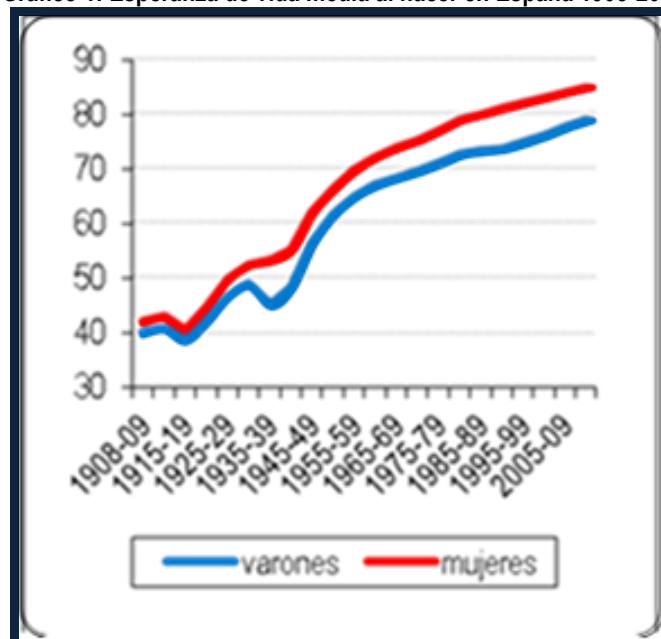
Tabla 1: Evolución de la población mayor, 1900-2051

Año	Población total		Población de 65 años y más		Población 65 a 79 años		Población de 80 años y mas	
	Absoluto		Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086		967.774	5,2	851.859	4,6	115.385	0,6
1910	19.995.686		1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842		1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794		1.440.744	6,1	1.263.632	5,3	177.112	0,7
1940	26.015.907		1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755		2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	271.478	1,0
1960	30.528.539		2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989		3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363		4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268		5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842		7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2011	46.815.916		8.116.350	17,3	5.659.442	12,1	2.456.908	5,2
2021	45.312.312		9.144.284	20,2	6.305.715	13,9	2.838.569	6,3
2031	44.050.312		11.300.064	25,7	7.767.119	17,6	3.532.945	8,0
2041	42.977.420		13.796.012	32,1	9.096.509	21,2	4.699.503	10,9
2051	41.836.016		15.221.239	36,4	8.986.586	21,5	6.234.653	14,9

Fuentes: Imserso (2014) y Abellán y Pujol (2013)

El origen de este acontecimiento demográfico es que, como en los demás países de nuestro entorno, se ha vivido una revolución de la longevidad (en la que profundizaremos en el capítulo 4) merced a la mejora en la sanidad pública, los avances de la tecnología médica, la farmacología y el incremento del nivel de vida lo cual ha provocado una prolongación de la existencia humana en todos los tramos de edad. De este modo, la mortalidad infantil ha disminuido a niveles de escasa significatividad (Gráfico 1) al tiempo que se ha producido un incremento espectacular de la esperanza de vida (Gráficos 2 y 3).

Gráfico 1: Esperanza de vida media al nacer en España 1908-2009



Fuente: INE, 2012^a

Gráfico 2: Esperanza de vida media a los 65 años en España 1908-2009

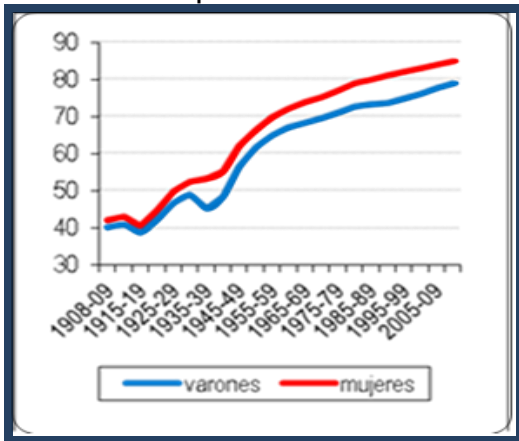
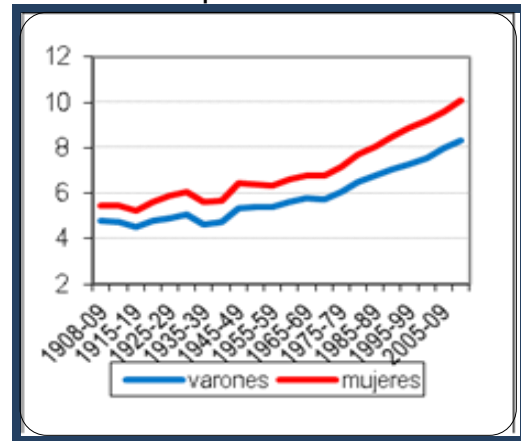


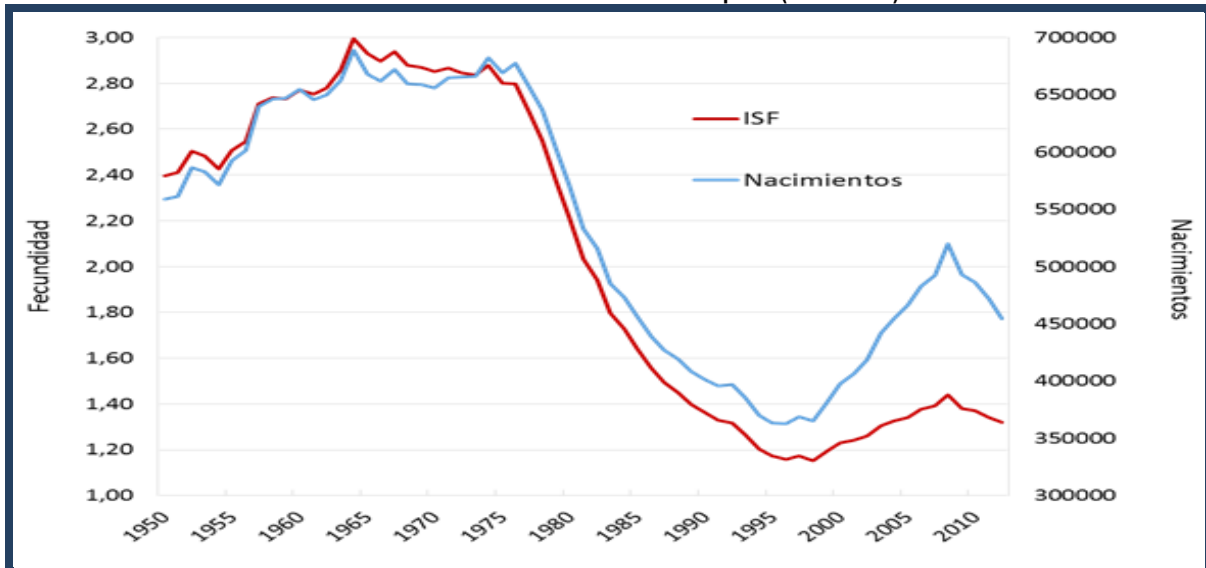
Gráfico 3: Esperanza de vida media a los 80 años en España 1908-2009



Fuente: INE, 2012^a

Sin embargo, la importante reducción de la fecundidad observada en las últimas décadas (en veinte años hemos pasado de 3,1 hijos por pareja a 1,1, casi la mitad de la tasa de reemplazo y), ha dado como resultado que la nuestra sea una de las sociedades más envejecidas del mundo. Resulta evidente que una población en la que se produzca un escaso número de nacimientos (Gráfico 4), por mucho que también se haya reducido el número de defunciones, será más pronto o más tarde una población envejecida: esto es hoy algo común en todos los países desarrollados y hacia lo que están evolucionando las demografías de muchos países en vías de desarrollo.

Gráfico 4: Índices de fecundidad en España (1950-2010)



Fuente: INE, 2012^a

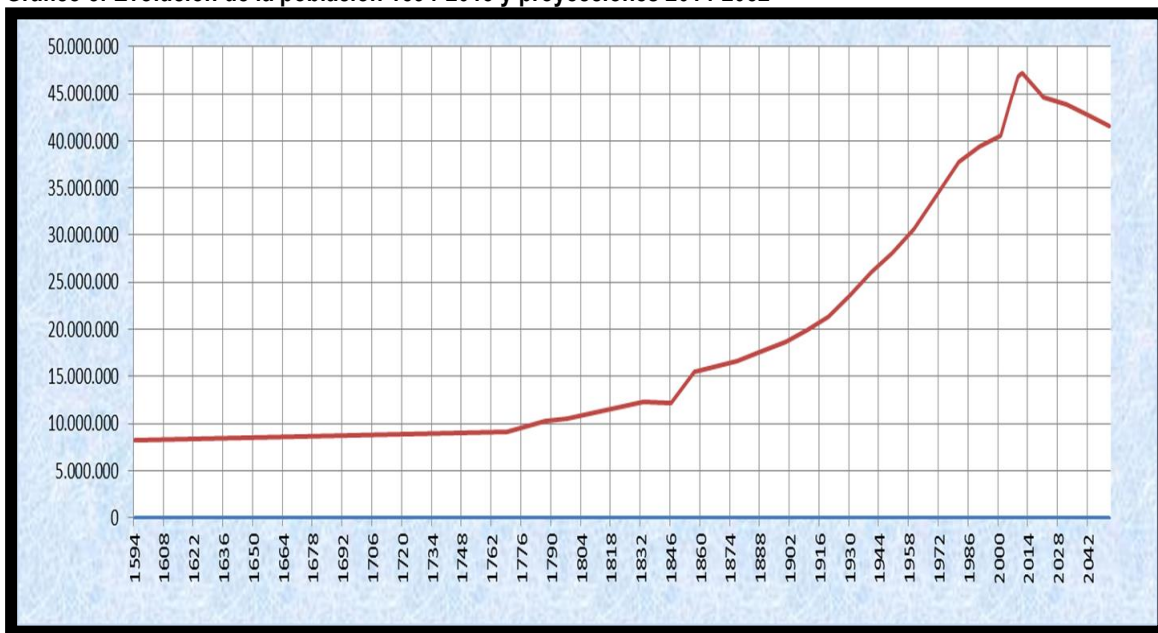
En los últimos años, el número de personas de 85 y más años ha ido aumentando progresivamente y se estima que seguirá haciéndolo así, lo que ha dado lugar a un incremento en la *tasa de sobreenvjecimiento* unida al hecho de que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores. Baste como muestra (Abellán y Pujol, 2013) que:

- Las comunidades autónomas más envejecidas (con proporciones de personas mayores que superan el 20%) son Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón.

- En el otro extremo del panorama nacional se hallan Canarias, Baleares y Murcia que integran el grupo de las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 15%.
- Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad.
- En el contexto europeo, Alemania, Francia, Reino Unido, Italia y España son los países con una cifra más alta de personas mayores, como corresponde también al ser los países más poblados (Alemania, Italia, Grecia y Suecia son los países más envejecidos en cifras relativas).

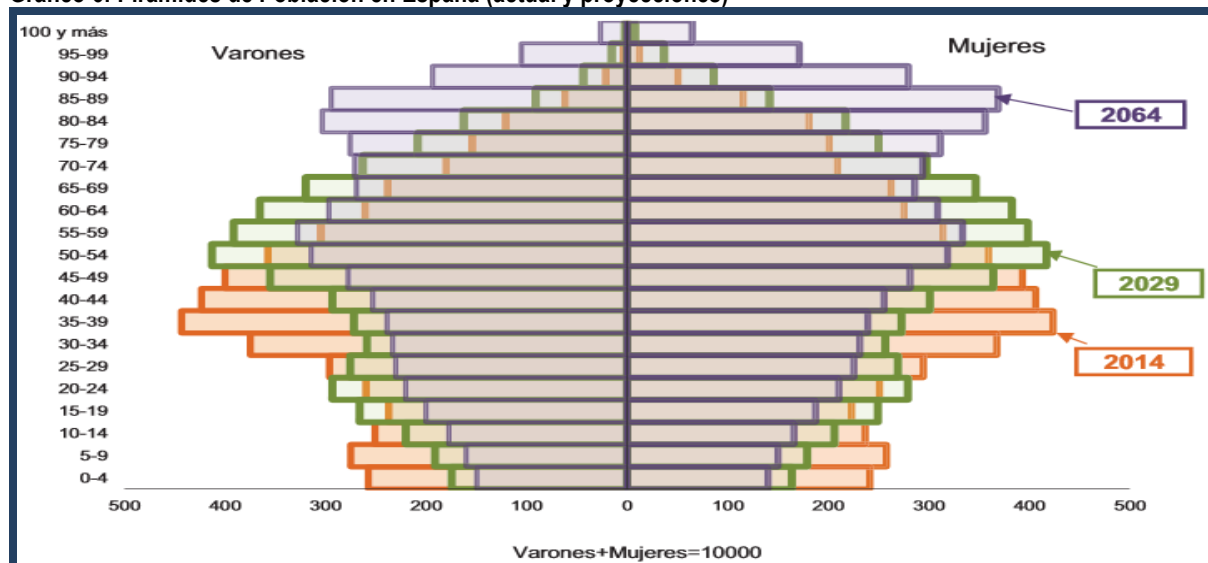
Desde el año 2000 se ha venido produciendo en nuestro país un balance negativo entre el número de nacimientos y de defunciones, por lo que consecuentemente España ha comenzado a perder población a partir de 2010 (Gráfico 5).

Gráfico 5: Evolución de la población 1594-2013 y proyecciones 2014-2052



Fuente: INE, 2012^a

El año 2015 ha quedado registrado como el primero con saldo negativo entre nacimientos y defunciones desde el año 1941, que es cuando existen datos históricos anuales (INE, 2015^c). Siguiendo esta tendencia en el 2040, fecha en la que se jubilará el grueso de la generación del *baby boom*, integrada por los nacidos en los años 60, España se habrá convertido en el país más envejecido del mundo. Los estudios más optimistas -como los de la ONU (2002), según los cuales podría conseguirse una situación menos pesimista al aportar datos que permitían apuntar que la inmigración y cierto repunte en la tasa de fecundidad- han sido refutados por la evidencia: aunque desde, aproximadamente, el año 1999 se venía produciendo una afluencia masiva de inmigrantes en edad laboral, a partir del 2008, con la crisis económica, no se ha logrado reequilibrar el incremento progresivo de la proporción de personas mayores (Gráfico 6). El problema adicional de un modelo familiar de atención al mayor en crisis, hace imprescindible tomar medidas preventivas antes de que las consecuencias se manifiesten en toda su crudeza y constituye hoy uno de los retos más importantes para el mantenimiento del Estado de Bienestar (Imsero, 2002).

Gráfico 6: Pirámides de Población en España (actual y proyecciones)

Fuente: INE, 2012^a

Hasta ahora una gran parte de los mayores, principalmente los que padecen discapacidad, han estado al cuidado de sus familiares, por regla general de sexo femenino. La incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución del número de personas que conforman el núcleo familiar y las reducidas dimensiones de las viviendas modernas hacen en la actualidad más complicada la permanencia de los ancianos en casa de sus hijos e hijas.

En esto, como en otras muchas cuestiones, estamos aproximando nuestros comportamientos a los del resto de los ciudadanos de Europa, donde la atención a las personas mayores cada vez se halla más a cargo de profesionales que trabajan dentro de instituciones públicas o privadas. Pero para que este acercamiento de las costumbres no acabe traducándose en una pérdida de calidad de vida, es necesario contar con recursos comparables a los de los países de nuestro entorno. Urge por ello transformar la asistencia sociosanitaria a los mayores, conocer los recursos de que disponemos y estudiar la manera de mejorarlos.

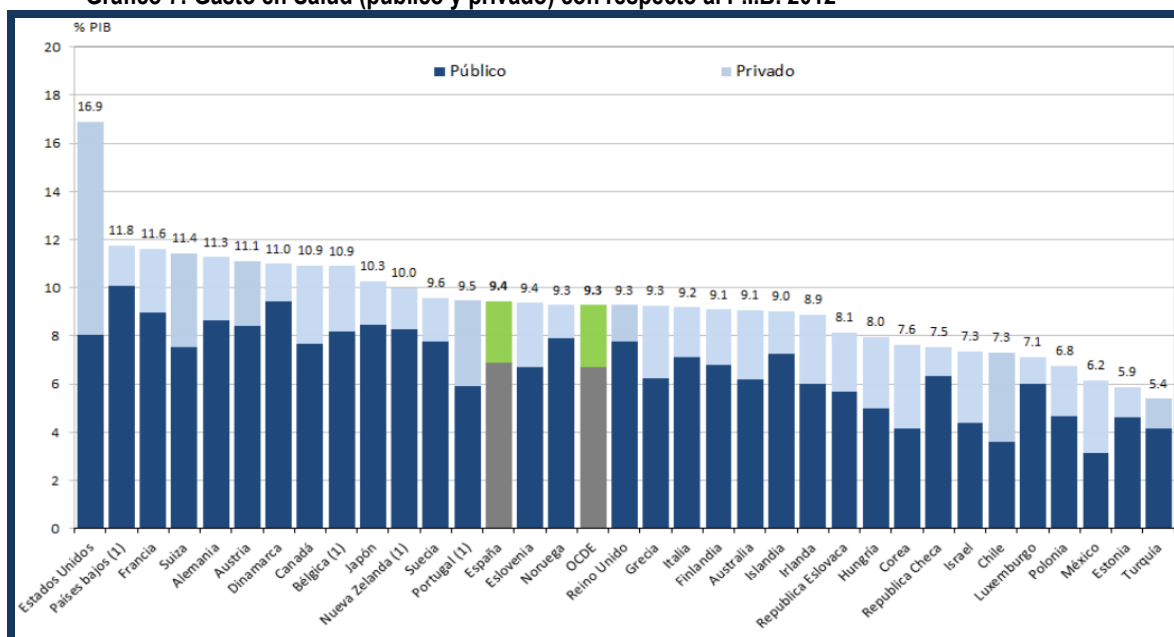
En el mundo occidental, y particularmente en Europa, la evolución de la población se contempla con preocupación de cara a un futuro inmediato, elevando a la categoría de problema demográfico un proceso normal que acrecienta la presencia de personas mayores por aumento de la esperanza de vida y que aparece acompañado de una reducción acusada de la población joven por la fuerte caída de la natalidad. El desarrollo demográfico de gran parte de países que han superado la transición demográfica, los éxitos logrados por la ciencia y la tecnología frente a la enfermedad y la muerte, la movilidad que afecta a la población por diversas causas, los cambios internos y externos de las sociedades en usos y costumbres... son factores que han tenido un impacto profundo en las estructuras poblacionales, modificando de modo sustancial su composición y comportamiento. Sin embargo, el envejecimiento demográfico no se produce tanto por el aumento del número absoluto de personas mayores de 65 años, cuanto por el comportamiento de este dato tras compararlo con el del resto de la estructura poblacional por edades (a saber, menores de 15 años y de 15 a 64 años).

No obstante, debe tenerse en cuenta que en este proceso convergen dos tendencias: por una parte, mientras en países con una población ya envejecida se está dando ya una desaceleración del proceso de envejecimiento, en países como España, con una estructura joven, el proceso se está acelerando. El seguimiento del proceso de envejecimiento es del máximo interés, debido al creciente número absoluto y relativo de este grupo que, por sus características específicas, plantea problemas de integración en su entorno social. Al tratarse de un proceso que se percibe como irreversible precisa de un tratamiento interdisciplinar que trascienda lo meramente demográfico: la alarma social no surge precisamente del drama que viven gran parte de las personas que llegan a la vejez, que es precisamente lo que debería inquietar a una sociedad desarrollada, sino del aumento cuantitativo y cualitativo de las demandas asistenciales que este tipo de sociedad debe satisfacer con generosidad.

Llegados a este punto, el desafío que se nos plantea es valorar si se trata en realidad de un problema demográfico o, más bien, de una valoración socialmente negativa del número de mayores, por lo que ello implica de adaptaciones y replanteamientos sociales y políticos. El envejecimiento evidencia un triunfo sobre la enfermedad y la muerte; es una afirmación de la vida que nos reta a conseguir *dar más vida a los años* una vez que se ha conseguido ganarle años a la muerte. La consideración de este grupo poblacional como *motor de cambio* debe ser valorada y tenida en cuenta. La población mayor, la ancianidad, constituye en nuestra sociedad una fuerza social emergente, que requiere la máxima consideración aunque sólo fuera por el mero hecho de no desperdiciar tanta vida acumulada (Gil, 2003; Schirmacher, 2004). La dignificación de esta etapa de la vida debe ser incluida en cualquier programa de alternativa radical que adapte la sociedad y sus recursos a las necesidades de las personas en cada momento y no al contrario (Medina y Ruiz, 2000).

La preocupación porque el envejecimiento se afiance como algo irreversible en las sociedades más avanzadas está ligado al hecho de que el mantenimiento del colectivo de personas mayores implica dispensar importantes recursos (Gráfico 7) para hacer frente a las demandas que generan (Yubero, Larrañaga y Morales, 2009).

Gráfico 7: Gasto en Salud (público y privado) con respecto al P.I.B. 2012



Fuente: OECD, 2014.

Pues bien, esta preocupación se basa en la generalización del concepto de personas mayores asociado al de social y económicamente dependientes lo que, desde un punto de vista riguroso, no es justo (González y Caramés, 2001):

- porque los mayores también colaboran en el bienestar de los que les rodean, especialmente de la familia, al contribuir también económicamente con su pensión o sus bienes, al aportar apoyo emocional, ayuda en el cuidado y educación de los nietos, en el mantenimiento del hogar, etc.; además, son parte fundamental en la conservación y transmisión de valores y saberes de la tradición;
- porque el cuestionamiento del coste social y económico del cuidado de la persona mayor dependiente o frágil es resultado de la comparación con el coste de la crianza y educación de niños y jóvenes soportada por los padres;
- porque existe un sesgo en el indicador demográfico como criterio de referencia, denominado *índice de dependencia*, que engloba en la consideración de no productivos tanto a los menores de 16 años como a los mayores de 65; así, se trataría no tanto de una cuestión demográfica cuanto de un problema de previsión relativo al uso social que en su momento se haya hecho de las cotizaciones y tributaciones;
- por la propia estructura del consumo que hace de los *viejos competentes* demandantes de bienes y servicios relacionados con la cultura y el ocio, mientras relega a los *viejos frágiles* a la demanda de bienes relacionados con el cuidado de la salud.

Por estas razones, nos parecen adecuadas las medidas de política social propuestas por Neugarten (1999) y planteadas en el contexto de la familia:

- Considerar a la familia, y no sólo a la persona individual, como la unidad que recibe los servicios y las ayudas, así como la unidad para investigación y educación.
- Desarrollar redes vecinales que puedan ofrecer servicios preventivos y asistencia a las familias en situaciones de crisis.
- Involucrar a otras personas como voluntarios, abuelos adoptivos, tutores y profesores, así como ayudantes para las personas de edad avanzada.
- Prestar especial atención a las necesidades de la persona prestadora de cuidados (sobrecargas de trabajo, burnout...)
- Prestar atención especial a las familias menos favorecidas, las rurales, las de grupos minoritarios y étnicos y las de inmigrantes recién llegados y, sobre todo, a las de bajo nivel de ingresos.
- Revisar las políticas gubernamentales para el fortalecimiento de lazos intergeneracionales (pensiones, vivienda, políticas impositivas...)

En general, podríamos apuntar también lo imprescindible de la promulgación de leyes como las que regulan la atención y protección a las personas mayores de Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2003) o la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores (Junta de Castilla y León, 2016), normativas que intentarían salir al paso de esta demanda sobre la base de cuatro principios que reconocen en el propio mayor y en su familia a sus protagonistas indiscutibles:

- Impulsar el envejecimiento activo y positivo por medio de la prevención y el desarrollo personal, así como la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida, fortaleciendo la solidaridad mediante la equidad y las relaciones interpersonales entre las generaciones.
- Promover el envejecimiento en la comunidad donde se ha vivido, facilitando recursos comunitarios desde una perspectiva sociosanitaria para que la persona mayor pueda continuar

en su medio habitual dentro de cánones adecuados de calidad, accesibilidad, independencia y bienestar psicosocial.

- Reconocer a la familia como núcleo fundamental de protección y atención de todos sus miembros, y poner a su disposición los apoyos precisos para que pueda seguir desarrollando esta labor.
- Garantizar a las personas mayores un alojamiento digno y adaptado a sus necesidades, y proporcionar la cobertura residencial necesaria para cuando no puedan seguir en sus hogares facilitando el acceso a los recursos más cercanos posibles a su lugar de residencia.

La cuantificación de recursos sociales y sanitarios se han considerado tradicionalmente inferiores a los considerados necesarios por asociaciones y expertos (Navarro, 2004 y 2009; Mattonetti, 2009). Además, su distribución por comunidades autónomas ha sido completamente asimétrica: mientras Cataluña ha destacado de forma positiva (en donde programas como *Vida a los Años*, iniciado en los 90, ha mejorado bastante los servicios y condiciones de vida de sus mayores), otras comunidades autónomas se han mantenido a la zaga. Ha sido, por tanto, urgente mejorar tanto el sistema de atención sociosanitaria como el de pensiones. Para poner en marcha estas reformas, el poder público ha contado con unos escasos años de respiro por la llegada a la jubilación de la llamada generación hueca, años de muy baja natalidad compuesta por los nacidos durante la Guerra Civil o en la posguerra (Imsero, 2002)... pero éstos ya han cumplido 80 años en el año 2016.

En cualquier caso, no nos cabe duda que su puesta en práctica precisa de un esfuerzo económico considerable a cargo del Estado. Y aunque España ha venido dedicando a gastos sociales uno de los porcentajes del producto interior bruto (P.I.B.) más bajos de Europa, inferior incluso a los de Grecia o Portugal (OCDE, 2007), ha ido incrementándolo hasta igualar la media de nuestro entorno y colocarse en una honrosa octava posición (OCDE, 2014). A nuestro juicio, esta inversión no es a fondo perdido sino una inversión que habrá de contribuir al progreso económico de España. Como muestra baste hacer constar que, *“de manera directa, la atención a la dependencia genera 24 empleos por cada millón de euros invertido por la Administración en el sector. Si incluimos el impacto indirecto e inducido, esta generación de empleo se eleva a 36, con el consiguiente efecto sobre la producción, el consumo y la recaudación de impuestos”* (Díaz Díaz, 2014, p. 139).

1.2.- ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO, NORMAL Y EXITOSO

El envejecimiento no es en sí mismo una enfermedad. Aunque se dé una cierta asociación entre este proceso y un incremento en la incidencia y severidad de las enfermedades, es un periodo del ciclo vital. El envejecimiento humano se suele asociar, generalmente, a pluripatologías entendidas como la coincidencia de varios síndromes o enfermedades en una misma persona. De esta manera, es frecuente que el proceso de envejecer se vea afectado, y en algunos casos acelerado, por la presencia de patologías o enfermedades asociadas; pero entendemos que ello no tiene por qué ser lo habitual: frente a un envejecimiento normal, o primario, con sus lógicos cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad (intrínsecos, inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo) se hallaría el envejecimiento patológico o secundario, referido a cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., y que, no formando parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer), podrían prevenirse o serían reversibles: no existen enfermedades incurables sino tan sólo incuradas, hasta el momento (Grey y Rae, 2013).

Muchos biólogos evolutivos (Medawar, 1952; Kirkwood, 1977) negarían que el envejecimiento forma parte del repertorio genético de un animal. Más bien, ellos considerarían el envejecimiento como el estado por defecto que ocurre después de que el animal haya cumplido los requisitos de la selección natural, dado que después de que haya garantizado su descendencia el animal puede morir. De hecho, en muchos organismos, desde las polillas al salmón, esto es exactamente lo que sucede: tan pronto como los huevos son fecundados y asentados, los adultos mueren. Otros estudios, sin embargo, indican que existen componentes genéticos en la senescencia, y que la característica genéticamente determinada de la duración de la vida de una especie puede ser modulada mediante la alteración de genes (Garatachea, 2014) o de la dieta (Shnya, 2014), hasta el punto de referirse a la ilusoria frontera entre el envejecimiento y la enfermedad al basar sus postulados en la reversibilidad de ambos procesos y enumerar los logros en materia de retrasar los procesos de envejecimiento en experimentos de laboratorio y la aplicación de la ingeniería genética al rejuvenecimiento (Grey Rae, 2013).

El envejecimiento humano se caracteriza por unos determinantes comunes a los de todos los seres vivos aunque, lógicamente, con algunas variaciones puntuales (Crespo, 2006). Nos referimos a su universalidad, progresividad, determinismo y regulación, su carácter supresor, su irreversibilidad y su especificidad. Veámoslos con detenimiento:

- Su universalidad: al afectar a todos los seres vivos y constituir la etapa final de su ciclo vital. A lo largo de la escala filogenética, el envejecimiento es un proceso relacionado con el proceso de evolución de las especies de manera que cuanto más evolucionada es una especie, más prolonga su longevidad.
- Su progresividad: aunque se trate de un proceso en el que resulta difícil determinar su momento de inicio, una vez que éste aparece va ocurriendo de manera progresiva con la lógica variabilidad en cada especie y en cada individuo.
- Su determinismo y regulación: que obedecen, respectivamente, a la base genética que determina gran parte de este proceso y al efecto regulador que el ambiente puede ejercer sobre esta base genética:
 - Por un lado, la información de los genes determina de un modo significativo la habilidad de las células para combatir determinadas moléculas nocivas que se producen en su interior.
 - Por otro, el ambiente (determinado por determinados hábitos de vida como la nutrición, ejercicio físico...), modula de una forma importante la expresión determinada genéticamente. El estudio de los denominados síndromes progeroides que cursan con un envejecimiento acelerado (como los Síndromes de Werner y de Hutchinson-Gilford) ha aportado numerosos conocimientos al campo de la investigación del envejecimiento humano.
- Su carácter supresor: una de las consecuencias asociadas al envejecimiento es la pérdida de capacidades que, en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad. Con el paso de los años, el organismo acumula alteraciones a nivel molecular, celular, tisular y sistémico que van dificultando la capacidad de adaptación a las variaciones del medio interno y externo (homeostasis-hormesis).
- Su irreversibilidad: el envejecimiento no puede ser revertido a fases previas, aunque pueda, hasta cierto punto, ser ralentizado por la aplicación de diversas técnicas o terapias que tienen que ver con determinados hábitos saludables de vida y que son el objeto fundamental de esta tesis doctoral.
- Su especificidad: el envejecimiento es específico de especie, es decir, que cada especie envejece de una forma diferente a las demás. Existen incluso diferencias intraespecie (el envejecimiento humano no es igual en los países desarrollados que en los subdesarrollados). Esta característica hace que esta etapa del ciclo vital en humanos esté acompañada de las siguientes consecuencias:

- Un incremento de la mortalidad a medida que aumenta la edad.
- Cambios bioquímicos en la composición de los tejidos con el paso del tiempo.
- Progresiva reducción de la capacidad funcional de los órganos.
- Disminución de la capacidad de las respuestas de adaptación.
- Incremento de la susceptibilidad y vulnerabilidad a las enfermedades.

Las enfermedades, a diferencia del envejecimiento (Tabla 2), no son universales, pues no afectan a todas las personas. Unas enfermedades pueden afectar a grupos diferentes y muchas de ellas nunca afectan a una persona o grupos de personas concretos. Las enfermedades pueden estar causadas tanto por factores genéticos como por la acción de factores ambientales. El proceso y los efectos de enfermar son variables, pero generalmente, tras cursar con un periodo variable de alteración orgánica, se resuelve con la recuperación de las funciones. Finalmente, podemos decir que en la actualidad poseemos aproximaciones terapéuticas para la mayoría de las enfermedades. Por estas razones debemos entender los procesos de enfermar y envejecer como diferentes aunque, como ya hemos señalado, la aparición de determinadas enfermedades y alteraciones funcionales son más frecuentes en el envejecimiento.

Tabla 2: Principales diferencias entre envejecimiento y enfermedad

ENVEJECIMIENTO	ENFERMEDAD
Universal	Particular
Progresivo	Agudo-crónico
Específico	General
Supresor	Más o menos invalidante
Incurable	Tratable
Irreversible	Reversible

Fuente: Crespo, 2006.

Aunque diversas líneas de investigación hayan ido dirigidas tradicionalmente a describir las diferencias entre los ritmos de envejecimiento observadas al comparar poblaciones humanas que viven en condiciones ecológicas muy diferentes (Wrench, 1938; Bourlière, 1970;; Robbins, 2007; Buettner, 2008; Coler, 2008; Moreno, 2014 o Noguero, 2014) ello no es incompatible con otras líneas de trabajo que vinculen la longevidad con la exposición a procesos patológicos.

Muchas personas consideran que es prácticamente imposible vivir sin padecer alguna enfermedad, por lo que es difícil excluir la posibilidad de que los cambios asociados al envejecimiento se deban, al menos en parte, a los efectos acumulados de las infecciones padecidas. Un estudio longitudinal con personas mayores sanas, publicado por el equipo de James Birren en 1963 (Stuart-Hamilton, 1968), demostró que la disminución de la función iba a ir asociada al efecto de las enfermedades más que al envejecimiento o a la salud intrínseca de las personas analizadas... por lo que el argumento podría adquirir una formulación circular: “¿son sanas algunas personas mayores porque nunca han contraído enfermedades, o nunca las han contraído porque están sanas?”.

En el otro extremo se hallarían las líneas de investigación centradas en el envejecimiento positivo (Fernández Hawrylak, 2010; Fernández Ballesteros, 2009; Triadó y Villar, 2008) bajo denominaciones como “ageing well” (Fries, 1989; Vaillant, 2002), “active ageing” (OMS, 2002; Fernández Ballesteros, 2008; Bermejo 2010), “healthy ageing” (Schmidt 1994; Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García, 2006), “productive ageing” (Siegrist, Knesebeck y Pollack, 2004; Morrow-

Howell, Hinterlong y Sherraden, 2001; Butler 1985;), “optimal ageing” (Shulz & Hechhausen, 1996) o “successful ageing” (Butler, 1974; Baltes & Baltes, 1990; Rowe y Kahn, 1987 y 1997; Vaillant, 2001), entre otros.

1.3.- LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES

Hablar de necesidades en general resulta un tanto impreciso. Cada persona tiene unas necesidades específicas si bien podremos establecer patrones. Por necesidad se entiende (Agüera, 2015) aquello que toda persona debe satisfacer para mantener su vida, su salud, su bienestar. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta que el ser humano posee tres componentes que corresponden a tres tipos de necesidades, bien diferenciados, pero que configuran un todo, es decir, que son inseparables. Estos tres componentes son el biológico, el psicológico y el social. Según esta clasificación, toda intervención debe perseguir dar respuestas integrales a las personas basándonos pues en el “modelo bio-psico-social”.

Trataremos de perfilar, por ello, unos patrones generales a partir de una tipología y de unas necesidades básicas para, tras describir las necesidades específicas del grupo de personas con un mayor nivel de demandas socioasistenciales y sanitarias, centrarnos en el nada desdeñable dato del 41,26% de personas mayores de 65 años libres de discapacidad (Imsero, 2004).

1.3.1.- Tipología de personas mayores

Una clasificación de las personas mayores como la propuesta por el Dr. Isidoro Ruipérez (1996), quien en ese momento era presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, puede facilitar la planificación de servicios y el planteamiento de objetivos conducentes a abordar la situación actual de los mayores dependientes, así como aventurar perspectivas de futuro:

1. **Persona Mayor Sana:** aquella cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Entre un 15 y un 40% de los individuos de 70 años carecen de enfermedades objetivables. El Imsero (2004) cifraba este dato en un 41,26 % de personas mayores de 65 libres de discapacidad. La tarea prioritaria con este grupo es la prevención, y su responsabilidad recaería sobre los servicios sociocomunitarios (servicios sociales, culturales, educativos, atención primaria...)
2. **Persona Mayor Enferma:** es la que presenta patología aguda o crónica, de severidad variable, rara vez invalidante, y que no se ajusta a los criterios de paciente geriátrico que se comentarán posteriormente. Tanto la asistencia como la prevención para este grupo recaería sobre la asistencia sanitaria convencional.
3. **Persona frágil o de alto riesgo:** es aquella que por su situación clínica, mental o social se encuentra en equilibrio muy inestable, con grandes probabilidades de ingresar en una institución de por vida, a no ser que se gestionen adecuadamente los recursos alternativos a su institucionalización. Las principales causas que confieren fragilidad o alto riesgo serían:
 - mayor de 80 años
 - vivir solo
 - viudez inferior a un año
 - cambio de domicilio hace menos de un año

- patología crónica que condiciona incapacidad funcional (ictus, infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca hace menos de seis meses, Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, caídas, déficits visual y/o auditivo severos...)
- enfermedad terminal (neoplasia avanzada, demencia severa, otras con pronóstico vital inferior a seis meses...)
- toma de más de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
- prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes
- ingreso hospitalario en los últimos doce meses
- necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
- deterioro cognitivo
- depresión
- situación económica precaria

El objetivo principal con este grupo será la prevención tanto primaria como secundaria y terciaria. La responsabilidad del diagnóstico correspondería, de forma prioritaria, a la atención primaria, desde donde se deben articular los demás recursos socioasistenciales, sanitarios, etc.

4. **Paciente geriátrico:** es el que más se beneficia de una asistencia geriátrica especializada. Su proporción se estima entre el 10-25 % de los mayores que ingresan en un hospital general. Como identificador del paciente geriátrico se han utilizado diversas variables como la edad, pluripatologías, la incapacidad física y/o mental y los problemas sociales. Para categorizar a estas personas resulta útil valorar si presentan tres o más de los siguientes puntos:

- edad por encima de los 75 años
- con pluripatología relevante
- carácter incapacitante del proceso de su enfermedad
- acompaña algún tipo de patología mental
- existe problemática social asociada su estado de salud.

Para este grupo el objetivo Ruipérez plantea, además de una adecuada valoración precoz desde la atención primaria que no hurte de recursos especializados a aquellos casos que más lo precisen, que existan plazas sociosanitarias suficientes cuando sea necesaria la institucionalización de los pacientes.

El Plan Gerontológico Estatal para el año 2000 establecía la existencia de 3,5 camas residencias por cada cien personas mayores de 65 años en España, cuando la media de la Unión Europea se situaba en ese momento en el 8 (González, 2001). Este porcentaje se situó diez años después en el 4,1 aunque con variaciones significativas entre comunidades autónomas que van desde el 7 de Castilla y León o el 6,8 de Castilla-La Mancha, al 1,8 de Ceuta o el 2,2 de Murcia (Price Waterhouse Coopers, 2010) .

1.3.2.- Necesidades básicas

El concepto de necesidad social está muy unido a la idea de servicio social, de manera que los servicios sociales organizan los recursos y sus acciones con el fin exclusivo de satisfacer las necesidades de la población.

Como resultado de la reconocida opinión de expertos en la materia, de la percepción que tienen los mayores sobre sí mismos y sobre su entorno, y de las demandas formuladas así como de las deficiencias observadas, el Plan Regional Sectorial de Personas Mayores (Junta de Castilla y León, 1995) señala las siguientes necesidades básicas de las personas mayores:

1. **Cobertura económica básica** para cubrir estados de necesidad permanente o situaciones puntuales de necesidad específica.

2. **Necesidad de ser informado.** Cuando una persona se acerca a la edad de la jubilación necesita estar informada sobre el proceso de envejecimiento, adecuación del medio, recursos y servicios, etc... para tener nuevas expectativas sobre su futuro.
3. **Intercambio cultural.** En un mundo dominado por la cultura juvenil, se olvida con frecuencia que muchos ancianos poseen importantes elementos de saber y experiencia que pueden ser muy útiles, tanto para la sociedad en su conjunto como para otras generaciones más jóvenes. Se impone en este momento incentivar un serio intercambio cultural e intergeneracional del que puedan beneficiarse distintas generaciones.
4. **Reconocimiento personal y social.** Los valores sociales del reconocimiento y la estima constituyen factores fundamentales del bienestar de los individuos. Se plantea aquí una compleja necesidad social de reconocimiento y aprecio que debe ser buscada por múltiples medios y mecanismos para lograr el bienestar de los ancianos.
5. **Autonomía e independencia.** Entre los ancianos la dependencia material y afectiva constituye un grave problema que debe ser vencido; en demasiadas ocasiones, la calidad de la vida de los mayores depende de ello.
6. **Permanencia en su medio natural el mayor tiempo posible.** El desarraigo social y ambiental ha mostrado ser perjudicial para la mayoría de los sujetos que se han visto sometidos a él. Y este fenómeno es mucho más acusado en el caso de los ancianos que corren el riesgo de experimentarlo por razón de su edad.
7. **Adaptación psicológica.** En un mundo que cambia con tanta velocidad como éste, se requiere una buena capacidad de adaptación psicológica y social para participar en él. Son muchos los cambios susceptibles de análisis, pero los producidos en el ámbito familiar y en todo lo relacionado con las nuevas tecnologías son los que más intensidad inciden en la población anciana.
8. **Mejora de las relaciones sociales.** Relacionada con anteriores necesidades, el establecimiento de unas adecuadas relaciones sociales es el mejor método para combatir la tendencia al aislamiento y a la soledad. Debe entenderse esta mejora tanto en el ámbito de las relaciones familiares como extrafamiliares.
9. **Alojamiento.** Los cambios físicos que los sujetos experimentan al envejecer exigen un enfoque adecuado del problema del alojamiento y la vivienda, siempre dentro de la línea de no producir cambios bruscos que impidan una natural adaptación al medio.
10. **Atención especializada.** Esta etapa de la vida exige una atención especializada en muy diversos ámbitos, diferente de la que necesitan otras generaciones.

Tradicionalmente la respuesta a estas necesidades ha venido de la mano de la Geriátrica, en cuanto especialidad médica nacida a principios del pasado siglo y cuya denominación fue utilizada por vez primera por el Dr. Nascher como título de un artículo publicado en el *New York Medical Journal* el 21 de Agosto de 1909. En dicho artículo, el autor se planeaba la necesidad de una nueva rama asistencial que resolviera los múltiples problemas que plantean las patologías de los ancianos (López, 2000, p. 13). Casi simultáneamente, otra rama de la ciencia, la Gerontología, se ocupaba de estudiar el envejecimiento desde planteamientos interdisciplinarios, esto es, desde las vertientes biológica, médica, social, psicológica, educacional... El término, vinculado a criterios de investigación modernos, es acuñado por Metchnikoff, premio Nobel ruso que desarrolla su labor investigadora ligado a la medicina francesa y cuyas principales publicaciones sobre el tema datan de los años 1901 a 1907 (López Mongil, 1987).

1.3.3.- Necesidades específicas de los mayores dependientes

En España el porcentaje de personas con discapacidad representa un 9% de la población general. Más de la mitad de este porcentaje, concretamente un 56,5 % (Tabla 3) corresponde a la población de personas mayor de 65 años y de ellos, casi las tres cuartas partes presentan graves dificultades para realizar las actividades de la vida diaria (Imsero, 2004; INE, 2008).

Tabla 3: Personas con discapacidad por grupos de edad y sexo, 2008.

	Personas con discapacidad (miles)					Tasa por 1000 habitantes de cada grupo de edad		
	Ambos sexos	Distribución por edad	%	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total de 6 y más años	434,8	100,0		177,3	257,6	75,9	63,9	87,1
6-44 años	82,4	19,0		48,6	33,7	24,7	28,7	20,5
45-64 años	106,6	24,5		43,5	63,2	71,1	61,1	80,1
65-74 años	81,6	18,8	56,5	32,1	49,6	172,0	150,3	191,5
75-79 años	51,4	11,8		21,2	30,2	270,8	271,5	270,3
80 y más...	112,8	25,9		31,9	80,9	494,6	418,3	533,0

Fuente: INE, 2008

Parece lógico que, como consecuencia normal del aumento de la esperanza de vida y, por tanto, del incremento del número de ancianos, cada vez existan más personas mayores con problemas de dependencia que demanden cuidados continuados. Estos cuidados se siguen prestando fundamentalmente en el contexto familiar articulados en torno a un sistema informal de prestaciones que atiende el 80% de los casos. Dentro de este sistema, la mujer ejerce la función de cuidadora principal en más del 65% de las situaciones, si bien es cierto que comienza a percibirse una modificación del perfil de la persona cuidadora como consecuencia del incremento en los niveles de instrucción previos y por la incorporación de la mujer al mercado laboral, por lo que la prestación de cuidados bien se reparte entre otros miembros de la unidad familiar o se precisa de la incorporación de personal contratado para atender a los mayores en el propio domicilio.

La prestación de cuidados a los mayores en el propio domicilio (en el del mayor o en el de sus descendientes) genera, en no pocas ocasiones, conflictos en la familia dispensadora de estos cuidados, especialmente cuando se carece de apoyos externos, bien de la familia extensa o bien, y sobre todo, de las instituciones.

Este hecho apunta a la necesidad de que se introduzcan medidas sociales conducentes a la protección de las familias y, consiguientemente, a la mejora de la atención social de la dependencia:

- Prestar atención a las familias cuidadoras, respondiendo a sus demandas de ayuda que, por este orden son: prestaciones económicas por mayores a cargo en forma de salario mensual, ayuda a domicilio, unidades de respiro o estancias temporales, centros de día...
- Fomentar los programas o servicios sociosanitarios en general, así como los dirigidos directamente a los cuidadores, como son los de información, de formación, los programas de apoyo y/o intervención con los familiares, etc.
- Diversificar los servicios sociales específicos que permitan satisfacer las diferentes necesidades planteadas: ayuda a domicilio (SAD), unidades de respiro (estancias temporales)...

- Fomentar una mayor presencia de la iniciativa social en la atención a los mayores dependientes (voluntariado, etc.).
- Propiciar la compatibilización de la vida profesional con el cuidado del mayor dependiente mediante permisos remunerados al uso de los existentes para el cuidado de hijos e hijas, incluido la satisfacción de cotizaciones a la Seguridad Social.
- Organizar un plan de cuidados estables y generalizados que vengan dados por una adecuada coordinación y complementación de los diversos servicios sociosanitarios existentes.
- Promover el desarrollo del principio de complementariedad que sustituya al obsoleto principio de subsidiariedad vigente en el ámbito de los servicios sociales.
- Favorecer la incorporación de los varones en el cuidado de los mayores dependientes.

La protección específica de la dependencia está regulada ya en Escandinavia, Holanda, Austria, Alemania o Francia o en fase de debate en Reino Unido, Luxemburgo o Bélgica. España se ha sumado en el año 2006 al grupo de países con propuestas concretas para su protección con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

Berjano y García (2010) destacan de las leyes vigentes en nuestro país:

- El carácter universal y público, en condiciones de igualdad y no discriminación, de la atención a las personas en situación de dependencia.
- La valoración equitativa, que garantice una igualdad efectiva, de las necesidades de las personas
- La justicia en la distribución de los recursos.
- La promoción de las condiciones necesarias para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida lo más autónoma posible.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida, siempre que ello sea posible.
- La colaboración de los servicios sociales y sanitarios, públicos y privados, con y sin ánimo de lucro, en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Dependencia.
- La coordinación y colaboración interadministrativa.

Una Ley que dé cobertura a estas situaciones de dependencia debería contemplar (Rodríguez, 1998):

- su incardinación en el ámbito de la seguridad social, con garantía de derecho subjetivo perfecto, con independencia de que la financiación se realice por vía impositiva o por vía de las cotizaciones sociales,
- que esta protección no tenga en cuenta el requisito de la edad sino el de la dependencia,
- el establecimiento de vías explícitas y concretas de coordinación sociosanitaria,
- que se prioricen los servicios frente a las prestaciones económicas,
- el establecimiento de un sistema único de valoración de la dependencia para todo el territorio nacional, del que se responsabilizarían equipos interdisciplinarios integrados, al menos, por un médico, un psicólogo, un profesional de enfermería y un trabajador social.

En su lugar tenemos una legislación dependiente de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas con competencia presupuestaria y, por tanto, con importantes diferencias entre ellas, que no tiene en cuenta el requisito de la edad pero que prioriza las prestaciones económicas.

Ya nos hemos referido a que los servicios asistenciales encaminados a favorecer la permanencia del mayor en su propio domicilio no existían en España con anterioridad al año 1975, por lo que muchas personas han visto tradicionalmente en las residencias el único recurso al que acudir para paliar el riesgo de dependencia en la vejez. Queremos insistir en el hecho de que éste recurso ha de ser el último, una vez que se hayan agotado todos los anteriores.

Para el ejercicio de las funciones que les son propias, la ratio de personal por cada cien plazas que el Imserso establecía para las Residencias sería (Rodríguez, 2000):

- 1 director
- 1 auxiliar administrativo
- 1 médico
- 5 diplomados universitarios en enfermería
- 2 gobernantas-supervisoras
- 1 oficial de mantenimiento
- 2,5 porteros-recepcionistas
- 28 gerocultores
- 13 limpiadores
- 2 cocineros
- 2 ayudantes de cocina.

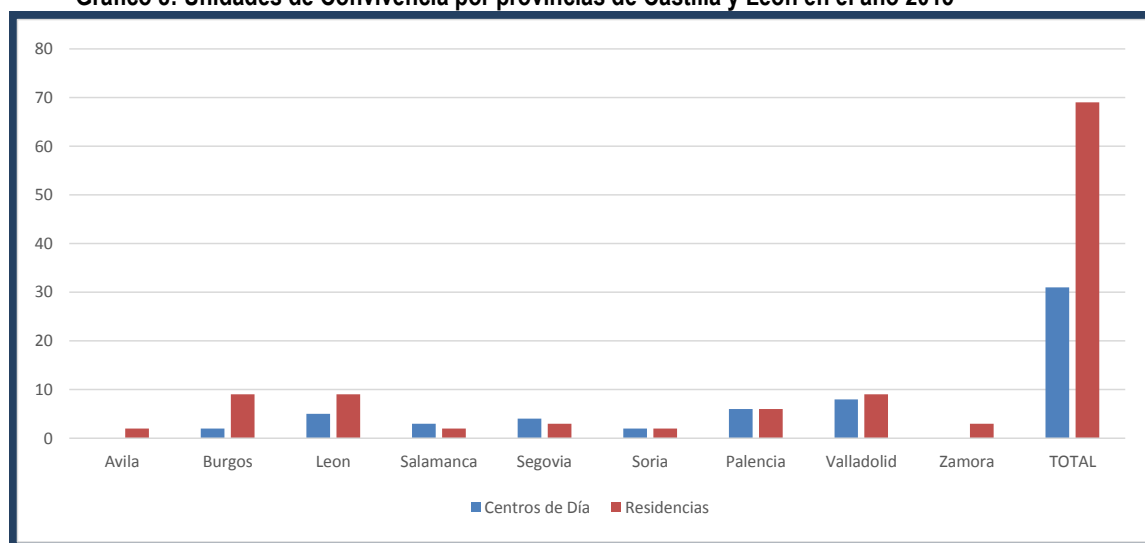
La ausencia de perfiles profesionales diferentes a los médico-asistenciales es evidente. El Decreto de la Junta de Castilla y León 14/2001, de 18 de Enero (Junta de Castilla y León, 2001), regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, corregía esta limitación aunque sólo establecía la obligatoriedad de los servicios de trabajo social, de fisioterapia y de terapia ocupacional lo que resultaba altamente insuficiente y desalentador. Deseo adherirme, en este sentido, a la denuncia de la activista norteamericana Betty Friedan (1994) cuando dice: *“el hecho mismo de que la gerontología y la geriatría se hayan convertido en campos de especialización médica y hayan engendrado una tal multitud de expertos y de programas para el cuidado de los ancianos achacosos ha fomentado también ese enfoque de la vejez como enfermedad y dependencia: discriminación compasiva”* (p. 59).

De la complementariedad de estos perfiles profesionales resultaba un vacío en la intervención tanto paliativa de los efectos derivados de la institucionalización como del mantenimiento de la autonomía funcional de las personas “válidas” que iría en la línea, como mínimo, de un técnico en actividades socioculturales y/o de un diplomado en Educación Social y, tanto mejor, de un pedagogo y/o un psicólogo. A este personal contratado habría que sumar la previsión de disponer también de los servicios de peluquería, podología o atención espiritual, por poner algún ejemplo más. Tal vez por ello, la Junta de Castilla y León emprendió desde el año 2011 la tarea de implantar con carácter de proyecto piloto primero (ICAL, 2011), y regulado por ley después (Junta de Castilla y León, 2016 ^{1 y 2}) un nuevo modelo europeo de atención residencial basado en “unidades de convivencia” que ya aparecían descritos en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo publicado por el Imserso (2011) y fundamentados sobre el “modelo de atención centrada en la persona” que contaba con una amplia base documental como la ofrecida por la Fundación Matia (Martínez Rodríguez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015).

Los hechos son, sin embargo, que a tenor de la nueva legislación (Junta de Castilla y León, 2016 ^{1 y 2}) vuelve a haber una indefinición en torno a los perfiles profesionales exigibles.

Estas unidades de convivencia de no más de 16 plazas (Junta de Castilla y León, 2016, p. 5959) se basan estratégicamente en la promoción de la autonomía de las personas (a la hora de elegir horarios, menús, actividades o aspectos relacionados con la propia imagen), en una planificación centrada en la persona (con dos herramientas: la historia de vida y el proyecto de vida) y en elementos organizativos (asignación de profesionales de referencia, diseño de actividades significativas, involucración de la participación de las familias...) o arquitectónicos que contribuyan a crear un ambiente hogareño (acceso a una cocina, huerto...): no en balde, estas unidades se denominan “En mi casa” (Junta de Castilla y León, 2015) y han alcanzado en el año 2015 el número de 100 entre las 69 vinculadas a centros residenciales y las 31 ofrecidas como centros de estancias diurnas (Gráfico 8):

Gráfico 8: Unidades de Convivencia por provincias de Castilla y León en el año 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de Junta de Castilla y León, 2015.

Las cuestiones más llamativas de esta nueva normativa es que sólo aparece regulado el perfil profesional de la persona que ejerce la dirección de estos centros y que se deja prácticamente en manos del personal de atención directa (auxiliares, o personal de primer nivel) la puesta en práctica de un ambicioso “modelo de atención centrado en la persona” y, consecuentemente, de la gestión de actividades significativas, de la involucración de las familias, la facilitación de la puesta en práctica de esos “proyectos de vida” nacidos de la elaboración de una “historia de vida” y que, a todas luces, exigen unos altos niveles de competencia.

La solución propuesta por este nuevo modelo es que, para su aplicación, unos profesionales de mayor especialización o de segundo nivel, pero cuyos perfiles formativos y profesionales no aparecen definidos (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores o trabajadores sociales...) “actúen como consultores y formadores de los profesionales de primer nivel, pudiendo intervenir sobre varios recursos y no exclusivamente en un centro o servicio” (Martínez, 2011, p. 183) y ello sin tampoco especificar su ratio por lo que, en el fondo, también parece buscarse la consiguiente apertura a un proceso de racionalización de los recursos y medios técnico-profesionales disponibles en un momento en que todavía resuena la voz de alarma de la inviabilidad de los centros residenciales de menos de 20 plazas (Santiago, 2012).

1.3.4.- Necesidades específicas de las personas mayores con autonomía funcional

De una manera intencional me he propuesto centrarme en personas longevas que disfrutaran de una autonomía funcional plena, libre de discapacidad y, lo que es más importante, de una manera saludable, activa y satisfactoria (Fernández, 2010), dado que con frecuencia la realidad de personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo exitoso suele aparecer eclipsada por otras realidades que no son representativas de una mayoría. Ellos representan el paradigma pedagógico que ha inspirado la presente tesis doctoral y que ha dado sentido a mi trabajo desde hace 25 años con personas mayores del medio rural vallisoletano, primero, y de la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid desde 1994.

Las necesidades específicas de las personas mayores no son diferentes, en esencia, a las de cualquier otra persona de cualquier edad si se cifran en términos de bienestar físico, psicológico y social. La aplicación de escalas de evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales. En la actualidad existe un gran número de instrumentos para evaluar la calidad de vida y el bienestar psico-social de las personas. En la tabla 4 enumeramos algunos de ellos por orden cronológico de publicación:

Tabla 4: Instrumento para evaluar la calidad de vida y el bienestar psico-social

Nombre del cuestionario	Autor	Ítems	Tema
Escala FUMAT de calidad de Vida	Verdugo et al, 2008	57	Calidad de vida en personas mayores
Escalas Satisfacción con la vida	Javaloy, 2007	47	Bienestar y felicidad Juventud Española
Escalas de Bienestar Psicológico	Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco et al (2006)	39	Bienestar subjetivo
Inventario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Inventory, OHI)	Argyle et al, 1989	29	Sentimiento de felicidad
Inventario Psychap (The Psychap Inventory)	Fordyce, 1986	80	Felicidad
Escala de Satisfacción con la vida (The satisfaction with life scale, SWLS)	Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985	5	Satisfacción global
Afectómetro (Afectometer 2)	Kamman y Flet, 1983	40	Felicidad global
Escala Moral PGC (PGC Morale Scale, Revised)	Lawtone et al, 1982	23	Bienestar subjetivo en ancianos
Instrumento de evaluación multinivel (Multilevel Assessment Instrument, MAI)	Lawton et al, 1982	147	Bienestar general en ancianos
Escala MUNSH de felicidad (Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness)	Kozma y Sotnes, 1980	24	Bienestar subjetivo en ancianos
Índice de bienestar psicológico General (Index of Psychological general well-being, PGWB)	Dupuy, 1978	22	Autoapreciación del bienestar
Índice de bienestar, índice de afecto general (Index of Well-being, Index of General Affect)	Campbell, Converse y Rodgers, 1976	9	Bienestar subjetivo
Inventario de Bienestar General (General	Fazio, 1977	33	Bienestar General

Well-being Schedule, GWB)			
Escala 3 de vidas (Life 3 Scale)	Andrews y Withey, 1976	2	Bienestar Global
Escala de contento-desagrado (Delighted-Terrible Scale)	Andrews y Withey, 1976	1	Calidad de los afectos
Escala de la Montaña (Mountain Scale)	Gallup, 1976	1	Bienestar Subjetivo
Escala de Balance afectivo (Affect Balance Scale, ABS)	Bradburn 1969	10	Bienestar General
Índice Z de satisfacción con la vida (The life satisfaction index)	Wood, Wylie y Scheafor, 1969	13	Satisfacción con la vida
Escala de la Escalera (Ladder Scale)	Cantril, 1965	1	Satisfacción global
Escalas de Satisfacción con la vida (Life Satisfaction Scales)	Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961	25,20 12	Satisfacción con la vida

Fuente: Elaboración propia a partir de Buela (1996) y Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002)

En nuestra investigación nos hemos inclinado por utilizar la Escala FUMAT (Verdugo, Gómez y Arias, 2009) por ser la más reciente, haber sido validada en un contexto sociocultural próximo y porque ha sido testada para medir tanto la calidad de vida de las personas mayores como la de personas mayores con discapacidad (en realidad es aplicable a personas a partir de 18 años) resultando de fácil aplicación dado que para su cumplimentación apenas se precisan diez minutos tras lo cual habrá sido posible:

- obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento;
- valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados (rehabilitación, unidad de memoria y Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas, atención al usuario);
- obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida valoradas por el instrumento.

Su finalidad es identificar la calidad de vida de una determinada persona con el fin de realizar planes de apoyo individualizados y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. El procedimiento de recogida de datos de la escala es de observación estructural. Esta desarrollada para ser aplicada en ambientes institucionales y por personal del centro tras un periodo de contacto con la persona. Las ventajas son numerosas ya que no requiere colaboración del usuario que es evaluado con lo que de esta manera se evitan sesgos relacionados con la persona mayor evaluada. Además esta escala es cumplimentada por la persona que evalúa por lo tanto la cantidad de tiempo que se ahorra es notable. Las respuestas se pasan a una planilla de datos que permiten obtener tanto el “índice de calidad de vida” como su percentil correspondiente. Del análisis de ocho dimensiones resulta una radiografía de la situación de cada individuo en un contexto global, esto es concibiendo a la persona como un todo, que permite diagnosticar en qué ámbitos la persona se encuentra en un nivel óptimo o, por el contrario, precisaría de diseños de intervención específicos.

Hemos podido comprobar, según estas consideraciones, que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. De hecho el envejecimiento -en cuanto conjunto de procesos universales, progresivos e irreversibles- sigue un curso ascendente en cuanto a que cada vez alcanza a un número mayor de personas de todos los países y culturas mientras que las enfermedades son objeto de una infatigable lucha desde todos los ámbitos de la ciencia, de la educación y de la cultura hasta el punto de poder

afirmar que no existen enfermedades incurables sino, por el momento, tan solo incuradas (Grey y Rae, 2013).

A pesar de la universalidad del envejecimiento (por afectar por igual a todos los seres vivos) éste es vivido de manera diferente por cada persona de manera que, aunque se definan unas necesidades asociadas, tanto a nivel general como específico de las personas mayores, pueden intentarse obtenerse respuestas complementarias desde ámbitos diferentes a la geriatría (medicina, enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional, fundamentalmente) concediendo una mayor importancia a abordajes provenientes de otros ámbitos de la gerontología (educación, psicología, trabajo social o sociología, entre otros) máxime cuando existe un 41,26% de personas mayores de 65 años “libres de discapacidad”. Sin embargo, la realidad de las personas longevas que disfrutan de una autonomía funcional plena, libre de discapacidad y, lo que es más importante, de una manera de envejecer saludable, activa y satisfactoria suele aparecer eclipsada por la de otras personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo no tan exitoso.

Un buen punto de partida para un adecuado abordaje pedagógico sería concebir que “el envejecimiento no comienza cuando las personas cumplen sesenta años de edad. Comienza con el nacimiento y es un proceso que se desarrolla durante toda la vida” (Friedan, 1999, p. 379).

Por otro lado aunque la esperanza de vida sea uno de los indicadores fundamentales para medir el desarrollo humano de los países la diferencia de correlación con sus respectivas rentas per cápita hacen pensar en otros factores coadyuvantes. Trataremos de indagar en los siguientes capítulos, precisamente, el efecto sobre la longevidad de la presencia o no de enfermedades así como de otros factores ecológicos al analizar la historia de vida (antecedentes de salud, entorno y hábitos de vida) de personas longeva con las que he convivido a lo largo de los últimos veinte años y compararla con las de otros centenarios de distintos emplazamientos geográficos más allá de sus niveles de renta.

Capítulo 2:

Esperanza de Vida

“No hay remedio para el nacimiento y la muerte, salvo disfrutar del intermedio”
(Santayana, 1993, p. 47)

La esperanza de vida es una medida resumen del nivel de mortalidad de una población. Se trata de un indicador sintético por excelencia que caracteriza el contexto espacial y temporal de la mortalidad de un grupo de personas, esto es, expresa el promedio de años que se espera viva una persona bajo las condiciones de vida, salud, educación y de otras dimensiones sociales de un determinado país o territorio dentro de un determinado periodo de tiempo. Ello ha hecho que la esperanza de vida sea uno de los indicadores fundamentales utilizado por las Naciones Unidas para medir el desarrollo humano de los países. De hecho, se trata del indicador más ampliamente utilizado para poder valorar cómo incide la mortalidad en una población determinada y, en razón de esta incidencia, conocer sus condiciones de salud y nivel de desarrollo.

Los países occidentales han asistido a un incremento notabilísimo de la esperanza de vida en el último siglo gracias a los avances médicos y tecnológicos, a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, a cambios en los hábitos nutricionales y estilos de vida, a la mejora en los niveles de condiciones materiales de vida como consecuencia, entre otros, de la educación o el acceso a los servicios sanitarios. Trataremos de dilucidar en este capítulo la vinculación entre longevidad y esperanza de vida.

2.1.- ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La esperanza de vida al nacer se utiliza como indicador de bienestar de una población, desde la premisa de que las condiciones sociosanitarias influyen sobre la longevidad esperada. Se define como “el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado” (INE, 2014, p. 1).

También en las últimas décadas se ha mantenido una diferencia apreciable en la incidencia de la mortalidad por sexos, originando que la esperanza de vida al nacimiento y a edades avanzadas sea superior en las mujeres tanto en España, 80 años en los hombres de media frente a los 85,6 años de las mujeres en el año 2013 (INE, 2015), como en el contexto europeo (Eurostat, 2011). El aspecto clave ha sido la mejora de las expectativas de vida en las personas de edad madura y avanzada. La reducción sostenida de la tasa de mortalidad en estas edades ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población.

También es significativo el dato (Tabla 5) de cómo, año a año, se ha ido acortando esta diferencia entre la esperanza de vida al nacer de los hombres con respecto a las mujeres, probablemente por la progresiva aproximación entre ambos de prácticas similares relativas a hábitos relacionados con su salud.

“La diferencia en años de esperanza de vida al nacimiento a favor de la mujer creció y se mantuvo estable en España hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. Pero esta diferencia a favor de la mujer se ha ido reduciendo en las dos últimas décadas, 7,1 años de diferencia a favor de la mujer en el año 1993, 6,6 años en el año 2003 y 5,6 años en el año 2013” (INE, 2015, p. 1).

Tabla 5: Evolución de la esperanza de vida al nacer. España, 1991-2014

	Hombres	Mujeres	Brecha género		Hombres	Mujeres	Brecha género
1991	73,5	80,7	7,2	2003	76,4	83,0	6,6
1992	73,9	81,2	7,3	2004	77,0	83,6	6,6
1993	74,1	81,2	7,1	2005	77,0	83,5	6,5
1994	74,5	81,6	7,1	2006	77,7	84,2	6,4
1995	74,5	81,7	7,2	2007	77,8	84,1	6,4
1996	74,6	81,8	7,2	2008	78,2	84,3	6,1
1997	75,2	82,2	6,9	2009	78,6	84,7	6,0
1998	75,4	82,3	6,9	2010	79,1	85,1	6,0
1999	75,4	82,3	6,9	2011	79,3	85,2	5,8
2000	75,9	82,7	6,8	2012	79,4	85,1	5,7
2001	76,3	83,1	6,8	2013	80,0	85,6	5,6
2002	76,4	83,1	6,8	2014	80,4	86,2	5,8

Fuente: INE, 2015 (datos 1991-2013) y *Expansión*, 2016 (datos del 2014)

El incremento de la esperanza de vida al nacer ha sido una de las constataciones más relevantes en los estudios llevados a cabo sobre el envejecimiento de la población mundial (Guillén, 2006^b). La esperanza de vida resume el contenido de una tabla de vida en la que el único suceso demográfico (decremento) es el fallecimiento. Es decir, ésta es la causa de la salida del individuo del colectivo inicial. La esperanza de vida a la edad x resume el número de años que, en promedio, se espera que viva un individuo que ha alcanzado dicha edad.

Tabla 6: Proyección de la esperanza de vida al nacer y a los 65 años

Año	Esperanza de vidas al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2013	79,99	85,61	19,97	22,92
2014	80,03	85,66	19,00	22,96
2019	81,43	86,70	19,93	23,86
2024	82,75	87,71	20,85	24,75

2029	83,99	88,68	21,76	25,62
2034	85,17	89,62	22,65	26,46
2039	86,29	90,53	23,53	27,28
2044	87,36	91,39	24,38	28,08
2049	88,37	92,22	25,21	28,84
2054	89,33	93,01	26,01	29,56
2059	90,25	93,75	26,78	30,25
2063	90,95	94,32	27,37	30,77

Fuente: INE (2014)

Para el cálculo de proyecciones de la esperanza de vida al nacer y a una edad determinada (por ejemplo, los sesenta y cinco años) se parte de un instrumento de carácter estadístico-matemático que permite cuantificar las probabilidades de muerte o de vida de una población en función de su edad, que conjuntamente con el sexo constituyen los dos atributos demográficos fundamentales de la misma. Este instrumento se denomina tabla de mortalidad o tabla de vida. La lógica de la construcción de las tablas de mortalidad se basa en el principio de la teoría de probabilidades que parte de obtener las probabilidades de muerte o de vida de la población a partir de los datos reales de defunciones, nacimientos y la población, con los desgloses correspondientes por territorios, sexo y edades. Es decir se calculan las tasas de defunciones por sexo y edad y, mediante procedimientos matemáticos, se convierten en probabilidades de muerte.

Para realizar un cálculo consistente de la esperanza de vida y del resto de las funciones de las tablas de mortalidad o de vida, se requieren estadísticas también consistentes de las variables demográficas señaladas como las que se disponen en el caso de nuestro país y que permiten calcular y no estimar la esperanza de vida. La esperanza de vida que más habitualmente se utiliza y difunde es la esperanza de vida al nacer (a los 0 años), pero también ésta se calcula y se da a conocer para cada edad, sexo y territorio o, como en el caso que nos interesa, para las transiciones entre distintos estados de salud.

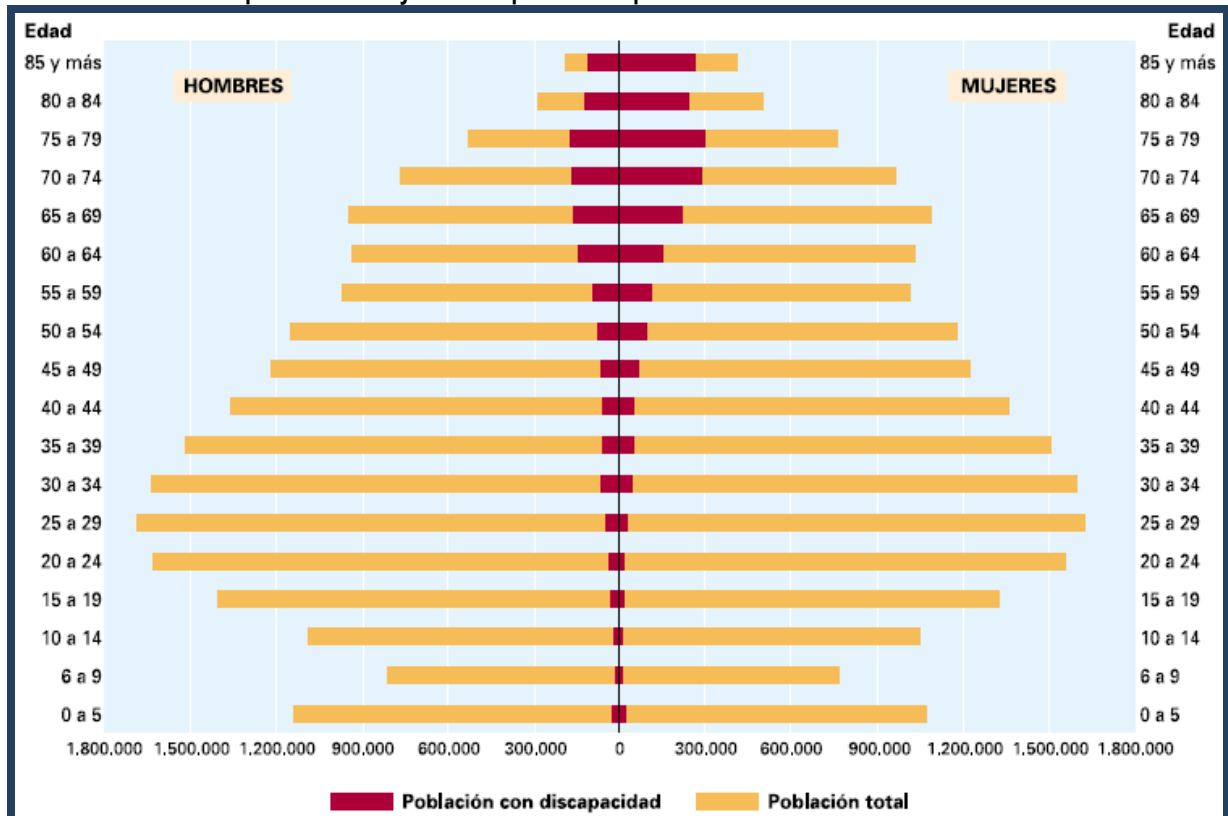
2.2.- ESPERANZA DE VIDA EN SALUD

El concepto de esperanza de vida en salud proporciona un medio de clasificación de la esperanza de vida dividida en fracciones vividas en distintas situaciones, fundamentalmente buena o mala salud. Estas medidas representan el creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida (vida en estado saludable) en lugar de exclusivamente indicadores de cantidad (esperanza de vida).

Uno de los indicadores principales y más extendidos para evaluar la calidad de salud de una población es su tasa de discapacidad. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000) ofrecía el dato del 9% de personas con discapacidad en España. El gráfico 9 muestra la distribución por edad y sexo de la población general y de la población con discapacidad. La inversión de estas pirámides pone de relieve la principal característica de la discapacidad: se trata de un fenómeno asociado a la edad que aumenta con ésta. También se perciben las diferencias entre hombres y mujeres. Ellas presentan tasas más elevadas que los hombres a partir de los 45 años, distanciándose cada vez más a medida que avanza la edad.

El proceso de aparición de problemas de salud es gradual. En primer lugar aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más severas, las que necesitan ayudas y las que hacen referencia a las actividades domésticas y de autocuidado. Las actividades de autocuidado (lavarse y cuidar su aspecto, controlar las necesidades y utilizar solo el servicio, vestirse-desvestirse, comer y beber) son las más básicas en la vida diaria de una persona, por tanto, serán las últimas en aparecer.

Gráfico 9: Pirámide de población con y sin discapacidad. España.



Fuente: INE, 2000.

La esperanza de vida en salud extiende el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad. El cálculo de la esperanza de vida en salud, en particular la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), se desarrolló para abordar la cuestión de si el incremento en la esperanza de vida iba acompañado de un aumento del tiempo vivido en mala salud. A raíz de este concepto, son frecuentes nuevas acepciones (Guillén, 2006^a) que introducen leves matices que es interesante conocer en torno a los distintos estados de salud posibles:

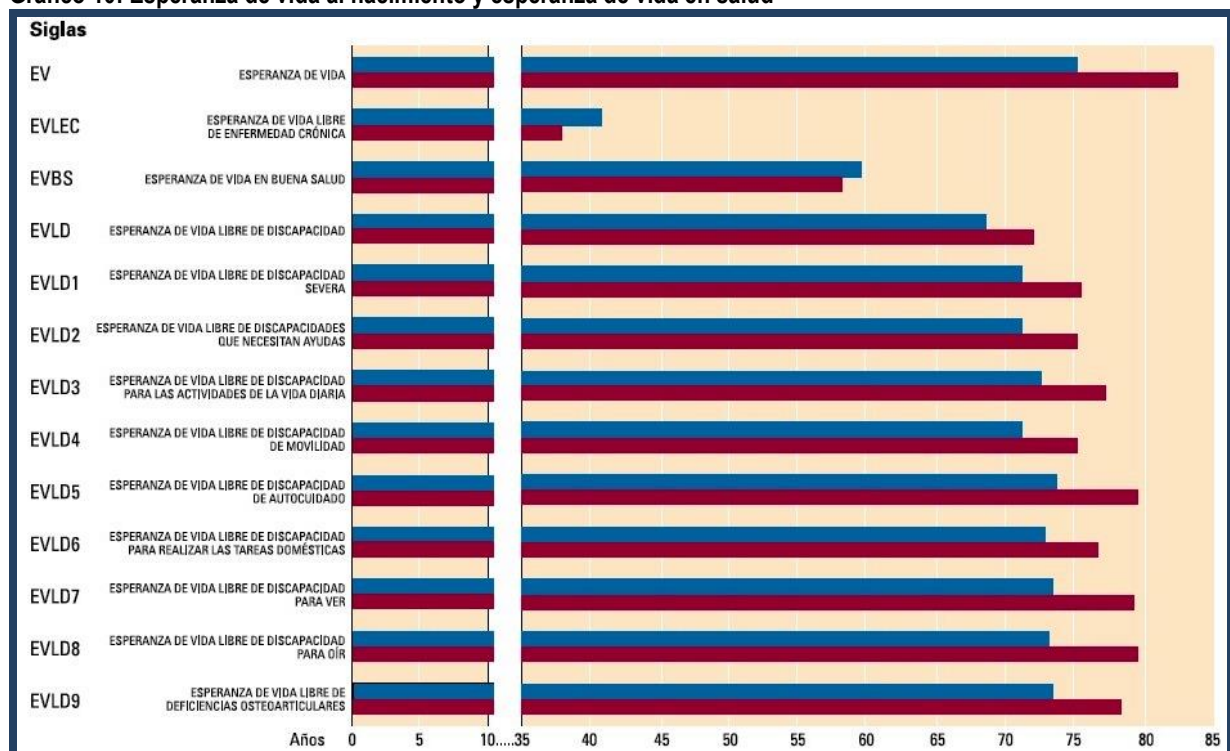
1. *Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica (EVLEC)*: Tasa de personas con, al menos, una enfermedad crónica. Esta tasa se puede obtener del Módulo de Salud de la Encuesta Nacional de Salud (2006). Las enfermedades crónicas que se tienen en cuenta difieren para personas menores de 16 años y para personas de 16 o más años. Se consideran las enfermedades diagnosticadas por el médico.
2. *Esperanza de Vida en Buena Salud Percibida (EVBS)*: El estado de salud percibido se logra a través de preguntas como 'En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?'. Se utiliza la tasa de personas que tienen un estado de salud regular, malo o muy malo, siguiendo también en esto recomendaciones internacionales. Esta tasa se ha obtenido del Módulo de Salud de la Encuesta Nacional de Salud (2006).

3. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)*: Se considera condición de buena salud la ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad.
4. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidad Severa (EVLD1)*: Tasa de personas con alguna discapacidad o limitación importante o total cuando no reciben ayudas personales ni utilizan ayudas técnicas.
5. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades que necesitan Ayudas (EVLD2)*: Tasa de personas que reciben alguna ayuda o no la reciben pero la necesitan.
6. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (EVLD3)*: Tasa de personas con alguna discapacidad de las llamadas AVDB correspondientes a las siguientes actividades de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 27. Lavarse; 28. Cuidados de las partes del cuerpo; 29. Higiene personal relacionada con la micción; 30. Higiene personal relacionada con la defecación; 31. Higiene personal relacionada con la menstruación; 32. Vestirse y desvestirse; 33. Comer y beber; 34. Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas; 35. Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro; 36. Adquisición de bienes y servicios; 37. Preparar comidas; 38. Realizar las tareas del hogar; 18. Cambiar las posturas corporales básicas; 19. Mantener la posición del cuerpo; 20. Desplazarse dentro del hogar; 21. Desplazarse fuera del hogar; 14. Uso intencionado de los sentidos (mirar, escuchar); 16. Realizar tareas sencillas. En el cálculo de este indicador no se ha incluido a los niños de 0 a 5 años.
7. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades de Movilidad (EVLD4)*:
 - a. Personas de 6 y más años: tasa de personas con alguna discapacidad de movilidad (se corresponden con las siguientes actividades de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 18. Cambiar las posturas corporales básicas, 19. Mantener la posición del cuerpo, 20. Desplazarse dentro del hogar, 21. Desplazarse fuera del hogar, 22. Desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero 23. Conducir vehículos, 24. Levantar y llevar objetos, 25. Mover objetos con las extremidades superiores o 26. Uso fino de la mano).
 - b. Niños de 0 a 5 años: tasa de niños con las siguientes limitaciones de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 1. Dificultad para mantenerse sentado sin apoyo, 2. Dificultad para permanecer de pie sin apoyo, 3. Dificultad para andar solo/a, 8. Dificultad para mover los brazos o debilidad / rigidez en los brazos o 9. Debilidad o rigidez en las piernas
8. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades de Autocuidado (EVLD5)*: Tasa de personas con alguna discapacidad de Autocuidado (se corresponden con las siguientes actividades de la encuesta EDAD-2008 (INE, 2008): 27. Lavarse, 28. Cuidados de las partes del cuerpo, 29. Higiene personal relacionada con la micción, 30. Higiene personal relacionada con la defecación, 31. Higiene personal relacionada con la menstruación, 32. Vestirse y desvestirse, 33. Comer y beber, 34. Cuidado de la propia salud: cumplir las prescripciones médicas o 35. Cuidado de la propia salud: evitar situaciones de peligro. En el cálculo de este indicador no se ha incluido a los niños de 0 a 5 años.
9. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades para realizar las Tareas del hogar (EVLD6)*: Tasa de personas con alguna discapacidad de vida doméstica (se corresponden con las siguientes actividades de la encuesta EDAD-2008 (INE, 2008): 36. Adquisición de bienes y servicios, 37. Preparar comidas o 38. Realizar los quehaceres de la casa. En el cálculo de este indicador no se ha incluido a los niños de 0 a 5 años ni a los de 6 a 9 años, pues las discapacidades de este grupo sólo se consideran a partir de los 10 años de edad.
10. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades de Visión (EVLD7)*:
 - a. Personas de 6 y más años: tasa de personas con alguna discapacidad de visión (se corresponden con las siguientes actividades de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 1. Percibir cualquier imagen, 2. Tareas visuales de conjunto, 3. Tareas visuales de detalle o 4. Otros problemas de visión.
 - b. Niños de 0 a 5 años: tasa de niños con las siguientes limitaciones de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 4. Ceguera total o 5. Dificultad importante para ver.

11. *Esperanza de Vida Libre de Discapacidades de Audición (EVLD8)*:
- Personas de 6 y más años: tasa de personas con alguna discapacidad de audición (se corresponden con las siguientes actividades de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 5. Recibir cualquier sonido, 6. Audición de sonidos fuertes o 7. Escuchar el habla.
 - Niños de 0 a 5 años: tasa de niños con las siguientes limitaciones de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): 6. Sordera total o 7. Dificultad importante para oír.
12. *Esperanza de Vida Libre de Deficiencias Osteoarticulares (EVLD9)*:
- Personas de 6 y más años: tasa de personas con alguna deficiencia del grupo 5. Deficiencias osteoarticulares de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): (5.1. Cabeza, 5.2. Columna vertebral, 5.3. Extremidades superiores y 5.4. Extremidades inferiores).
 - Niños de 0 a 5 años: tasa de niños con alguna deficiencia del grupo de deficiencias osteoarticulares de la encuesta Edad-2008 (INE, 2008): (5.3. Extremidades superiores, 5.4. Extremidades inferiores y 5.9. Otras deficiencias osteoarticulares).

Aunque la evidencia empírica disponible (Gráfico 10) muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad (el porcentaje de personas con limitaciones graves en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población con mayor edad) no cabe identificar en absoluto dependencia con edad avanzada, porque la mayor parte de las personas mayores no se encuentran en situación de dependencia.

Gráfico 10: Esperanza de vida al nacimiento y esperanza de vida en salud



Fuente: INE, 2000.

2.3.- CÁLCULO DE LA ESPERANZA DE VIDA

El cálculo de la esperanza de vida en un estado de salud específico se basa en las mismas técnicas para la obtención de la esperanza de vida en general. Básicamente, se divide a la población de cada intervalo de edad según las probabilidades específicas por edad de estar en cada uno de los posibles estados de salud posibles, tal y como se han descrito más arriba.

En teoría, las probabilidades por edad se derivan de las tasas de incidencia de entrada y salida de cada estado, del mismo modo que en el cálculo de la esperanza de vida las probabilidades se obtienen del número registrado de defunciones. Por tanto, las probabilidades se calculan a partir del flujo observado en un período definido y proporcionan información sobre el número de transiciones dentro y fuera de cada estado.

En la práctica, la construcción de dicha tabla es inviable, ya que los datos de transición entre los estados de salud no se recogen sistemáticamente, sino que sólo se dispone de encuestas específicas (salud, discapacidad, etc.) más o menos periódicas, y sólo tienen sentido para una generación (reflejan un stock, no un flujo); la incidencia del período, necesaria para los cálculos, ha de ser estimada, en consecuencia, en función de la información disponible.

La esperanza de vida se obtiene a partir de datos sobre la mortalidad de una población y es un concepto que sólo tiene sentido para una determinada generación que puede ser real o hipotética:

- Si se trata de cálculos para una generación real, estaríamos haciendo un análisis longitudinal de su mortalidad,
- Si las tablas de mortalidad se construyen con datos generalizables a otras poblaciones formarían parte de lo que llamamos análisis transversal.

El modo de operar consiste en tratar de averiguar cuál sería la esperanza de vida de una generación a lo largo de sus sucesivas edades y dentro de un periodo determinado. Se trata, en definitiva, de repartir el conjunto de años de vida vividos por un cierto colectivo inicial para averiguar el número medio de años que corresponde a cada individuo de dicho colectivo. Por tanto, el primer paso es calcular el número total de años vividos por la generación a partir de cierta edad (x). Lo más frecuente es que se calcule desde el nacimiento, es decir, cuando " $x = 0$ ". El promedio se obtiene simplemente repartiendo ese total de años vividos a partir de cierta edad entre la población inicial de dicha edad:

$$e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

en donde " T_x " es el número total de años vividos desde la edad " x " y " l_x " son los supervivientes en la edad exacta " x " (ver Tabla 8). Para la realización de este cálculo hace falta disponer de una tabla de mortalidad, con las columnas " q_x " (porcentaje de mortalidad), " l_x " (supervivientes) y " dx " (defunciones) ya desarrolladas. Se trataría, por tanto, de calcular una columna adicional que nos dijera, para cada edad exacta, cuál es el número total de años vividos desde esa edad en adelante (T_x). Generalmente eso se consigue con una columna previa, la de los "años vividos en el intervalo de edad" (L_x), cuyo sumatorio desde la edad " x " arroja el total de años vividos desde esa edad en adelante.

No obstante, es posible el cálculo directo exclusivamente a partir de la columna de supervivientes, l_x . Una primera aproximación al cálculo es la que considera que a todas las defunciones (dx) producidas en cada edad simple se les puede atribuir el haber vivido medio año, como promedio, en ese intervalo de edad (algunas se habrán producido a los pocos días de cumplir la edad en cuestión, otras ya pasados los once meses y, si se suponen repartidas linealmente, considerar que el promedio de todas ellas arroja medio año vivido es una aproximación bastante buena).

Bajo ese supuesto, el número de años vividos a partir de una edad exacta (x) se obtendría de la siguiente manera:

$$T_x = 0,5 * d_x + 1,5 * d_{x+1} + 2,5 * d_{x+2} + \dots + (t + 0,5) * d_{x+t} + \dots$$

Si se hace de 0,5 factor común la fórmula puede simplificarse de la siguiente manera:

$$T_x = 0,5 * (d_x + d_{x+1} + d_{x+2} + \dots + d_{x+t} + \dots) + \dots \\ \dots + 1 * d_{x+1} + 2 * d_{x+2} + 3 * d_{x+3} \dots + t * d_{x+t} + \dots$$

y, puesto que el sumatorio de las defunciones a partir de cierta edad es equivalente al efectivo inicial (supervivientes) de dicha edad, la sustitución deja la fórmula así:

$$T_x = 0,5 * l_x + 1 * d_{x+1} + 2 * d_{x+2} + 3 * d_{x+3} \dots + t * d_{x+t} + \dots$$

Si volvemos a la fórmula 1, e introducimos la equivalencia de la T_x que acabamos de desarrollar, el resultado es

$$e_x = \frac{T_x}{l_x} = \frac{0,5 * l_x + 1 * d_{x+1} + 2 * d_{x+2} + 3 * d_{x+3} \dots + t * d_{x+t} + \dots}{l_x}$$

y de ello resulta

$$e_x = 0,5 + \frac{1 * d_{x+1} + 2 * d_{x+2} + 3 * d_{x+3} \dots + t * d_{x+t} + \dots}{l_x}$$

Finalmente, y puesto que las defunciones de cada edad equivalen a la diferencia entre los supervivientes al inicio y al final de dicha edad

$$e_x = 0,5 + \frac{1 * (l_{x+1} - l_{x+2}) + 2 * (l_{x+2} - l_{x+3}) + 3 * (l_{x+3} - l_{x+4}) \dots}{l_x}$$

lo que equivale, si se hacen las multiplicaciones, a

$$e_x = 0,5 + \frac{l_{x+1} - l_{x+2} + 2l_{x+2} - 2l_{x+3} + 3l_{x+3} - 3l_{x+4} \dots}{l_x}$$

y, finalmente,

$$e_x = 0,5 + \frac{l_{x+1} + l_{x+2} + l_{x+3} + l_{x+4} \dots}{l_x} = 0,5 + \frac{\sum_{n=1}^x l_{x+n}}{l_x}$$

Tabla 7: Información que puede aparecer en una Tabla de Esperanza de Vida

Información	Símbolo	Definición
Edad	x	Años cumplidos
Supervivientes	l_x	Nº de individuos que alcanzan la edad "x" procedentes de una colectividad de individuos de edad "0".
Defunciones	d_x	Nº de individuos de edad "x" que mueren sin alcanzar la edad x+1 $l_x = l_{x+1} + d_x$
Tanto (anual) de supervivencia (a la edad x)	p_x	Proporción de los individuos de edad "x" que alcanzan la edad x+1 tras un año $p_x = \frac{l_{x+1}}{l_x}$
Tanto (anual) de mortalidad (a la edad x)	q_x	Proporción de defunciones que se producen entre x y x+1 entre los individuos de edad "x" $q_x = \frac{d_x}{l_x} = 1 - p_x$
Población censal de edad "x"	L_x	Nº medio de personas vivas entre x y x+1 años o, alternativamente, nº medio de años vividos por toda la población l_x del año x hasta el x+1. $L_x = \int_0^1 l_{x+t} dt$ <p>Supuesta uniformidad en la distribución anual de d:</p> $L_x = \frac{l_x + l_{x+1}}{2} = \frac{l_x + l_x - d_x}{2} = l_x - \frac{1}{2} d_x$
Tasa de mortalidad media entre la edad x y x+1	m_x	El riesgo medio al que está sujeto la población durante su tránsito entre los x y x+1 años y es diferente de q_x que representa el efecto total de la mortalidad en términos de proporción de defunción en el conjunto del año, sin hacer referencia a la variación del riesgo de fallecimiento a lo largo del año.
Esperanza de vida a la edad "x"	e_x^0	Nº medio de años que le resta por vivir a los l_x supervivientes en x. $e_x^0 = \sum_{k=x}^{\omega} \frac{L_k}{l_x} \left[\text{s/uniformidad } e_x^0 = 0.5 + \sum_{k=x}^{\omega} \frac{l_k}{l_x} \right]$ <p>(ω = infinito actuarial = edad límite de la población)</p>
Cantidad de existencia a la edad "x"	T_x	Nº total de años por vivir para la totalidad de la cohorte edad x $T_x = \sum_{k=x}^{\omega} L_k$
Tasa instantánea	μ_x	En el supuesto de continuidad del proceso será el cociente entre las

de mortalidad		defunciones ocurridas en un diferencial de tiempo y este diferencial $\mu_x = \frac{d_t q(x)}{dt} = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{\Delta_t q_x}{\Delta t} = \frac{l_x - l_{x+\Delta t}}{l_x \Delta t} = \frac{-dl}{l dt} = -d \frac{\ln(l)}{dt}$
Tasa de discapacidad	t_x	Tasa de discapacidad en el grupo de edad x, x+n $t_x = \frac{\text{n.º de personas con discapacidad de edad } x}{\text{n.º de personas de edad } x}$
Años vividos sin discapacidad	$(1-t_x) \cdot L_x$	Número de años vividos sin discapacidad en el intervalo de edad x, x+n
Años por vivir sin discapacidad	T'_x	Años futuros de vida sin discapacidad a partir de la edad x
Esperanza de vida a una determinada edad	EV_x	Esperanza de vida a la edad x $EV_x = \frac{\sum_{i=x}^{90} (L_i)}{l_x}$
Esperanza de vida sin discapacidad a una determinada edad	$EVLD_x$	Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a la edad x $EVLD_x = \frac{\sum_{i=x}^{90} ((1-t_i)L_i)}{l_x}$

Fuente: Elaboración propia a partir de Goerlich y Pinilla (2006) y Guillén (2006^a).

2.3.1. Métodos de cálculo

Existen tres familias de métodos para realizar esta estimación: métodos de tabla de vida basada en la prevalencia observada, métodos de tabla de vida con múltiples decrementos, métodos de tablas de vida con decrementos-incrementos (Goerlich y Pinilla, 2006; Guillén, 2006^a). Veámoslos resumidos:

1. Método de Tabla de Vida basada en la prevalencia observada de Sullivan

Sanders (1964) propuso un modelo combinando la mortalidad y la morbilidad en la misma tabla de vida. La idea sería llevada a cabo finalmente por Sullivan (1971), quien construyó una tabla de vida basada en la prevalencia observada y calculó la primera esperanza de vida libre de discapacidad. El método de Sullivan es hoy día el más usado para obtener series temporales y comparaciones internacionales en cuestiones de salud. El proceso de elaboración de la tabla de vida basada en la prevalencia observada consiste en modificar en la tabla de vida clásica la función L_x (el número de años vividos en el intervalo de edad), multiplicándola por la diferencia entre 1 y la tasa específica de prevalencia por edad $(1-t_x)$. Así obtendríamos el número de años vividos sin discapacidad en un intervalo de edad determinado: $(1-t_x) \cdot L_x$

Para aplicar este método, han de utilizarse los datos de las tablas de mortalidad clásicas, por un lado, y los datos relativos al estado observados en una encuesta específica de población, por otro.

Las tasas específicas por edad, tx, referentes al estado de salud, la discapacidad, etc., son datos de stock, es decir, de la prevalencia observada.

El principal inconveniente del método de Sullivan radica en la no observación de las transiciones entre estados, sino que se estiman a partir de la prevalencia observada. Se ha demostrado que el método produce buenas estimaciones cuando la transición objeto de estudio es estable a lo largo del tiempo. En lo que respecta a los estados de salud, como la discapacidad, los cambios son suficientemente graduales como para asegurar que la prevalencia observada es un buen estimador de los cambios en el período estudiado. Sin embargo, hay que tener cautela en la interpretación de los datos, especialmente al estimar, por ejemplo, el número de años vividos con discapacidad, puesto que se trata de una situación de corta duración en un estado de relativamente baja incidencia y, por tanto, las imprecisiones del modelo pueden tener un impacto mayor. Hasta el momento el método de Sullivan ha sido utilizado para calcular esperanzas de vida en salud y otros indicadores de salud en, al menos, medio centenar de países.

2. Método de Tabla de Vidas con múltiples decrementos

Este modelo fue desarrollado inicialmente por actuarios y compañías de seguro para calcular las pensiones e indemnizaciones a pagar en base a la duración media de vida antes de llegar al estado de “beneficiario del seguro”, es decir, con discapacidad, viudo, etc. El modelo de múltiples decrementos no considera sólo la defunción como estado final, sino que también tiene en cuenta otros estados de vida que se pueden tomar como definitivos, es decir, eventos que constituyen una salida de la tabla de vida. En este sentido la defunción y la discapacidad son consideradas estados absorbentes.

Utilizando un estudio continuo que recogiera datos en varias oleadas, se podría evaluar el número de transiciones del estado inicial al absorbente, y así, estimar las probabilidades específicas de supervivencia en el estado inicial. Aplicando estas probabilidades a una cohorte hipotética se obtendría la tabla de vida relacionada con esos sucesos absorbentes.

Este método proporciona un indicador del período que refleja adecuadamente las condiciones de salud actuales de la población. Sin embargo, la información que requiere el método es imposible conseguirla a gran escala, pues precisaría llevar a cabo encuestas de población una y otra vez sobre la misma muestra, para obtener las probabilidades de transición. Por tanto, su utilización para calcular esperanzas de vida en salud internacionalmente comparables es inviable. Por otro lado, la asunción de que la discapacidad o el estado de salud considerado es irreversible, sin recuperación posible, no es apropiado para estudios de salud, pues existen discapacidades recuperables y estados de salud transitorios.

3. Método de Tabla de Vidas con decrementos-incrementos

En la década de los 70 diferentes autores comenzaron a explorar nuevos modelos capaces de manejar no sólo transiciones de salida del estado inicial, sino también de regreso al estado. La idea impulsora de estos modelos era la de estudiar el efecto de un programa específico de salud sobre el grupo de población al que iba dirigido el programa. Como resultado se generaba una tabla de vida con incrementos-decrementos basada en una “cadena de Markov” que, en teoría de la probabilidad, consiste en un tipo de proceso estadístico caracterizado por una sucesión de variables aleatorias que evolucionan en función de otra variable (generalmente el tiempo) en el que la probabilidad de que ocurra un evento depende solamente del evento inmediatamente anterior.

2.3.2. Esperanzas de vida en salud con el Método de Sullivan

La razón principal para calcular una esperanza de vida en salud es combinar información sobre la mortalidad y morbilidad en un único indicador. Dicho indicador sería útil para conocer la salud de la población y hacer comparaciones entre países, dentro de un país a lo largo del tiempo o entre subgrupos poblacionales, a pesar de las diferencias que pudiera haber en la composición por edad. La comparabilidad es incluso mayor si se hacen por separados los cálculos para hombres y mujeres.

Dado este método es de uso generalizado, para que la comparación de los resultados obtenidos sea posible deben tenerse en cuenta varios aspectos:

- Las definiciones de estados de salud deben ser las mismas.
- El diseño de las encuestas de las que se obtengan las prevalencias también debe ser el mismo, dado que las estimaciones sobre la prevalencia de estados de enfermedad y salud son muy sensibles al método de recogida de datos: entrevista personal, telefónica, por correo...
- Debe concretarse el último de los grupos de edad, el grupo abierto, pues difiere entre encuestas y puede afectar a la comparabilidad de los resultados.

Como se comentó anteriormente, el método consiste en modificar la tabla de vida L_x (el número de años vividos en el intervalo de edad), multiplicándola por la diferencia entre 1 y la tasa específica de prevalencia por edad $(1-t_x)$ y obtener de este modo el número de años vividos sin discapacidad en un intervalo de edad determinado: $(1-t_x) \cdot L_x$

Para cada intervalo de edad la tabla de mortalidad de la población de España utilizada es la de 2007 (que proporciona las columnas que se precisan para el cálculo de la EVLD) y la Encuesta de Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia dirigida a hogares (EDAD-h 2008) suministra las tasas de discapacidad por edad, t_x , en donde

$$t_x = \frac{\text{n.º de personas con discapacidad de edad } x}{\text{n.º de personas de edad } x}$$

La mayor longevidad de la población es un fenómeno mundial que alcanza mayores dimensiones en los países desarrollados. Este hecho hace prever un incremento en la demanda de atención a la población de personas mayores con discapacidades. Resultan imprescindibles estudios que valoren las expectativas de longevidad asociadas a la presencia de discapacidades (Guillén, 2006^a). De aquí nacen los conceptos de esperanza de vida residual (ALBARRÁN, 2001) definido como el “promedio de años de vida a partir de una edad x ” y esperanza de vida libre de discapacidad (Guillén, 2006^a).

Así, la Esperanza de Vida y la EVLD se obtienen a partir de estas funciones:

$$EV_x = \frac{\sum_{i=x}^{90} (L_i)}{l_x} \qquad EVLD_x = \frac{\sum_{i=x}^{90} ((1-t_i)L_i)}{l_x}$$

Veamos con un ejemplo numérico este cálculo de la EVLD (Tabla 8):

Tabla 8: Esperanza de Vida Libre de Discapacidad por edad calculada con el Método de Sullivan. España, ambos sexos.

Edad	L_x	l_x	T_x	t_x	$(1-t_x) \cdot L_x$	T'_x	EV_x	$EVLD_x$
0	597.654	100.000	8.094.292	0,0215	584.802	7.249.307	80,94	72,49
6	398.152	99.558	7.496.638	0,0174	391.223	6.664.505	75,30	66,94
10	497.459	99.520	7.098.486	0,0192	487.926	6.273.283	71,33	63,04
15	496.909	99.456	6.601.027	0,0165	488.734	5.785.357	66,37	58,17
20	495.967	99.290	6.104.118	0,0166	487.759	5.296.623	61,48	53,35
25	494.940	99.094	5.608.151	0,0174	486.332	4.808.864	56,59	48,53
30	493.731	98.876	5.113.211	0,0261	480.821	4.322.532	51,71	43,72
35	492.029	98.604	4.619.480	0,0328	475.884	3.841.711	46,85	38,96
40	489.117	98.166	4.127.451	0,0447	467.231	3.365.827	42,05	34,29
45	484.597	97.433	3.638.334	0,0612	454.958	2.898.596	37,34	29,75
50	477.728	96.328	3.153.738	0,0730	442.838	2.443.638	32,74	25,37
55	467.537	94.635	2.676.010	0,1026	419.576	2.000.801	28,28	21,14
60	452.824	92.208	2.208.472	0,1249	396.264	1.581.225	23,95	17,15
65	432.019	88.691	1.755.648	0,1558	364.730	1.184.961	19,80	13,36
70	400.504	83.776	1.323.629	0,2182	313.098	820.230	15,80	9,79
75	351.414	75.861	923.125	0,3089	242.866	507.132	12,17	6,68
80	277.934	63.914	571.711	0,4265	159.383	264.266	8,94	4,13
85	180.076	46.324	293.777	0,5745	76.625	104.883	6,34	2,26
90	113.701	25.988	113.701	0,7515	28.258	28.258	4,38	1,09

Fuente: Guillén, 2006^a.

Existe una singularidad en el primer grupo de edad de la tabla, 0 a 5 años. Esto es debido a que el estudio de la discapacidad se ha realizado utilizando diferentes cuestionarios y definiciones para la población de 0 a 5 años y la de 6 y más años. Por tanto, la obtención de tasas estaba sometida a esta distribución de edad.

Las esperanzas de vida en salud proporcionadas están calculadas para ambos sexos y para hombres y mujeres.

Por su parte, para calcular la esperanza de vida con discapacidad (Ed_x) se aplicaría:

$$Ed_x = \frac{1}{l_x} \sum_{y=x}^w t_y L_y$$

2.3.3- Esperanza de vida en salud con el Método de Albarrán

La medición de la longevidad se ha basado tradicionalmente en el indicador de la esperanza de vida, es decir, en el número esperado de años de vida, sin tener en cuenta la situación o calidad en que se sobrevive. En el ámbito de las ciencias médicas ha ido tomando fuerza la medición de la esperanza de vida en salud, es decir, los años en los que se va a sobrevivir saludablemente (Guillén, 2006^a). Por ello, interesa:

- Introducir en el análisis de la longevidad un indicador de la aparición de las discapacidades que vayan reduciendo la calidad de vida: el objetivo es cuantificar la severidad de la dependencia e introducir niveles de calidad de vida en la edición de la longevidad.
- Estimar la duración esperada de cada nivel de discapacidad o dependencia. Las necesidades de cuidados de larga duración (CLD) son proporcionales al grado de discapacidad del individuo. En consecuencia, a mayor discapacidad, mayor consumo de cuidados y mayor demanda de este tipo de servicios. En la estimación de los costes que suponen los CLD es fundamental

conocer el tiempo durante el que va a requerirse cada tipo de asistencia. Una mayor duración de la demanda de servicios implicará un mayor coste de cuidados.

Cada individuo va a tener una trayectoria vital diferente suponiendo que inicialmente se encuentre en un estado de salud óptimo. Puede, por ejemplo, adquirir alguna discapacidad moderada durante algunos años y seguidamente retornar al estado inicial. Puede ocurrir que, desde el estado de discapacidad moderada, su situación empeore a una discapacidad grave. Finalmente, desde cualquiera de los niveles de discapacidad, el individuo puede fallecer. Por ello, el estado final (autonomía, discapacidad o fallecimiento) se conoce como estado absorbente. En el estudio de la longevidad y las discapacidades, se ha de tener en cuenta los flujos o transiciones entre los estados no se dan con la misma intensidad en todas las edades. Las tablas de múltiples estados permiten sintetizar el número de individuos que se encuentran en cada uno de los niveles de salud considerados. A partir de dichas tablas pueden construirse índices sintéticos que, aunque no coincidan con lo experimentado con ningún individuo concreto resuman el promedio de lo que ocurre en la población.

Las probabilidades de transición de un estado a otro (por ejemplo, de autonomía a discapacidad) constituyen la base para la estimación de las esperanzas de vida en salud-dependencia, así como para el cálculo de primas de seguros de dependencia si se añade información sobre los costes de los servicios demandados.

Para poder estimar las probabilidades de transición entre estados es necesario contar con información representativa sobre los cambios de nivel de discapacidad que sufren las personas a lo largo de su vida, así como el momento en el que se producen las alteraciones. Lo ideal es disponer de información longitudinal que indique tanto el grado de discapacidad alcanzado como el momento en el que se produjo cada transición de un estado a otro. El cálculo de probabilidades podría ser llevado a cabo sin dificultad si se contara con las tasas instantáneas de cambio de un estado a otro.

Existen dos tipos de métodos directos para estimar las probabilidades de transición entre estados y las demás cantidades derivadas de ellas:

1. El primer método consiste en utilizar información longitudinal sobre individuos, es decir, sobre cada una de las transiciones que ellos experimentan a lo largo de un periodo de observación. Los modelos de razón de fallo (hazard models) multiestado permiten estimar tasas instantáneas y las probabilidades de transición condicionadas y no condicionadas a partir de las transiciones individuales.
2. El segundo método directo se aplica cuando la información sobre las transiciones está agregada, en lugar de asociarse a cada individuo de una muestra. Así se podría observar el número de personas de edad x que pasan del estado de no discapacidad a discapacidad en un año, sin conocer las características de cada individuo más que la edad, ni qué le sucede a cada uno de ellos, más que en un periodo de un año de observación. Este tipo de información se suele resumir en las denominadas Tablas de Vida con Múltiples Decrementos-Incrementos u una variable de ellas son las Tablas de Vida con Múltiples Decrementos, cuando todas las causas de salida (por ejemplo la discapacidad) son consideradas estados absorbentes.

En España no existe información longitudinal que cubra a toda la población para poder aplicar los dos métodos directos. Para el primer método, se requiere llevar a cabo encuestas sobre una misma muestra durante un periodo prolongado de tiempo, mientras que para el segundo se debe obtener un panel con datos agregados sobre transiciones durante un periodo de al menos un año.

Los métodos indirectos, como el Método Sullivan, permiten aproximar el cálculo de la esperanza de vida en salud, sin conocer las probabilidades de transición entre estados (Guillén. 2006^a). De ahí que Albarrán (2001) presente un método alternativo que tiene como ventajas permitir aproximar la tabla de incremento-decremento y, por lo tanto, se pueda utilizar para calcular otras medidas demográficas además de la esperanza de vida en salud. Concretamente, con este método puede estimarse la esperanza de vida condicionada a la edad de inicio de la situación de discapacidad lo que permite estudiar el comportamiento de los costes esperados de los cuidados condicionados al momento en que debe iniciarse el apoyo a la persona dependiente y es posible calcular el coste de los cuidados condicionados al momento en que debe iniciarse el apoyo a la persona dependiente (Tabla 11).

Tabla 9: Esperanza de vida calculada con el método de Albarrán (España, ambos sexos).

<i>Esperanza de vida residual desagregada para hombres de 65 años y más</i>						<i>Esperanza de vida residual desagregada para mujeres de 65 años y más</i>							
Edad	Esperanza de vida libre de discapacidad	Esperanza de vida con discapacidad, pero sin dificultad	Esperanza de vida con discapacidad moderada	Esperanza de vida con discapacidad grave	Esperanza de vida con discapacidad total	Edad	Esperanza de vida libre de discapacidad	Esperanza de vida con discapacidad, pero sin dificultad	Esperanza de vida con discapacidad moderada	Esperanza de vida con discapacidad grave	Esperanza de vida con discapacidad total	Esperanza de vida	
65	11,432	0,063	1,523	1,327	1,762	16,107	65	12,413	0,087	1,998	2,205	3,377	20,081
66	10,770	0,063	1,493	1,319	1,745	15,390	66	11,645	0,085	1,963	2,173	3,350	19,216
67	10,130	0,064	1,460	1,298	1,737	14,687	67	10,898	0,084	1,919	2,143	3,314	18,358
68	9,504	0,063	1,433	1,298	1,699	13,997	68	10,213	0,081	1,848	2,113	3,251	17,506
69	8,914	0,063	1,400	1,271	1,675	13,322	69	9,540	0,080	1,781	2,066	3,202	16,669
70	8,338	0,062	1,349	1,252	1,660	12,661	70	8,887	0,078	1,719	2,020	3,145	15,848
71	7,748	0,061	1,318	1,238	1,641	12,007	71	8,264	0,076	1,649	1,964	3,087	15,040
72	7,177	0,051	1,294	1,240	1,608	11,371	72	7,627	0,072	1,599	1,906	3,037	14,241
73	6,647	0,053	1,260	1,222	1,573	10,755	73	7,033	0,071	1,531	1,834	2,989	13,457
74	6,129	0,054	1,223	1,211	1,543	10,161	74	6,477	0,067	1,440	1,790	2,917	12,691
75	5,622	0,053	1,200	1,204	1,504	9,583	75	5,939	0,065	1,368	1,748	2,819	11,940
76	5,166	0,052	1,161	1,163	1,488	9,031	76	5,411	0,064	1,282	1,684	2,769	11,209
77	4,762	0,048	1,118	1,119	1,462	8,508	77	4,906	0,058	1,214	1,594	2,726	10,498
78	4,358	0,045	1,069	1,073	1,462	8,007	78	4,463	0,054	1,117	1,502	2,677	9,813
79	3,961	0,044	1,012	1,043	1,449	7,509	79	4,063	0,046	1,027	1,399	2,616	9,150
80	3,574	0,045	0,966	0,966	1,432	7,013	80	3,652	0,045	0,949	1,307	2,561	8,513
81	3,215	0,035	0,893	0,949	1,451	6,542	81	3,279	0,039	0,843	1,230	2,504	7,895
82	2,868	0,020	0,875	0,918	1,417	6,098	82	2,909	0,038	0,770	1,157	2,432	7,307
83	2,504	0,018	0,827	0,908	1,417	5,674	83	2,564	0,034	0,714	1,055	2,377	6,744
84	2,285	0,009	0,700	0,889	1,398	5,280	84	2,279	0,029	0,624	0,988	2,295	6,215
85	2,043	0,009	0,637	0,849	1,369	4,907	85	1,994	0,026	0,544	0,936	2,213	5,713
86	1,795	0,010	0,611	0,820	1,319	4,554	86	1,782	0,023	0,467	0,843	2,127	5,241
87	1,588	0,011	0,556	0,755	1,303	4,214	87	1,589	0,019	0,423	0,734	2,032	4,798
88	1,424	0,006	0,545	0,694	1,227	3,896	88	1,369	0,019	0,377	0,658	1,967	4,389
89	1,243	0,004	0,478	0,654	1,224	3,604	89	1,243	0,021	0,262	0,581	1,895	4,003
90	1,141	0,000	0,413	0,690	1,105	3,349	90	1,115	0,022	0,217	0,568	1,715	3,637
91	1,063	0,000	0,420	0,568	1,051	3,103	91	0,928	0,026	0,174	0,468	1,691	3,287
92	0,896	0,000	0,341	0,476	1,105	2,818	92	0,760	0,032	0,123	0,373	1,639	2,927
93	0,794	0,000	0,231	0,403	1,091	2,518	93	0,576	0,009	0,111	0,345	1,536	2,577
94	0,620	0,000	0,261	0,428	0,912	2,221	94	0,491	0,012	0,069	0,276	1,400	2,247
95	0,419	0,000	0,234	0,313	0,966	1,932	95	0,325	0,016	0,010	0,270	1,319	1,939
96	0,346	0,000	0,317	0,192	0,794	1,649	96	0,278	0,000	0,015	0,163	1,191	1,647
97	0,166	0,000	0,440	0,121	0,630	1,357	97	0,080	0,000	0,006	0,154	1,111	1,352
98	0,143	0,000	0,116	0,085	0,668	1,011	98	0,071	0,000	0,010	0,041	0,885	1,008
99	0,112	0,000	0,227	0,000	0,161	0,500	99	0,018	0,000	0,020	0,051	0,411	0,500

Fuente: Guillén, 2006.

En esta tabla se aprecia una obviedad: los años esperados de vida de las personas de 65 o más años se reducen con la edad, independientemente del estado de salud, a excepción de la esperanza de vida con discapacidad de los hombres en el último tramo de edad que aumenta ligeramente. Aunque la tendencia es a la reducción de los años de vida, la disminución no se produce en la misma proporción para todos los estados de salud considerados, y se observa que los años de vida con discapacidad (y, dentro de ellos, los de discapacidad más grave) van ganando participación dentro de la esperanza de vida residual total. La tabla ayuda a constatar que la participación de la esperanza de vida libre de discapacidad disminuye a medida que aumenta la edad, mientras que se incrementa la esperanza de vida con algún grado de discapacidad.

En cualquier caso, se trata de métodos para calcular la edad promedio a la que puede aspirar una persona en un grupo y contexto concretos siguiendo un patrón estadístico; pero no aportan nada al esfuerzo y/o mérito individual para conseguir el máximo desarrollo del potencial posible. Ello puede generar procesos reversibles y decrementos de la esperanza de vida como, por ejemplo, los calculados para la población de EEUU en donde se estima que la esperanza de vida del 75% de los niños estadounidenses nacidos después del año 2000 no alcance los 70 años: en 1975 EEUU ocupaba el tercer lugar en esperanza de vida entre los doce países más industrializados del mundo mientras que en el 2009 se situó en último lugar como consecuencia de factores como, por ejemplo, el de la incidencia de la obesidad diagnosticada a uno de cada tres estadounidenses (Roblin y Balin, 2010).

2.4.- OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA

Para tratar de salvar las limitaciones de los métodos existentes, hemos querido correlacionar la esperanza de vida con otros indicadores como su “producto interior bruto” (PIB) o en relación con el esfuerzo en gasto social de distintos países o entre esperanza de vida y su “felicidad interior bruta” (FIB).

El término “FIB” fue propuesto en 1972 por el rey de Bután, Jigme Singye Wangchuck (Guimon, 2009). Este pequeño país budista situado en la cordillera de los Himalayas, entre la India y China, apostó por una forma de medir la riqueza distinta a la del “PIB”. La calidad de vida se apoyaría sobre:

1. La promoción del desarrollo socioeconómico sostenible e igualitario.
2. La preservación y promoción de valores culturales.
3. La conservación del medio ambiente.
4. El establecimiento de un buen gobierno.

La cuestión de la felicidad es tan antigua como el hombre mismo. El preámbulo de la Declaración de Independencia de Estados Unidos del 4 de julio de 1776 recoge el derecho a ser feliz como uno de sus principios fundamentales:

“Sostenemos por sí mismas como evidentes estas verdades: que todos los hombres son creados iguales; que son dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables; que entre éstos están la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad; que para garantizar estos derechos se instituyen entre los hombres los gobiernos, que derivan sus poderes legítimos del consentimiento de los gobernados; que cuando quiera que una forma de gobierno se haga destructora de estos principios, el pueblo tiene el derecho a reformarla o abolirla e instituir un nuevo gobierno que se funde en dichos principios, y a organizar sus poderes en la forma que a su juicio ofrecerá las mayores probabilidades de alcanzar su seguridad y felicidad” (Congreso de los Estados Unidos de América, 1776, p. 1).

Además de Estados Unidos, países como Francia, Japón, Corea del Sur o Brasil han incluido esta palabra en la propia Constitución. La felicidad es adoptada cada vez más por diversas naciones como uno de los principales parámetros para medir el bienestar de una sociedad. En el caso de Brasil, la propuesta es que los derechos sociales, que están enumerados en el sexto artículo de su Constitución, sean considerados esenciales para la “búsqueda de la felicidad”: ambos conceptos felicidad y bienestar coincidirían en significar lo mismo (González, 2011^a).

En nuestro contexto europeo, se considera al estadista, burócrata, militar, político y prosista alemán Otto von Bismarck (1815-1898) la persona quien sentó las bases de nuestro modelo de Estado

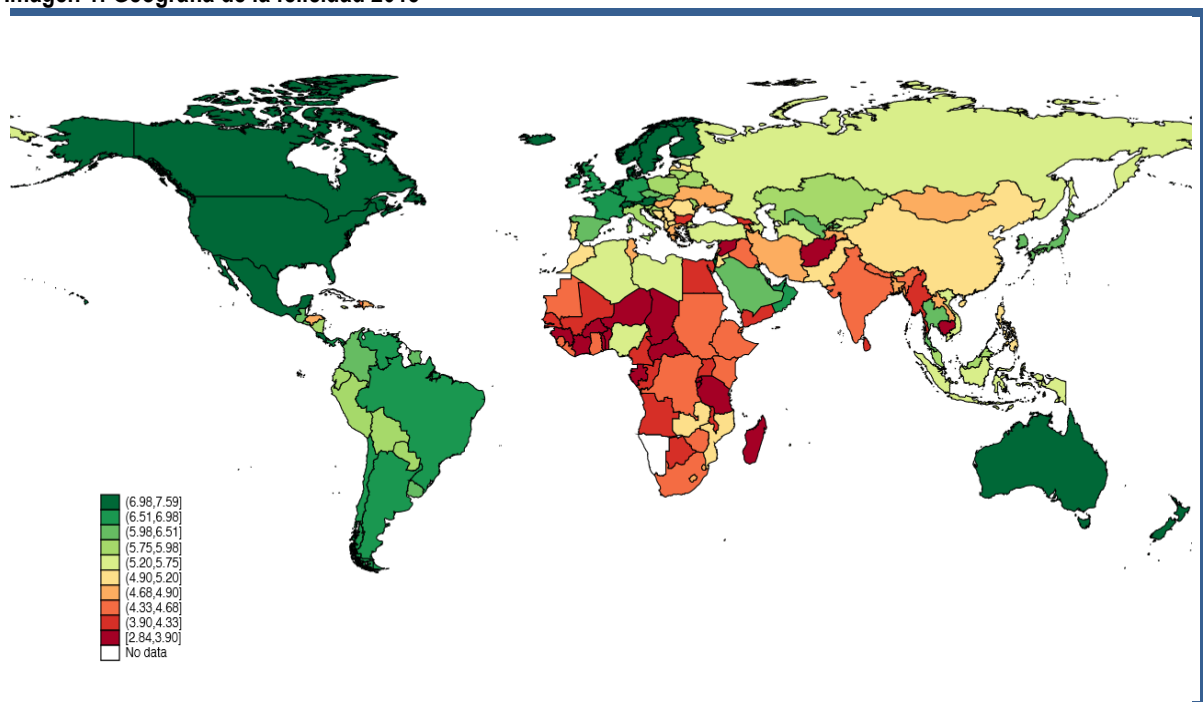
de Bienestar (Galbraith, 1989). Resulta significativo que en uno de los momentos más duros y dolorosos de la historia de España (la que siguió a nuestra pérdida de hegemonía militar y política de cinco siglos y cuando aún nos recuperábamos de una invasión extranjera) los políticos españoles de hace doscientos años nos regalaran tamaña declaración de intenciones perfectamente resumida en el artículo 13 de la Constitución Española de 1812: *“El objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bienestar de los individuos que la componen”* (Cortes de Cádiz, 1836, p. 25).

Lo que hemos podido precisar es que mientras que los modelos económicos convencionales observan el crecimiento económico como objetivo principal, en los últimos años ha ido cobrando relevancia el concepto de FIB que se basa en la premisa de que el verdadero desarrollo de la sociedad humana se encuentra en la complementación y refuerzo mutuo del desarrollo material y espiritual. De nuevo nos encontramos con que el objetivo incrementar la esperanza de vida asociada a factores estrictamente económicos pierde fuerza frente a lo que se considera indicadores de bienestar (Heliwell, Layard y Sachs, 2015):

1. PIB per cápita
2. Esperanza de vida en salud
3. Apoyo social
4. Confianza
5. Libertad percibida para tomar decisiones
6. Solidaridad

Las diferencias más acusadas entre países, en términos absolutos, se observarían en “apoyo social”, “PIB” y “esperanza de vida saludable” (Heliwell et al, 2015) y la comparativa entre este informe y los tres informes anteriores (Heliwell et al, 2012, 2013^a y 2013^b) mostrarían variaciones importantes, lo que se interpreta como que la felicidad, de igual modo que la esperanza de vida o la longevidad, son procesos dinámicos (Imagen 1).

Imagen 1: Geografía de la felicidad 2015



Fuente: Heliwell, Layard y Sachs, 2015

Hemos tratado, según esto, de correlacionar “esperanza de vida” y “percepción de felicidad” a través del análisis de distintas agrupaciones de datos:

- Esperanza de vida, renta per cápita, percepción de felicidad y esfuerzo en gasto social en 100 países del mundo (Tabla 10)
- Esperanza de vida y percepción de felicidad en los 30 países del mundo con mayor y menor renta per cápita (Tabla 11 y 12, respectivamente)
- Esperanza de vida y esfuerzo social según % del PIB de la OCDE: años 2007, nivel máximo después de 2007 y 2014 (Tabla 13)

Los diez países más “felices” en 2015 (celdas en color amarillo de la Tabla 11) se encuentran por encima de la media de Renta per cápita (RPC) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) aunque, salvo Dinamarca, también se encuentren por encima de la media de esperanza de vida (80 años) que se muestra en ese mismo indicador (Tabla 12).

2.4.1- Esperanza de Vida y PIB

Hemos tomado los cien países del mundo con mayor esperanza de vida, según datos del año 2013 (ONU, 2015) y conforme a ello (Tabla 10):

- Hong Kong encabezaría la lista con una estimación de 84 años y la cerraría Sierra Leona con 46 años de esperanza de vida.
- Entre los 35 primeros países de esta lista, figurarían los diez países con mayor tasa de “FIB” (Heliwell, Layard y Sachs, 2015) comenzando por Suiza (en el puesto 5º de “esperanza de vida” con 83 años) y finalizando por Australia (en el puesto 6º con 82 años).
- En cuanto al orden asignado en función del gasto en salud (según datos del año 2014), Francia encabezaría el ranking (con el puesto número 7 en “esperanza de vida”) aunque su “felicidad interior bruta” ocuparía el puesto 29.
- En esta tabla, España figuraría en el puesto 13 de “esperanza de vida” (con 82 años de media) y 36 de “felicidad interior bruta” con un esfuerzo en gasto en salud que le situaría en el puesto 8 según datos del año 2014 (Expansión, 2015ª).

Tabla 10: Correspondencia entre esperanza de vida, renta per cápita, percepción de felicidad y esfuerzo en gasto social en 100 países del mundo.

Orden por Esperanza de Vida	Esperanza de Vida en 2013	Esperanza de Vida en 1990	Renta per cápita (\$) 2013	Orden por RPC (\$)	Orden F.I.B (2014)	Orden según Gasto Salud (2012 y 2014)	
Hong Kong, China	84	77	38123,5221	27	72	-	
Islandia	83	78	47349,4825	18	2	21	29
Japón	83	79	38633,7081	25	46	12	15
San Marino	83	--	60895	** 9	-	-	
Suiza	83	77	67457	* 8	1	26	24
Australia	82	77	67463,0219	7	10	35	26
Francia	82	77	42560,4137	23	29	7	1
Israel	82	77	36050,6979	30	11	56	31
Italia	82	77	35685,5990	31	50	22	
Liechtenstein	82	..	134915	* 1	-	5	
Singapur	82	75	55182,4828	12	24	154	
Luxemburgo	82	75	110664,8400	2	17	39	14
ESPAÑA	82	77	29882,1358	33	36	23	8
Suecia	82	78	60380,9480	10	8	15	7
Austria	81	76	50510,7120	15	13	8	6
Bermudas (R.U.)	81	74	89235	* 6	-	-	
Canadá	81	77	51964,3302	14	5	19	28

Islas Feroe	81	76	45300	* 22	-	-	-
Finlandia	81	75	49150,5773	17	6	27	2
Alemania	81	75	46251,3818	21	26	9	9
Grecia	81	77	21965,9268	39	102	32	12
Irlanda	81	75	50478,4100	16	18	45	20
Corea del Sur	81	71	25976,9528	35	47	78	33
Malta	81	75	22774,9604	38	37	-	36
Holanda	81	77	46.904	* 20	7	4	11
Nueva Zelanda	81	75	41824,3228	24	9	10	21
Noruega	81	77	100898,361	3	4	18	17
Reino Unido	81	76	36343	* 28	21	16	18
Media U. Europea	81	76	35416,8784	32	-	-	-
Bélgica	80	76	46929,6355	19	19	13	3
Chile	80	74	15732,3138	44	27	87	34
Macao SAR, China	80	75	91376,0225	5	-	-	-
Costa Rica	80	76	10184,6057	47	12	-	20
Chipre	80	77	25248,9811	36	66	-	96
Dinamarca	80	75	59818,6315	11	3	5	4
Libano	80	70	9928,0381	48	-	-	108
Portugal	80	74	21738,2916	40	88	38	10
Eslovenia	80	73	23295,3391	37	55	29	13
Media OCDE	80	-	38020,7979	28	-	-	19
Brunei Darussalam	79	74	38563,3145	26	-	-	-
Cuba	79	75	5397	** 55	-	-	14
Guam (EEUU)	79	72	17500	*** 43	-	-	-
Puerto Rico	79	74	28528,9971	34	-	-	-
Qatar	79	75	93714,0634	4	28	-	-
Estados Unidos	79	75	53041,9814	13	14	11	25
Albania	78	72	4460,34097	56	95	-	112
República Checa	78	71	19858,3435	42	31	-	28
Maldivas	78	61	6665,76769	52	-	-	84
MEDIA MUNDIAL	71	66	14200,55030	45	-	-	-
Guyana	66	62	3739,46999	57	-	-	65
India	66	59	1497,54986	69	117	-	168
Santo Tomé y Príncipe	66	62	1609,82334	67	-	-	124
Madagascar	65	51	462,968943	94	147	-	122
Turkmenistán	65	63	7986,69888	49	70	-	170
Etiopía	64	47	505,045746	91	122	-	148
Namibia	64	61	5693,12915	54	-	-	47
Ruanda	64	33	638,665795	85	154	-	34
Eritrea	63	48	543,821908	89	-	-	172
Gabón	63	61	11571,0829	46	143	-	152
Haití	63	54	819,903914	78	119	-	165
Senegal	63	57	1046,58643	76	142	-	114
Yemen, Rep.	63	58	1473,09956	70	136	-	163
Djibouti	62	57	1668,3367	66	126	-	-
Kenia	62	59	1245,51204	72	125	-	149
Mauritania	62	58	1068,9746	74	124	-	79
Papúa N Guinea	62	56	2105,26988	61	-	-	66
Sudán	62	56	1753,38091	64	118	-	158
Afganistán	61	49	664,764589	83	153	-	151
Ghana	61	57	1858,2426	62	114	-	107
Liberia	61	47	454,337483	95	116	-	55
Zimbabue	60	59	953,380607	77	115	-	-
Benín	59	53	804,692499	79	155	-	130
Congo, Rep.	59	55	3167,04532	58	120	-	109

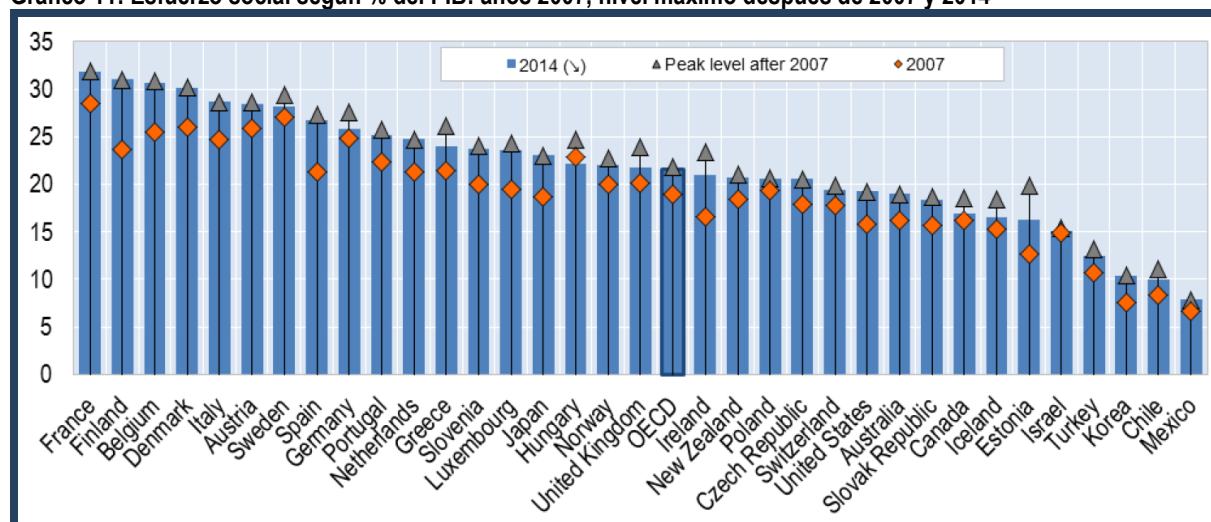
Gambia	59	52	488,565595	92	-	92
Uganda	59	48	657,370664	84	141	144
Niger	58	44	415,417322	96	144	111
Zambia	58	44	1844,79914	63	85	73
Sudáfrica	57	62	6886,29041	51	113	71
Burkina Faso	56	49	760,852951	80	152	90
Guinea	56	50	523,119032	90	150	153
Togo	56	56	636,43645	86	158	60
Camerún	55	54	1328,64021	71	133	156
Malawi	55	47	226,455103	99	131	25
Suazilandia	49	59	3034,22318	59	101	31
Malí	55	46	715,133813	81	138	131
Somalia	55	45	200	* 100	91	-
Sudán del Sur	55	44	1044,99516	65	118	176
Burundi	54	47	267,109322	98	157	49
Guinea-Bisáu	54	49	563,752771	88	150	169
Guinea Ecuatorial	53	47	20581,6059	41	-	120
Angola	52	41	5783,36676	53	137	134
Nigeria	52	46	3005,5138	60	78	145
Chad	51	46	1053,6625	75	149	160
Costa de Marfil	51	53	1528,93754	68	151	141
Lesoto	49	59	1125,58643	73	97	6
R Centroafricana	50	46	333,196881	97	148	147
Congo, Rep. Dem.	50	47	484,211471	93	139	109
Mozambique	50	44	605,034174	87	94	-
Botsuana	47	63	7315,01929	50	128	105
Sierra Leona	46	37	678,960904	82	123	123

Fuentes: elaboración propia a partir de **Esperanza de Vida**: ONU (2015). **Renta per cápita**: Banco Mundial, 2015. * Datos de RPC de 2010. ** Datos de RPC de 2008. *** Datos de RPC de 2001. **FIB** (los 10 primeros en color amarillo): Heliwell, Layard y Sachs, 2015). **Gasto en Salud en 2012** (sobre 176 países): Expansión, 2015^a y en 2012 (sobre 35 países): OCDE, 2014^b (color carne)

Al agrupar los datos de la tabla anterior (Tabla 10) en función de la Felicidad Interior Bruta (FIB) nos encontramos con que la conquista de una elevada longevidad pierde fuerza frente a lo que se considera indicadores de bienestar:

1. PIB per cápita
2. Esperanza de vida en salud
3. Apoyo social
4. Confianza
5. Libertad percibida para tomar decisiones
6. Solidaridad

Las diferencias más acusadas entre países, en términos absolutos, se observan en “apoyo social”, “PIB” y “esperanza de vida saludable” (Heliwell et al, 2015) y la comparativa entre este informe y los tres informes anteriores (2012, 2013^a y 2013^b) muestran variaciones importantes, lo que se interpreta como que la felicidad, de igual modo que la longevidad, son procesos dinámicos. El Gasto Social en Salud (Gráfico 11 y Tablas 13 y 14) matiza estos datos pero sin modificarlos sustancialmente.

Gráfico 11: Esfuerzo social según % del PIB: años 2007, nivel máximo después de 2007 y 2014

Fuente: OCDE, 2014

La OCDE (2014^b) alerta sobre decrecimiento del esfuerzo en gasto social recogido por el Gráfico 11 y atribuye a la reducción del PIB per cápita en cada país entre estos años, resultado de la crisis económica, así como por las propias necesidades presupuestarias derivadas del incremento de demanda de prestaciones social llevados a cabo en prácticamente todos los países. Este incremento sería, pues, consecuencia de la ejecución de políticas sociales en sentido contrario a la evolución de la economía (contracíclicas) incluyendo los estabilizadores automáticos que se activan en estos periodos (mayor gasto por prestación por desempleo fundamentalmente). Entre los años 2007 y 2014 se ha llevado a cabo un incremento generalizado de gasto social en los distintos países estudiados (salvo Hungría). Los mayores incrementos de gasto social se han llevado a cabo en Finlandia, España e Irlanda (con incrementos que oscilan entre el 30-35%) aunque algunos países tuvieron “picos de gasto” en 2007 que no obtuvieron continuidad: Estonia, Irlanda, Reino Unido o Grecia.

El esfuerzo en gasto social se concibe como la ratio resultante de la división entre el gasto per cápita en paridad de poder adquisitivo (PPS) y el PIB per cápita en PPS para un país determinado. Básicamente, se trata de determinar qué porcentaje del PIB se destina al mantenimiento y promoción de los pilares que conforman el estado de bienestar de cada país. Entre los años 2007 y 2014 se ha llevado a cabo un incremento generalizado de gasto social en distintos países. Los mayores incrementos de gasto social se han llevado a cabo en Finlandia, España e Irlanda (con incrementos que oscilaron entre el 30-35%) aunque algunos países mostraron “picos de gasto” en 2007 que no obtuvieron continuidad: Estonia, Irlanda, Reino Unido o Grecia. Otros, como Hungría, entraron en claro retroceso (Gráfico 11 y Tablas 13 y 14)

2.4.2- Esperanza de vida y felicidad interior bruta (FIB)

Hemos querido centrarnos en los treinta países de la lista de la Tabla 11 que encabezan la lista de “felicidad interior bruta” y destacar los diez países con mayor esperanza de vida en 2013 (ONU, 2015) en color azul. Según esto (Tabla 12),

- Suiza e Islandia (con 83 años de “esperanza de vida”, ambas) encabezarían el listado de países “más felices”.
- Hong Kong, que abre la lista de países con mayor esperanza de vida, se situaría en el puesto 72 de felicidad según un orden que cerraría Grecia en el puesto 21 de “esperanza de vida” pero en el 102 de “felicidad”. La explicación en ambos casos podría venir de la mano de las

particular situación política y económica percibida por sus ciudadanos y que tendría que ver, respectivamente, con las continuas injerencia del Partido Comunista Chino sobre las políticas locales desde la transferencia de soberanía en 1997 de esta antigua colonia británica o con la especial virulencia con la que la crisis financiera global afectó a Grecia en los últimos años.

Tabla 11: Correspondencia entre esperanza de vida y percepción de felicidad en los 30 países del mundo con mayor renta per cápita (N=100).

Orden por Esperanza de Vida	Esperanza Vida 1990	Esperanza Vida 2013	Renta per cápita (\$) 2013	Orden por RPC (\$)	Orden F.I.B (2014)	Orden Gasto Salud (2012)
5.- Suiza	77	83	67457,0000	* 8	1	26
2.- Islandia	78	83	47349,4825	18	2	21
35.- Dinamarca	75	80	59818,6315	11	3	5
36.- Noruega	77	81	100898,361	3	4	18
17.- Canadá	77	81	51964,3302	14	5	19
19.- Finlandia	75	81	49150,5773	17	6	27
25.- Holanda	77	81	46.904,0000	* 20	7	4
14.- Suecia	78	82	60380,9480	10	8	15
26.- N. Zelanda	75	81	41824,3228	24	9	10
6.- Australia	77	82	67463,0219	7	10	35
8.- Israel	77	82	36050,6979	30	11	56
33.- Costa Rica	76	80	10184,6057	47	12	20
15.- Austria	76	81	50510,7120	15	13	8
12.- Luxemburgo	75	82	110664,8400	2	17	39
22.- Irlanda	75	81	50478,4100	16	18	45
30.- Bélgica	76	80	46929,6355	19	19	13
28.- Reino Unido	76	81	36343,0000	* 28	21	16
11.- Singapur	75	82	55182,4828	12	24	154
20.- Alemania	75	81	46251,3818	21	26	9
31.- Chile	74	80	15732,3138	44	27	87
7.- Francia	77	82	42560,4137	23	29	7
13.- ESPAÑA	77	82	29882,1358	33	36	23
24.- Malta	75	81	22774,9604	38	37	36
3.- Japón	79	83	38633,7081	25	46	12
23.- Corea Sur	71	81	25976,9528	35	47	78
9.- Italia	77	82	35685,5990	31	50	22
34.- Chipre	77	80	25248,9811	36	66	96
1.- Hong Kong	77	84	38123,5221	27	72	-
21.- Grecia	77	81	21965,9268	39	102	32

Fuente: elaboración propia * Datos de RPC de 2010. En azul los países con mayor esperanza de vida.

El nivel de bienestar entendido en términos económicos parecería importante si no fuera porque aplicado ese mismo criterio, pero agrupando los países con RPC más modestas, los datos sobre felicidad son igualmente significativos. Dentro de los 100 países con menores RPC (Tabla 12) nos encontramos con países que van desde los 42 a los 62 años de esperanza de vida entre los 10 países con PIB más altas (celdas en color azul). Por ejemplo Somalia, con una RPC de las más bajas del mundo, se mantiene en un honroso puesto 91 (de 158) a la hora de cuantificar su felicidad mientras su esperanza de vida es francamente baja (55 años). Le sigue Botsuana (penúltimo de la lista según “esperanza de vida”) si bien se aprecie el curioso dato de que ésta haya descendido bruscamente de

63 años (año 1990) a 47 (2013) al tiempo que su RPC, sin embargo, se haya mantenido en los valores más altos de esta franja comparativa.

Tabla 12: Correspondencia entre esperanza de vida y percepción de felicidad en los 30 países del mundo con menor Renta per Cápita (N=144).

Orden por Esperanza de Vida	Edad esperanza de Vida 1990	Edad esperanza de Vida 2013	Renta per cápita (\$) 2013	Orden por RPC (\$)	Orden FIB (2014)
86.- Somalia	45	55	200,00000	* 100	91
83.- Malawi	47	55	226,455103	99	131
96.- República Centro Afr	46	50	333,196881	97	148
76.- Níger	44	58	415,417322	96	144
70.- Liberia	47	61	454,337483	95	116
97.- Congo, Rep. Dem.	47	50	484,211471	93	139
98.- Mozambique	44	50	605,034174	87	94
75.- Uganda	48	59	657,370664	84	141
100.- Sierra Leona	37	46	678,960904	82	123
85.- Malí	46	55	715,133813	81	138
60.- Haití	54	63	819,903914	78	119
71.- Zimbabwe	59	60	953,380607	77	115
61.- Senegal	57	63	1046,58643	76	142
93.- Chad	46	51	1053,6625	75	149
65.- Mauritania	58	62	1068,9746	74	124
95.- Lesoto	59	49	1125,58643	73	97
64.- Kenia	59	62	1245,51204	72	125
82.- Camerún	54	55	1328,64021	71	133
62.- Yemen, Rep.	58	63	1473,09956	70	136
63.- Djibouti	57	62	1668,3367	66	126
87.- Sudán del Sur	44	55	1044,99516	65	118
67.- Sudán	56	62	1753,38091	64	118
77.- Zambia	44	58	1844,79914	63	85
69.- Ghana	57	61	1858,2426	62	114
92.- Nigeria	46	52	3005,5138	60	78
84.- Suazilandia	59	49	3034,22318	59	101
73.- Congo, Rep.	55	59	3167,04532	58	120
91.- Angola	41	52	5783,36676	53	137
78.- Sudáfrica	62	57	6886,29041	51	113
99.- Botsuana	63	47	7315,01929	50	128

Fuente: elaboración propia * Datos de RPC de 2010. En azul los países con mayor esperanza de vida.

Al comparar estos datos con los de 142 países relativos a oportunidades emprendedoras, educación, salud, seguridad, libertad persona y capital social los resultados son similares a los obtenidos por el Instituto de la Prosperidad (Legatum Institute, 2014). Según este estudio,

- En el año 2013 la prosperidad mundial estaría liderada por Noruega y seguida de Suiza, Canadá, Suecia, Nueva Zelanda, Dinamarca, Australia, Finlandia, Holanda y Luxemburgo.
- España obtendría un honroso puesto número 23 encabezando la lista de países latinoamericanos a cuyo frente estaría Uruguay, en el puesto 30, seguido de Costa Rica.
- Estados Unidos ocuparía el puesto undécimo.

A la luz de estos datos, la felicidad podría estar influida por los niveles renta y no tanto por la esperanza de vida, con lo cual obtendríamos una primera certeza sobre la importancia de la calidad de la vida más que de la duración de la misma.

2.4.3- Esperanza de Vida y esfuerzo en gasto social

Un crecimiento del esfuerzo en gasto social, recogido por distintas entidades de análisis (Eurostat, 2011 y 2015; Expansión, 2015), bien pudiera deberse a la reducción del PIB per cápita en cada país entre estos años, resultado de la crisis económica, así como por las propias necesidades presupuestarias derivadas del incremento de demanda de prestaciones social llevados a cabo en prácticamente todos los países.

Este incremento sería, pues, consecuencia de la ejecución de políticas sociales en sentido contrario a la evolución de la economía (contracíclicas) incluyendo los estabilizadores automáticos que se activan en estos periodos (mayor gasto por prestación por desempleo fundamentalmente). En cualquier caso:

- España se gastaría en el mantenimiento de su Estado del Bienestar menos de lo que le correspondería por su nivel de riqueza económica. Según el Observatorio Social de España (Navarro, 2009) nuestro país tendría en el año 2007 un PIB por habitante que representaría el 94% del PIB por habitante promedio de la UE-15 mientras su gasto público social por habitante representaba sólo un 74% del promedio del UE-15: si éste alcanzara un 94%, habrían alrededor de 66.000 millones de euros más en su gasto público social.
- Que el poder disfrutar de un estado de bienestar cada vez mejor depende, además de la capacidad para generar ingresos con los que financiar este estado de bienestar, de la voluntad política de los partidos en el gobierno.

En términos absolutos, el mayor gasto público en salud -cifrado en el porcentaje de éste con respecto a su PIB- podría situar a Tuvalu, las Islas Marshall o a los Estados Federados de Micronesia encabezando una lista a nivel mundial según datos del año 2012 (Expansión, 2015). Sin embargo, cuando las cifras están en relación con el gasto en salud per cápita, de nuevo un grupo clásico de países ubicados en el norte de Europa lideraría esta clasificación.

Tabla 13: Comparativa del gasto público en salud a nivel mundial 2012 según gasto en salud per cápita

Países	Gasto Salud (M.€)	Gasto Salud (% Gto Pub)	Gasto Salud (% PIB)	Gasto Salud Per Cápita	Variación
Noruega	30.430,1	17,87%	7,67%	6.003€	-8,55%
Luxemburgo	2.537,9	13,34%	5,79%	4.728€	-4,14%
Suiza	35.158,1	20,43%	6,97%	4.310€	-8,26%
Dinamarca	23.965,1	16,29%	9,58%	4.246€	-3,42%
Holanda	63.540,3	20,90%	9,93%	3.769€	-4,22%
Suecia	33.242,2	14,93%	7,85%	3.323€	-2,76%
Estados Unidos	1.044.469,5	21,99%	8,31%	3.322€	1,52%
Australia	73.946,7	16,62%	6,11%	3.226€	-0,68%
Austria	27.465,6	16,98%	8,66%	3.196€	-4,35%
Canadá	109.145,7	18,62%	7,66%	3.146€	0,75%
Japón	384.873,0	20,84%	8,31%	3.016€	2,27%
Alemania	236.629,8	19,47%	8,61%	2.832€	-6,72%
Francia	188.972,6	15,94%	9,04%	2.807€	-5,59%
Bélgica	31.805,4	14,95%	8,19%	2.802€	-3,85%

Nueva Zelanda	11.459,9	23,75%	8,50%	2.596€	4,31%
Finlandia	13.738,0	12,25%	6,90%	2.469€	-5,50%
Islandia	772,8	15,42%	7,31%	2.410€	-5,04%
Reino Unido	158.816,8	16,56%	7,78%	2.405€	0,15%
Irlanda	9.012,1	12,35%	5,21%	1.879€	-17,60%
Italia	116.633,1	14,22%	7,17%	1.850€	-9,00%
España	74.683,5	14,96%	7,08%	1.594€	-5,51%
Catar	2.721,6	5,87%	1,81%	1.482€	22,02%
Israel	9.263,7	11,12%	4,63%	1.172€	-2,38%
Eslovenia	2.311,6	13,35%	6,42%	1.109€	-11,45%
Grecia	12.155,4	11,63%	6,26%	1.082€	-8,63%
Malta	430,7	14,06%	5,96%	995€	2,15%
República Checa	10.459,9	14,84%	6,50%	961€	-6,15%
Portugal	10.032,9	12,20%	5,92%	903€	-20,55%
Corea del Sur	39.018,5	19,95%	4,10%	780€	1,57%
Kuwait	2.831,4	5,52%	2,09%	748€	6,10%
Singapur	3.973,4	12,10%	1,75%	748€	27,99%
Chipre	612,4	7,50%	3,16%	704€	-9,89%
Brunéi	276,4	6,02%	2,10%	691€	1,66%
Eslovaquia	3.971,7	13,69%	5,50%	688€	-7,26%
Uruguay	2.305,4	18,97%	5,93%	682€	8,22%
Bahamas	217,5	14,74%	3,46%	618€	1,28%
Estonia	838,5	11,96%	4,75%	614€	0,80%
Emiratos Árabes Unidos	5.563,4	6,55%	1,92%	604€	-7,79%
Bahréin	666,1	9,42%	2,79%	579€	7,81%
Croacia	2.469,3	11,98%	5,62%	560€	-9,02%
Costa Rica	2.663,6	41,22%	7,56%	554€	4,13%
Lituania	1.569,6	13,05%	4,71%	519€	-1,94%
Hungría	4.916,7	10,22%	4,98%	487€	-11,69%
Polonia	18.175,1	10,97%	4,71%	458€	-7,94%
Guinea Ecuatorial	329,6	5,38%	2,57%	448€	7,94%
Seychelles	38,3	12,06%	4,35%	434€	40,34%
Tuvalu	4,8	20,56%	15,42%	432€	-12,06%
Arabia Saudita	12.048,9	5,94%	2,11%	426€	-4,06%
Rusia	59.803,1	10,23%	3,82%	417€	11,08%
Chile	7.195,6	14,70%	3,49%	412€	6,33%
Antigua y Barbuda	36,5	18,52%	3,89%	409€	-1,54%
Brasil	81.077,5	11,38%	4,32%	407€	-3,00%
Trinidad y Tobago	522,7	8,11%	2,74%	391€	8,85%
Panamá	1.455,2	19,56%	5,21%	384€	8,48%
Turquía	28.532,6	12,70%	4,65%	377€	4,83%
Omán	1.237,1	4,71%	2,11%	376€	9,39%
Letonia	754,9	9,28%	3,40%	370€	1,48%
Islas Marshall	18,5	24,74%	12,90%	349€	3,50%
Libia	1.924,4	6,79%	3,02%	319€	132,32%
Colombia	14.898,0	18,33%	5,18%	312€	14,45%
Santa Lucía	48,0	13,76%	4,68%	285€	33,29%
Serbia	2.029,7	13,89%	6,40%	283€	-12,16%
Micronesia	29,3	17,69%	11,55%	282€	-2,58%
Rumanía	5.308,9	10,92%	3,97%	262€	-16,85%
México	29.399,2	11,58%	3,19%	251€	4,97%
Sudáfrica	13.008,8	13,44%	4,21%	249€	-4,44%

San Cristóbal y Nieves	13,2	7,40%	2,32%	247€	4,72%
Namibia	546,1	15,39%	5,15%	242€	0,08%
Bosnia y Herzegovina	925,1	14,37%	7,03%	238€	-9,31%
Dominica	16,9	12,21%	4,21%	236€	-1,48%
Jordania	1.495,3	19,67%	6,20%	234€	12,50%
Bulgaria	1.707,2	11,86%	4,18%	232€	-1,57%
Surinam	125,8	11,21%	3,35%	232€	22,88%
Montenegro	142,3	9,86%	4,52%	229€	-3,10%
Kazajistán	3.828,5	10,80%	2,42%	226€	13,49%
Maldivas	75,9	11,41%	3,85%	224€	14,07%
Libano	987,0	9,54%	2,88%	223€	11,13%
Argentina	8.871,2	5,55%	1,88%	216€	4,26%
S Vicente & Granadinas	23,1	14,91%	4,28%	211€	9,35%
Bielorrusia	1.923,7	10,01%	3,89%	203€	19,12%
Argelia	7.134,7	10,08%	4,41%	190€	24,34%
Granada	18,5	11,14%	2,97%	175€	-3,02%
Botsuana	348,8	8,38%	2,99%	174€	-11,81%
Malasia	5.142,7	7,30%	2,17%	174€	6,16%
República de Macedonia	346,6	13,74%	4,57%	168€	-5,54%
Suazilandia	204,3	20,57%	6,32%	166€	5,86%
Mauricio	205,4	10,10%	2,35%	164€	-0,14%
Perú	4.477,3	14,70%	2,99%	149€	23,33%
China	197.654,0	10,69%	3,03%	146€	20,06%
Jamaica	380,9	10,92%	3,25%	138€	19,24%
Gabón	224,1	5,89%	1,78%	137€	-21,90%
Túnez	1.463,2	14,20%	4,16%	136€	-2,60%
Belize	46,5	14,00%	3,77%	136€	0,65%
Mongolia	379,3	10,20%	3,97%	134€	21,54%
Venezuela	3.689,3	5,70%	1,57%	129€	-18,07%
República Dominicana	1.298,2	13,66%	2,76%	127€	6,17%
Paraguay	841,4	17,13%	4,34%	126€	32,56%
Ecuador	1.954,8	7,10%	2,87%	126€	24,63%
Ucrania	5.669,9	8,47%	4,15%	125€	9,25%
El Salvador	780,8	19,32%	4,22%	124€	-0,71%
Guyana	96,1	13,92%	4,33%	121€	4,16%
Tailandia	8.167,2	12,07%	3,00%	120€	-6,80%
Irán	8.822,4	18,63%	2,71%	116€	-32,63%
Islas Salomón	61,7	15,28%	7,74%	112€	17,98%
Irak	3.258,9	4,48%	1,92%	97€	6,36%
Albania	273,0	10,09%	2,84%	94€	-5,74%
Fiji	77,5	8,89%	2,59%	89€	9,19%
Moldavia	302,5	13,32%	5,34%	85€	7,02%
Bolivia	878,8	11,49%	4,14%	84€	34,55%
Angola	1.937,7	5,23%	2,16%	84€	7,67%
Lesoto	165,7	14,38%	9,08%	81€	-5,22%
Cabo Verde	41,2	8,71%	3,02%	81€	-9,52%
Honduras	623,0	16,21%	4,33%	79€	7,69%
Vanuatu	19,1	13,45%	3,15%	76€	-9,45%
Papúa Nueva Guinea	517,3	13,35%	4,32%	72€	51,73%
Azerbaián	655,8	3,35%	1,23%	70€	18,64%
Bután	48,9	8,68%	3,17%	66€	13,89%
Turkmenistán	342,2	8,53%	1,25%	66€	12,29%

Yibuti	55,4	14,14%	5,26%	64€	13,47%
Guatemala	941,8	17,15%	2,40%	62€	3,84%
Nicaragua	363,5	19,13%	4,47%	60€	14,38%
Zambia	813,9	18,77%	4,20%	58€	8,75%
República del Congo	248,8	6,46%	2,34%	57€	28,02%
Marruecos	1.598,1	5,94%	2,14%	49€	-1,94%
Egipto	3.979,5	5,97%	1,95%	48€	6,20%
Mauritania	154,0	13,65%	4,08%	45€	-2,27%
Georgia	203,7	5,59%	1,65%	45€	6,58%
Uzbekistán	1.246,9	9,48%	3,13%	42€	21,28%
Nigeria	6.864,3	13,41%	1,89%	42€	5,39%
Kirguistán	220,0	10,55%	4,28%	39€	21,91%
Ghana	964,2	9,63%	2,96%	38€	4,00%
Filipinas	3.372,3	9,17%	1,73%	35€	16,33%
Indonesia	8.577,2	6,37%	1,20%	35€	12,27%
Ruanda	343,2	23,62%	6,11%	33€	2,84%
Siria	632,1	6,10%	1,57%	30€	4,19%
Sri Lanka	587,1	6,45%	1,38%	29€	5,49%
Santo Tomé y Príncipe	5,0	5,56%	2,50%	27€	-4,67%
Senegal	303,3	9,60%	2,77%	22€	-5,52%
Sudán	827,6	12,78%	1,70%	22€	-31,99%
Togo	135,4	16,82%	4,44%	20€	7,65%
Tanzania	834,6	13,88%	2,75%	19€	13,83%
Costa de Marfil	409,5	8,80%	1,94%	19€	61,89%
Burkina Faso	291,3	13,14%	3,35%	18€	7,37%
Kenia	708,2	7,47%	1,81%	17€	22,05%
Yemen	416,4	4,18%	1,51%	17€	19,56%
Comoras	11,8	10,01%	2,54%	16€	68,00%
Camerún	354,2	8,80%	1,72%	16€	-10,38%
India	19.120,0	4,92%	1,34%	16€	9,76%
Liberia	62,8	15,41%	4,63%	15€	10,00%
Laos	100,9	6,00%	1,48%	15€	18,96%
Malawi	210,4	17,00%	7,01%	13€	-18,98%
Gambia	23,4	11,14%	3,31%	13€	11,33%
Benín	135,6	10,99%	2,31%	13€	-0,69%
Tayikistán	100,8	6,95%	1,71%	13€	13,63%
Sierra Leona	73,7	12,25%	2,50%	12€	19,83%
Malí	184,3	12,25%	2,27%	12€	-27,61%
Nepal	316,5	11,18%	2,16%	12€	-23,04%
Chad	153,6	6,67%	1,60%	12€	87,25%
Burundi	94,4	13,79%	4,84%	10€	-12,56%
Uganda	361,4	11,45%	1,90%	10€	-10,70%
Afganistán	284,0	7,19%	1,80%	10€	24,16%
Camboya	146,4	6,46%	1,34%	10€	14,48%
Pakistán	1.729,3	4,58%	0,99%	10€	9,23%
Rep Dem. del Congo	612,8	18,52%	2,87%	9€	4,17%
Níger	148,0	12,15%	2,84%	9€	25,59%
Madagascar	192,7	18,58%	2,50%	9€	5,91%
Haiti	90,3	5,22%	1,47%	9€	-17,21%
Guinea-Bisáu	13,4	9,63%	1,33%	8€	-5,36%
Bangladés	1.278,8	8,71%	1,24%	8€	-8,53%
Sudán del Sur	82,0	2,96%	0,99%	8€	-14,81%

Rep Centroafricana	31,5	11,42%	1,87%	7€	-9,41%
Etiopía	622,5	11,14%	1,86%	7€	19,94%
Guinea	77,6	6,78%	1,77%	7€	30,39%
Eritrea	18,1	4,58%	1,24%	3€	31,30%
Cuba			8,09%		
Corea del Norte			3,02%		

Fuente: *Expansión, 2015^a*

Analizados en detalle, los seis países con mayor gasto en salud per cápita ocuparían (salvo el caso de Luxemburgo en el puesto 17) las seis primeras posiciones en "FIB" y España, en el puesto 21 de inversión de su gasto en salud per cápita, se hallaría moderadamente alejada en percepción de felicidad.

Tabla 14: Comparativa entre gasto público per cápita en salud y FIB en 21 países

Países	Gasto Salud (M.€)	Gasto Salud (% Gto Pub)	Gasto Salud (% PIB)	Gasto Salud Per Cápita	Felicidad Interior Bruta
Noruega	30.430,1	17,87%	7,67%	6.003€	4
Luxemburgo	2.537,9	13,34%	5,79%	4.728€	17
Suiza	35.158,1	20,43%	6,97%	4.310€	1
Dinamarca	23.965,1	16,29%	9,58%	4.246€	3
Holanda	63.540,3	20,90%	9,93%	3.769€	7
Suecia	33.242,2	14,93%	7,85%	3.323€	8
Estados Unidos	1.044.469,5	21,99%	8,31%	3.322€	14
Australia	73.946,7	16,62%	6,11%	3.226€	10
Austria	27.465,6	16,98%	8,66%	3.196€	13
Canadá	109.145,7	18,62%	7,66%	3.146€	5
Japón	384.873,0	20,84%	8,31%	3.016€	46
Alemania	236.629,8	19,47%	8,61%	2.832€	26
Francia	188.972,6	15,94%	9,04%	2.807€	29
Bélgica	31.805,4	14,95%	8,19%	2.802€	19
Nueva Zelanda	11.459,9	23,75%	8,50%	2.596€	9
Finlandia	13.738,0	12,25%	6,90%	2.469€	6
Islandia	772,8	15,42%	7,31%	2.410€	2
Reino Unido	158.816,8	16,56%	7,78%	2.405€	21
Irlanda	9.012,1	12,35%	5,21%	1.879€	18
Italia	116.633,1	14,22%	7,17%	1.850€	50
España	74.683,5	14,96%	7,08%	1.594€	36

Fuente: *Expansión, 2015^a. En azul los países con mayor porcentaje del PIB dedicado a la salud.*

Si nos fijamos en la evolución del gasto público en España (tabla 15), podremos observar ese importante decremento general en la inversión acaecida a partir del año 2012, coincidiendo con la identificación de la crisis, particularmente significativo en las partidas de gasto en salud y educación que también podrían explicar la percepción que los españoles hacen acerca de su nivel de bienestar.

Tabla 15: Evolución del gasto público en España 1995-2015

Fecha	Gasto público (M.€)	Gasto Educación (%Gto Pub)	Gasto Salud (%Gto Pub)	Gasto Defensa (%Gto Pub)	Gasto público (%PIB)	Gasto público Per Capita
2015	468.421,0				43,30%	10.085€
2014	463.041,0			2,07%	44,50%	9.969€
2013	465.437,0		13,95%	2,04%	45,10%	9.989€
2012	500.071,0	9,52%	13,95%	3,15%	48,00%	10.655€
2011	490.261,0	10,62%	15,15%	3,28%	45,80%	10.374€
2010	493.106,0	10,86%	15,49%	3,43%	45,60%	10.510€
2009	493.865,0	10,95%	15,58%	3,79%	45,80%	10.530€
2008	459.294,0	11,28%	15,73%	4,44%	41,10%	9.878€
2007	420.680,0	11,26%	15,58%	4,62%	38,90%	9.189€
2006	385.793,0	11,25%	15,66%	4,69%	38,30%	8.577€
2005	356.470,0	11,20%	15,29%	4,19%	38,30%	8.053€
2004	333.269,0	11,40%	14,91%	4,16%	38,70%	7.663€
2003	307.526,0	11,43%	14,91%	4,25%	38,30%	7.161€
2002	289.390,0	11,15%	13,28%	4,28%	38,60%	6.868€
2001	269.026,0	11,12%	13,34%	3,82%	38,50%	6.459€
2000	252.608,0	11,12%	13,18%	3,84%	39,10%	6.132€
1999	237.335,0	10,69%	13,20%	3,80%	39,90%	5.797€
1998	226.240,6		12,87%	3,75%	41,00%	5.551€
1997	216.187,8		12,77%	3,93%	41,60%	5.316€
1996	217.124,9		12,50%	3,82%	43,00%	5.368€
1995	207.857,9		12,09%	3,91%	44,30%	5.150€

Fuente: Expansión, 2015^b

A modo de conclusión del capítulo, definir la esperanza de vida de un grupo o de una población no consiste en tratar de vaticinar ni la cantidad ni la calidad de los años que le quedan por vivir a un individuo sino que, como hemos visto, es el resultado de la aplicación de fórmulas matemáticas para obtener tablas estadísticas sobre la edad cronológica que será probable que un individuo alcance en un contexto o escenario concreto. Aunque de estos datos se puedan extraer conclusiones generales sobre la longevidad, creemos que ésta obedece más a conquistas individuales motivadas por las diferentes trayectorias vitales de cada persona.

Ha sido obligado tratar de definir en este capítulo qué es la esperanza de vida, en cuanto conquista colectiva, esto es de toda una sociedad, si bien, como veremos en los capítulos siguientes, este concepto no nos habrá aportado una información relevante sobre cómo alcanzar una edad longeva, por lo que supone de logro más personal, más allá de la interpretación de datos estadísticos. Los datos son sólo datos y precisan de interpretaciones que, a su vez, nacen de premisas muchas veces enfrentadas. La mayor parte de los estudios sobre “esperanza de vida” siguen buscando aliviar el insoportable peso de ineficaces políticas dedicadas a tratar de dar servicios al conjunto de la población basados en la edad cronológica. La incapacidad para que estos servicios sean realmente universales (talón de Aquiles del actual Estado de Bienestar) han provocado cambios para que la adjudicación de ayudas no esté vinculado al concepto de edad cronológica a la edad (excepto las inherentes a la arbitraria línea establecida por la edad de jubilación) para que puedan alcanzar realmente a quienes más lo necesitan. Pero ello no es todavía algo real: se siguen fragmentando estas ayudas desde políticas de servicios por edades (infancia, juventud, familia, personas con discapacidad, personas mayores, inmigrantes, trabajadores, personas en situación de desempleo...) que, a la postre, puede producir una inadecuada distribución de los recursos.

En el caso concreto de la “Gerontología”, en cuanto abordaje interdisciplinar de todo cuanto tiene que ver con el envejecimiento, debería dar lugar a reformulaciones más acordes con el concepto de ciclo vital concebido como un todo en el que los procesos de cambio se inician desde la infancia (Villar Posada, 2005). Lo mismo debería ocurrir con las demás especializaciones dedicadas a fragmentar el estudio de la persona. Todas deberían ser reemplazadas por una suerte de “Vitalogía” (estudio de las vidas y sus ciclos) que debería estar presente en la educación tanto formal, como no formal e informal. Desde esta nueva perspectiva se podría comprender mejor el desarrollo humano y, consecuentemente, el diseño de políticas y servicios será más eficiente. Para ello, se precisan estudios que vayan más allá de atribuir la conquista de la longevidad a variables genéticas o socioeconómicas generales para incidir en la responsabilidad de cada persona para que determinados hábitos de vida (descanso, nutrición, actividad física, participación social y cultural...) formen parte del proyecto de vida individuales.

En el siguiente capítulo nos detendremos en analizar las limitaciones de los intentos tradicionales por clasificar a las personas bajo determinadas consideraciones del concepto “edad” para indagar en el concepto de “edad exitosa”, síntesis del concepto de edad asociado a esa conquista individual.

Capítulo 3

Las edades de la persona

“La vida se divide en tres momentos: el que ha sido, el que es, el que será. De ellos, el que ahora recorreremos es corto, el que vamos a recorrer es dudoso, el que hemos recorrido es seguro” (Séneca, 2010, p. 29)

La edad cronológica ha tenido y sigue teniendo un significado muy práctico en la vida cotidiana hasta el punto de haberse universalizado su preeminencia sobre las demás posibles clasificaciones de las personas en razón de la edad y, en general, como criterio de catalogación y agrupamiento de las personas:

- edad para escolarizarse obligatoriamente o para acceder a determinados tramos educativos (deseando llamar la atención sobre la rigidez general para asignar a cada recorrido educativo determinados tramos etarios y sobre la dificultad para propiciar promociones automáticas motivadas por particulares desarrollos madurativos)...
- edad penal,
- edad mínima para trabajar,
- edad mínima y máxima para jubilarse,
- edad para conducir un vehículo,
- edad para votar,
- edad máxima para ser madre,
- edad máxima para adoptar,
- edad mínima para el consentimiento sexual,
- edad mínima para contraer matrimonio,
- edad mínima para viajar solo,
- edad mínima para abrirse una cuenta en una red social,
- edad mínima para asistir a conciertos o casinos...
- edad mínima o máxima para poder participar en determinadas actividades (campamentos, atracciones...)
- edad mínima para ser voluntario,
- edad mínima y máxima para pertenecer a determinadas entidades sociales...

- edad mínima y máxima (con frecuencia no explicitadas) para optar a determinados puestos de trabajo,
- edad mínima para colocarse un implante dental,
- edad mínima de la FIFA para solicitar obligatoriamente el certificado de transferencia internacional de sus jugadores...,
- edad mínima y máxima para acoger a un “Au Pair” o irse de “Erasmus”...
- sin detenernos en el tema de enumerar los descuentos comerciales por el solo hecho de tener una determinada edad...

El vincular un valor numérico a un derecho no siempre está exento de polémica por el mero hecho de anteponer la edad cronológica a los niveles madurativos (por ejemplo, adelantar la edad penal) o funcionales (retrasar la edad de jubilación) de la persona. Si bien en la mayoría de los casos ello responde a restricciones bienintencionadas de origen proteccionista, este criterio de agrupamiento encierra en sí mismo una forma de discriminación (Ayuste, 2005), por mucho que estén avaladas por infinidad de estudios psicológicos y/o sociológicos. Para Neugarten (1999):

“La sociedad en la cual la edad es relevante (...) se vuelve problemática cuando el cambio social hace que las reglas sobre la edad que rigen se vuelvan cada vez menos prácticas a la hora de enfrentarse a la complejidad de la forma en que se desarrollan realmente las vidas adultas. ¿Cuándo es la persona demasiado joven para beber o votar, o demasiado vieja para conducir u ocupar un puesto público de responsabilidad?” (p. 40).

En 1969 Robert N. Butler acuñó el término “edadismo” (ageism) para referirse a la discriminación que se ejerce hacia las personas mayores en la sociedad, lo que ha generado interesante literatura al respecto (Schaie, 1988; Palmore, 1990; Laws, 1995).

En este sentido, es interesante la reflexión de Lorde (2003) en relación a la discriminación basada en la edad:

“El abismo generacional es un arma social importante para cualquier sociedad represora. Si las personas jóvenes de una comunidad consideran que los mayores son despreciables, sospechosos o superfluos, nunca serán capaces de sumar fuerzas con ellos para analizar la memoria viva de la comunidad, ni tampoco de preguntar ¿por qué? De ello se deriva una amnesia histórica que nos mantiene ocupados con la necesidad de inventar la rueda cada vez que salimos a comprar pan en la tienda” (p. 125).

Por ello que nos hayamos propuesto analizar otras formas de acercamiento a la cuestión de la edad que contribuyan a propiciar abordajes más integradores y, en definitiva, normalizadores en la manera de relacionarnos con las personas:

- El potencial de vida de cada individuo,
- El nivel de autonomía en el desempeño de actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida de diaria,
- La capacidad de asumir los retos y responsabilidades de los nuevos tiempos y de adaptarse a los cambios o de, incluso, propiciarlos,
- La importancia de los roles y estereotipos asignados a la imagen social...
- La vida en plenitud de las capacidades y oportunidades de cada edad.

Ello nos llevará a poder precisar los conceptos relativos a los diferentes tipos de edades de la persona, más allá de la edad que viene determinada por la fecha de nacimiento, esto es por la edad cronológica:

- La edad biológica: edad en relación con el grado de envejecimiento celular. Aunque no se haya diseñado hasta el momento ninguna prueba definitiva capaz de determinar la edad biológica de una persona, existen cuestionarios orientativos frente a unos estudios genéticos que se perfilan como los más aproximativos. Unas personas envejecen con más rapidez que otras, por lo que esta edad es quizás la que más se acerca a la edad real de una persona.
- La edad funcional: se refiere al grado de autonomía con la que una persona se relaciona con su entorno, esto es a su capacidad para realizar una vida autónoma (mantiene su capacidad de decisión) e independiente (no necesita de una persona para realizar las actividades básicas, de relación y sociales de la vida diaria). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (B.O.E., 2006) ha contribuido a organizar los criterios por los cuales se reconoce la autonomía y/o grado de dependencia de cada persona.
- La edad psicológica: viene determinada por los niveles madurativos que se corresponden con unos grupos de edad estandarizados. A cada edad se le atribuyen unos determinados rasgos que conllevan considerar que una persona de 80 años no tiene los mismos conocimientos o destrezas que otra de 40 o 20. Lo que sí resulta acertado y posible es la eliminación de los rasgos psicológicos negativos que pudieran asociarse a la edad. A este concepto de edad se le concede mucha importancia dado que, por ejemplo, una persona es mayor si se siente mayor.
- La edad social: es la edad marcada por circunstancias económicas, laborales y familiares. Determinados hitos en el ciclo vital (escolarización, matrimonio, empleo, jubilación...) determinan la pertenencia a un grupo social concreto con importantes cambios en diferentes aspectos (laboral, económico y/o de recursos).
- La edad exitosa o edad en la que mejor se es consciente de las propias capacidades y éstas son desarrolladas de una manera satisfactoria.

La existencia de una correlación entre las edades cronológica, biológica, funcional, psicológica y social es lo habitual, sin que exista una subordinación entre ellas. Las personas mayores, sin embargo, cuando son preguntadas a propósito de su relevancia, sitúan a la edad cronológica como la menos importante (Abellán y Esparza, 2009). Lo fundamental no es tener una edad determinada, sino sentirse y vivir de acuerdo con cada edad, con su salud, con su rol social y ser consciente, de manera realista y serena, de las propias capacidades y de ser capaz de desarrollarlas en plenitud y de una manera satisfactoria: es lo que denominaremos "edad exitosa". En el momento actual cabe la opción de influir de forma positiva o negativa en este abanico de edades, con la excepción de la edad cronológica, la única que no se puede modificar.

3.1.- EDAD CRONOLÓGICA

Es el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual, es decir la suma de años, meses, días, horas y minutos que han transcurrido desde nuestro nacimiento.

Conocer la edad cronológica es algo sencillo: basta con consultar la partida de nacimiento. Aunque la práctica del registro civil obligatorio es relativamente reciente (antes lo fue el registro bautismal o iniciático, en algunas religiones) los países más desarrollados han adoptado la inscripción civil para la protección y control de sus habitantes, tal y como ha quedado recogido en el artículo 7 de la Convención de los Derechos del Niño. Unicef (2002), sin embargo, advertía hace algunos años que en torno a 50 millones de recién nacidos (alrededor de una tercera parte del total mundial) no son

inscritos en ningún tipo de registro lo cual les convierte en indocumentados y candidatos a la marginación o al anonimato en pequeños círculos familiares o tribales, lo cual le impide tanto la movilidad geográfica como la propia identidad.

La estimación de la edad aproximada en personas indocumentadas requiere de una prueba médico forense que en los últimos años ha presentado una demanda creciente por parte de las autoridades de inmigración de los países miembros del Consejo de Europa, entre ellos España. Garamendi y Landa (2003) han realizado una revisión de los principales métodos de estimación utilizados:

1. Examen físico: obtención de medidas antropométricas (peso, talla, tipo constitucional); inspección de signos de madurez sexual; identificación de patologías que puedan alterar el desarrollo madurativo.
2. Examen radiográfico de la mano izquierda.
3. Examen externo del estado de la dentición y radiografía dental.
4. Examen radiográfico de la región cervical, en el caso de que interesase confirmar si la edad cronológica es mayor o menor de 21 años de edad.

Las conclusiones de su estudio comparado han sido:

- Que el método más fiable para la estimación de la edad forense es el estudio radiográfico del carpo de la mano izquierda (edad ósea) pero dado que la elección de este método de evaluación depende mucho de la experiencia personal del investigador, la fiabilidad de este método no es óptima.
- En cuanto al método de estimación de la edad forense basado en el estudio radiográfico de los terceros molares (edad dental) resulta un método fiable, aunque menos preciso que el anterior dada la alta variabilidad individual de la evolución de este factor (agenesia, hipoplasia, extracciones previas, etc.) y recomiendan como método de evaluación de este parámetro los métodos gráficos derivados del método original de Dermijian (1973).
- La evaluación de los parámetros de maduración de caracteres sexuales secundarios, las variables antropométricas básicas y el examen externo de la dentición carecen de eficacia como métodos de estimación de la edad forense. No obstante, son necesarios para realizar una adecuada descripción del aspecto externo del sujeto y, en caso de discrepancia con la edad estimada por otros métodos, pueden resultar útiles como indicadores de la existencia de factores patológicos responsables de estados de maduración precoz o maduración retardada.

Con carácter general, Garamendi y Landa (2003) señalan que deben tenerse en cuenta, además de los resultados directos obtenidos por los métodos de estimación de la edad ósea y edad dental, los estudios previos de población adecuados al sujeto de estudio, cuando se disponga de ellos. Entre los factores que se han detectado como principales modificadores de los ritmos de maduración ósea y dental, los estudios más recientes destacan a las variables de patología previa y las de factores de nivel socioeconómico. Los estudios sobre grupos socioeconómicos más bajos y grupos étnicos englobados en niveles socioeconómicos inferiores sugieren que, cuando se comparan los resultados de estimación de edad con métodos de edad ósea o dental elaborados en poblaciones de un nivel socioeconómico superior, conducen a una infraestimación de la edad (edad cronológica real superior a la edad estimada) en edades entre los 14 a los 18 años.

Hasta aquí la estimación, más o menos sencilla, de la edad cronológica. De lo que no nos queda ninguna duda es de la gran disparidad entre países y culturas a la hora de consensuar algunas atribuciones a la edad cronológica e incluso entre grupos homogéneos de población: recuérdense, en este sentido, tanto la investigación de Neugarten (1999) a la que nos referíamos más arriba cómo nuestra actualización realizada, para tratar de ilustrar la presente investigación, 26 años después.

La edad cronológica tiene por tanto un valor social o legal más que biológico y no se puede modificar si bien su importancia, en comparación con el resto de las edades (biológica, psicológica, funcional o social), es la menos relevante.

3.2.- EDAD BIOLÓGICA

Es mucho más interesante conocer la edad biológica de la persona que la edad temporal o cronológica con la que se suelen delimitar conceptos como infancia, juventud, madurez o senectud independientemente de los procesos madurativos asociados, ya que la edad biológica nos revela el envejecimiento real de nuestras células, es decir, cómo han afrontado el paso del tiempo. Si sabemos cómo han envejecido sabremos entonces cuál es la edad biológica que es la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad.

La edad biológica representa, por tanto, un concepto fisiológico que nos informa sobre el grado de envejecimiento real de nuestras células y órganos, y que indica nuestra edad real frente a nuestro potencial de vida (habitualmente expresado en términos de “esperanza de vida”) y que nos sirve de indicador para advertirnos de futuras probables dolencias. Está determinada por factores internos, es decir, marcados por nuestra genética y por factores externos tales como el estilo de vida, factores ambientales, alimentación, hábitos, etc.

Aunque los cuestionarios y los estudios genéticos se perfilan como los más aproximativos para determinar la edad biológica de una persona, no existe en la actualidad ninguna prueba definitiva capaz de determinar exactamente la edad biológica de una persona. Los primeros intentos se remontan a 1970, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica “Métodos para determinar la edad biológica en el hombre” del Dr. François Bourlière, profesor de la Facultad de Medicina de París y director, por entonces, de la Fundación Nacional de Gerontología en donde aborda la cuestión desde el punto de vista del envejecimiento diferencial y la necesidad de evaluar el grado de senescencia de un individuo a base de criterios objetivos que permitan medir su edad biológica. Para ello, analiza los factores genéticos y la influencia del medio, responsables del modelamiento morfológico y fisiológico de la vejez desde la edad adulta (Bourlière, 1970). Las pruebas propuestas incluyen test psicológicos (para diagnosticar precozmente alteraciones del funcionamiento cerebral) y exámenes clínicos (para evaluar el estado de salud).

A veces estos estudios en manos de los empleadores incurren en vulneraciones legales y éticas si son determinantes en la selección del personal –al anticiparse a eventuales bajas laborales o a la eficiencia de una inversión en recursos formativos- y no menos delicado resultaría en manos de empresas aseguradoras si se pudiera discriminar –como ya sucede al tener que dar cuenta de determinados antecedentes personales- a las personas por su potencial de vida al desear contratar, por ejemplo, un seguro de vida o de salud dado que, como es de suponer, una premisa fundamental seguida en el ámbito asegurador consiste en ponderar la naturaleza del riesgo que cubren. La estimación del riesgo de una persona de morir prematuramente o sufrir una enfermedad mortal plantea ciertamente dilemas éticos si dicha información es utilizada por compañías de seguros médicos o de vida (Blasco y Pérez, 2011).

Quisiéramos hacer, por otra parte, una mención a algunos de los métodos que se presentan comercialmente como efectivos para preservar o incluso detener el envejecimiento celular y dedicar otro apartado a un método para estimar la edad celular o biológica de fácil aplicación.

3.2.1.- Métodos para preservar o detener el envejecimiento celular

Un método con un enorme impacto desde el último tercio del siglo pasado ha sido la criopreservación o criogenización como procedimiento por el cual se somete a un organismo vivo a condiciones de frío intenso con el objetivo de preservarlo para ser reanimado en el futuro, emulando los procesos de animación suspendida de algunos organismos. Salvo casos puntuales en que algunas personas se han recuperado sin alteraciones físicas tras haber entrado en hipotermia extrema (Walpoth, 1997), actualmente este proceso no es reversible en humanos y legalmente sólo puede aplicarse a personas ya fallecidas. Sin embargo, existe una confianza en los próximos avances de la nanotecnología y de la nanomedicina para que muchas de las enfermedades que hoy son terminales puedan hallar una cura en el futuro (Crespo, 2006). La premisa en que se basan es en lograr detener el tiempo hasta que sea posible reparar los tejidos a nivel molecular (Críonica, 2008). Legalmente la biología se detiene con la edad cronológica, pero la realidad abre una puerta a lo que hoy todavía parece ciencia ficción alimentando la imaginación desde hace décadas de escritores y guionistas cinematográficos sobre el tema de la “eterna juventud” (capítulo 4.2).

Mucho más extendidos son los métodos comerciales que se presentan dentro de la conocida como “Medicina Antiedad” (Fernández-Tresguerres, 2012). No pretenden ser “medicamentos milagrosos”, sino un conjunto de prácticas relacionadas con el estilo de vida que, combinadas con aportes externos de determinados principios activos, intentan ampliar la cantidad y calidad de vida del ser humano. En otras palabras, no se trata solamente de una acción médica puntual, sino de un programa integral en el que influyen simultáneamente cuidados nutricionales, actividad física, la práctica de aspectos relacionados con la psicología positiva y/o la programación neurolingüística, sin descuidar los tratamientos estéticos o la utilización tan en boga de complementos vitamínicos y/o hormonales, en su caso. Describámoslos sucintamente para detenernos en estos últimos:

1. **Cuidados nutricionales:** promueven una alimentación sana y equilibrada mediante programas personalizados. Su objetivo es mantener determinados niveles en sangre relacionados con el metabolismo lipídico e hidrocarbonado y estimular la producción de hormonas naturales para maximizar los resultados de la terapia hormonal, prevenir enfermedades y estimular la función inmunitaria.
2. **Actividad física:** los planes de entrenamiento anti-edad busca tonificar la masa muscular, aumentar la resistencia de los huesos y reducir las grasas acumuladas mediante actividades cardiovasculares, de flexibilidad y de resistencia. El resultado provoca mejoras en la apariencia corporal, optimiza la salud cardíaca y mejora las expectativas vitales.
3. **Psicología positiva:** aunque en sí mismo la psicología positiva no haya aportado nada nuevo al trabajo desarrollado tradicionalmente desde el ámbito de la psicología clínica relacionado con el alivio del sufrimiento humano (Fernández-Ríos y Comes, 2009) es verdad que la divulgación universal de los resultados publicados desde el año 1990 por el considerado fundador de esta disciplina, Martin Seligman, han contribuido a indagar sobre el modo de pensar, sentir y comportarse de las personas consideradas felices, estableciendo un camino iniciado en la década de 1970 por la Programación Neurolingüística (estrategia de comunicación, desarrollo personal y psicoterapia creada, a su vez, por Bandler y Grinder) que han contribuido a buen seguro a ampliar la percepción del potencial humano (Vázquez y Hervás, 2009).

4. **Tratamientos estéticos:** los centros estéticos se prodigan por doquier y no siempre vinculados a centros médicos. Los tratamientos anti-edad que se realizan en centros de medicina estética buscan reducir los efectos del envejecimiento corporal (a veces sin llegar más allá de la piel) mediante técnicas que permiten reducir las arrugas, eliminar grasas o evitar la caída del cabello. Ello se ha convertido en un lucrativo nicho de negocio (Palacios, 2011) que no duda en caminar de la mano de los verdaderos hitos científicos en materia de genética (apartado 4.2.2 de la presente tesis) o de farmacología (apartado 4.2.6).
5. **Complementos vitamínicos:** una dieta sana requiere, en ocasiones, de ser complementada con vitaminas, minerales, antioxidantes, condoprotectores articulares, anti-AGES (Advanced Glycation Endproducts) y potenciadores de la función neurológica con el objetivo de corregir algún tipo déficit nutricional que pueda impactar en la salud. Un aspecto más novedoso es actualmente el de la optimización hormonal con el objetivo de devolver el organismo a niveles de funcionamiento anteriores a los efectos del tiempo, para ello utiliza reequilibraciones endocrinológicas orientadas, fundamentalmente, a recuperar un estado saludable y balanceado endocrinológicamente.

Algunos de los tratamientos de la Medicina Anti-Edad que actualmente gozan de una mayor aceptación social son (Fernández-Tresguerres, 2012):

1. La medicina ortomolecular:

Su objetivo es brindar al organismo los nutrientes necesarios para su óptimo funcionamiento. Desde el origen de la palabra ortomolecular se puede inferir el objetivo de este enfoque de la medicina: “orto” significa equilibrio y “molecular” se refiere a la molécula. Por lo tanto, el objetivo de esta terapia es mantener el equilibrio de las moléculas que componen el organismo en su totalidad. Su filosofía es que ya no es suficiente con que nuestras ingestas de alimentos sean equilibradas en sus componentes y tengan una adecuada cantidad de calorías, sino que además éstas deben proponer efectos preventivos o terapéuticos que nos permitan desarrollarnos en plenitud en estos tiempos tan exigentes. De esta manera, mediante un plan ortomolecular definido en función de los objetivos concretos de cada persona, se pueden alcanzar los siguientes objetivos:

- Mantener y restablecer el equilibrio químico.
- Priorizar la nutrición como terapéutica, principal base del equilibrio orgánico.
- Restablecer el equilibrio de nutrientes celulares (vitaminas, minerales y oligoelementos, aminoácidos, ácidos grasos esenciales, enzimas).
- Entregar al organismo los nutrientes necesarios y en aportes correctos para su óptimo funcionamiento.

El tratamiento consiste en mostrar cuáles son los alimentos que no pueden faltar en nuestras comidas diarias para mantener el equilibrio nutricional que el cuerpo necesita. A partir de la información obtenida, se ayuda a los pacientes a lograr una reeducación que les permita revertir todas las prácticas que sean negativas para su organismo, modificando los procesos de desgaste. La base es protegerse contra el estrés oxidativo causante del envejecimiento y que afecta directamente las estructuras orgánicas, moleculares, celulares y extracelulares. El organismo tiene sus propias defensas para luchar contra él pero, por lo general, son batallas desparejas, determinadas también por la polución ambiental, el estrés, la mala alimentación y el sedentarismo. Por eso, esta terapia es el gran aporte para combatir el efecto nocivo que causa el estrés oxidativo sobre las diferentes estructuras celulares, membranas, núcleo, ADN, etc. Tras establecer el nivel de estrés oxidativo de cada paciente, se evalúa la necesidad de cada eslabón de lo que se ha dado en llamar la cadena antioxidante (Vitamina C, Vitamina E, Q10, entre otros) complementado con pautas alimentarias correctas para el déficit que presente el paciente. El objetivo de esta terapia es devolverle al paciente el sustrato necesario para que mantenga la sanidad de todo su organismo y de cada estructura en particular.

2. Terapia de quelación

Está incluida dentro de la medicina ortomolecular y tiene como objetivo desintoxicar al organismo. La terapia de quelación consiste en la aplicación endovenosa de un aminoácido llamado EDTA. Su función es desintoxicante, porque arrastra al torrente sanguíneo los depósitos de calcio y los metales tóxicos (como el plomo, mercurio, arsénico y otros) y luego son eliminados por la orina.

Se une también a los radicales libres de oxígeno, que al eliminarse retrasan la aparición de los síntomas del envejecimiento. Además del EDTA, durante la terapia se administran vitaminas y minerales que refuerzan las defensas antioxidantes del cuerpo. Al eliminar estos depósitos patológicos de calcio, colesterol y metales tóxicos se restituye la elasticidad de las arterias y venas. Se consigue, entonces, un flujo sanguíneo adecuado y la correcta nutrición de las células de todo el organismo, lo que evita el deterioro prematuro o, lo que es lo mismo, la prevención del envejecimiento, para revitalizar las células y para mejorar el funcionamiento de todos los órganos.

3. Inmunomodulación

Es una dieta que fortalece las defensas y evita la aparición de enfermedades. Este programa se basa en una dieta que establece la ingesta de ciertos alimentos con probadas cualidades beneficiosas para el sistema de defensas. Son acompañados por aportes de vitaminas y minerales. Se aplican micronutrientes como la glutamina, el magnesio, los nucleótidos y otros componentes. El objetivo del plan es fortalecer el sistema inmunológico del organismo y prepararlo para hacer frente a las enfermedades. El módulo se completa con ejercicio físico y numerosas actividades recreativas al aire libre, para beneficiar la depuración del cuerpo.

El método se inicia con una entrevista médica exhaustiva de ingreso. Cuando comienza el programa, el tiempo sugerido para su mayor efectividad es de 14 días de duración. En una segunda instancia, se realiza una consulta nutricional con la finalidad de amoldar a cada caso la dieta inmunomoduladora más indicada. Esta dieta de tipo “normo-calórica”, sumada al aporte de suplementos vitamínicos, permitirá al paciente fortalecer su sistema inmunológico para enfrentar los próximos meses con sus defensas óptimas

4. Terapias antioxidantes

Los antioxidantes son un conjunto de productos diferentes, compuestos por vitaminas, minerales y enzimas que protegen a nuestro cuerpo de la formación de radicales libres, que oxidan a las biomoléculas y producen daños en los tejidos y órganos, que llevan a la muerte celular. Esto es lo que ocurre en el envejecimiento.

Se basan en la ingesta de complementos de vitaminas y minerales que se suministran para evitar el proceso oxidativo que da lugar al envejecimiento. La oxidación es un proceso bioquímico pero, cuando se da en exceso, aparece el estrés oxidativo que se ha relacionado con una multitud de enfermedades. Por eso, las terapias antioxidantes o enriquecidas con antioxidantes parecen prevenir o al menos disminuir el deterioro funcional orgánico originado por un exceso de estrés oxidativo. Consiste en incorporar complementos antioxidantes que los médicos suministran de acuerdo al estado y las características del paciente.

Es aconsejable su uso por vía oral o mediante inyectables para prevenir el desbalance o desequilibrio de los radicales libres.

5. Suplementación nutracéutica

Aunque llevemos una dieta sana, nos pueden faltar algunos nutrientes. Esta terapia los complementa. Numerosos estudios internacionales relacionados con la alimentación revelan una

ingesta insuficiente de diversos micronutrientes. Por eso, algunas dietas, aunque sean sanas, requieren ser complementadas con:

- Vitaminas.
- Minerales.
- Antioxidantes.
- Condoprotectores articulares.
- Anti-AGES (Advanced Glycation Endproducts).
- Potenciadores de la función neurológica.

Por lo tanto, la suplementación nutracéutica involucra a todos aquellos alimentos que se proclaman como poseedores de un efecto beneficioso sobre la salud humana. Su objetivo es corregir el déficit nutricional, que impacta profundamente en nuestro cuerpo. El método consiste en tratar de aportar al organismo todos los macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas) en las tres comidas principales del día. Cuidar, también, de preservar los conceptos básicos del Anti-aging: mantener la insulina en sangre baja y favorecer con las comidas el estímulo de los eicosanoides (hormonas del sistema autócrino) “buenos”, porque éste tipo de alimentación favorece el Anti-aging.

6. Plasma rico en plaquetas

Es un tratamiento innovador que reduce las arrugas y la flaccidez corporal. Este procedimiento permite disminuir los signos de flaccidez para alcanzar una mejoría a nivel facial y corporal. Se realiza mediante la bioestimulación de las células productoras de colágeno y elastina. Consiste en la aplicación de un sistema que activa las plaquetas de la sangre y genera como consecuencia una estimulación en la elaboración de aquellas sustancias que fortalecen y reafirman la piel. Como primer paso se extrae una muestra de sangre al paciente, la cual es centrifugada. Luego se extrae el plasma que se activa con cloruro de calcio. Una vez activado, se lo aplica al paciente a través de la técnica de mesoterapia en los sectores que éste desee tratar. Esto terminará por estimular las células propias que producen el colágeno y la elastina. El tratamiento logra resultados inmediatos tales como una sensible reducción de las arrugas. Además redunda en efectos positivos a medio plazo, como una piel más firme y tersa gracias a la producción de colágeno y elastina como consecuencia de la aplicación de los Factores de Crecimientos Autólogos.

El resultado es similar a un auto-lifting, es decir, un proceso natural realizado por el propio organismo y sin la intervención de bisturí u otros métodos concretos tendentes a lograr mejoras en la piel.. Se puede aplicar a nivel facial, en manos, escotes y en zonas del cuerpo que presenten signos de flaccidez. En todas las zonas logra la rápida reafirmación de los tejidos, además de una clara mejora en el aspecto y en la luminosidad de la piel.

7. Células madre

Sus funciones como tratamiento estético se centran en el rejuvenecimiento facial y corporal. Esta terapia consiste en inyectar células madre con factores de crecimiento. Se aplican en la cara, las manos u otras áreas del cuerpo para rellenar huecos, eliminar arrugas y patas de gallo. Las células madre juegan un papel importante en la regeneración de tejidos, especialmente la elastina, el colágeno y el ácido hialurónico, relacionados con la firmeza y la tersura de la piel. Se trata de un injerto autólogo, es decir, se incorporan las células de la misma persona, por lo que no existiría riesgo de rechazo del tejido. Por ejemplo, se extrae una pequeña cantidad de grasa del abdomen del paciente y eso mismo se le injerta en los músculos faciales. También se puede usar para aumentar las mamas, resaltar los glúteos y frenar la pérdida del cabello incipiente.

Las células madre son unas células progenitoras capaces de renovarse y regenerar varios tipos de células diferenciadas. Estas son multipotenciales, es decir, son capaces de originar células de

distintos órganos. Las células madres se pueden obtener en el adulto de la piel, de la grasa subcutánea, de los músculos o de otros órganos. Posteriormente se cultivan, para que se multipliquen, en el laboratorio (in-vitro) o en el tejido vivo (in-vivo).

Se utilizan específicamente para la reparación de los tejidos dañados. En estética, la forma más sencilla de obtención es a partir del tejido graso y se utiliza en multipunturas para contrarrestar los efectos adversos producidos por el envejecimiento cutáneo.

8. Céluloterapia

Se utiliza para revitalizar los órganos, frenar el proceso de envejecimiento y mejorar la calidad de vida. Es un método terapéutico que se basa en el empleo de células fetales o de animales jóvenes (donantes), que son procesadas y luego aplicadas mediante una inyección intramuscular al receptor. Produce un fuerte estímulo regenerador en los órganos en deficiencia, que ha sido llamado "revitalización". Su acción regeneradora-revitalizadora ya nos señala el momento para empezar con el tratamiento: desde que aparecen signos de limitaciones y/o deficiencias propios de la madurez de la vida. Por eso, es común que se inicie luego de los 40-50 años.

La celuloterapia se presenta como el método más eficaz para frenar el proceso de envejecimiento. Desde los primeros síntomas de envejecimiento, generalmente a partir de los 45 años, se puede comenzar con un tratamiento integral.

Al regenerar los órganos tratados frena el desperejo deterioro "normal" de la edad y las personas viven en salud, según las máximas expectativas de la medicina actual.

9. Ejercicios antiaging

El ejercicio es uno de los pilares fundamentales de la medicina anti-edad, y el complemento ideal para los alimentos y los tratamientos que venimos detallando. Hay tres categorías de actividades que recomiendan hacer:

1. Ejercicios de fuerza. El entrenamiento con pesas aumenta la resistencia de los huesos, disminuye la posibilidad de lesiones, facilita las tareas diarias, disminuye la atrofia muscular y mejora la apariencia corporal. Ejemplos: abdominales, sentadillas y estocadas. En el gimnasio: ejercicios con pesitas o sobre las máquinas.
2. Ejercicio cardiovascular o aeróbico. Incrementa la expectativa de vida, disminuye el riesgo de ataque cardíaco, reduce el estrés y mejora la calidad del sueño. Ejemplos: caminar, trotar, nadar o andar en bicicleta. En el gimnasio: máquinas como la cinta y el escalador; clases de aerobics o baile.
3. Ejercicios de flexibilidad. Es el rango de movimiento posible alrededor de una articulación. Alivian el dolor de espalda y aumentan la longitud de tejidos y músculos, entre otros beneficios. Ejemplos: sentado con las piernas estiradas, llevar para adelante el pecho e intentar tocar con las manos la punta de los pies. Otro ejercicio consiste en llevar los brazos detrás de la espalda, uno por arriba del hombro y otro por debajo, y tratar de que los dedos se junten lo máximo posible.

Con el fin de obtener el equilibrio rejuvenecedor básico, el ejercicio Anti-aging es tan importante como la comida. Por un lado, incluye el ejercicio cardiovascular o aeróbico. No hay que sobrepasarse del gasto energético de 300 calorías por día, para no promover el aumento de los radicales libres, que sería nocivo para el organismo. Por otro lado, se recomienda realizar ejercicio de entrenamiento con pesas, para mantener y aumentar la masa muscular. Este entrenamiento ayuda a promover la producción de la hormona de crecimiento y la testosterona. También son fundamentales los ejercicios de flexibilidad.

10. Modulación hormonal

Este tratamiento está considerado como el más novedoso de la medicina Anti-aging. Básicamente consiste en una dieta que fortalece las defensas y evita la aparición de enfermedades. Después de los 30 años, todos empezamos a declinar la producción de hormonas y a producirlas en menor cantidad. Por eso, la medicina Anti-aging sugiere reponer las hormonas que no produce el organismo. Las hormonas son mensajeros químicos que se fabrican en una parte del cuerpo y le dicen a las otras partes del cuerpo lo que tienen que hacer. Una vez que la hormona llega a su destino, se une a un lugar especial en la célula llamado receptor, donde estimula una actividad metabólica específica. Las hormonas se involucran en cada aspecto de la función humana: desde el sexo y la reproducción, al crecimiento, al desarrollo, al metabolismo y al humor.

Por citar un ejemplo muy conocido de una hormona, nombraremos a la insulina que es producida por células endocrinas en el páncreas, en respuesta a concentraciones elevadas de glucosa en la sangre. En este caso, la insulina ayuda a regular la velocidad en la cual la célula absorberá el azúcar del torrente sanguíneo. Con la medicina Anti-aging se pueden reponer las siguientes hormonas:

- Insulina: su exceso produce aumento de la grasa corporal y del colesterol.
- Hormona de crecimiento (HGH): su producción declina con la edad.
- Dehidroepiandrosterona (DHEA): es la hormona involucrada en la fabricación de la testosterona, el estrógeno y la progesterona.
- Testosterona: es necesario reponerla durante la andropausia.
- Estrógeno y progesterona: hay que reponerlas durante la menopausia.
- Cortisol: es la llamada “hormona de estrés”.
- Melatonina: su déficit produce pérdida del sueño y dificultades para descansar.

De muchos de estos métodos y tratamientos hemos tenido además información por anuncios en los medios de comunicación, por noticias acerca de famosos que lo han probado e, incluso, por películas comprendidas dentro de la ciencia-ficción. Según nuestra opinión, ocurre un poco como con las dietas milagro: si alguna fuera realmente eficaz no sería necesaria tanta oferta.

3.2.2.- Técnicas e instrumentos para la estimación de la edad biológica

Los métodos anteriores parecen más orientados -a nuestro juicio- a introducir modificaciones en la edad social (tal como veremos en el apartado 3.6) que a permitir prolongar la edad biológica. Volveremos a referirnos a ellos en el apartado 4.3.6 cuando abordemos los “avances farmacológicos” en cuanto variable relacionada con la longevidad, pero deseamos detenernos aquí para tratar de conocer los métodos existentes para estimar la edad biológica las personas.

Ya nos hemos referido a Bourlière (1970) como uno de los pioneros al secuenciar un sistema estimatorio basado en una entrevista y una completa exploración física y analítica. La entrevista, a través de la cual se buscaba conocer los antecedentes familiares y personales, se complementaría con una minuciosa exploración de los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, génito-urinario y locomotor, así como del sistema nervioso, del estado de la dentadura y su influencia sobre la masticación, del funcionamiento de los órganos de los sentidos, del estado de la piel y del cabello, además de la valoración del estado psicológico a través de la identificación de la existencia o no de trastornos mnésicos, aparición de fatiga al realizar actividades intelectuales o de tendencias depresivas. Los exámenes clínicos se complementarían con analíticas para determinar los índices de aterosclerosis, de esclerosis pulmonar y de nefrosclerosis así como con pruebas reumatológicas.

Bourlière (1970, p. 68) también se refiere a la investigación de la glucosuria, el recuento globular y la fórmula leucocitaria y recoge el consejo de otros autores de completar los exámenes precedentes con la investigación sistemática del cuello de útero para determinar la existencia de cáncer.

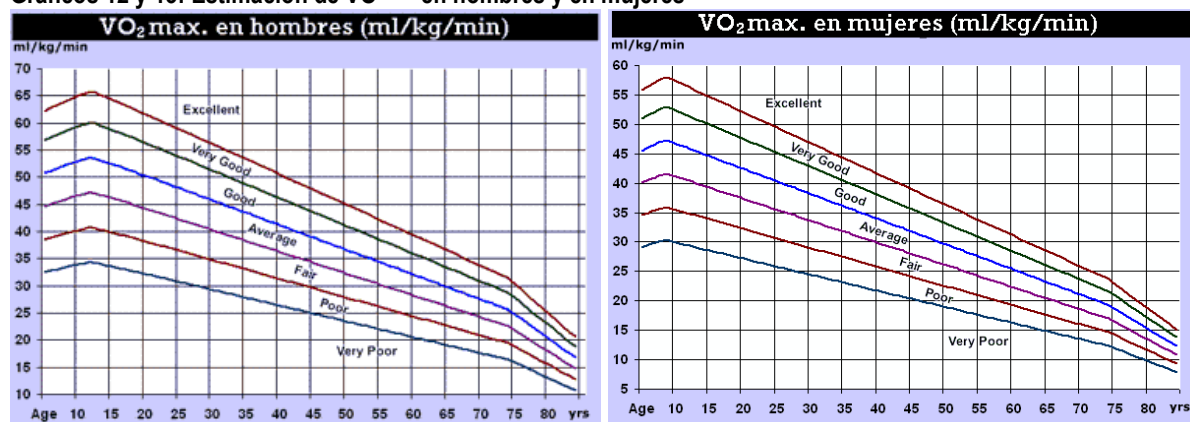
Cuarenta y seis años después, el cálculo de la edad biológica se halla en manos de empresas que ofrecen sus pronósticos a partir de, con un simple análisis de sangre, la medida de los telómeros de los cromosomas, al descubrirse que éstos funcionan como biomarcadores celulares subyacentes a las enfermedades (Blasco y Pérez, 2011). Algunos programas informáticos como el desarrollado por un grupo de investigadores de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología (Nes, Janszky, Vatten, Nielsen, Aspenes y Wisloff, 2011) permiten este cálculo con una gran precisión con tan sólo introducir datos relativos a la edad cronológica y el sexo de un individuo, la medida de la cintura, el número de pulsaciones cardiacas en reposo o la frecuencia e intensidad con la que se realiza ejercicio físico. Estos autores precisan que la clave residiría en el descubrimiento de un algoritmo que, con solo estos datos, permitiría determinar la cantidad máxima de oxígeno que el cuerpo es capaz de suministrar a las células.

El instrumento proporcionado por los científicos noruegos (Nes et al, 2011) establece un precedente en lo que a medicina preventiva y a autocontroles médicos se refiere. Su eficacia, sencillez y bajo coste representan un gran avance. Se trata de un método que, al describir el estado físico, permite averiguar el riesgo de contraer determinadas enfermedades e, incluso, de muerte súbita, con la que guarda relación la cantidad máxima de oxígeno que el organismo puede absorber, transportar y consumir (lo que los autores denominan VO_2^{max}).

Existen varias maneras para calcular el VO_2^{max} . La forma más efectiva se obtiene de métodos directos como las pruebas de esfuerzo que se realizan bajo supervisión de personal especializado: se realiza una actividad progresiva incremental hasta alcanzar el esfuerzo máximo ya en cicloergómetros (bicicletas estáticas) o en ergómetros (cintas de carrera). Durante el ejercicio se utilizan mascarillas que miden el oxígeno utilizado por el sistema cardiorrespiratorio durante la actividad.

Una vez hallado el VO_2^{max} , hay que consultar los gráficos 12 y 13 (con referencias distintas si trata de varones o de mujeres) para poder determinar en qué condición física se encuentra cada sujeto en función de su VO_2^{max} :

Gráficos 12 y 13: Estimación de VO_2^{max} en hombres y en mujeres



Fuente: Wilmore y Costill, 2007.

Los autores evaluaron a cerca de cinco mil personas de entre 20 y 90 años, a quienes midieron (Instrumento 1) su índice de masa corporal, la frecuencia cardíaca en reposo, el colesterol total y HDL. A todos ellos, además, se les realizó un cuestionario sobre sus hábitos relativos a la actividad física. Se les hizo caminar cada vez más rápido en una cinta de carrera hasta alcanzar su consumo máximo de oxígeno, medida que diversos estudios (Castillo, Ortega y Ruiz, 2005; Wilmore y Costill, 2007) han demostrado se vincula con una mejor esperanza de vida, independiente de si las personas tienen sobrepeso o más edad. Gracias a esos resultados lograron determinar los cinco marcadores que permiten, a través de un algoritmo, predecir el $VO_{2\max}$ de una persona y establecer su edad biológica.

Instrumento 1: Cálculo de la edad biológica según el método de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología

Indicadores:

1. Sexo

Masculino

Femenino

2. ¿Con qué frecuencia hace ejercicio?

Casi nunca o menos de una vez a la semana

Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana

Casi todos los días

3. ¿Durante cuánto tiempo entrena cuando hace ejercicio?

Menos de 30 minutos

Más de 30 minutos

4. ¿Con qué intensidad entrena?

Me lo tomo con calma y sin respiración agitada o sudoración

Poca dificultad para respirar o sudoración

Hago mi máximo esfuerzo

5. Diga su edad

6. Medida de la cintura

7. Pulso en reposo (cómputo de latidos por minuto tras diez minutos tranquilo)

RESULTADO

$VO_{2\max}$:

Edad biológica:

Fuente: Nes et al, 2011

Para facilitar la obtención e interpretación de estos datos los expertos noruegos publicitaron una calculadora online en su página institucional de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología (Código QR 1) para que cualquier persona pudiera calcular su edad biológica con arreglo a este instrumento.

Código QR 1 Programa para calcular la “edad biológica” de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología.

Fuente: elaboración propia

En nuestro país, la patronal del seguro, Unespa, también ofrece un interesante simulador de esperanza de vida en su web corporativa (Código QR 2) estructurado en cinco apartados:

1. Datos generales sobre nacimiento, sexo, peso, estatura, estado civil, nivel de estudios y una interesante cuestión: indicar qué respuesta define mejor la actividad u ocupación actual (a elegir entre “no peligrosa” o “extrema o peligrosa”).
2. Datos sobre salud con preguntas sobre nivel habitual de estrés, presión arterial, estado de salud de los padres, diabetes, colesterol y frecuencia de exposición al sol.
3. El tercer bloque se centra en el estilo de vida con preguntas sobre el consumo de cigarrillos, alcohol, drogas, hábitos sexuales y tiempo dedicado a la práctica de actividad física y sus modalidades.
4. En el apartado de la dieta se solicita el diseño de un menú ideal a partir de elecciones entre cinco opciones posibles para el desayuno, el almuerzo y la cena.
5. Quizá el apartado más interesante y novedoso sea el titulado “miscelánea” que agrupa respuestas en torno a la frecuencia en el mantenimiento de discusiones, uso de cinturón de seguridad y observancia de las normas de circulación durante la conducción, actitud respecto al trabajo o frecuencia en las visitas al médico.

Código QR 2 Simulador para calcular la esperanza de vida de Unespa.

Fuente: elaboración propia

Aunque este segundo instrumento carece de la validación científica del primero, no cabe duda de que ambos instrumentos representan, en cualquier caso, excelentes maneras de reflexionar sobre la posibilidad de modificar, o de influir al menos, sobre la edad biológica de las personas.

3.3.- EDAD FUNCIONAL

La edad funcional es un concepto referido al grado de autonomía que posee una persona para el desempeño de las actividades básicas (AVDB), instrumentales (AVDI) o avanzadas (AVDA) de la vida diaria y que se expresa cuantitativamente de acuerdo con unos baremos determinados por unas Escalas de Valoración. La autonomía personal, la capacidad para actuar y regular la propia conducta de una manera independiente, es una necesidad básica del ser humano. Maslow (1975) la definía en términos de “autosuficiencia” y aunque la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2006) haya venido afortunadamente a organizar los criterios por los cuales se reconoce la autonomía y/o grado de dependencia de cada persona, creo que tras nueve años de aplicación sólo ha contribuido a atender lo urgente (los apoyos personales para la autonomía personal física), pero ha descuidado lo importante: los apoyos para la ratificación personal en el inicio y regulación de la conducta de las personas dependientes.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social. Las personas desean ser libres para establecer sus propias metas y decidir qué es importante y a qué merece dedicarle tiempo:

1. quieren tener opciones y flexibilidad en la toma de decisiones;
2. quieren ser quienes deciden qué hacer, cuándo hacerlo, cómo hacerlo, cuándo dejar de hacerlo y si hacerlo completamente o no;
3. quieren decidir por su cuenta cómo utilizar su tiempo;
4. quieren ser quienes determinen sus acciones en lugar de tener alguna otra persona o límite ambiental que les obligue a tomar un curso de acción en particular;
5. quieren que su conducta esté relacionada con los intereses, preferencias, anhelos y deseos;
6. y quieren que su comportamiento surja y se exprese de acuerdo con sus preferencias y deseos.

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, es decir, sin ayuda de otras personas. En el caso que nos ocupa y con independencia del diagnóstico clínico, hay un consenso generalizado en torno a que el deterioro funcional es el predictor más fiable de mala evolución y mortalidad en personas mayores enfermas. Los instrumentos para valorar esta autonomía funcional son muy variados y los aplican infinidad de profesionales en función de sus intereses, no siempre complementarios: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, educadores... entre otros.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio. El término fue acuñado para referirse a una amplia gama de patrones de comportamiento considerados necesarios para cubrir las demandas de la vida diaria (Willard y Spackman, 2011). Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) las actividades de la vida diaria pueden clasificarse en actividades de la vida diaria básicas, actividades de la vida diaria instrumentales y actividades de la vida diaria avanzadas (Moruno y Romero, 2005; Romero, 2007). Nos proponemos definir estos tres tipos de actividades de la vida diaria y, a continuación, enumerar los instrumentos de valoración más ampliamente difundidos en el contexto de nuestra comunidad sociosanitaria.

3.3.1.- Tipología frecuente de actividades de la vida diaria

La clasificación habitual de las actividades de la vida diaria (AVD) es en básicas (AVDB), instrumentales (AVDI) y avanzadas (AVDA). Veámoslas en detalle.

3.3.1.1.- Actividades básicas de la vida diaria (AVDB):

Las actividades básicas de la vida diaria o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria. Dentro de este grupo se encuentran las actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día. Podemos imaginar el problema que supone no realizarlas por uno mismo, bien por desidia, como puede ser en el caso de personas con enfermedades mentales, o por imposibilidad, como en el caso de personas con discapacidad física.

1. Baño, ducha. Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
2. Cuidado de la vejiga y los intestinos. Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
3. Vestido. Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
4. Comer. La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
5. Alimentación. Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto no es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
6. Movilidad funcional. Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
7. Cuidado de la ayudas técnicas personales. Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
8. Higiene personal y aseo. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas...
9. Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
10. Dormir/descanso. Periodo de inactividad, con un fin reparador.
11. Higiene del inodoro. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

Los instrumentos de valoración más utilizados son el Índice de Katz y el Índice de Barthel (Instrumentos 2 y 3, respectivamente) que miden estas actividades consideradas esenciales para el "autocuidado". Son actividades transculturales y casi universales en la especie humana pues se realizan en todas las latitudes y no están influidas por factores como el sexo. Su alteración se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición en la infancia. Su medida se realiza mediante la observación directa.

3.3.1.2.- Actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI):

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AVDI) se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional:

1. Cuidado de los otros. Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
2. Cuidado de las mascotas. Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
3. Criado de los niños. Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.

4. Uso de los sistemas de comunicación. Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.
5. Movilidad en la comunidad. Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc, conducción.
6. Manejo de temas financieros. Uso de recursos fiscales.
7. Cuidado de la salud y manutención. Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
8. Crear y mantener un hogar. Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
9. Preparación de la comida y limpieza. Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
10. Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias. Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
11. Ir de compras. Planificar la compra así como ejecutarla.

Las escalas utilizadas para su evaluación miden aquellas funciones más importantes para que una persona permanezca independiente en la comunidad, es decir aquellas actividades que le permiten la “relación con el entorno”. Están muy influidas por el entorno geográfico y cultural. En muchas sociedades alguna actividad depende del sexo del sujeto evaluado. Por sus características su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las anteriores para detectar los primeros grados de deterioro. El instrumento de valoración más frecuentemente utilizado es la Escala de Lawton y Brody (Instrumento 4)

3.3.1.3.- Actividades avanzadas de la vida diaria (AVDA):

Junto a las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria, existen otras actividades integradas dentro de áreas de ocupación como la educación, el trabajo, el juego, el ocio y tiempo libre y que constituirían las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AVDA). Dado que no existen todavía una prueba estandarizada elaborada expresamente para su medida nos ha resultado especialmente útil hacer uso de inventarios provenientes de otras áreas de conocimiento como la animación sociocultural (Ander-Egg, 1987 y 2000) a partir de la cual hemos podido diseñar una “Escala de Ocupación” (Instrumento 10) con importantes aportaciones para la valoración de funciones complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos, transporte... y que, en definitiva, hacen posible la “participación social” y que gráficamente, podríamos compararlas resumidamente en la tabla siguiente:

Tabla 16: Inventario de Actividades de la Vida Diaria

AVD Básicas (autocuidado)	AVD Instrumentales (relación con el entorno)	AVD Avanzadas (participación social)
1.- Comida	1.- Usar el teléfono	1.- Lectura, escritura, ver la TV, escuchar la radio...
2.- Vestido	2.- Hacer compras	2.- Participar en actividades de estimulación cognitiva
3.- Aseo	3.- Limpiar y ordenar	3.- Fisioterapia y/o actividad física. Paseos...
4.- Caminar o andar	4.- Utilizar algún medio de transporte	4.- Participar en actividades culturales (cine, teatro, concierto...), artística, artesanal...
5.- Acostarse y levantarse	5.- Tomar y controlar sus medicinas	5.- Participar en actividades religiosas...
6.- Bañarse o ducharse	6.- Manejar y controlar su dinero	6.- Participar en juegos de mesa., mantener aficiones.
7.- Ir al servicio o cuarto de baño	7.- Hacer la comida	7.- Usar un smartphone, ordenador...
8.- Subir o bajar escaleras	8.- Lavar la ropa	8.- Jardinería, horticultura, cuidado de mascotas...
9.- Controlar la orina		9.- Mantenimiento de relaciones sociales, ejercer de anfitrión/a...
10.- Controlar las heces		10.- Visitas a familia, amigos... salir a cenar fuera...
		11.- Participar en excursiones...
		12.- Ir a votar, participar en reuniones, asambleas...

Fuente: elaboración propia a partir de López Mongil, 2000.

3.3.2.- Instrumentos para la valoración funcional

Dedicamos este subapartado a describir los instrumentos de valoración funcional más extendidos entre la comunidad social y médica de nuestro contexto próximo y por tratarse de herramientas comúnmente utilizadas para valorar tanto el grado de autonomía como su antítesis en términos de dependencia.

La importancia de realizar valoraciones periódicas aunque continuadas es vital dado que permite ponderar si se produce un deterioro o, por el contrario, se manifiesta una mejoría. En nuestro caso, que no se produzca deterioro sino simplemente que exista un mantenimiento de la función ya es en sí mismo un claro avance y un signo positivo de la eficacia de nuestras intervenciones con personas mayores.

Los instrumentos que presentaremos a continuación son:

1. Índice de Katz para valoración del grado de autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Katz et al, 1963)
2. Índice de Barthel para valoración de la autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Duch et al, 1999)
3. Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria instrumentales o AVDI (Lawton y Brody, 1969)
4. Escala de Yesavage para detección de trastornos de estados de ánimo (Yesavage et al, 1983)
5. Mini-Examen cognoscitivo de Lobo (Lobo y Ezquerra, 1997)
6. Cuestionario de Pfeiffer para detección de trastornos de estado de ánimo (Pfeiffer, 1975)
7. Escala Fumat de calidad de vida (Verdugo et al, 2009)

Existen muchos otros (Duch, Ruiz y Gimeno, 1999), algunos de ellos muy útiles e interesantes nacidos incluso en nuestro contexto laboral próximo como los CM-98 de actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas (López, 2000), pero nos hemos decantado por estos siete tal vez por ser a los que nos vincula una mayor familiaridad.

En el caso de la Escala Fumat, por ejemplo, suele complementarse su utilización con el de otros instrumentos como la Escala San Martín (Verdugo, Gómez, Arias, Santamaría, Navallas, Fernández y Hierro, 2014) que, aunque de contenidos y modo de aplicación muy similares, ha demostrado una mayor sensibilidad a la hora de valorar la percepción de calidad de vida en personas más gravemente afectas por la discapacidad, lo mismo que ocurre con la Escala Qualid (Weiner, Martín-Cook, Svetlik, Saine, Foster y Fontaine, 2000) recomendada por la Junta de Castilla y León durante la fase de pilotaje de la implantación del proyecto “Nuevo modelo de atención a personas mayores en Castilla y León. En Mi Casa” (Albarrán, Salinas, Más, Franco y Mateo, 2014).

3.4.2.1.- Índice de Katz para valorar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria básicas (AVDB)

Se basa en la evaluación de la autonomía funcional de los pacientes en tareas básicas como son lavarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia y comer. El resultado se expresa en forma de índices:

- A: Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B: Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C: Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F: Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G: Dependiente en las seis funciones.
- Otros: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.
- Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo.

Instrumento 2: Índice de Katz para valorar el grado de autonomía en las AVDB

- 1.- Bañarse (con esponja, ducha o bañera)
- Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
- Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.
- 2.- Vestirse
- Independiente: coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras; se excluye al atarse los zapatos.
- Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.
- 3.- Usar el Retrete
- Independiente: accede al retrete, entra y sale de él; se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores (puede utilizar por sí mismo la cuña o el orinal por la noche solamente, y puede utilizar o no soportes mecánicos).
- Dependiente: usa el orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.
- 4.- Movilidad
- Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos).
- Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla, no realiza uno o más desplazamientos.
- 5.- Continencia
- Independiente: control completo de micción y defecación.
- Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total, control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas
- 6.- Alimentación
- Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida; por ejemplo, untar mantequilla en pan).
- Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o nutrición parenteral.

Fuente: Katz et al, 1963

Esta valoración se basa en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas por lo que se considera que una persona mayor que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se tenga capacidad para realizarla.

3.4.2.2.- Índice de Barthel para valoración de la autonomía en actividades de la vida diaria básicas (AVDB)

El Índice de Barthel se ha mostrado más preciso y más fácilmente aplicable que el de Katz a la hora de valorar el grado de autonomía por lo que paulatinamente se ha convertido en el favorito de gran número de profesionales. Son diez tareas las a valorar:

Instrumento 3: Índice de Barthel para valorar el grado de autonomía en las AVDB

A.- Comida:		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
B.- Lavado (baño)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
C.- Vestido		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
D.- Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
E.- Deposición		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
F.- Micción		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...).	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
G.- Ir al retrete		
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
H.- Transferencia (traslado cama/sillón)		
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
I.- Deambulación		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
0	Dependiente	
J- Subir y bajar escaleras		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
		Puntuación total (suma)

Fuente: Duch et al, 1999

La incapacidad funcional se valora como: severa: (< 45 puntos), grave (45 - 59 puntos), moderada (60 - 80 puntos) o ligera (80 - 100 puntos). A diferencia del instrumento anterior, esta valoración se basa en la capacidad de realizar las tareas por lo que se considera que una persona mayor que se niegue a realizar una función tiene capacidad, aunque pueda precisar ayuda.

3.4.2.3.- Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI)

Para facilitar la valoración de estas seis capacidades se desglosan en tareas (instrumento 4):

Instrumento 4: Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en las AVDI

A.- CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1 Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2 Marca los números bien conocidos	1
3 Contesta al teléfono, pero no marca	1
4 No usa el teléfono en absoluto	0
B.- IR DE COMPRAS	
1 Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2 Compra con independencia pequeñas cosas	0
3 Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4 Completamente incapaz de ir de compras	0
C.- CUIDADO DE LA HABITACIÓN	
1 Cuida de su habitación solo o con ayuda ocasional (por ejemplo, trabajos duros)	1
2 Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas	1
3 Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4 Necesita ayuda en todas las tareas domésticas	0
5 No participa en ninguna tarea doméstica.	0
D.- MEDIO DE TRANSPORTE	
1 Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2 Capaz de pedir taxis, pero no usa otros transportes públicos	1
3 Viaja en transportes públicos si les acompaña otra persona	1
4 Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5 No viaja en absoluto	0
E.- RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1 Es responsable en el uso de la medicación en las dosis y horas correctas	1
2 Toma responsablemente la medicación si se la preparan antes en dosis	0
3 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
F.- CAPACIDAD DE MANEJAR EL DINERO	
1 Maneja sus asuntos económicos con independencia (presupuesta, cumplimenta cheques, va al banco, paga recibos y facturas)	1
2 Maneja los asuntos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos...	1
3 Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN	[]

Fuente: Lawton y Brody, 1969.

El resultado es un dígito comprendido entre 0 y 6 puntos que sitúa a la persona evaluada en alguna de estas seis categorías: dependencia total (0 puntos), dependencia severa (1 punto), moderada (2 puntos), ligera (3 puntos), leve (4 puntos), buena capacidad (5 puntos) o capacidad total (6 puntos).

3.4.2.4.- Escala de Yesavage para detección de trastornos de estados de ánimo

Esta escala se diseñó originariamente para ser aplicada en la evaluación del estado de ánimo de personas mayores más que en otras percepciones de malestar de origen estrictamente físico.

Existe una versión completa de 30 preguntas pero recogemos aquí (instrumento 5) la abreviada que consta de 15 y que se responden de manera afirmativa o negativa pudiéndose realizar en 5 minutos. Hay que tener en cuenta que se trata de instrumento de apoyo, ya que si se realiza de manera aislada podría dar resultados positivos cuando no hay depresión, por lo que se recomienda utilizarlo en conjunción con otros datos.

Instrumento 5: Escala de Yesavage para detección de trastornos de estado de ánimo

	SÍ	NO
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales, intereses o aficiones?	1	0
3- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	1	0
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
Puntuación Total		

Fuente: Yesavage et al, 1983.

Se considera que entre 0-5 puntos existiría un nivel normal de depresión, que se convertiría en leve entre 6-9 puntos y sería severa en caso de alcanzar o superar los 10 puntos.

3.4.2.5.- Mini-examen cognoscitivo de Lobo

El Mini-examen cognoscitivo de Lobo (MEC) es la versión adaptada y validada en España del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein (Folstein, Robins y Helzer, 1975). Se trata de un test de cribaje de demencias que también resulta útil para valorar el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones de 30 y 35 puntos respectivamente. Aunque la de versión de 30 puntos resulte más útil para las comparaciones internacionales, reflejaremos a continuación la versión íntegra presentada por Lobo (Lobo y Ezquerro, 1997) por ser la más ampliamente utilizada en nuestro país.

El diseño original de Folstein trataba de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que permitiera diferenciar ente pacientes psiquiátricos y personas con trastornos funcionales orgánicos. Hoy se utiliza fundamentalmente para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la del tipo alzheimer. Sus ítems exploran cinco áreas cognitivas (instrumento 6):

Instrumento 6: Mini-Examen cognostitivo de Lobo

A.- ORIENTACIÓN (1 punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta)

"Dígame el día <input type="checkbox"/> .	Fecha <input type="checkbox"/> .	El mes <input type="checkbox"/> .	Estación <input type="checkbox"/> .	Año <input type="checkbox"/> "	5
"Dígame el lugar (institución) en el que vive <input type="checkbox"/> .				Planta <input type="checkbox"/> .	
Ciudad <input type="checkbox"/> .	Provincia <input type="checkbox"/> .	Nación <input type="checkbox"/> .	"		5

B.- FIJACIÓN (Decir las 3 palabras seguidas y repetírselas. Se puntúa sólo el 1º intento: 1 punto por cada una)

"Repita estas tres palabras: Peseta <input type="checkbox"/> .-Caballo <input type="checkbox"/> .-Manzana <input type="checkbox"/> .	3
(Repetirlas hasta que las aprenda)	

C.- CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO (1 punto por cada resta correcta y por cada cifra en el orden correcto)

"Si tiene 30 euros y me da dando de 3 en 3 ¿cuántos le van quedando?" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	5
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	
"Ahora hacia atrás" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	3

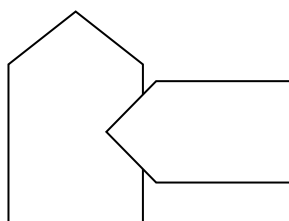
D.- MEMORIA (1 punto por cada palabra recordada, independientemente del orden)

"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .	3
--	---

E.- LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (1 punto por cada acierto; dar cada instrucción y esperar la respuesta)

- Mostrar un bolígrafo: "Qué es esto? . Repetirlo con el reloj . (1 punto por cada nombre) 2
- "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" . (Sólo ha de citarse una sola vez) 1
- "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? . ¿Qué son un perro y un gato? .- "Coja este papel con la mano derecha , dóblelo por la mitad , y póngalo encima de la mesa .- Escriba en un papel con letras grandes para que pueda leerse claramente. "CIERRE LOS OJOS". Dígame: "Lea esto y haga lo que indique" . (1 punto si lee, interpreta y ejecuta lo escrito) 1
- Dele una hoja en blanco y pídale que escriba una frase cualquiera. . (Debe ser escrita espontáneamente. Debe tener sujeto, verbo y predicado. No se valora ni la caligrafía ni la ortografía). 1
- Dígame que copie el dibujo inferior exactamente igual (Los 10 ángulos deben estar representados y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar. No valorar temblor ni rotación) . 1

PUNTUACIÓN



Interpretación:						
- Puntuación máxima global: 35						
- Puntuación de corte: 23						
11	15	19	23	27	31	35
Coma Obnubilación Estupor			Deterioro	No deterioro		

Fuente: Lobo y Ezquerro, 1997.

3.4.2.6.- Cuestionario de Pfeiffer

Otro instrumento para cribado de deterioro cognitivo es la versión española del Cuestionario de Pfeiffer (1975, p. 433-41).

Se trata de un sencillo cuestionario que consta de diez ítems (instrumento 7). El punto de corte está en 3 puntos o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir, y de cuatro o más para los que no. A partir de esta puntuación se puede comenzar a sospechar la existencia de deterioro cognitivo. Por eso es tan importante en este cuestionario recabar información previa sobre los años educativos o, mejor, sobre su competencia en materia de lecto-escritura:

Instrumento 7: Cuestionario de Pfeiffer

Fecha:		
Nombre:		
Edad:	Sexo:	Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Años de educación:	Ningún estudio <input type="checkbox"/> . Graduado Escolar <input type="checkbox"/> . Bachillerato <input type="checkbox"/> . Nivel Superior <input type="checkbox"/> .		

"Le voy a hacer unas preguntas para ver cómo se encuentra usted"

(Preguntar las cuestiones 1-10 en este orden y recoger todas las respuestas. Recoger el número total de errores).

	Positivo	Negativo
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, Mes, Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cómo se llama este lugar o edificio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección, si no tiene teléfono)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuántos años tiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿En qué lugar nació Ud.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cómo se llama el presidente de gobierno actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dígame el nombre y los dos apellidos de su madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reste de tres en tres desde 20 hasta llegar a 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Pfeiffer, 1975: 433-41

La interpretación resultante iría, en general, desde una valoración normal (0-2 errores) a deterioro severo (8-10 errores), pasando por deterioros leve (3-4 errores) o moderado (5-7 errores).

3.4.2.7.- Escala Fumant

Ya hemos señalado que una de las escalas más utilizada para determinar la calidad de vida percibida por personas mayores (también por personas con discapacidad intelectual) es la Escala Fumat (Verdugo et al, 2009). Su utilidad viene determinada por la facilidad de su manejo y por la rapidez en su aplicación (unos diez minutos). Estos autores señalan que en la calidad de vida de las personas mayores existen numerosos cambios y que, aunque algunos de ellos vengán precedidos por enfermedades, ello no impide alcanzar unos niveles adecuados de bienestar físico, psicológico y social. La escala FUMAT trata de evaluar ocho dimensiones a partir de cincuenta y siete ítems:

1. Bienestar Físico (salud): relativos a actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio, memoria...
2. Bienestar Emocional (satisfacción): autoconcepto, ausencia de estrés, satisfacciones personales, comportamiento y nerviosismo...
3. Relaciones Interpersonales (interacciones): relaciones, apoyos, actividades sociales, relaciones familiares...
4. Inclusión Social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales, amistades...
5. Desarrollo Personal: educación, competencia personal, desempeño, flexibilidad mental...
6. Bienestar Material: Estatus económico, empleo, vivienda, barreras arquitectónicas, pensión...
7. Autodeterminación Autonomía: metas/valores personales, elecciones o decisiones, ocio, organización...
8. Derechos: Derechos humanos, derechos legales, defensa, información situaciones reales...

Los indicadores utilizados, por ejemplo, en la dimensión “bienestar social” son si:

- en general, se muestra satisfecho con su vida presente,
- manifiesta sentirse inútil,
- se muestra intranquilo o nervioso,
- se muestra satisfecho consigo mismo,
- tiene problemas de comportamiento,
- se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe,
- manifiesta sentirse triste o deprimido o si
- muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.

Las “relaciones interpersonales” se evalúan a través de si:

- realizan actividades con otras personas que les gustan,
- mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude,
- mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude,
- carece de familiares cercanos,
- valora negativamente sus relaciones de amistad,
- manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.

El “bienestar material” se apoya en las percepciones a propósito de si:

- el lugar donde vives es confortable,
- manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual),
- se queja de su salario o pensión,
- el lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades,

- servicio donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades,
- dispone de las cosas materiales que necesita o si
- el lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades.

Para determinar el grado de “desarrollo emocional” se fija en si:

- puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos...),
- muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean,
- tiene dificultades para expresar información,
- en el servicio al que acuden le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan,
- muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.),
- dificultades para comprender la información que recibe,
- es responsable de la toma de su medicación o si
- muestra escasa flexibilidad mental.

Para el “bienestar físico” los indicadores seleccionados son si:

- tiene problemas de movilidad,
- tiene problemas de continencia,
- tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal,
- su estado de salud le permite salir a la calle,
- tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres....) o si
- tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales.

La capacidad de “autodeterminación” se mide basándose en si:

- hace planes sobre su futuro,
- muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco...),
- otras personas organizan su vida,
- elige cómo pasar su tiempo libre,
- ha elegido el lugar donde vive actualmente,
- su familia respeta sus decisiones,
- toma decisiones sobre cuestiones cotidianas o si
- otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.

Se valora el riesgo a ser excluido socialmente conociendo si:

- participa en diversas actividades de ocio que le interesan,
- está excluido en su comunidad,
- en el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita,
- tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita,
- tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude,
- está integrado con los compañeros del servicio al que acude,
- participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude,
- su red de apoyos no satisface sus necesidades o si
- tiene dificultades para participar en su comunidad.

Y la última de las dimensiones son los “derechos”. Para ello se pregunta si:

- en el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos,
- recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe,
- muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados,
- cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal o si,
- disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales...).

La persona evaluada (por sí misma, o a través de una persona de referencia) adjudica a cada una de estos cincuenta y siete ítems un valor:

1. Siempre o casi siempre
2. Frecuentemente
3. Algunas veces
4. Nunca o casi nunca

En el capítulo 8 aparecerá aplicada esta escala (Instrumento 8) a las dos personas longevas a quienes hemos analizado, respectivamente, sus “historia de vida”.

3.5.- EDAD PSICOLÓGICA

La edad cronológica no tiene por qué coincidir necesariamente con una determinada edad psicológica. La atribución de valores y de centros de interés similares a las personas comprendidas en un determinado tramo etario debería tener una función meramente orientativa. La realidad es que son frecuentes los desajustes a la hora de congeniar con personas de edades cronológicas similares tal vez porque lo que une a las personas no es tanto un pasado (evidente, cierto y objetivo) cuanto la afinidad en torno a la percepción y el deseo de un futuro (probable, posible y, por tanto, intangible todavía) similar. Afortunadamente, la sociedad acepta que en el círculo de amistades convivan personas de edades diversas, están tolerados los matrimonios entre personas con diferencias de edad significativas aunque todavía son noticia sobre todo si la mujer es superior en edad al varón y la educación formal es relativamente permeable a los desarrollos madurativos del alumnado a través de ajustes relacionados con el logro (promoción) o no (repetición de curso).

Piaget se apoyó en las tablas de edad mental elaboradas por Alfred Binet para formular su teoría de la adaptación en donde concluía, por ejemplo, que a los dieciséis ya se piensa como adulto. Vigotsky disintió de este planteamiento pero no sería hasta épocas más recientes cuando sus aportaciones fueron tenidas en cuenta. La teoría de Piaget se hizo famosa y se diseñaron planes educativos apoyados en las tesis constructivistas de sus postulados (Perales, 1992). Sin embargo también se dio cuenta de que la norma de una tabla de inteligencia no era suficiente para determinar el desarrollo de un niño dado que había casos de desajuste entre la edad mental de la tabla y la edad cronológica; Piaget denominó a estos desajustes como “décalages” (que podría traducirse como desconexiones o discordancias). La psicología occidental se ha apoyado más en Piaget y Freud, cuyas opiniones acerca del desarrollo de la persona son menos precisas en su metodología experimental y en su fundamento filosófico que la de otros autores. Así, Vigotsky defendió que no existía una edad fija para un determinado nivel desarrollo, haciéndolo depender fundamentalmente de la educación y de oportunidades recibidas, opinión que ha sido reconsiderada y recogida más ampliamente por la psicología moderna (Bruner, 1988).

Esta manera de interactuar con el entorno (a través de la educación y de las oportunidades disponibles) es lo que a nuestro juicio determina en mayor y mejor medida la edad psicológica de las personas. Las afirmaciones del saber popular que defienden que “la edad está en la mente: uno es joven cuando se siente joven” están avaladas por evidencias empíricas; se trata de una cuestión de actitud demostrada por el hecho, por ejemplo, de que seguir estudiando una vez pasada la barrera de los 50 es la mejor gimnasia para el cerebro y retrasa el Alzheimer hasta 6 años. Así lo atestigua el doctor en Neurociencias por la Universidad de Oxford y catedrático de Fisiología y Biofísica de la Universidad de Iowa, Francisco Mora (Mora, 2015), quien recomienda aprender un idioma a los 50 años, independientemente de cuántos se conozcan ya, porque es una exigencia para el cerebro, lo que hace que se mejore la llamada plasticidad cerebral y se potencia el aprendizaje y la memoria.

Lázaro Carreter (1985) concebía que a una persona culta en función de si era capaz de adaptarse o no a los registros idiomáticos de sus interlocutores. Los idiomas lógicamente ayudan cuando se abarca un contexto geográfico y cultural amplio, pero el académico de la lengua se refería también a la capacidad para comunicarse adecuadamente en contextos científicos, familiares o coloquiales, según conviniera. Esta capacidad de adaptación es la que, a nuestro juicio, mejor define la edad psicológica de una persona: la que tiene que ver con la capacidad de adaptación a nuevas situaciones de la vida diaria y que hace posible o no relaciones exitosas. Lo fundamental de una “juventud psicológica” es saber relacionarse con personas de distintas edades y/o culturas, lo que se traduce en la capacidad de adaptarse a contextos socioculturales novedosos. Y, en este sentido, hay “viejos de veinte años como también hay jóvenes de noventa” (González, 2011, p. 21). Según esto, los instrumentos más adecuados para determinar esta edad vendrían propiciados por entrevistas presenciales o por la resolución de supuestos prácticos o el desempeño de juegos de roles que evidenciaran determinadas capacidades y en las que fuera necesaria una evaluación mediante observación.

3.6.- EDAD SOCIAL

Se trata de una edad marcada por circunstancias económicas, laborales o familiares y estrechamente ligada a actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica. Así, por ejemplo, la jubilación marca una edad social por pertenencia a un grupo social con importantes cambios en diferentes aspectos (laboral, económico y de recursos): desaparece la profesión que antes otorgaba identidad para pasar a engrosar los datos de una estadística. Por otra parte, la adscripción de un escolar a una determinada etapa educativa también establece la asunción de gustos, valores y roles asociados, de ahí la importancia de que esta adscripción respete los niveles madurativos de cada persona, para no interferir en su propio potencial de desarrollo.

La edad social tiene mucho que ver también con la imagen personal y, consiguientemente, con modas y tendencias. Con frecuencia, actores y actrices (en mayor medida) y/o modelos que prestan su imagen para encarnar unos determinados valores se ven relevados por el empuje de personas más jóvenes. El esfuerzo realizado por la educación por corregir la percepción que la sociedad tiene de las competencias asociadas a la edad se ven contrarrestadas con frecuencia por la opinión de los medios de comunicación que no dudan, por ejemplo, en vincular una noticia relativa a un accidente de tráfico a la edad de sus ocupantes, estableciendo una relación entre edad y un supuesto estilo de conducción.

Sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros, se afanan por desmontar -con un éxito relativo- este subjetivo entramado de preconcepciones que en absoluto contribuyen a erradicar o, al menos, corregir el edadismo asociado a la discriminación a la que se refería Lorde (2003) y que afecta

por igual a jóvenes (discriminación por edad inversa) y a mayores en temas –por ejemplo- de empleo. La legislación vigente en materia de no discriminación por la edad está avalada por directrices internacionales como el artículo 21.1 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Comisión Europea, 2000^a) o la Directiva 2000/78//CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación, que pretende luchar contra las discriminaciones basadas en la religión o convicciones, la discapacidad, la edad y la orientación sexual (Comisión Europea, 2000^b).

En los últimos años ha entrado en escena un nuevo concepto de edad social vinculado a la generalización de las redes sociales: la técnica del “photoshop” por un lado y el culto al aspecto físico por otro han contribuido a que se prime –por utilizar una metáfora- el “hardware” sobre el “software”, el continente por el contenido... Considerarlo simplemente una moda pasajera sería dar la espalda a toda una filosofía de vida que ha convertido a los gimnasios en templos y al Facebook en los minaretes desde donde se llama a la oración.

Nos referíamos anteriormente precisamente a la Medicina Anti-edad como a una nueva ciencia que cada día gana más adeptos y no siempre para incrementar su potencial de vida sino para eternizarse en ese culto al aspecto exterior.

3.7.- EDAD EXITOSA

Hemos querido introducir un nuevo concepto, el de “edad exitosa”, para referirnos con él al momento vital en la que mejor se es consciente de las propias capacidades y éstas son desarrolladas de una manera satisfactoria. Es precisamente en esta edad exitosa en la nos proponemos basar nuestra particular pedagogía de la longevidad, como un modo de afrontar el reto de “aprender a envejecer” (Castro, 1996) concebido como “el arte de envejecer” (Schopenhauer, 2010) y con un punto de partida claro precisado por Friedan (1994):

“Creo que ya es hora de que empecemos a buscar la fuente de la edad, de que dejemos de negar que vamos haciéndonos viejos, y nos pongamos a mirar la realidad de nuestra propia experiencia, y la de otros hombres y mujeres que han sabido ir más allá de la negación y llegar a un sitio nuevo a los sesenta, los setenta, los ochenta años. Es hora de ver la vejez desde su propio ángulo, de hablar de su fuerza y sus valores como realmente se sienten, acabando con la idea que es únicamente deterioro y decadencia de la juventud. Sólo entonces veremos que el problema no es la edad en sí, que hay que negar mientras sea posible hacerlo, ni el número, cada vez mayor, de personas que siguen viviendo después de los sesenta y cinco años, a las que hay que apartar de cualquier actividad útil, divertida o agradable, para que los demás podamos conservar nuestra ilusión de continuar siendo jóvenes para siempre” (p. 84).

Partimos, pues, de la premisa de que comprender los procesos de envejecimiento va más allá del análisis causal y biomédico proporcionado por la ciencia. Nos interesa relacionarlo con una dimensión más personal y social en donde la salud, los recursos económicos y la forma íntima de entender esta etapa larga de la vida pueden proporcionar una visión holística del fenómeno del envejecimiento humano si, además, se recogen las aportaciones de la filosofía (o, más concretamente, de la bioética) para comprender la mejor manera de afrontar los últimos años de la vida, junto con los importantes logros de la psicología, y más particularmente, de la psicología positiva (Vázquez y Hervás, 2009) como plasmación de principios más netamente pedagógicos como el del “aprendizaje a lo largo

de toda la vida” (Unesco, 2007 y 2013) abarcando el aprendizaje en todas las edades y modalidades, ya sea desde la educación formal, no formal o informal.

Si, como afirma la UNESCO, la necesidad de materializar los principios del aprendizaje a lo largo de toda la vida en la educación y en políticas de desarrollo resulta hoy algo urgente en todas las edades de la vida, lo será mucho más en las últimas etapas por lo que supone de poder proporcionarnos una prueba del grado de logro de sociedades más justas, equitativas y solidarias.

A las personas mayores se les presupone la sabiduría y la serenidad inherentes a sus muchos años de experiencia (Calle, 2000) y, sin embargo, los datos sobre ansiedad y depresión muestran que su prevalencia aumenta con la edad. Así, mientras, por ejemplo, las tasas de depresión afectan a un 6% de la población española lo hace un 15% en personas mayores (Rodríguez Vicente, 2010). En mi trabajo con personas mayores institucionalizadas a lo largo de los últimos veintidós años he conocido a personas maravillosas y con una vitalidad e ilusión envidiables (a ellas me referiré más en profundidad en el capítulo siguiente) pero también a muchos residentes que han hecho de la queja su zona de confort. He inventariado alguna de las afirmaciones desde las que he tenido que fundamentar una intervención que tiene tintes educativos, terapéuticos y socioculturales:

- *“ya no quiero vivir más”*
- *“no pensé en llegar a esta edad”*
- *“viviré mientras Dios lo quiera”*
- *“si estamos aquí por algo será”*
- *“me quedé sin padres de niña”*
- *“mi marido murió hace treinta años”*
- *“estando la cabeza bien...”*
- *“toda la vida trabajar”*
- *“siempre he estado enfermo”*
- *“¿cuándo se me curará esto?”*
- *“la clave está en conformarse”*
- *“ya he trabajado bastante: ahora toca descansar”*
- *“salud, dinero y amor”*
- *“aquí ya nos lo dan todo”*
- *“estoy sola en el mundo”*
- *“para estar así lo mejor es morirse”*
- *“he llegado a los cien años porque... no me he muerto antes”*
- *“lo más importante es que nos traten con cariño”*
- ...

Por el contrario, he tenido el placer de aprender al lado de otras personas que son quienes han inspirado esta tesis doctoral y a quienes, entre otros, iba dedicada en el apartado de “agradecimientos”. He querido destacar sólo a tres pero, como veremos, son muchas más:

- Daniel Benavides, quien a sus 94 años sigue alumbrando proyectos, como las 20.000 plantas de lavanda que ha mandado plantar en su finca y cuya primera producción verá la luz en el año 2020.
- Rosina Rodríguez, quien a sus 101 volvía cada año a ver conmigo el mar como si se tratara de la primera vez... y no se perdía ninguna disculpa para salir de la residencia y viajar... Fue ella quien relató a unos periodistas que vinieron a agasajarla por su cumpleaños: “aquí no me aburro nunca aunque, si quiero, me aburro un poco”.

- Victoriano Mucientes a quien pedí en repetidas ocasiones que me desvelara el secreto de su longevidad y acabó por confesarme que la clave era estar ocupado todo el tiempo aunque siempre encontrando un rato para estar con los amigos, dando un paseo o yendo al bar y, sobre todo, nunca discutir ni disgustarse por nada: “a veces para ganar, hay que saber perder”.

Refugiarse en los recuerdos o mirar hacia el futuro son dos maneras muy distintas de afrontar la vida, legítimas ambas, si bien permítanme que me decante por la segunda. Envejecer con éxito es no solo asumir los retos de cada edad sino liderarlos explicitándolos en un proyecto de vidas. Fernández-Ballesteros (2010) establece como indicadores del “envejecimiento con éxito”, entre otros, una alta o muy alta satisfacción con la vida, buena o muy buena salud subjetiva, puntuaciones por encima de 29 en el Mini-Mental State Examination (Folstein, 1975) así como la participación en actividades de ocio y productivas. Pero para ello es necesario esa madurez que se presupone para evaluar adecuadamente lo vivido y comprometerse en proyectar responsablemente lo que falte por vivir (Castro, 2006). Ello no se improvisa de un día para otro: es fruto de una actitud que arranca de momento en que comienza a conformarse la personalidad durante la infancia hasta el punto de que ya Platón afirmaba que “*se envejece como se ha vivido*” (Fernández-Ballesteros, 2004).

Una edad exitosa es, pues, aquella en que cada persona es capaz de desarrollar el máximo de su potencial individual de modo que genere satisfacción física, psicológica y social acorde con sus posibilidades y con los estándares de su grupo de edad cronológica, biológica, funcional, psicológica o social. Hasta aquí este concepto podría aplicarse a cualquier persona de cualquier edad cronológica. Hay otras dos significaciones que podrían distraernos de la anterior pero que citaremos por ser relevantes para muchas personas que se enfrentan a la tarea de envejecer exitosamente (Brigueiro, 2005):

1. una tomaría como parámetros de envejecimiento exitoso el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento.
2. la otra se relacionaría con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño, y de optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Estas estrategias le permitirían compensar las pérdidas identificadas en el proceso de envejecimiento y se mantendría la estimulación para realizar comportamientos en otros dominios de la vida cotidiana. En esta connotación, los ejemplos para lograr un envejecimiento exitoso suenan afines a la perspectiva de la promoción de la salud: si un adulto mayor tiene una buena capacidad física, la preservación de este potencial y su estimulación a través de la práctica deportiva puede reforzar el sentido de bienestar y favorecer el mantenimiento de vínculos sociales.

La edad exitosa reivindica el valor de cada uno de los momentos del presente anteponiéndolo al valor de los momentos que habrán de venir y de aquellos otros que ya forman parte del pasado, por este orden. Pero dado que el presente es efímero, precisa ser vivido con la intensidad de quien, sabiendo que es hijo de un pasado concreto, es fundamentalmente padre de su propio porvenir (Unamuno 2005) que, cuanto más cercano se perciba, mayor motivación y, por tanto facilidad para poder ser transformado al propio gusto y ajustándose a las necesidades.

Como afirma Ángel de Castro (1990) *“Vivir el presente es lo que importa, aun cuando tengas a tus espaldas noventa primaveras, y olvidarnos del pasado recién oliendo a muerto. Sólo se permite el recuerdo si es para lanzarnos al goce de lo cotidiano y animarnos a volver a vivir con más intensidad, siempre que se pueda, y se puede casi siempre, los momentos que fueron pasando y dejaron poso”* (p. 98).

En resumen, hemos introducido el concepto de “edad exitosa” para intentar salvar las indudables limitaciones de la edad cronológica, biológica, funcional, psicológica o social a la hora de determinar las características de una vida necesitada de ser vivida con calidad y dignidad. Las personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo exitoso representan el paradigma pedagógico que ha inspirado la presente tesis doctoral.

Básicamente, la edad cronológica debería introducir tan solo datos orientativos sobre las necesidades de desarrollo de las personas y, sin embargo, asistimos perplejos a la omnipresencia de criterios edadistas para “clasificar a las personas”. Por su parte, la edad biológica, al tratar de fijar los límites del potencial de vida, no indica el modo en que este potencial de vida puede ser vivido de manera plena. La edad funcional se ha convertido en el sistema más comúnmente aceptado para precisar la cuantía y la calidad de las ayudas a las que tiene derecho la persona en aras de promover su autonomía personal. La edad psicológica se ve con frecuencia amenazada por la edad social, al intentar que prevalezcan unos comportamientos adecuados con determinados estándares de edad muchas veces dictados por variables culturales como la moda o las tendencias estéticas. Precisábamos pues de un nuevo concepto.

La edad exitosa reivindica el valor de cada momento presente anteponiéndolo al valor del futuro y del pasado, por este orden. Pero dado que el presente es efímero, precisa ser vivido con la intensidad de quien, sabiéndose hijo de un pasado concreto, procura convertirse en responsable de su propio porvenir; y ello de una manera serena como antesala de la felicidad a la que aspira como proyecto vital. La edad exitosa se ha presentado como ese momento vital (que, tras su conquista, debe procurarse ser mantenido en el tiempo) en el que mejor se es consciente de las propias capacidades y éstas son desarrolladas de una manera satisfactoria y ello debe corresponderse con la edad en que cada persona es capaz de desarrollar el máximo de su potencial individual de modo que genere satisfacción física, psicológica y social acorde con sus posibilidades y con los estándares de su grupo de edad cronológica, biológica, social, psicológica o funcional.

En los dos siguientes capítulos trataremos de establecer las bases de una longevidad exitosa (capítulo 4) para lo cual analizaremos e inventariaremos aquellas actividades (capítulo 5) que podrán contribuir a este objetivo a todos los efectos.

Capítulo 4

Longevidad exitosa

“Si tú no te preparas a fondo cuando tienes treinta, cuarenta o cincuenta, convéncete de que estás disminuyendo las posibilidades de disfrutar de esa etapa final que puede ser hermosa y bella si tú te lo propones” (Castro, 1996, p. 101)

Como podemos observar en la tabla 17, en el año 2012 11.156 personas superaban en España la edad cronológica de 100 años. Según este dato la población centenaria representaba el 0,024 por ciento respecto a la población total, mientras la proporción mundial lo hacía en un 0,01%, lo que sitúa nuestro país entre los primeros con mayor proporción de mayores de 100 años en función de sus habitantes (INE, 2012). Por Comunidades Autónomas, encabezan la lista de este selecto club Cataluña (1637), Andalucía (1580), Madrid (1421) y Castilla y León (1292) en términos absolutos.

Tabla 17: Centenarios por Comunidades Autónomas 2012

	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
CATALUÑA	1637	305	18,6	1332	81,4
ANDALUCÍA	1580	363	23	1217	77
MADRID	1421	237	17	1184	83
CASTILLA Y LEÓN	1292	304	23,5	988	76,5
COMUNIDAD VALENCIANA	873	188	21,5	685	78,5
CASTILLA - LA MANCHA	505	108	21	397	79
PAÍS VASCO	478	72	15	406	85
CANARIAS	449	113	25	336	75
ARAGÓN	403	101	25	302	75
ASTURIAS	349	66	19	283	81
NAVARRA	172	25	14,5	147	84,5
BALEARES	170	34	20	136	80
CANTABRIA	168	20	12	148	88
MURCIA	139	22	16	117	84

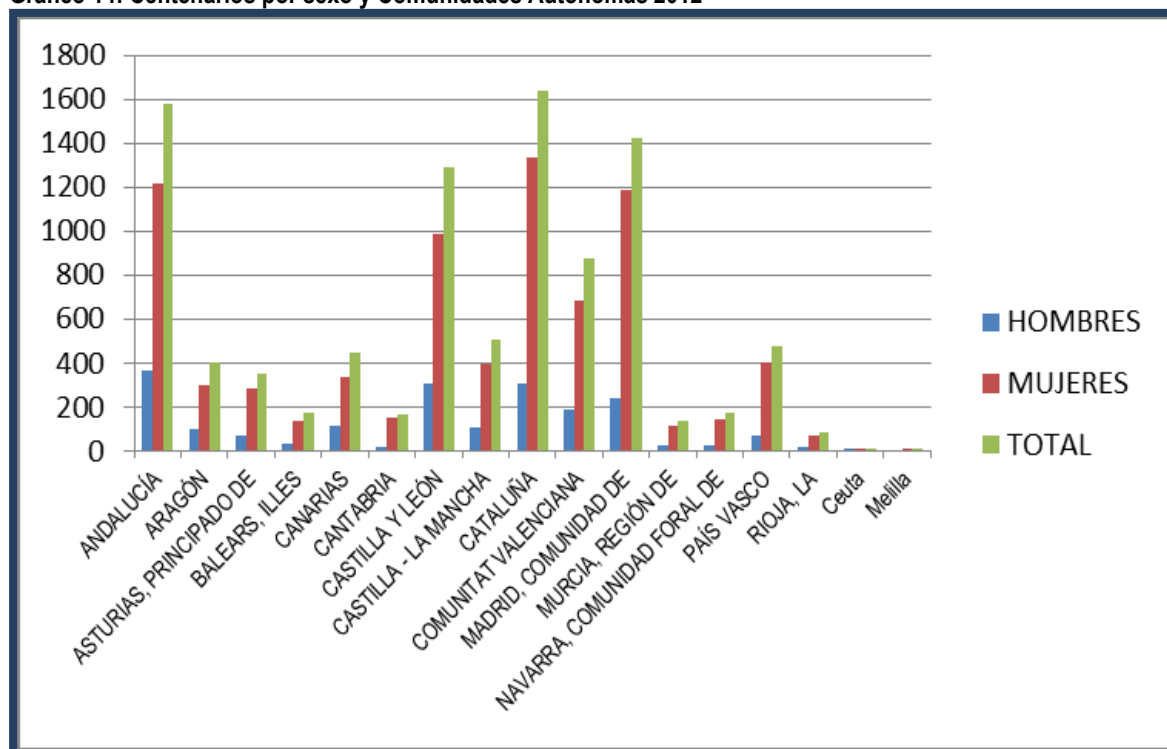
RIOJA, LA	86	15	17,5	71	82,5
Melilla	13	0	0	13	100
Ceuta	7	2	28,5	5	71,5
TOTAL ESPAÑA	11156	2286	20,5	8870	79,5

Fuente: elaboración propia a partir de INE, 2012^a

En términos relativos, la proporción de población de más de 100 años en España se concentra en las Comunidades Autónomas de Castilla y León (0,051%), Galicia (0,039%) y Asturias (0,032%) mientras que las comunidades con menor prevalencia de población centenaria son la Región de Murcia, con un índice muy inferior a la media española (0,009%), Baleares (0,015%) y la Comunidad Valenciana (0,017%). Melilla y Ceuta también cuentan con una baja proporción de centenarios: en Melilla un 0,016% y en Ceuta un 0,008%.

Es una constante que la proporción de mujeres por encima de los 100 años supere sensiblemente a la de hombres (Gráfico 14), algo que sigue el patrón de la mayor esperanza de vida en el sexo femenino: ya comentamos que mientras el hombre ha alcanzado en España una longevidad media de 78,87 años, la de la mujer es de 84,82 (INE, 2012^a).

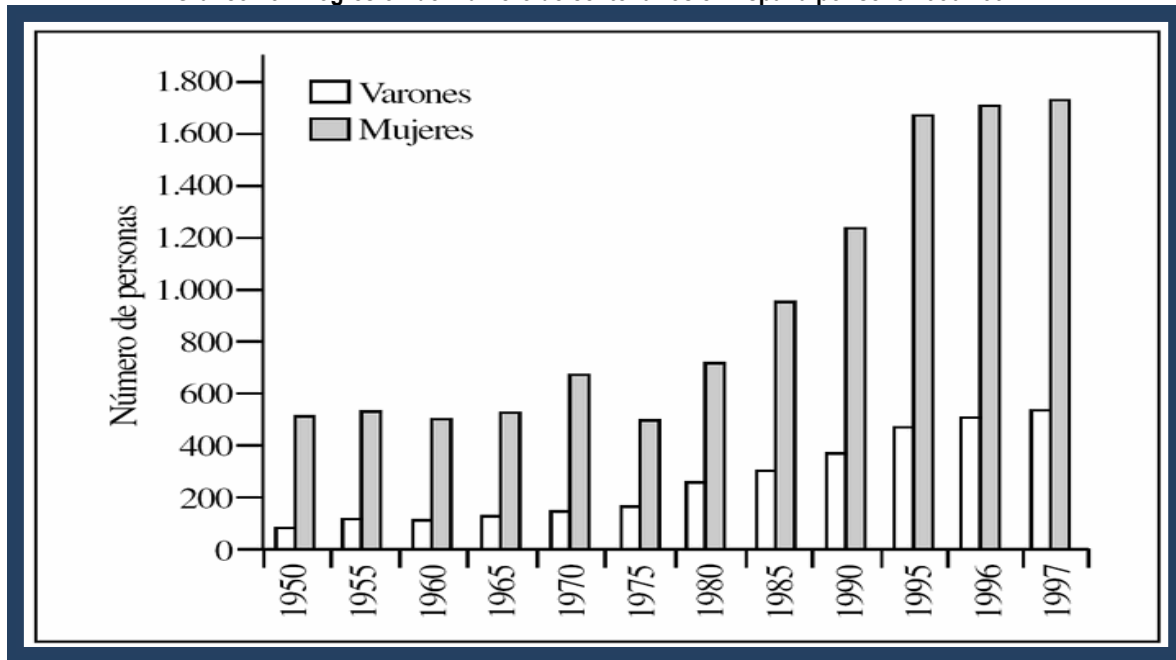
Gráfico 14: Centenarios por sexo y Comunidades Autónomas 2012



Fuente: INE, 2012^a

Pero mucho más significativo es el dato que de la progresión seguida por el incremento del número de personas centenarias en nuestro país (Gráfico 15). De mantenerse la progresión seguida durante el siglo XX, gran parte de los nacidos a partir del año 2000 se aproximarán a esa edad, por lo que la estimación es que sean 50.000 los centenarios en España en el año 2050.

Gráfico 15: Progresión del número de centenarios en España por sexo 1950-1997



Fuente: INE, 2012^b

Además de por la comunidad autónoma de origen y el sexo de las personas centenarias, nos interesa conocer también en qué medida la longevidad puede estar condicionada por otros determinantes por lo que a continuación nos detendremos en analizar las categorías identificadas tras una exhaustiva revisión bibliográfica.

A todos los efectos, una persona longeva se define como aquella que supera la esperanza de vida fijada para su contexto geográfico. La longevidad es un concepto que nace de contextos demográficos, pero cuyo uso abarca más allá de sus consideraciones sociológicas. En general tiene que ver con la duración de la vida de un organismo biológico aunque se utiliza con más frecuencia para referirse a seres humanos y, concretamente, a la etapa correspondiente con lo que se conoce como ancianidad. Las reflexiones sobre la longevidad van habitualmente ligadas al reconocimiento de la brevedad humana e incluyen discusiones sobre métodos para extenderla más allá del límite considerado como normal. El tema ha despertado tradicionalmente no sólo el interés de la ciencia, sino también de la literatura de viajes, de la ciencia ficción o de las novelas utópicas.

4.1.- LA PREOCUPACIÓN EN TORNO AL TEMA DE LA ETERNA JUVENTUD

La búsqueda de la “eterna juventud” ha alimentado la imaginación de escritores (incluida la de los guionistas cinematográficos) desde hace décadas. Hemos intentado recoger en este apartado un inventario de libros y películas que, sin ser exhaustivo, pretenden ilustrar el alcance de esta realidad. Nos centraremos en la atemporalidad del cuerpo dado que, de incluir la inmortalidad del alma, nos introduciríamos a su vez en otro ámbito con posibilidades ilimitadas. Lo hacemos cronológicamente y separando las producciones literarias de las cinematográficas, las cuales curiosamente son todas de origen norteamericano. Comencemos con algunos libros (Tabla 18):

Tabla 18: El tema de la “eterna juventud” en la literatura

Título	Autor	Año	Descripción
Epopéya de Gilgamesh	Anónimo	hacia el 1300 a.C.	Narración en verso de carácter épico y origen sumerio conservada en el Museo Británico en unas tablillas
Mito de Titono	Hesíodo	Siglos VIII-VII a.C.	Mitología Griega (Scott, 2004)
Mito de Asclepio	Píndaro	Siglo VI a.C.	Mitología Griega (Scott 2004)
Mito de Prometeo	Esquilo	Siglos VI-V a.C.	Mitología Griega (Scott, 2004)
Leyenda del judío errante	Chistoff Crutzer	1602	Aunque contextualizado en tiempos de Jesucristo, es el primer documento conservado y que posteriormente fue recreado por autores con Hans Christian Andersen (“Ahasuerus”), Coethe, Kipling y otros.
Conde de Saint Germain	Personaje histórico	En torno a 1690	Enigmático personaje que ha alimentado toda clase de hipótesis...
Los viajes de Gulliver	Jonathan Swift	1726	Capítulos IX-X dedicada a los “struldbruggs” (una raza de hombres inmortales)
Frankenstein o el moderno Prometeo	Mary Shelley	1818	Considerado el primer texto del género de ciencia ficción ha dado lugar al desarrollo de infinidad de comics y películas.
El retrato de Dorian Gray	Oscar Wilde	1890	Aunque parte del tema de la “eterna juventud” la novela se centra en el narcisismo del personaje principal.
Drácula	Bram Stoker	1897	Fantasías aparte, interesa por la “eterna juventud” asociada a la ingestión de sangre: estudios actuales, como los de Wagers (2013) así lo acreditan). De igual modo que la obra de Mary Shelley, ha dado lugar a infinidad de secuelas y desarrollos literarios y cinematográficos posteriores.
Orlando	Virginia Woolf	1928	Fantasía libre en la que la protagonista narra en primera persona cinco siglos de la historia inglesa.
Bomarzo	Manuel Mújica Láinez	1962	La novela narra en primera persona la vida de Pier Francesco Orsini quien despierta en su fortaleza familiar de los Bomarzo casi cuatro siglos después de haber muerto.
El inmortal	Jorge Luis Borges	1947	Reflexión sobre las paradojas de orden metafísico que los hombres deberían afrontar en caso de ser inmortales.
El hombre bicentenario	Isaac Asimov	1976	Aquí alguien decide renunciar a la inmortalidad para convertirse en humano-
Las intermitencias de la muerte	José Saramago	2005	Interesante desarrollo de las consecuencias de que en un lugar anónimo e intemporal nadie muera a partir de una fecha determinada...
Eterna Juventud	Drew Magary	2012	Ciencia ficción con el punto de partida de una sencilla operación por la que el usuario puede optar a una vida casi eterna: no evita la muerte, pero sí el envejecimiento.

Fuente: elaboración propia

En cuanto al modo en que ha quedado plasmado este tema en el ámbito cinematográfico deseamos presentar un breve elenco cinematográfico de los últimos cincuenta años (Tabla 19):

Tabla 19: El tema de la “eterna juventud” en la cinematografía

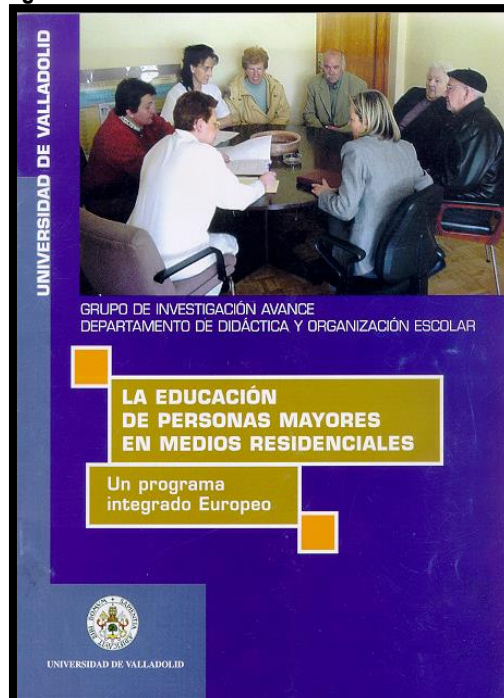
Título	Director	Año País/	Descripción
Monkey business	Howard Hawks	1952/EEUU	Un prestigioso químico descubre una píldora que impide envejecer.
Heaven can wait	Warren Beatty y Buck Henry	1978/EEUU	Un ángel devuelve a la vida a un deportista fallecido por error reencarnándole en diferentes personas.
Cocoon	Ron Howard	1985/EEUU	Un grupo de personas mayores recobra la energía de su juventud cuando accidentalmente entran en contacto con unos extraños objetos sumergidos en una piscina.
Indiana Jones and de Last Crusade	Steven Spielberg	1989/EEUU	Tercera entrega de las aventuras de Indiana Jones – El objetivo es encontrar el Santo Grial que, bebiendo de él, se consigue la vida eterna.
Always	Steven Spielberg	1989/EEUU	Un diestro piloto fallecido durante un servicio de extinción de incendios “vuelve a la vida” para impartir su última lección.
Forever Young	Steve Miner	1992/EEUU	Año 1939, un piloto de pruebas se ofrece voluntario para participar en un experimento secreto. 53 años después su cuerpo no ha envejecido...
The Spring	David Jackson	2000/EUU	Un padre y su hijo se detienen en un pueblo con un secreto: allí la primavera tiene poderes curativos y proporciona la juventud eterna.
Tuck Everlasting	Jay Russell	2002/EEUU	La joven Winnie Foster trata de escapar del control de sus acaudalados y dominantes padres cuando conoce a los Tuck: inmortales gracias al agua de un milagroso manantial.
The Fountain	Darrow Aronofsky	2006/EEUU	Ciencia ficción a partir de un viaje a través del tiempo
In Time	Andrew Niccol	2011/EEUU	Película futurista en que el hallazgo de una fórmula contra el envejecimiento convierte el tiempo en moneda de cambio.
Pirates of the Caribbean: on stranger tides	Rob Marshall	2011/EEUU	Cuarta entrega de las aventuras de Jack Sparrow. El objetivo es ahora encontrar la fuente de la juventud.
The Age of Adaline	Lee Toland Krieger	2015/EEUU	Tras un accidente fatal una noche helada, la mujer de 29 años Adaline deja de envejecer. Mientras sus contemporáneos mueren, ella se convierte en una reclusa de su belleza...

Fuente: elaboración propia

4.2.- DETERMINANTES DE LA LONGEVIDAD

Llegados a este punto nos hemos detenido en indagar qué tipo de estudios se han realizado en los últimos años relacionados con las personas longevas. Hemos echado de menos alguna publicación que intentara abordar esta cuestión desde una visión holística, pero nos hemos encontrado tan solo con investigaciones parciales, esto es, desde alguno de los múltiples y posibles presupuestos: médicos (los más frecuentes), periodísticos, sociológicos, estadísticos... y ninguno desde premisas netamente pedagógicas. Es cierto que la pedagoga santanderina Lourdes Bermejo (2004, 2005, 2006 y 2010) ha sido muy prolífica en publicaciones relacionadas con la educabilidad de las personas mayores, como también lo hiciera desde el año 2000 el Grupo de Investigación “Avance” (Imagen 2) de la Universidad de Valladolid –dirigido por el profesor Raúl de Prado y del que formé activamente parte-, pero faltaba un abordaje más integrador.

Imagen 2: Grupo de Investigación “Avance” del Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Valladolid.



Fuente: Universidad de Valladolid, 2000.

Los estudios más frecuentes cifran la longevidad en determinantes genéticos, aunque también existen muchos que versan sobre cuestiones relativas a los estilos de vida (tipo de alimentación y ejercicio físico). Tras una intensa revisión bibliográfica, hemos identificado 10 categorías (algunas agrupan varios factores) y, a su vez, hemos tratado de inventariar los estudios más recientes llevados a cabo sobre ellas: categorías geográficas, genéticas, hábitos de vida, estado civil, nivel económico, avances, farmacológicos, nivel de estudios, nivel de ocupación, nivel de participación y tipo de personalidad.

4.2.1.- Factores geográficos: entorno físico

Una de las investigaciones más recientes se basa en el estudio de los genes de 894 centenarios de España y Japón (Pinos, 2014). Las conclusiones sugieren que la presencia del polimorfismo rs1333049 localizado en el cromosoma 9p21.3 parece ser influir en la longevidad de las personas centenarias debido a su benigna asociación con enfermedades relacionadas con la edad, particularmente con las patologías coronarias. Los autores de este estudio afirman que éste podría estar entre los contribuyentes genéticos de la longevidad excepcional en las poblaciones del sur de Europa aunque también sugieren que es necesario seguir investigando.

Las investigaciones más conocidas, sin embargo, muestran una gran dispersión tanto espacial como temporal en la ubicación de estos lugares en los que se concentran personas centenarias. La dispersión es evidente (Imagen 3):

Imagen 3: Localización en el mundo de 9 lugares con mayor concentración de personas longevas



Fuente: elaboración propia a partir de Wrench, 1938; Buettner, 2008; Coler, 2008; Robbins, 2007; Moreno, 2014 y Noguero, 2014.

Así el médico y nutricionista escocés Robert McCarrison (1878-1960) fue el primero en aproximarnos científicamente al valle del río Hunza (en Pakistán, en la frontera en donde convergen los límites de Cachemira, China, India y Afganistán) y en donde sus pobladores vivían hasta los 110-120 años, sin apenas enfermar y conservando una apariencia jovial. Este ex director del Consejo de Nutrición de la India (cuando ese país era todavía una colonia británica) llevó a cabo un estudio en el contexto de sus esfuerzos por demostrar el efecto de la nutrición en la epidemiología de las enfermedades, por lo que no le fue difícil concluir que la explicación de la longevidad de los habitantes del valle del Hunza residía en su escaso consumo de proteínas: de promedio de 1933 calorías diarias, sólo 50 solían corresponder a proteínas, con lo que el factor geográfico cedería peso ante la categoría “estilo de vida” (Wrench, 1938). Este valle ha sido estudiado desde entonces por diferentes autores (Rodale, 1956; McCarrison, 1953; Clark, 1956; Beare, 2005; Robbins, 2007) quienes también corroboraron las singulares características del entorno y su influencia en la longevidad.

Imagen 4: Localización del Valle de Hunza (Pakistan):

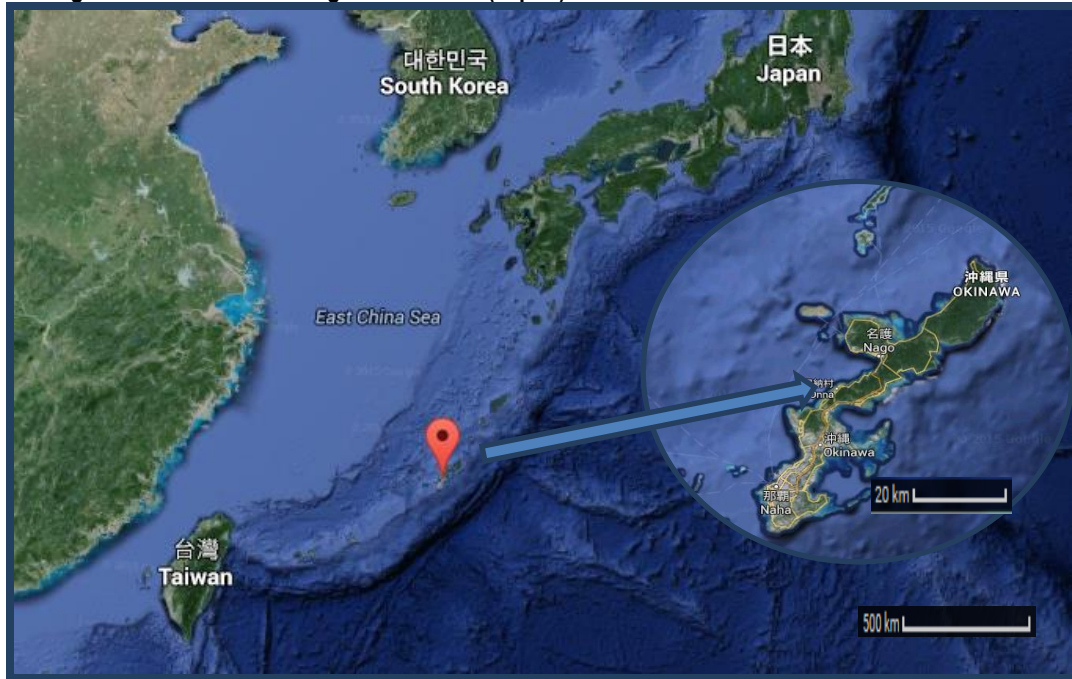
Fuente: Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

El equipo de investigadores coordinado por Dan Buettner (2008) visitó por su parte cinco de los lugares en el mundo en donde se identificó una mayor concentración de personas centenarias con el propósito de extraer algún patrón acerca de su longevidad saludable. La investigación concluía que se trataba de personas que mantenían redes sociales sólidas, comían de manera moderada a base de una dieta basada fundamentalmente en vegetales e incorporaban el ejercicio físico como una rutina diaria. Denominaron estos cinco “zonas azules”: Cerdeña (Italia), Okinawa (Japón), Loma Linda (California), Ikaria (Grecia) y Nicoya (Costa Rica).

Imagen 5: Localización de Cerdeña (Italia)

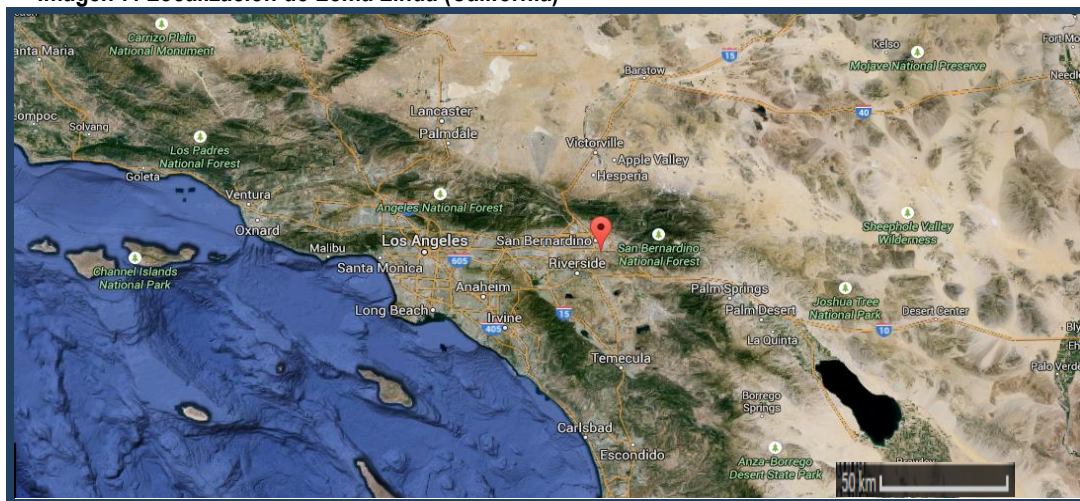
Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

Imagen 6: Localización de Ogimi - Okinawa (Japón)

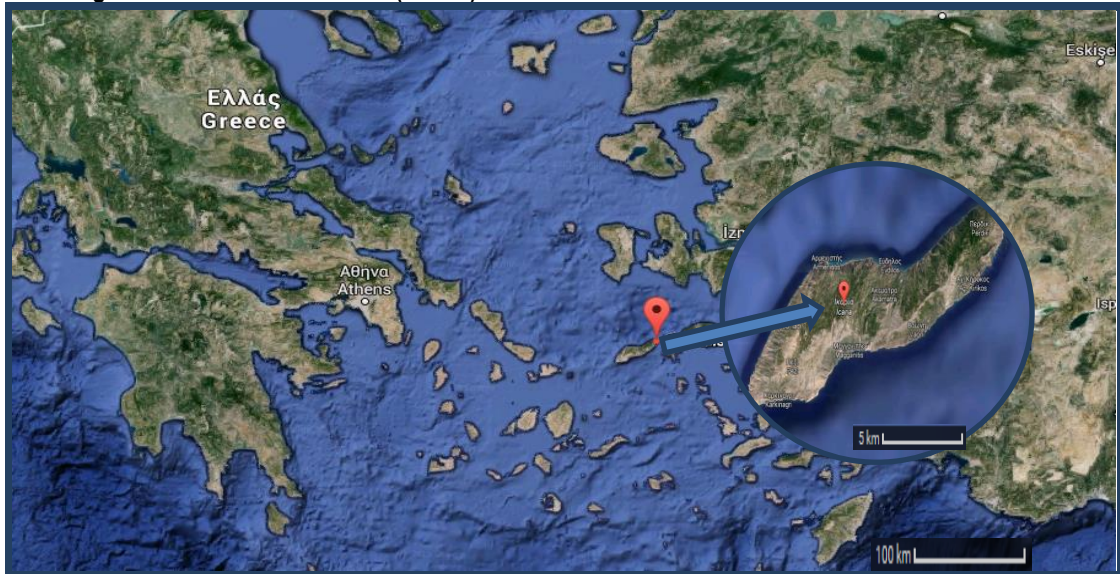


Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

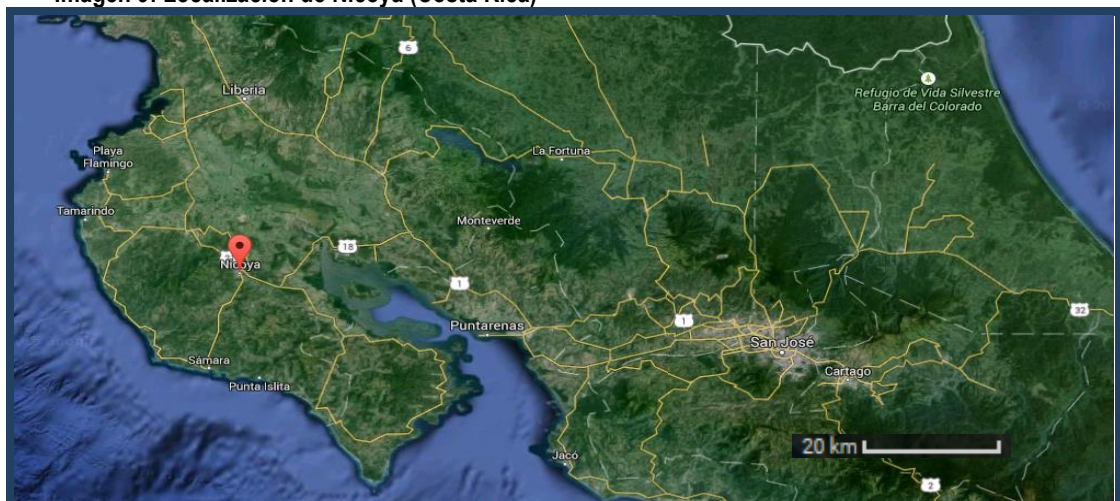
Imagen 7: Localización de Loma Linda (California)



Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

Imagen 8: Localización de Icaria (Grecia)

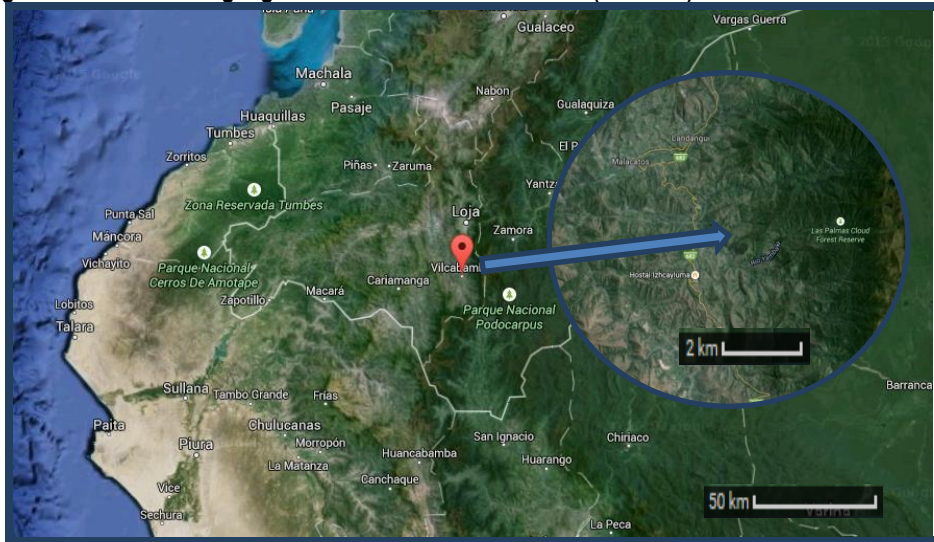
Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

Imagen 9: Localización de Nicoya (Costa Rica)

Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

El médico y periodista Ricardo Coler (2008) indaga sobre los misterios de la longevidad de los habitantes del valle de Vilcabamba en Ecuador; de ahí que viajara hasta allí para poder conocer el misterio de un lugar privilegiado por una salud y una vitalidad en la que sus protagonistas no hacen esfuerzo alguno en cuidar. Coler sostiene que la vejez puede ser una enfermedad como cualquier otra, con mecanismos biológicos sobre los que es posible actuar y por la que Vilcabamba quizá sea la clave.

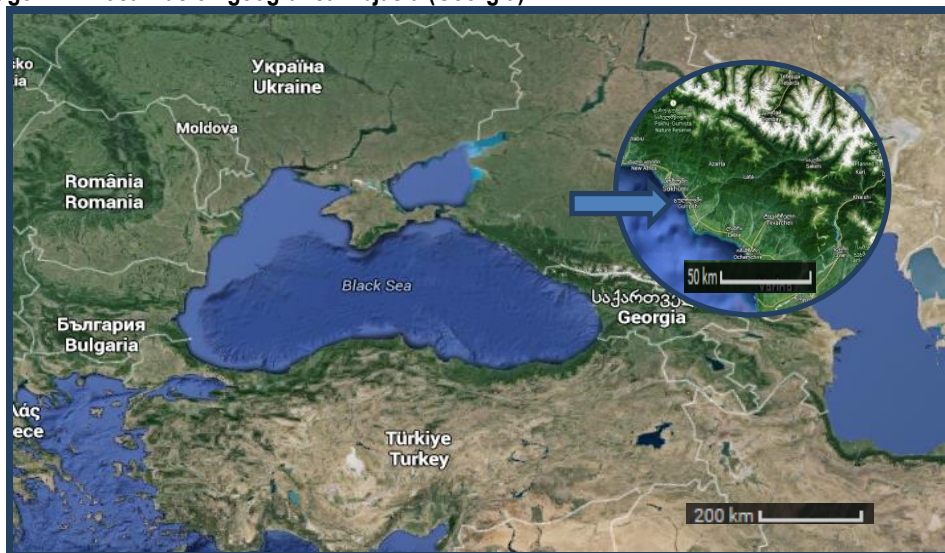
Imagen 10: Localización geográfica del Valle de Vilcabamba (Ecuador)



Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

John Robbins (2007) también identifica Vilcabamba, Hunza y Okinawa pero partiendo de otra localización: Abjasia, antigua república de la URSS que, tras la desaparición de ésta, fue anexionada por la actual Georgia; aquí se había desplazado en la década de los 70 el director de los servicios médicos del Hospital General de Massachusetts y también profesor de la Universidad de Harvard Dr. Alexander Leaf (1920-2012) atraído por los estudios previos del Dr. Gregori N. Stichinava quien acababa de realizar un cómputo de 190 personas con más de 100 años y de 1500 con más de 90. Como en el caso de Robert McCarrison, y su estudio de los habitantes del valle de Hunza, el Dr. Leaf centró sus investigaciones en la vinculación de dieta y ejercicio físico para la prevención de enfermedades cardíacas, por lo que la categoría “estilo de vida” volvería a ganar peso frente a condicionantes geográficos.

Imagen 11: Localización geográfica Abjasia (Georgia)



Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

En el caso de nuestro país algunos reportajes recientes (Moreno, 2014; Noguerol, 2014), han querido situar la localidad gallega de Melide (A Coruña) en este particular recorrido tras cuantificar una inusual proporción de personas centenarias y atribuyendo esta concentración a factores ambientales pero sobre todo a hábitos relacionados con el estilo de vida. El caso de Melide aunque documentado, sin embargo, no es significativo si lo comparamos con los casos de estudios anteriores, fundamentalmente porque el número de centenarios no se ha mantenido en el tiempo. Por similares razones, podríamos situar en el mapa Valladolid, según lo atestiguan las personas longevas documentadas entre 1994 y 2014 en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid.

Imagen 12: Localizaciones geográficas de Melide y Valladolid (España)



Fuente: elaboración propia a partir de maps.google.es

Una mención especial merecerían las investigaciones desarrolladas por el equipo del Dr. Willcox (2006^{ayb}, 2007, 2008^{ayb} y 2009), de la Universidad de Okinawa, quienes han documentado la excepcional longevidad de los habitantes de esta isla japonesa, aunque lo hacen depender fundamentalmente de factores genéticos. Para otros autores (Robbins, 2007; Buettner, 2008; Roblin y Balin, 2010), sin embargo, las características del entorno y los hábitos de vida asociados podría dar una explicación más congruente.

Posiblemente el entorno más estudiado sea el de Loma Linda (California) y, en concreto, el entorno humano de una comunidad adventista. Aquí un equipo de investigadores liderados por el Dr. Gary Fraser ha dedicado más de medio centenar de publicaciones a estudiar los rasgos idiosincráticos de esta población desde aspectos tan diferentes como la dieta, la actividad física, la baja prevalencia de distintas enfermedades (cáncer, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, afecciones urológicas...), tiempo de permanencia en la comunidad o el apoyo social (1997). Uno de los aspectos más estudiados es la dieta y, en concreto, sus hábitos vegetarianos lo cual ha otorgado un importante balón de oxígeno a los partidarios de este estilo alimenticio (Key et al, 1999).

A pesar de lo dicho hasta aquí, los estudios geográficos descritos no muestran coincidencias significativas en aspectos relacionados con el clima, altitud, densidad de población o temperatura... más allá de su proximidad al mar (7 de 9 localizaciones), de que se trate de emplazamientos aislados (zonas montañosas insulares o semi-insulares) cuyo aislamiento podría haber propiciado la preservación de alguna predisposición genética o étnica. Más importante será, entonces, concebir el entorno no sólo como el lugar en dónde se vive (campo o ciudad, zonas donde respirar es imposible o se está expuesto a factores cancerígenos...), sino también como el “estilo de vida” (descanso, dieta y actividad física) asociado; conceptos a los que se referiría el profesor Dámaso Crespo (2006) cuando cifra en un 75% la influencia determinante de los factores ambientales frente al 25% de la genética, lo que desactivaría el efecto llamada que estos lugares han provocado sobre muchas personas que han llegado hasta aquí para fijar su residencia (Buettner, 2008) emulando a los aventureros que en otro tiempo buscaban las fuentes de la eterna juventud. Lo que parece claro es que no se trata tan sólo de la incidencia de una categoría, sino de la conjunción de varias tan distintas como complementarias, tal como iremos viendo.

Una dispersión similar sería también la observada en nuestro país. Tanto las informaciones estadísticas como cartográficas ponen de manifiesto el desigual peso de provincias españolas en relación con el número de centenarios que, en términos absolutos, es el reflejo del desigual peso demográfico de unas provincias sobre otras pero, en términos relativos, presentan unas demarcaciones geográficas más longevas que otras, por lo que el interés del mismo (aunque importante desde la perspectiva de la planificación, tanto para la determinación de necesidades como para la asignación proporcional de recursos) es sólo relativo desde la perspectiva demográfica y epidemiológica (Reques, 2008).

4.2.2.- Factores genéticos: herencia y sexo

Las genéticas son, sin duda, las categorías más estudiadas a la hora de tratar de desentrañar las claves de la longevidad. De ello da cuenta una prolífica literatura científica de la que hemos querido dejar constancia en el apartado 4.2 y que son la base de las nuevas terapias farmacológicas (punto 4.2.6 “avances farmacológicos”) y de un sustancioso mercado de los tratamientos antiedad dentro del segmento de los cosméticos de lujo (Palacios, 2001).

Las teorías que consideran el daño molecular como origen de procesos degenerativos asociados al envejecimiento (Harman, 1991) parecen explicarlo en gran medida: a pesar de que las células cuentan con dispositivos muy eficientes para contrarrestar estos procesos a medida que son detectados, cabría esperar que el deterioro en las estructuras moleculares aumente con el tiempo y las manifestaciones fenotípicas de esas alteraciones se acentuarán más o menos en función de la cantidad y el tipo de moléculas afectadas. En este sentido hay que pensar que:

- los daños en biomoléculas (proteínas, lípidos, etc.) tendrían, en principio, escasa repercusión si se producen a baja frecuencia, ya que según el tipo de molécula dañada podrían ser reparada o sintetizada una nueva copia de la misma;
- pero si el daño se produjese en determinadas regiones del genoma de células somáticas o germinales (se incluyen en esta denominación genérica tanto células de tejidos reproductivos como las células madre de tejidos adultos) que contengan genes o regiones reguladoras de la expresión de los mismos, podría verse afectada fenotípicamente la línea celular en cuyo genoma se localice la alteración (Lombard, Chua, Mostoslavski, Franco y Gostissa, 2005).

Dada la relativa facilidad con la que hoy se puede amplificar y analizar una determinada región del genoma, no resulta extraño que en los últimos años se hayan incrementado de manera considerable los trabajos encaminados a la búsqueda de genes implicados en la etiología molecular de numerosas enfermedades, y entre éstas las que se asocian al envejecimiento. Hemos distinguido, no obstante, sólo dos subcategorías a la hora de agrupar el gran número de investigaciones existentes. La primera subcategoría se refiere a la herencia, esto es, a la importancia concedida a la existencia de antecedentes de longevidad entre los ascendientes. La segunda se refiere a si el sexo (ser hombre o ser mujer) es relevante a la hora de esperar una mayor longevidad, como así lo atestiguan muchos datos estadísticos.

4.2.2.1.- Herencia

Los factores genéticos parecen estrechamente ligados a los casos de longevidad en los humanos, así lo han demostrado diversas investigaciones en las que parece que la dotación genética heredada, esto es los genes de partida, son determinantes. Para el profesor Dámaso Crespo (2006) el 25% de la longevidad viene determinado por la genética, es decir, que las personas que vienen de familias longevas tendrían un 25% más probabilidades de llegar a mayores (el otro 75% provendría de factores ambientales). Otros autores sitúan el peso de los factores genéticos en umbrales más cercanos al 40% (Perls, 2002). Existen, sin embargo, dos desarrollos teóricos distintos a partir de esta afirmación:

1. Mientras que para unos investigadores el límite de la vida está genéticamente determinado, como un "reloj biológico" que hace que esa persona muera a cierta edad.
2. Otros investigadores opinan lo contrario: la mortalidad, según ellos, puede ser reducida en todas las edades y la expectativa puede exceder la edad promedio establecida para esa población.

En el año 2003 se publicó un estudio comparativo de hermanos que pertenecían a familias con una longevidad excepcional y encontró diferencias significativas asociadas a un *locus* del cromosoma 4 (Geesaman (Geesaman, Benson, Brewster, Kunkel, Blanche, Thomas, Perls, Daly y Puca, 2003). En este *locus* se identificó un marcador en el gen que codifica la proteína de transferencia microsomal (PTM) como un posible modificador de la longevidad humana. La PTM participa en la síntesis de los diversos tipos de lipoproteínas (HDL y LDL). Su actividad en centenarios se ha relacionado con el menor riesgo de enfermedad cardiovascular, que es una de las principales características de las personas con elevada longevidad. En relación con el metabolismo de los lípidos y el envejecimiento, diversos estudios comparando personas centenarias con controles han mostrado que la disminución de la frecuencia de las variantes de *ApoE* con el alelo *epsilon-4* en los centenarios pudiera estar en la base fisiopatológica del menor riesgo de padecer Alzheimer y enfermedades cardiovasculares por estas personas. Otros estudios sugieren una relación entre los niveles en plasma de insulina, IGF-1 y la longevidad (Holzenberger et al., 2004).

La capacidad del ADN para repararse es, según esto, un factor importante en la determinación de la longevidad en todas las especies: las especies con mecanismos de reparación muy eficaces poseen mayores longevidades. Esto se ha estudiado en la enzima poli (ADP-ribosa) polimerasa-1 (PARP-1), que es un intermediario en la respuesta celular al daño del ADN celular inducido por estrés. En estudios comparativos entre especies, se ha observado que la actividad de la PARP-1 está asociada con la longevidad (Grube y Bürkle, 1992). En este sentido se ha publicado un estudio (Muiras et al., 1998) en el cual se muestra que las personas centenarias tienen niveles más altos de PARP-1 que la población general, lo que sugeriría también la existencia de una cierta capacidad innata que se asienta en las bases genéticas de la heredabilidad de la longevidad.

Sin embargo, en la especie humana, el ambiente (*nurture*) parece jugar un papel más importante que la herencia (*nature*) de lo que en un principio se pensaba en el proceso de envejecimiento: así la heredabilidad de la longevidad se ha establecido en aproximadamente un 25% para los gemelos monozigóticos, y un 11% en los mellizos. Para los familiares en primer grado (excluidos mellizos) un estudio de familias centenarias, mostró que si uno de los padres llega a superar los 100 años de vida sus hijos tienen hasta un 20% más de probabilidades de llegar a ser centenarios que los grupos control (Perl et al., 2002). En la tabla 20 figuran los valores de la heredabilidad de la longevidad en diversos estudios cuantitativos realizados en gemelos y familias longevas frente a grupos control.

Tabla 20: Estudios de Genética de la Longevidad en humanos

ESTUDIOS EN GEMELOS			
MCGue et al,1933	0,22		
Herskind et al, 1996	0,25		
Ljungquist et al, 1998	< 0,33		
ESTUDIOS EN FAMILIAS			
Philippe, 1978	0-0,24		
Bocquet-Appel y Jakobi, 1990	0,10-0,30		
Mayer, 1990	0,10-0,33		
Herskind et al, 1996	0,23-0,26		
Finch y Tanzi, 1997	0,10-0,30		
Gavrilova et al, 1998	0,18-0,58		
Cournil et al, 2000	0,27		
Gemelos (MZ)	1 ^{er} grado	2 ^o grado	3 ^{er} grado
Similitud genética (SG) (1,00)	SG 0,50	SG 0,25	SG 0,125

Fuente: Crespo, 2006.

En consecuencia, la similitud genética de los gemelos monocigóticos es 1, la de los familiares en primer grado (mellizos, padres-hijos o hermanos) es de 0,50, la de los familiares en segundo grado (abuelos-nietos, tíos-sobrinos) es de 0,25 y los familiares en tercer grado (primos) es de 0,125. Las personas no emparentadas tienen un grado de similitud de 0,0. Consecuentemente, en la longevidad el ambiente juega un papel cuantitativamente más importante que la herencia.

Otras investigaciones que desearíamos destacar de cara a proporcionar una aproximación completa al estado de la cuestión son:

- Los estudios realizados a partir de la medida de la longitud de los telómeros (Blasco y Pérez, 2011) que si bien no predicen el tiempo que vivirá una persona, sí ofrecen "información vital" sobre su riesgo de morir prematuramente a causa de enfermedades vinculadas al envejecimiento como las cardiovasculares o cáncer. Desde hacía algún tiempo varios equipos científicos de distintos países venían trabajando en alguna prueba capaz de medir el envejecimiento del ser humano, pero el método de análisis creado por la doctora María Blasco del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas de España y la compañía *Life Length* ha sido el primero que ha logrado avanzar hasta la etapa de comercialización.
- Un estudio liderado por el catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia y coordinador de la línea de Investigación de Metabolismo y Daño Orgánico del Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, el profesor José Viña, revela que

personas centenarias comparten más genes con jóvenes menores de 30 años que con octogenarios. Esta investigación se inició tras la observación de que muchas personas alcanzan los cien años "en plena forma física y mental" por lo que el estudio se ha centrado tanto en el análisis del estrés oxidativo (Belenguer et al, 2015) como en los niveles de un factor de crecimiento a nivel nervioso (BDNF), así como también en algunas características genéticas de personas de más de 100 años, en comparación con un grupo de personas de alrededor de 80 años y otro grupo de personas de unos 30 años (Serna et al, 2012). Los investigadores españoles descubrieron la presencia de una molécula (miRNAs), relacionada con el ADN y que juega un papel importante en la regulación de la expresión génica, en proporciones similares en centenarios e individuos jóvenes pero no así en todos los octogenarios sujetos del estudio.

- Los del científico británico Aubrey de Grey (Grey y Rae, 2013) quien ha descrito recientemente cómo las reparaciones celulares acabarán con la vejez en treinta años por lo que el concepto de muerte, para este autor, ya no tendrá un origen biológico y sólo se deberá a causas externas, como los accidentes. Según su teoría, aplicando estrategias de bioingeniería las mujeres podrían seguir siendo fértiles hasta los 70 años, si bien –matiza- que esta tecnología todavía no está disponible por lo que gozar de buena salud sigue dependiendo de evitar el sobrepeso, el tabaco y la hipertensión con una dieta sana y también, desde un punto de vista genético, de la suerte.
- Los realizados en Cerdeña para establecer la base hereditaria de la longevidad típica de la isla. Tras un año de seguimiento a 6000 personas de entre 16 y 104 años que habitan en cuatro municipios de los alrededores de Villa Grande, han descubierto que los miembros de la familia de un centenario tienen un 40% más de probabilidades de llegar a centenarios que otros centenarios elegidos al azar (Roblin y Balin, 2010).

4.2.2.2.- Sexo

Las mujeres presentan una mayor longevidad en todos los países de Europa. Según datos de Eurostat, (2011) las mujeres de la UE-27 viven 21 años más después de cumplir los 65 años y los hombres 17,4 años. En este contexto España ocuparía el segundo lugar en longevidad dado que las mujeres vivirían, después de los 65 años, 22,7 años y los hombres 18,6 años.

Tom Kirkwood (1977), director del Instituto para el Envejecimiento y la Salud en la Universidad de Newcastle en Inglaterra, ha especulado con que el organismo femenino ha evolucionado para ser más resistente, poseer mejores mecanismos de mantenimiento y reparación y garantizar así el éxito de la reproducción. Su teoría es conocida como la del "soma desechable" según la cual el soma femenino resultaría, menos desechable (al contrario, del organismo masculino que cumpliría un papel en la reproducción mínimo que, una vez realizado, le convertiría en prescindible). A la luz de las estadísticas, las mujeres (el 81 % de las personas que llegan a 100 o más años) que tienen hijos a partir de los 40 años tienen, como media, cuatro veces más posibilidades de llegar a centenarias. El 79 % de los centenarios son del sexo femenino y esto tendría que ver con una variante en el cromosoma 9p21.3 que aparece con más frecuencia en mujeres que en hombres (Pinós, 2014). En esta línea se pronunciaron también Friedman y Martin (2011), aunque más centrados en aspectos sociales como la felicidad dentro del matrimonio o la duración del mismo, certificaron en un estudio longitudinal a lo largo de ochenta años ("The Longevity Project") que las mujeres viudas o divorciadas tenían menos riesgo que los hombres de una mortalidad prematura. Sólo hemos encontrado una excepción y ha sido en la Isla de Cerdeña en donde, en la provincia de Nuoro, una zona montañosa y aislada en el noroeste de la isla, se da la singularidad de tener tantos centenarios del sexo masculino como del femenino (Roblin y Balin, 2010).

4.2.3.- Hábitos de vida

Es obvio para todo el mundo considerar la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable si se desea gozar de un buen estado de salud. Sin embargo, debemos conocer algunos elementos que describen nuestra sociedad para comprender el verdadero alcance de esta afirmación (OCDE, 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

- Las sociedades desarrolladas han vivido importantes cambios en las últimas décadas en el ámbito social, cultural, económico, tecnológico... que han tenido especial incidencia en la salud de las personas.
- Estos cambios han modificado tanto los comportamientos individuales como los colectivos estableciendo nuevas formas de relación con las otras personas y con nuestro entorno ambiental.
- Las sociedades desarrolladas, como la nuestra, disfrutan de una calidad de vida muy superior a la de hace 50 años (la de nuestros abuelos, por ejemplo) que se ha traducido en el acceso a una mayor diversidad de bienes y servicios que protegen la salud personal y comunitaria que, como consecuencia, han producido una ampliación de la esperanza de vida.
- Junto a estos efectos positivos también se han producido nuevos problemas de salud pública que han obligado a plantear nuevas respuestas. Si en la primera parte del siglo pasado los problemas de salud pública eran fundamentalmente de naturaleza transmisible (cólera, peste, tuberculosis, viruela...), en el momento actual son las enfermedades crónicas no transmisibles las que representan el principal problema de salud y, entre ellas, las principales son enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, procesos cancerígenos, demencias, diabetes, hipertensión... todas ellas originadas, de base, por hábitos de vida inadecuados (Tabla 21).

Tabla 21: Causas de muerte en España 2013 por enfermedades más frecuentes

CAUSAS	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Enfermedades isquémicas del corazón	33413	19402	14011
Enfermedades cerebrovasculares	27850	11593	16257
Cáncer bronquios/pulmón	21664	17559	4105
Insuficiencia cardiaca	16888	6136	10752
Demencias	16305	5332	10973
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	15387	11377	4010
Enfermedad de Alzheimer	12775	3843	8932
Cáncer de colon	11850	6944	4906
Enfermedad hipertensiva	11243	3648	7595
Diabetes mellitus	9391	3985	5406
Neumonía	8333	4317	4016
Insuficiencia renal	6836	3188	3646
Cáncer de mama	6589	112	6477
Cáncer de páncreas	6039	3169	2870
Cáncer de próstata	5787	5787	-
Causas con peso relativo superior al 1,5%			

Fuente: INE, 2015

El informe sobre Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2011) recoge los 10 principales factores de riesgo causantes de muerte y los 10 que provocan más pérdida de años de salud en las sociedades avanzadas y en los que cada persona puede influir tomando las decisiones adecuadas (Tabla 22). Estas decisiones suponen reducir al mínimo la presencia de factores de riesgo para la salud y, como

contrapartida, incorporar en el día a día factores de protección, que aporten bienestar y un mejor estado de salud. Con carácter general (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

1. Una dieta adecuada que evite la hipergucemia, el colesterol, la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad a través del incremento de la frecuencia y la cantidad del consumo de frutas y vegetales.
2. Una actividad física moderada y constante: la inactividad física es una de las causas de la elevación de los niveles anteriores.
3. Evitar el consumo de sustancias adictivas y nocivas tanto legales (tabaco o alcohol) como ilegales (estupefacientes).
4. Evitar el sobrepeso.

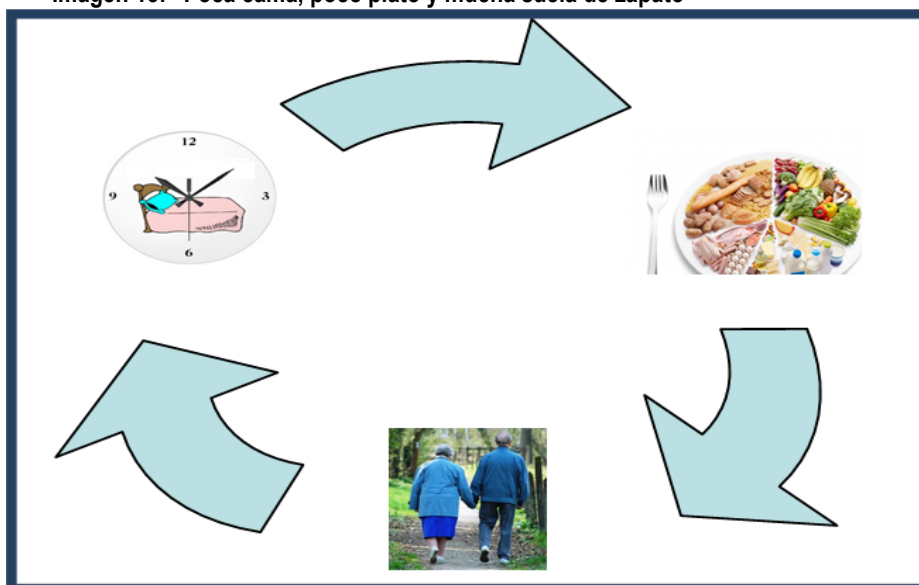
Tabla 22: Factores de riesgo causantes de muerte y pérdida saludable de años (2010)

RIESGOS CAUSANTES DE MUERTE	RIESGOS DE PÉRDIDA DE AÑOS DE SALUD
1º Tabaquismo	1º Tabaquismo.
2º Hipertensión arterial	2º Abuso de alcohol
3º Sobrepeso y obesidad	3º Sobrepeso y obesidad
4º Inactividad física	4º Hipertensión arterial
5º Glucosa elevada (diabetes)	5º Glucosa elevada (diabetes).
6º Colesterol elevado	6º Inactividad física
7º Escaso consumo de frutas y vegetales	7º Colesterol elevado
8º Polución del aire en las ciudades	8º Consumo de drogas
9º Abuso de alcohol.	9º Riesgos ocupacionales
10º Riesgos ocupacionales.	10º Escaso consumo de frutas y vegetales

Fuente: OMS, 2011

El categórico e incisivo dicho popular “poca cama, poco plato y mucha suela de zapato” (Imagen 13), de uso muy frecuente entre personas mayores, constituye todavía hoy un método de enseñanza encaminado a resumir (de una manera gráfica, mnemotécnica y muy práctica) que nuestro estilo de vida (caracterizado sobre todo por una ausencia de gestión eficaz del tiempo) hace que con frecuencia descuidemos una adecuada higiene del sueño, los buenos hábitos alimentarios y la necesidad de una actividad física moderada practicada de manera continuada.

Imagen 13: “Poca cama, poco plato y mucha suela de zapato”



Fuente: elaboración propia

Hay defensores de un consumo moderado de alcohol relacionándolo con beneficios sobre la artritis, el cáncer de pulmón o la disminución del colesterol (Young, 2013; Agüera, 2015^b) aunque me atrevería a decir que este hábito podría tener más efectos nocivos que ventajas y éstas podrían tener que ver con una cuestión de actitud más que con el hecho de los beneficios específicos de una bebida en concreto.

Un último elemento a considerar sería el entorno ambiental. Ya nos hemos referido a ellos y a su influencia en un 75% sobre la longevidad (Crespo, 2006) cuando nos referimos a las categorías geográficas (apartado 4.2.1). Volveremos a ello cuando nos refiramos a las categorías económicas y condiciones de vida (apartado 4.2.5). Los entornos seguros (laborales, tráfico circulatorio, protección ante las enfermedades, alimentos en buen estado, un aire limpio y unas aguas de calidad...) pueden ser exigidos por la ciudadanía y, en los países desarrollados, están garantizados por leyes. Estrechamente ligadas a ellas se hallan las políticas económicas y educativas por la sostenibilidad (Comisión mundial del medio ambiente y del desarrollo, 1988) que aunque aludan a cuestiones sobre las que parece difícil de incidir individualmente (pues dependen de políticas de salud comunitaria) a la postre precisan de un compromiso de las personas que sólo es posible tras un proceso de interiorización que es la razón de ser de esta propuesta pedagógica.

4.2.3.1.- Descanso

La necesidad de un descanso adecuado probablemente sea la gran olvidado de este trinomio de recomendaciones; sin embargo, un macroestudio realizado en China en el año 2005 por investigadores de la Universidad Portland State, en Oregón (Estados Unidos) sobre una muestra de 15.638 personas mayores de 65 años (de ellas, 3.927 de entre 90 y 99 años y 2.794 mayores de 100 años) demostró que la mayoría presentaban una calidad del sueño satisfactorio, por lo que los problemas del sueño puede ser una probable consecuencia de una multiplicidad de factores fisiológicos y psicosociales en lugar del envejecimiento en sí. El estudio también encontró que el acceso a la asistencia sanitaria y la situación económica están fuertemente relacionados con la calidad del sueño: un 84% de los participantes aseguraron dormir bien en función de si contaban con una adecuada asistencia médica, y un 56% si su familia disponía de suficientes recursos económicos. Los resultados les llevaron a asegurar que la longevidad saludable puede estar condicionada por la calidad del sueño tras comprobar que quienes mejor dormían eran los mayores de 100 años (Gu, 2010).

Otro estudio, el del Dr. Daniel F. Kripke (2002), de la Clínica Scripps en California, aseguraba que las personas que duermen entre seis y media y siete horas y media a lo largo de la noche, viven más tiempo. Por el contrario, interrumpir o alterar el sueño puede provocar efectos adversos importantes:

- Debilitamiento del sistema inmunológico.
- Aceleración del desarrollo de procesos tumorales (éstos crecen de dos a tres veces más rápido en animales de laboratorio con trastornos de sueño severos dado que, al interrumpir el ritmo cardiaco, el cuerpo produce menos melatonina, una hormona y antioxidante que contribuye a combatir el cáncer al ayudar a suprimir los radicales que lo pueden provocar.
- Desórdenes alimenticios (sensación de hambre incluso tras haber comido, lo que puede causar alteraciones en el peso corporal).
- Afectación al desempeño tanto físico como mental y disminuir la capacidad para resolver problemas.

4.2.3.2.- Dieta

Decía Francisco Grande Covián (2000:79) que *“si de verdad hubiera una dieta que hiciera adelgazar sin esfuerzo, no saldría una nueva cada año”*. Pensar que una dieta basta para conseguir una longevidad por encima de los 100 años es simplificar demasiado un asunto que es bastante más complejo. Como venimos comentando, en la longevidad influyen muchos factores: genéticos, ambientales, la calidad de los servicios sanitarios a los que tengamos acceso o la propia personalidad, importante condicionante de lo relajada que logremos que sea nuestra vida. Dicho esto, un reciente estudio del Laboratorio metabólico y cardiorrespiratorio de la Universidad de Memphis (Estados Unidos) ha demostrado que la dieta –concretamente la restricción calórica y particularmente la de origen proteico- es responsable en al menos un 20% de nuestra longevidad, por lo que sin duda ha jugado un papel importante en la calidad de vida de las personas centenarias (Trepanowski, 2011). Este tema de la restricción calórica está presente en gran número de investigaciones desde que Clive McCay, Mary Crowell y Maynard (1935), de la Universidad Cornell, observaran que las ratas de laboratorio aumentaban su longevidad en dos veces más de lo esperado cuando era alimentadas con una dieta hipocalórica pero que conservara los nutrientes considerados vitales. Parece ser que esta restricción a nivel molecular influye en varios genes denominados sirtuinas (SIRT1, SIRT3 y SIRT4) cuya activación produce enzimas que aumentan la actividad de las mitocondrias y retardan el proceso de envejecimiento de las células (volveremos a referirnos a ellas en el apartado 4.2.6).

Las publicaciones sobre los efectos de la dieta en la longevidad se han sucedido desde entonces abordando todos los puntos de vista posibles: endocrinos, nutricionistas, dietista... o incluso, internistas, como el caso de Hiromi Shinya, un médico especialista en cirugía colonoscópica, autor del best-seller *“La Enzima Prodigiosa”* en la que dice haber dado con el secreto de la longevidad y un poco más allá: la cura de enfermedades como el cáncer. Según el Dr. Shinya (2013) se trata de una enzima madre capaz de reparar las células y con la que nacemos pero que, por una inadecuada alimentación y una actitud vital equivocada:

- nacemos con una cantidad limitada de esta enzima madre y la desperdiciamos con ingestas tóxicas (proteínas de origen animal, fundamentalmente), una eliminación deficitaria de las mismas y estrés.
- una fuente de energía emocional positiva, como el amor, la risa o la alegría, puede estimular a nuestro ADN para regenerar esa enzima madre, la enzima prodigiosa, que actúa como un biocatalizador que repare nuestras células.

La obra de este autor ha sido muy contestada por la crítica médica por su falta de rigor científico y por poder encasillarse en las llamadas *“dietas milagro”* (Varela Mosquera, Núñez Martín, Moreiras Tuny y Grande Covián, 2009). Al margen de ello, podría resultar interesante volver de nuevo la mirada a los elementos comunes del tipo de alimentación de las *“zonas azules”* (Buettner, 2008), que se encuentran en sitios tan dispares como Cerdeña (Italia), Okinawa (Japón), Loma Linda (California), Ikaria (Grecia) y Nicoya (Costa Rica) para describir una dieta que nos permita llegar a cumplir más años.

Así, los okinawenses son descritos como flacos, de aspecto juvenil, con mucha vitalidad y una incidencia muy baja de enfermedades cardiovasculares y cáncer, incluido el de estómago, muy común entre el resto de japoneses. Las investigaciones en la región de Okinawa se iniciaron en 1975, de manos del *“Okinawa Centenarian Study”*, que ha venido estudiando la evolución y costumbres de los habitantes de estas islas japonesas (Willcox, Wilcox y Suzuki, 2002). El doctor Makoto Suzuki fue el primer científico que se dio cuenta de que lo que estaba ocurriendo en esa zona de Japón no era algo común, ni siquiera en un país en el que la longevidad es de por sí elevada. El japonés Jirōemon Kimura

(Kioto, 19/4/1897-12/6/2013), en su momento el hombre más longevo del mundo, aseguraba que “*el secreto para una vida sana y larga es comer en pequeñas cantidades*” (Willcox, Wilcox y Suzuki, 2009). Y podría no estar desencaminado: si hay algo que comparten todas estas poblaciones es que han sufrido periodos de escasez o, en el caso de los adventistas de Loma Linda, que son fundamentalmente vegetarianos. En definitiva, la dieta de sus habitantes coincide en ser particularmente baja en calorías, con escasas grasas animales y apenas azúcar.

El trabajo de Suzuki fue la base de El Programa Okinawa (Willcox, Wilcox y Suzuki, 2002), un libro superventas en Estados Unidos que trata de exportar la dieta de la isla japonesa al mundo occidental. Uno de sus autores, el doctor Craig Willcox, explicó recientemente en The Guardian las bondades del régimen alimenticio de los okinawenses: “*comen de media tres raciones de pescado a la semana, muchos cereales integrales, verduras y soja, más tofu y algas kombu [un tipo de alga parda que destaca por su alto contenido en yodo] que nadie en el mundo, y calamares y pulpo, que son ricos en taurina, algo que podría explicar sus bajas tasas de colesterol y presión sanguínea*” (Booth, 2013). Los vegetales que toman los okinawenses son de particular interés: consumen un tipo de batata morada rica en flavonoides, carotenoides, vitamina E y licopeno, y una especie de pepinos amargos, que en Okinawa llaman *goya* (su nombre técnico es *momordica charantia*, y se puede encontrar en otras partes del mundo con nombres tan dispares como *melón amargo*, *cundeamor chino* o *tomaco*) que parecen ser útiles para reducir el azúcar en sangre.

Desafortunadamente, falta bastante investigación en torno a este tipo de régimen alimenticio: apenas se ha investigado el efecto que tiene la dieta japonesa sobre una población no japonesa, algo que si se ha hecho, por ejemplo, con la dieta mediterránea, la que más apoyos científicos ha recabado hasta la fecha, o la dieta nórdica, que cada vez gana más adeptos.

Imagen 14: Jeanne Calment (Arlés, Francia, 21/2/1875-4/8/1997)



Fuente: Staying Ageless, 2014.

En cualquier caso, si analizamos a otros centenarios, es difícil encontrar un patrón definido (aparte de que todas sean mujeres). La persona más longeva y bien datada de la que se tiene constancia ha sido Jeanne Calment, una francesa que murió en 1997 con 122 años (Imagen 14). Los franceses tenían sus propias teorías acerca de por qué vivió tanto tiempo, señalando que solía comer más de dos tabletas de chocolate a la semana, trataba su piel con aceite de oliva y bebía a diario vino de Oporto. A los 85 practicaba esgrima, a los 100 seguía montando en bicicleta, a los 114 años apareció brevemente en la película "Vincent and me", interpretándose a sí misma (y convirtiéndose también en la actriz más anciana conocida en la historia), a los 115 se operó de la cadera (y se convirtió también en la persona más longeva en ser intervenida quirúrgicamente) a los 117 dejó de fumar porque, al perder la vista, le daba vergüenza pedir fuego...

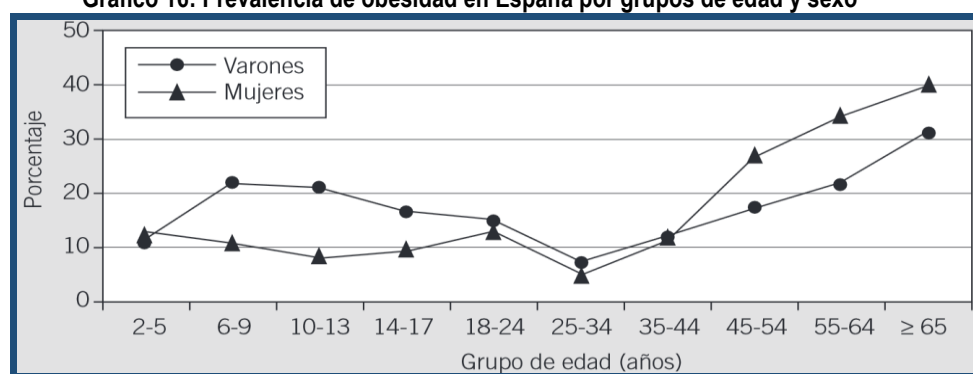
Tal vez la notable salud de J. Calment fuera determinante en el establecimiento de su récord. De hecho su ingreso en una residencia de personas mayores, sólo tuvo lugar después su 110 cumpleaños y ello por un pequeño incendio registrado en la cocina de su vivienda. En una de sus últimas entrevistas atestiguó "sólo tengo una arruga y estoy sentada sobre ella". Aún tras tener que desplazarse en silla de ruedas, se mantuvo activa y habladora, recibiendo visitas constantes hasta su aniversario 122, cuando se declaró que su estado de salud había declinado y necesitaba privacidad. Jean-Marie Robine, demógrafo y gerontólogo del Instituto de Investigación Demográfica "Max Planck" y de la Fundación "Base de Datos Internacional sobre Longevidad", dijo que esta privacidad fue una especie de "permiso para morir", pues toda la atención puesta en ella se esfumó. Jeanne Calment murió cinco meses después. "Creo que ella era alguien inmune al estrés", dijo en una entrevista telefónica. Ella dijo una vez: "Si no puedes hacer nada al respecto, no te preocupes por eso". Poco antes de retirarse de la atención pública, Calment insinuó sobre lo que se necesita para mantener el interés en la vida, incluso una tan larga como la de ella: "sueño, creo, voy sobre mi vida" -dijo- "nunca me aburro" (Jeune, 2010).

4.2.3.3.- Ejercicio físico

En el trinomio "descanso-dieta-actividad física", tal vez el ejercicio físico sea la cuestión que más depende de la voluntad de las personas: mientras existen factores tanto endógenos como de naturaleza exógena que afectan a la eficacia reparadora del sueño y la dieta podría estar muy condicionada por la disponibilidad de alimentos adecuados que determinarían la calidad de los productos ingeridos, la práctica de actividades físicas es una cuestión que depende del grado de arraigo del hábito. Muchos de nuestros mayores han desarrollado a lo largo de su vida actividades que comprometían grandes consumos de energía. Los hábitos relacionados con los niveles de ingestas actuales no suelen corresponderse con aquel gasto energético por lo que la energía sobrante se almacena en el organismo y se traduce en sobrepeso, primero, y en obesidad, después. En el apartado 5.3 incluimos un pormenorizado estudio, en este sentido, sobre "consumo energético y ocupación".

La obesidad es el problema nutricional más frecuente en el mundo occidental, constituyendo hoy día un aspecto prioritario para la Salud Pública hasta el extremo de que lo OMS (1997) lo haya denominado la "gran epidemia del siglo XXI", tras haber estimado que cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de esa enfermedad. En el gráfico 16 se refleja el perfil general de la prevalencia de obesidad en España por grupos de edad y sexo de la Fundación Orbegozo (Hernández, 1988). De su análisis se desprende que el grupo de niños entre los 6 y los 13 años se configura como grupo de riesgo, lo mismo que las mujeres a partir de los 45 años. Durante la etapa de crecimiento y desarrollo, la prevalencia de obesidad es más elevada en el colectivo masculino. Sin embargo, a partir de los 45 años la obesidad es significativamente más elevada en mujeres.

Gráfico 16: Prevalencia de obesidad en España por grupos de edad y sexo



Fuente: Hernández, 1988

En la población mayor de 65 años la prevalencia de obesidad experimenta un incremento significativo en relación con edades más jóvenes hasta el umbral de los 75 años. La prevalencia de obesidad (IMC igual o mayor de 30 kg/m²) en la población mayor de 65 años se estima en un 35% (un 30,9% en varones y un 39,8% en mujeres). Es más elevada en la población anciana no institucionalizada (36%), en la que alcanza al 31,5% de los varones y al 40,8% de las mujeres. En ancianos institucionalizados se estimó una prevalencia de obesidad del 21% (un 20,5% en varones y un 21,7% en mujeres). El 44% de los ancianos no institucionalizados y el 32% de los mayores institucionalizados se tipifican como individuos con sobrepeso (Tabla 23).

Tabla 23: Prevalencia de obesidad en la población anciana española

	Sobrepeso (%)	Obesidad (%)
Ancianos no institucionalizados	44	36
Varones	49	31,5
Mujeres	39,8	40,8
Ancianos institucionalizados	32	21
Varones	26,6	20,5
Mujeres	37,2	21,7
Media estatal ponderada	43	35
Varones	47,8	30,9
Mujeres	39,7	39,8

Fuente: Aranceta-Bartrina et al, 2007

Consecuentemente, la dieta equilibrada es imprescindible pero no suficiente (OMS, 2003 y 2004) y, en consecuencia, es recomendable un estilo de vida activo. Aquí radica la importancia de lograr la adherencia a actividades significativas y adecuadas para cada persona que comprometan las necesidades de gasto energético en correspondencia con las ingestas que se realicen en cada momento (capítulo 5).

4.2.4.- Estado civil

A pesar de que en el estudio longitudinal *The Longevity Project* (Friedman y Martin, 2011) se advertía que las mujeres viudas o divorciadas tenían menos riesgo que los hombres de una mortalidad prematura, parece también que estar casados con la misma persona durante mucho tiempo ha beneficiado sobre todo a los varones dado que parece lógico que la mayor longevidad de las mujeres repercuta en el cuidado y el bienestar del cónyuge varón mejorando sus tasas de mortalidad (Abellán et al, 2013).

De igual modo que cuanto nos referíamos a la categoría “sexo masculino o femenino” (punto 4.2.2.2) vuelven a parecer más relevantes aspectos como la felicidad dentro del matrimonio o la duración del mismo al referimos ahora a la categoría “estado civil” dado que lo que se constata es que vivir en pareja está directamente relacionado con una mayor calidad de vida y, consecuentemente, los cambios en el estado conyugal tienen impacto en muchos órdenes de la vida de los mayores (tipo de hogar, salud, ingresos...) haciendo más vulnerables a las personas mayores a las posibilidades de exclusión social y de pobreza. Prueba de la importancia otorgada a esta circunstancia es que en determinados mercados de seguros de renta vitalicia se considera como un factor de valoración hasta el punto de que la diferencia de renta a percibir por el cliente puede ser significativa según éste sea casado o soltero (Rodríguez-Pardo, 2011).

Desde el año 1970 hasta 2011 se ha apreciado un cambio en la distribución del perfil de los mayores españoles en lo que al estado civil respecta, disminuyendo el porcentaje de solteros y el de viudos a favor del de casados (un 62%) y, en menor medida, del de separados (Abellán, 2013). Con una tendencia similar a la de la UE-27, aunque en España en menor medida, cada vez hay más hogares en los que vive una persona mayor y éstos, en su mayoría, están formados por mujeres:

- La distribución porcentual por sexos de las personas mayores de 65 años que vivían solas en el año 2011 en España, según datos del INE (Abellán et al, 2014), correspondía un 74,9% a mujeres y un 25,1% a varones.
- En cuanto al porcentaje de personas de 65 y más años que vivían solas respecto al total de la población de 65 y más años era de un 27,5% de mujeres y de un 12,4% de varones.

Como conclusión, tres de cada cuatro mayores que viven solos son mujeres y considerando el total de los españoles de 65 y más años el porcentaje de mujeres que viven solas es muy superior al de hombres en hogares unipersonales. Pero ilustremos con estudios concretos esta relación entre el estado civil y tasas de longevidad:

1. Una investigación de la Universidad de Harvard (en EEUU) realizada entre los años 2004 y 2008 con pacientes con cáncer concluía que el apoyo social de los cónyuges mejoraba la supervivencia (Hagedoorn et al, 2008). El estudio determinaba que los pacientes no casados o viudos presentaban un 17% más de probabilidad de desarrollar metástasis que el paciente casado y tenían un 53% menos de probabilidad de recibir el tratamiento adecuado.
2. Otro estudio del año 2011, de la Universidad de Louisville (también en EEUU), concluía que las posibilidades de fallecer a lo largo de toda la vida son un 32% más elevadas para los varones solteros en comparación con los que conviven en pareja. Una cifra que es del 23%, en el caso de las mujeres (Roelfs, 2011)
3. Tres años más tarde, esta misma universidad publicaba los resultados de otro estudio (CORNELIS et al, 2014) en el que no estar casado y más específicamente estar viudo se asociaba de manera consistente con un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2 en los hombres. Si bien ello podría ser –apuntan los investigadores- consecuencia de cambios desfavorables en el estilo de vida (dieta, adiposidad...).

Por último, una influencia poco conocida –y no exenta de bastante controversia– era la propuesta también por la investigación *The Longevity Project* (Friedman y Martin, 2011) que señalaba que el divorcio de los padres en la niñez era un factor que servía para predecir una muerte temprana en la edad adulta; aunque permítanme que vincule este efecto al tipo de personalidad (categoría nº 10) de igual modo que se apunta en esta investigación que la persistencia y la capacidad de sobreponerse a los desafíos de la vida sí predecirían, por el contrario, una vida más longeva.

4.2.5.- Nivel económico y condiciones de vida

Parece lógico que unas adecuadas condiciones de vida influyen de manera favorable en la longevidad. Este era uno de los objetivos del estudio longitudinal desarrollado por el gobierno norteamericano a lo largo de veinte años con 2000 veteranos de guerra (Bell et al, 1972).

En este sentido, sería redundante afirmar que, más allá de a unos factores individuales, son determinantes los medios económicos, ligados a unos específicos contextos históricos y culturales (Bezrukoy y Foigt, 2005), para acceder al mejor sistema posible de servicios sociosanitarios.

Gracias a los cambios introducidos para reducir las amenazas del entorno, en cuatro generaciones la esperanza de vida ha avanzado más que en 6,6 millones de años de evolución

(Esparrach, 2013). Sabemos que el riesgo de fallecimiento o de pérdida de salud en años tiene dos componentes diferenciados, uno que es independiente de la edad (como son los accidentes, eventos de la naturaleza, riesgos antropomórficos y epidemias...) y el otro factor se considera dependiente de la edad. Los primeros dependen en gran medida de condicionamientos ambientales: los entornos seguros (laborales, tráfico circulatorio, protección ante las enfermedades, alimentos en buen estado, un aire limpio y unas aguas de calidad...) pueden ser exigidos por la ciudadanía y, en los países desarrollados, están garantizados por leyes. Estrechamente ligadas a ellas se hallan las políticas económicas y educativas por la sostenibilidad (Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, 1988) que hacen posible entornos libres de riesgo de infecciones que, lejos de “hacernos más fuertes”, como reza el dicho popular, contribuye a debilitar nuestro sistema inmunológico (Mahoney y Restak, 1998).

La Comisión Europea (2013), a través de su Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria, ha hecho públicos, precisamente, una lista de 88 indicadores de salud (European Core Health Indicators o ECHI). Se trata de conjuntos de datos (tablas, gráficos, mapas) sobre el estatus sanitario, los factores determinantes de la salud y la atención sanitaria en los países miembros de la UE para facilitar un seguimiento comparativo y que sirvan de base para la formulación de políticas. Se dispone de datos razonablemente comparables para más de 50 indicadores, agrupados en cinco epígrafes (Tabla 24): situación demográfica y socioeconómica, estatus sanitario, factores determinantes de salud, intervenciones sanitarias y comunitarias (cuando procede, las cifras se desglosan por sexo y edad, situación socioeconómica y región).

Tabla 24: Agrupamiento de los principales indicadores europeos de salud

EPÍGRAFE	EJEMPLOS
Situación demográfica y socioeconómica	Población, tasa de natalidad, desempleo total...
Estatus sanitario	Mortalidad infantil, VIH/SIDA, lesiones causadas por accidentes de tráfico...
Factores determinantes de la salud	Tabaquismo, consumo/disponibilidad de fruta...
Intervenciones sanitarias: servicios de salud	Vacunación infantil, camas hospitalarias, gasto en salud...
Intervenciones comunitarias: promoción de la salud	Políticas de alimentación sana...

Fuente: Comisión Europea, 2013

Minimizar cualquier factor de riesgo desde planteamientos de política de salud comunitaria, primero, y desde una comprometida militancia personal gracias sobre todo a la educación para el enraizamiento de unos adecuados niveles de autocuidado (he aquí, el quid de la cuestión de una “pedagogía de la longevidad”) es el reto al que nos enfrentamos. Los únicos que perciben como riesgo la longevidad en si misma son los profesionales del seguro (Pérez Fructuoso, 2006; Rodríguez-Pardo, 2011^a, 2011^b, 2014; Bravo y Díaz-Giménez, 2014). El resto de personas consideramos que los factores de riesgo apuntados cuando abordábamos la importancia de estilos de vida saludables son el punto de partida de una Pedagogía de la Longevidad.

4.2.6.- Avances farmacológicos

El acceso a tratamientos farmacológicos personalizados ha sido una de las conquistas que más han contribuido a “ganarle años a la vida”: siempre es más sencillo tomarse una pastilla para no metabolizar los lípidos, por ejemplo, que caminar 30 minutos al día y tratar de controlar la dieta. De igual modo, resulta más complejo aceptar serena y felizmente los retos y la belleza de cada edad que acudir a un centro especializado para rellenar una arruga de expresión, por tratar de ilustrar de alguna manera este apartado.

Junto a tratamientos médicos eficaces, lejos de toda duda, en los últimos años proliferan los tratamientos denominados “antiedad” (de dudosa eficacia terapéutica pero que se han hecho un sustancioso hueco en el mercado dentro del segmento de la cosmética de lujo (Palacios Checa, 2011).

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en posibilidades de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en vejez patológica y una proporción de ellos, que se incrementa con la edad, se vuelve frágil y necesitará apoyo, atención o institucionalización. Ello ha provocado que el crecimiento de la población más longeva conduzca a una creciente demanda de mayor número de servicios sociales y de salud. En estos casos, uno de los aspectos más puntuales a considerar es el uso asociado de fármacos que requiere un seguimiento especial debido a que existe una relación directa entre edad avanzada e incremento de riesgo de efectos adversos. Esta mayor incidencia se debe a múltiples factores: interacciones, alteraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas, número de fármacos prescritos, estado mental y físico del paciente, entre otros.

La mayoría de los estudios demuestran que las personas mayores de 60 años toman un promedio de cinco a siete medicamentos. Sin entrar en la cuestión de su pertinencia o no, la incidencia de caídas y de otros efectos adversos aumenta sensiblemente con más de cuatro pastillas además de que la adherencia al tratamiento es inversamente proporcional al número de las mismas (Flaherty et al, 2000).

Otro caso muy diferente es el de los medicamentos o, lo que es peor, procedimientos aun sin testar que se publicitan como garantes de esa longevidad y que se presentan a la opinión pública desde publicaciones no siempre científicas. Basten algunos ejemplos de titulares:

- “Hallan fármaco que revierte el envejecimiento celular” (BBC, 2011) a partir del estudio publicado en la revista *Science Translational Medicine* por científicos del Instituto Nacional de Investigación del Genoma Humano, la Universidad de Maryland, el Hospital General de Massachusetts y la Escuela Médica de Harvard, en Estados Unidos sobre la “rapamicina” (*rapamycin*).
- “Un nuevo camino hacia la longevidad” (Stipp, 2012) sobre el mismo principio activo anterior pero ahora desde la investigación liderada por el Dr. Stanley Skoryna, catedrático de la Universidad McGill.
- “¿Está ya la píldora de la longevidad en el horizonte científico humano?” (Solociencia, 2014), referido a un suplemento dietético desarrollado por el Dr. Matt Kaeberlein y el Dr. Brian Kennedy de la Universidad de Washington, también a partir de la “rapamicina”.
- “Medicamento utilizado para la diabetes podría aumentar la longevidad de los seres vivos” (Cabo, 2013). El Dr. de Cabo, del “National Institute of Aging” explica como a partir de una investigación con “metformina” ha alcanzado logros en longevidad.
- “Myc, el gen de la longevidad y del envejecimiento saludable” (ABC, 2015) en el que se hace eco del investigador John Sedivy (Universidad de Brown) también publicado en la Revista biomédica *Cell Metabolism*.
- “El increíble descubrimiento para rejuvenecer” es el titular dedicado por la Revista “Salud, Nutrición y Bienestar” (2012) referido a la publicación del equipo del Dr DePinho (Jaskelioff et al, 2010) sobre las inmensas posibilidades de reactivación de la telomerasa.
- “Científicos identifican los genes que influyen en la longevidad” (Gómez Mena, 2014) referido al trabajo de los investigadores del Laboratorio Nacional de Genómica para la Biodiversidad (Langebio, en Mexico) los doctores Alexander de Luna Fors y Erika Garay a partir de la identificación de dos reguladores genéticos: el SWR1, que mantiene la conformación funcional del ADN, y el ARV1, que activa los mecanismos de remoción de la basura celular.

- “*La proteína de la longevidad: SIRT1720*” (Semana, 2014) referida también a la síntesis de la sirtuina a partir de publicaciones aparecidas en la Revista biomédica *Cell Metabolism* (Universidad de Washington).
- “*La píldora que alarga la vida (y te hará vivir hasta los 150 años)*” que recoge los hallazgos del Dr. David Sinclair (genetista del Departamento de Farmacología de la Universidad de Harvard y miembro del Instituto Nacional de Envejecimiento en Estados Unidos) publicados en la Revista Science (El Confidencial, 2013) a partir de haber logrado identificar la molécula SIRT1.
- “*Vivir hasta los 150 años: El vino tinto escondería un componente antienvjecimiento*” (RT, 2013) que, a partir de los trabajos del mismo autor publicado en la revista ‘Science’, ha evidenciado que el resveratrol, un componente del vino tinto, incrementa la actividad de la proteína SIRT1 que protege el organismo frente a las enfermedades al renovar la mitocondria que envejece con los años en animales, si bien el tema de las sirtuinas centran todavía hoy un animado debate y estén siendo muy contestadas desde foros similares.

En resumidas cuentas, estos descubrimientos que caminan a la zaga de los hallazgos científicos (apartado 4.2.2) son una muestra de que la preocupación por ser longevo –o parecerlo– forma parte ya del ADN de nuestras sociedades desarrolladas.

4.2.7.- Nivel de estudios

Para algunos autores tener un coeficiente intelectual alto no jugaría ningún rol específico en la longevidad, ni tampoco el hecho de haber cursado estudios avanzados (Friedman y Martin, 2011). Sin embargo, de igual manera que es un hecho que la tasa de discapacidad crece con la edad (a los 80 años, más de la mitad de los españoles tiene problemas para realizar de manera autónoma actividades de la vida cotidiana) también lo es que esta tasa de discapacidad sea más alta en personas analfabetas, viudas y en los que viven en hogares diferentes a los unipersonales, multigeneracionales o en pareja Abellán y Pujol, 2013).

Un reciente estudio longitudinal (1986-2006) realizado en EEUU sobre una muestra de un millón de personas de edades comprendidas entre los 25 y los 85 años (Krueger et al, 2015) ha concluido que el número de muertes atribuibles a un bajo nivel educativo es comparable a las provocadas por el tabaco, por ejemplo: “si en 2010, los estadounidenses que no habían terminado el instituto lo hubieran acabado, se podrían haber salvado 15.243 vidas. Además otras 100.068 muertes se podían haber evitado si los jóvenes que empezaron la universidad, pero no llegaron a terminarla, hubieran obtenido su licenciatura” (Marín, 2015, p. 32).

La persistencia y la capacidad de sobreponerse a los desafíos de la vida sí predicen, por el contrario, una vida larga lo que nos remitiría a la décima categoría (4.2.10): la importancia del tipo de personalidad como determinante para alcanzar edades longevas. A veces se supone a las personas inteligentes la capacidad para tomar las decisiones más adecuadas, pero la inteligencia, en cuanto capacidad para resolver problemas cotidianos, generar otros nuevos y elaborar productos que sean valiosos en uno o más contextos culturales, adopta formas múltiples (Gardner, 1998) y que, sin negar un determinante genético en su adquisición, es una destreza que se puede desarrollar en función del medio ambiente, las experiencias vividas o la educación recibida. En cualquier caso, sí parece que una mejor educación se asocia a longevidad dado que aquéllos que tienen mayor nivel educativo son más propensos a disponer de los recursos y de los conocimientos para adoptar conductas más saludables, optar a mejores puestos de trabajo (con sueldos más altos) y evitar padecer estrés, por ejemplo (Marín, 2015, p. 33).

Lo que a nadie le genera duda alguna es que una adecuada estimulación cognitiva contribuye al mantenimiento de la autonomía funcional y es un factor de protección ante el deterioro cognitivo o, en su caso, del retardamiento de sus efectos. Un reciente estudio (Wilson et al, 2013) va más allá y sugiere que actividades tan accesibles a cualquier edad como leer libros, escribir o participar en actividades pueden preservar la memoria y que haber sido participativo desde la infancia es importante para la salud del cerebro llegados a mayores, y un buen funcionamiento del cerebro hace posible la capacidad de seguir mostrando una actitud adecuada y de poder seguir tomando las decisiones adecuadas.

Señala Francesc Torralba (2003), que la vida conlleva un aprendizaje largo y apasionante que se prolonga a lo largo del tiempo y del espacio y que nunca acaba de llegar a su plena culminación. De hecho, estamos siempre en camino y cada momento aporta nuevas ocasiones para reflexionar y construir nuestra propia conciencia. Vivir es dejarse interpelar constantemente por aquello a lo que nos conduce la propia existencia, tanto si es agradable como doloroso. No obstante, no siempre es fácil asumir el reto de vivir y mucho más difícil resulta vivir con dignidad, es decir, saber vivir libre y responsablemente. La etapa de la vejez es una etapa compleja y necesita, para ser vivida con plenitud, de la educación en valores.

4.2.8. Nivel de ocupación en actividades laborales y/o de ocio

Dedicaremos el capítulo siguiente (capítulo 5) a inventariar y a reflexionar sobre la importancia de gestionar el propio tiempo a través de la ocupación en actividades que, en sí mismo, y si contribuyen a estructurar el tiempo disponible al servicio del crecimiento personal que ha de ocurrir a lo largo de toda la vida, son en sí mismo terapéuticas (Gorbeña, 2000), esto es, que reportan beneficios a la salud de las personas. En este apartado, hemos querido avanzar la importancia concedida a una adecuada ocupación desde el deseo de validar la hipótesis de que lo contrario (esto es, la estéril inactividad) es el caldo de cultivo propicio de los trastornos de estado de ánimo -posibles a cualquier edad pero más frecuentes en la vejez- y que la ausencia de un proyecto personal definido de vida es enemiga acérrima de la longevidad.

Asegurar el derecho al trabajo y al ocio para toda la población se ha convertido en un deber para las entidades de carácter público. El interés, en concreto, por la promoción del ocio reside en dos aspectos fundamentales:

1. en la propia naturaleza del ocio como derecho universalmente reconocido (ONU, 1948) que obliga a gobiernos e instituciones a garantizar el acceso al ocio de toda la población y a evitar cualquier forma de discriminación que impida a una persona o colectivo disfrutar del ocio.
2. en el carácter preventivo del ocio basado en la intuición de que invertir en él permite evitar importantes costes económicos porque, además de una herramienta política, es una estrategia, a medio o largo plazo, por sus repercusiones positivas en materia de salud (González, 2003).

La mejora de la salud es una de las consecuencias más conocidas y habitualmente asociadas a la gestión del propio ocio, especialmente en las actividades físico deportivas, y es el principal argumento de instituciones y organismos internacionales para promover su práctica deportiva entre la población. Sin embargo, identificar el mantenimiento o mejora de la salud como el único o principal beneficio que puede obtenerse de la participación en ocio, es una visión bastante reduccionista de sus potenciales beneficios. Este enfoque parcial tan extendido puede explicarse, quizá en parte, porque la comunidad científica ha encontrado siempre en el ámbito de la salud, especialmente física, la manera de medir objetivamente el impacto de la práctica deportiva y del ocio en los diferentes sistemas que

configuran el cuerpo humano a través de indicadores de naturaleza fisiológica y que atienden, por tanto, a parámetros cuantificables. Así, se ha intentado conocer:

1. la incidencia de la actividad físico-deportiva en el incremento de la masa ósea, la mejora de la presión arterial, el aumento de la fuerza muscular o en la reducción de los índices de colesterol (Pancorbo, 2011), por citar algunos beneficios, pero sin descuidar otros que pudieran derivarse de prescripciones médicas y que forman parte de la razón de ser de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, como la rehabilitación tras episodios agudos de salud, como pudiera ser un ictus (Drummond y Walker, 1995 y 1996).
2. la incidencia en aspectos personales o sociales que condicionan el estado de ajuste psicológico y social de las personas, y que también inciden en la percepción más o menos positiva que tiene esa persona, grupo o sociedad acerca de su bienestar y calidad de vida. El ocio, de hecho, es capaz de reportar beneficios psicológicos de naturaleza muy diversa: desarrollo de la capacidad empática, de habilidades cognitivas, impactos educativos asociados a la transmisión de valores, etc. (Driver et al, 1999; Tinsley y Eldredge, 1995).

Estos beneficios son, junto con categorías procedentes de otros contextos vitales (el trabajo, la red de apoyo familiar y social...), las que contribuyen a la consecución de aquellas metas que las personas más valoran y de las que no quieren prescindir a lo largo de su existencia (Monteagudo, 2008) y que, en resumidas cuentas, son las que van a hacer posible una longevidad exitosa.

4.2.9.- Nivel de participación social cultural

La participación en actividades culturales bien podría considerarse un parte más de la ocupación en actividades de ocio, sin embargo hemos querido darle una entidad en sí misma a esta categoría a raíz de una investigación, publicada en el año 2011 por las Revistas *Arts & Health* y *Journal of Epidemiology and Community Health*, relativa a los beneficios sobre la salud de la participación en actividades culturales y que se llevó a cabo en Suecia y en Noruega (Cuypers, 2011^{1y2}).

De mi deseo por llevar a cabo un estudio similar -a partir de mi experiencia personal y como continuación del trabajo de investigación tutelado que presenté para optar a la “suficiencia investigadora” (González, 2003)- nació una relación de correspondencia con sus autores que ha dado lugar a que, desde entonces, extreme los cuidados en la significatividad de las actividades que programo y en sus claros beneficios terapéuticos para las personas a las que van dirigidas. Estas publicaciones llevan por título “Cultural activities and public health: research in Norway and Sweden” (Cuypers, 2011¹) y “Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway” (Cuypers, 2011²).

El punto de partida de la investigación liderada por Koenraad Cuypers eran estudios previos que habían mostrado que la participación en actividades religiosas, sociales y culturales estaba asociada a una mayor tasa de longevidad, entre otros:

- Un informe del Comité Nacional de Salud Pública sueco (SOU, 2001) “Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan” (“Salud en condiciones de igualdad: objetivos nacionales para la salud pública”)
- Otro informe publicado por el Consejo de las Artes de Inglaterra (Staricoff, 2004) con una revisión de la literatura científica realizada a propósito de los beneficios de los programas de arteterapia en los hospitales ingleses.

Con estos ejemplos se demostraba que la participación cultural había sido ya utilizada tanto en políticas gubernamentales de salud como en tratamientos médicos propiamente dichos y el objetivo de su trabajo era analizar la correlación entre asistencia y/o participación en actividades culturales y salud percibida, en materias como ansiedad, depresión o satisfacción vital en personas de ambos sexos. Los autores distinguían entre mera asistencia (actividades receptivas) y participación activa (actividades creativas) en eventos culturales (Tabla 25).

Tabla 25: Actividades receptivas y actividades creativas

Asistencia a Actividades culturales (actividades receptivas)	Participación en Actividades culturales (actividades creativas)
Museos, exposiciones de arte	Participación en asociaciones
Conciertos, teatro, películas	Coros, grupos de música danza o teatro
Actividades religiosas (Iglesia)	Trabajo parroquial, voluntariado
Eventos deportivos	Actividades al aire libre. Entrenamiento deportivo

Fuente: elaboración propia a partir de Cuypers et al, 2011²

Las conclusiones arrojaron asociaciones dependientes de género entre participación cultural y salud percibida, dado que los resultados apoyaron la hipótesis del efecto beneficioso de las actividades culturales sobre la salud, pero se proponían continuar con más estudios longitudinales y experimentales para establecer una relación más fiable de causa-efecto. La novedad de la investigación, sin embargo, residía en que tras estudiar los 51.000 cuestionarios parecía existir una relación clara entre la asistencia y participación en eventos culturales y la percepción de una mejor salud junto con una menor propensión a padecer ansiedad y/o depresión. Los participantes, tanto hombres como mujeres de entre 20 y 80 años, relataron cómo se sentían tras asistir/participar en actividades y los resultados dejaron poco lugar a dudas:

- el 73% de las mujeres y el 77% de los hombres percibieron que su salud era buena o muy buena;
- el 90% de todos ellos sintió que su nivel de ansiedad era bajo o muy bajo y los niveles de depresión se hallaban en niveles similares.

Junto con un entorno geográfico propicio, ligado a hábitos de vida saludable y a niveles de renta suficientes, parece pues que una adecuada política cultural podría contribuir a que la longevidad fuera un derecho, además de un hecho, en nuestras sociedades desarrolladas. La cultura sería hoy lo más parecido al alma. Por eso parece oportuno concluir este epígrafe dedicando unos párrafos a su descripción tanto desde su origen etimológico como de sus diversas acepciones en nuestra sociedad (Cortés y Martínez, 1996).

El término cultura provendría del latín *cultus*, forma de supino del verbo *colere*, que inicialmente significaba “cultivar” (de ahí los términos agricultura, piscicultura, o viticultura, por ejemplo). A su vez, *cultus* significaba el estado de un campo cultivado: dado que el cultivo de un campo precisa de un constante esfuerzo, el sustantivo *cultus* adquirió, por una parte, el significado de *cuidado* y pasó a significar *culto* en el sentido religioso (por el cuidado o culto constante de los dioses realizado por los sacerdotes) y, por otra parte, pasó a considerarse *culto* todo ser humano que cultivase su espíritu. En este segundo sentido, se seguía la metáfora, ya existente en la Grecia de la época sofista, consistente en considerar el espíritu como un campo. El hombre inculto sería, pues, como un campo sin cultivar, mientras que el hombre culto sería aquél que tendría cuidado de su alma. En este sentido, el término cultura se entiende aplicado al ámbito del individuo, y en este ámbito mantiene una cierta relación con el término griego *paideia*.

A partir de los siglos XVII y XVIII el término se amplía, entendiéndose por cultura aquello que el hombre añade a la naturaleza, sea en sí mismo (cultivo de su espíritu), sea en otros objetos, tales como utensilios, herramientas, procesos técnicos, etc., (de donde surge la idea de «bienes culturales» o de «cultura material»), de manera que la cultura se entiende como la intervención consciente del hombre frente a la naturaleza. Esta ampliación se efectúa, especialmente, durante la Ilustración y Kant la define en 1790 como “*la producción en un ser racional de la capacidad de escoger sus propios fines*”, en el sentido de otorgar “*fines superiores a los que puede proporcionar la naturaleza misma*” (Kant, 1999: 204). Por otra parte, en cuanto que la posibilidad de la cultura presupone un cierto *otium* y exige la cobertura de las necesidades vitales más elementales, en ciertos ámbitos, la noción de cultura pasó a ser sinónimo de actividad propia de las clases sociales adineradas únicas que podrían acceder a bibliotecas, música o al arte, en general.

Finalmente, en Alemania el término *kultur* adopta el carácter de acentuación de las características, particularidades y virtudes de una nación, lo que emparenta esta noción con la de tradición (que procede del latín *tradere*, transmisión, y que recalca la necesidad de transmisión para que pueda existir la cultura), mientras que en Francia y Gran Bretaña se prefería, en este sentido, el término *civilización*.

Fue Edward Burnett Tylor (1833-1917) quien dio, en 1871, una primera definición de *cultura* que puede considerarse como clásica: cultura sería “*toda esa compleja totalidad que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, hábitos y capacidades cualesquiera adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad*”. De esta manera, la cultura se refiere a todos los conocimientos, capacidades, hábitos y técnicas adquiridos o heredados socialmente, es decir, no heredados biológicamente. Esta definición, más bien descriptiva, hecha desde la perspectiva de una teoría evolucionista, considera cultura todo aquello que es producido en sociedad, y tiende a considerar la cultura como un todo continuo, consideración que apoyaría más tarde el antropólogo Leslie White (1900-1975) para quien la cultura también se transmitiría de generación en generación logrando su continuación a lo largo del tiempo a través de mecanismos sociales (WHITE, 1982) y acabaría por consagrar esta acepción.

En resumen, en la evolución y acepciones de este término podemos apreciar distintos estadios del mismo:

1. inicialmente se entendía como el cultivo del espíritu en un sentido individual;
2. posteriormente, especialmente a partir del s. XVII, se confronta la cultura con la natura (la noción antigua de cultura como cultivo del espíritu no tiene por qué contraponer cultura a naturaleza) y se añade el aspecto de actividad consciente, con lo que el término cultura se asocia solamente a la actividad humana;
3. a ello se añade la dimensión social de la cultura, que cristaliza en la noción de «bienes culturales» o de «cultura material», y que presupone una acción colectiva, es decir, la colaboración de muchos en la comunidad humana;
4. por último se asocia, aún de manera elitista, a una situación social privilegiada. Además, se crea la confrontación con el término *civilización* y se relaciona con el término *tradición*.
5. Todo ello queda superado por la noción actual de cultura tal como ha sido formulada, en general, desde la antropología y, en especial, desde la antropología cultural.

4.2.10.- Tipo de personalidad

Intencionalmente, hemos querido dejar para el final esta categoría porque pensamos que resume, perfectamente, el círculo de determinantes de la longevidad.

Imagen 15: Determinantes de la longevidad



Fuente: elaboración propia

Ya hemos señalado que la persistencia y la capacidad de sobreponerse a los desafíos de la vida sí predicen una vida larga. Nos referíamos a la investigación *The Longevity Project* (Friedman y Martin, 2011) que señalaba que el divorcio de los padres en la niñez era un factor que servía para predecir una muerte temprana en la edad adulta.

Durante el transcurso de la vida van a ocurrir infinidad de sucesos ante los que hay que reaccionar con una actitud concreta. El tipo de personalidad está detrás de cada decisión adoptada:

- El lugar en el que fijo mi residencia.
- Hacer ejercicio.
- Seguir una dieta equilibrada.
- Vivir solo o acompañado.
- Mantener una actitud positiva continua.
- Ocuparse.
- Comprometerse intelectual (manteniendo una mente activa).

- Comprometerse socialmente (participando en la creación de la cultura).
- Somatizar el dolor por la pérdida de un ser querido hasta el punto de que te incapacite para seguir llevando las riendas de la propia vida.

Uno de los principales enemigos de esta capacidad armónica para integrar experiencias es el estrés. Cuerpo y mente se conectan a través del sistema neuroendocrino a la hora de afrontar el estrés y la sobrecarga de neuroquímicos producidos por este sistema (epinefrina, cortisol norepinefrina...) puede afectar al sistema inmunológico exponiendo al organismo a ser más fácilmente afectado por virus, bacterias o enfermedades neurodegenerativas más serias como cardiovasculares, hipertensión o cáncer.

La propia OMS (2006) ha señalado que este trastorno constituye una de las principales amenazas a la salud en el siglo XXI (ya habíamos citado más arriba otra amenaza actual alertada por la OMS: la obesidad). Ya nadie alberga dudas sobre el efecto que la alimentación, el deporte, el consumo de tóxicos o la contaminación ambiental tienen sobre nuestro organismo. La novedad reside en otro dato: recientes estudios defienden lo que hasta ahora parecía algo sagrado, que los hábitos saludables pueden alterar nuestro ADN. Si en la biología el siglo XIX fue el de la evolución y la genética y el XX el del ADN, el actual pertenece a una nueva disciplina científica, la epigenética:

- Para Manel Esteller (2008), director del programa de Epigenética y Biología del Cáncer del Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona, el estrés puede generar cambios capaces de alterar nuestros genes a nivel hormonal y de los neurotransmisores: *“cuando un gemelo empieza a fumar, a tomar drogas o se muda a una zona muy contaminada, aunque solo sea un año, su perfil epigenético puede desviarse de forma significativa”*.
- Teresa Roldán (Ponferrada-Marin et al, 2008), por su parte, catedrática de Genética y directora adjunta de Investigación en la Universidad de Córdoba, señala *“hasta ahora, considerábamos las células como meras lectoras pasivas de un manual de instrucciones, el ADN, que les dictaba cómo comportarse. Hemos cambiado este modelo rígido por uno más flexible. El manual se lee con tachones o subrayados (las marcas epigenéticas) que afectan a la palabra o a párrafos completos”*. Estas marcas no alteran el ADN, pero sí su manifestación.
- Nessa Carey, ex profesora titular de Biología Molecular en el Imperial College de Londres ahora es directora de investigación exploratoria en Cellcentric, ilustra el tema diciendo que el ADN sería el equivalente a la tragedia *Romeo y Julieta*, de Shakespeare, y la epigenética, el proceso que convierte la obra en una representación de teatro clásico o en una película moderna. Aquello de “no se puede hacer nada” ya no vale: ahora podemos activar y desactivar genes a través de nuestro modo de vida.
- Para el doctor Tinao (2005) esta evolución se debe al desarrollo social y económico. “La tecnología médica va por delante de la educación en prevención a los ciudadanos. ¿No será mejor evitar el infarto de miocardio que someterme a tres bypass?”

Diversos estudios han asociado determinados tipos de personalidad a la propensión hacia determinados estados de salud. Conocer el modo en que reaccionamos ante, por ejemplo, el estrés es más relevante que el conocimiento de las fuentes que lo han originado y nuestras reacciones están condicionadas por las creencias, valores, actitudes, expectativas, experiencias previas... esto es, por nuestra personalidad. Llegados a este punto, pudiera resultar interesante para nuestra investigación tratar de identificar los rasgos más determinantes de los distintos tipos de personalidad. Resumimos las principales aportaciones en la tabla 26:

Tabla 26: Patologías asociadas a cada tipo de personalidad

Tipo de Personalidad	Autores	Rasgos	Patologías asociadas
TIPO A	(Friedman y Rosenman, 1959)	Agresivo Hiperactivo Competitivo Egocéntrico Frío Inseguro	Estrés y trastornos cardiovasculares: Tanto la ira reprimida, como la irascibilidad y la hostilidad abierta (o mal humor), dan lugar a una serie de respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas que contribuyen al desarrollo de hipertensión y enfermedad coronaria. El patrón tipo A es un factor de riesgo que actúa junto a otros, como pueden ser el tabaquismo, la hipertensión, un nivel alto de colesterol LDL, o los trastornos de ansiedad. Alguno de estos factores (o todos) suelen darse asociados a la personalidad tipo A. Una persona con patrón A de conducta tiene 2,5 veces más posibilidades de desarrollar una angina de pecho o un infarto de miocardio. Un estudio de Barefoot, Dahlstrom y Williams (1983) mostró que las personas que puntuaban por encima de la media en la escala de hostilidad tenían un promedio de mortalidad 6,4 veces más alto que los que puntuaron por debajo de la media.
TIPO B	(Friedman y Rosenman, 1959)	Relajado Tranquilo Satisfecho Empático Cálido Seguro de sí mismo	Personalidad ideal para mantener la salud y evitar la enfermedad, es un factor protector respecto al estrés y los trastornos de ansiedad. Perciben los factores estresantes como oportunidades para un cambio
TIPO C	(Morris y Greer, 1980)	Inhibido emocional Pasivo Indefenso Conformista Complaciente Inseguro	Reuma, infecciones, alergia, afecciones cutáneas, cáncer: La depresión y los sentimientos de indefensión han sido relacionados de forma consistente con el cáncer, por ejemplo con el desarrollo de cáncer de mama y melanomas.
TIPO D	(Denollet y Brutsaert, 1996 y Denollet et al 1998)	Inhibición social Afectividad negativa	La personalidad tipo D predispone a padecer depresión y ansiedad: Tanto inhibición social, como afectividad negativa, actúan por separado produciendo trastornos cardiovasculares (hipertensión y enfermedad cardíaca), pero la combinación de ambas potencia mutuamente sus efectos y se multiplican los riesgos

Fuente: elaboración propia

En un estudio longitudinal a lo largo de seis años con pacientes con trastornos cardiovasculares (Denollet, 1996 y 1998) se halló una mortalidad del 23% en pacientes con personalidad tipo D frente a un 7% en pacientes con otros tipos de personalidad. Para el equipo liderado por el Dr. Denollet, mientras la persona con depresión tiene más riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, el paciente con personalidad tipo D es más propenso a los trastornos crónicos del aparato circulatorio (Denollet, 2010):

- De una población de personas hipertensas estudiada por los expertos, el 53% resultó coincidir con el perfil descrito como D
- La prevalencia de esta personalidad en la población general va del 13 al 24%, según los estudios, por lo que es significativo que entre las personas con cardiopatías isquémicas haya habido de un 25 a un 36% de pacientes tipo D
- También se ha encontrado la personalidad tipo D entre el 24 y el 45% de las personas con arritmias, en el 35% de los que tienen problemas en las arterias periféricas y en el 30% de los trasplantados de corazón
- La úlcera péptica parece también muy relacionada con la personalidad tipo D.

Estas personalidades permiten una aproximación a la asociación entre personalidad y propensión a padecer determinadas enfermedades, sin embargo cabría matizar que existen tantas personalidades como personas: habría que considerar estas construcciones psicológicas como referentes generales, y focalizar nuestra atención en características concretas de personalidad que sean potencialmente patógenas. Destacaremos seis:

1. Irascibilidad expresada o tendencia a relacionarse con los demás de forma agresiva u hostil.
2. Hiperactividad, debida a una excesiva autoexigencia, y a un afán competitivo que se expresa hacia los demás y hacia uno mismo, que enraíza en una baja autoestima y que hace vivir una continuada tensión.
3. Indefensión, en cuanto sentimiento de impotencia y desesperanza ante acontecimientos estresantes.
4. Inhibición de emociones negativas, concebido como un exceso de expresión de emociones positivas, respecto a los verdaderos sentimientos, y gran dificultad para reconocer y expresar las emociones negativas, especialmente la ira, y las propias necesidades.
5. Afectividad negativa en cuanto tendencia a estar angustiado, a preocuparse, al pesimismo, y a estados de infelicidad o depresivos.
6. Alexitimia, definida como la incapacidad para reconocer y expresar emociones (la palabra es de origen griego, y significa, literalmente, "sin palabras para las emociones"):
 - a. La falta de conexión con su mundo emocional produce toda clase de somatizaciones: herpes, eczemas, alteraciones gastrointestinales, dolores de cabeza, mareos, fibromialgia, lumbalgia, opresión en el pecho, taquicardia, hormigueo en las manos, fatiga crónica, etc.
 - b. Problemas físicos sin explicación física, pueden ser un indicador de que la persona tiene alexitimia: la deficiente "mentalización" de las emociones hace que la ansiedad, sin sentido, se exprese somáticamente. La alexitimia es también terreno abonado para las adicciones (ya sean drogas físicas o conductas adictivas), el fanatismo, la delincuencia, los actos violentos y, también, las depresiones, con gran disminución de la energía vital o los trastornos del sueño. Debido a que es una alteración bastante extendida en la población (7%), se considera un rasgo de carácter y no un trastorno. Es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (5/1). En el caso del autismo, se presenta en el 85% de los casos.
 - c. El alexitímico no suele plantearse que tiene un problema, y sólo busca ayuda cuando tiene algún problema físico o conductual serio. Las intervenciones terapéuticas se basan en aprender a reconocer sus sentimientos y a expresarlos.

Otro estudio longitudinal a lo largo de 10 años realizado por científicos italianos del Instituto Nacional sobre Envejecimiento, y por especialistas en bioestadística de la Universidad de Michigan (Abecasis y Chen, 2007), sobre una muestra de 6.148 personas de Cerdeña, genéticamente muy afines (el grupo estudiado es básicamente una familia gigante: un 95 por ciento de las personas tenían a sus cuatro abuelos nacidos en Cerdeña y una sola familia comprendía a 600 primos...), de edades comprendidas entre los 14 y los 102 años (ya hemos señalado que la población de Cerdeña es una de las más longevas del mundo), que vivían en cuatro pueblos vecinos dentro de Cerdeña, no encontró relación entre la personalidad tipo A y las enfermedades cardíacas, en contradicción con la constante confirmación previa en los estudios anteriores... Se analizaron 98 rasgos físicos y de conducta y se concluyó que todos tenían al menos un componente genético. La altura se determinaría genéticamente en un 80%, el colesterol en un 40%, sin embargo la influencia genética en la conformación de la personalidad se situaría alrededor de sólo un 15%. La personalidad se hace, se va desarrollando en la continua interacción con el entorno y, por tanto, se puede modificar, desde una actitud intencional, en un proceso educativo.

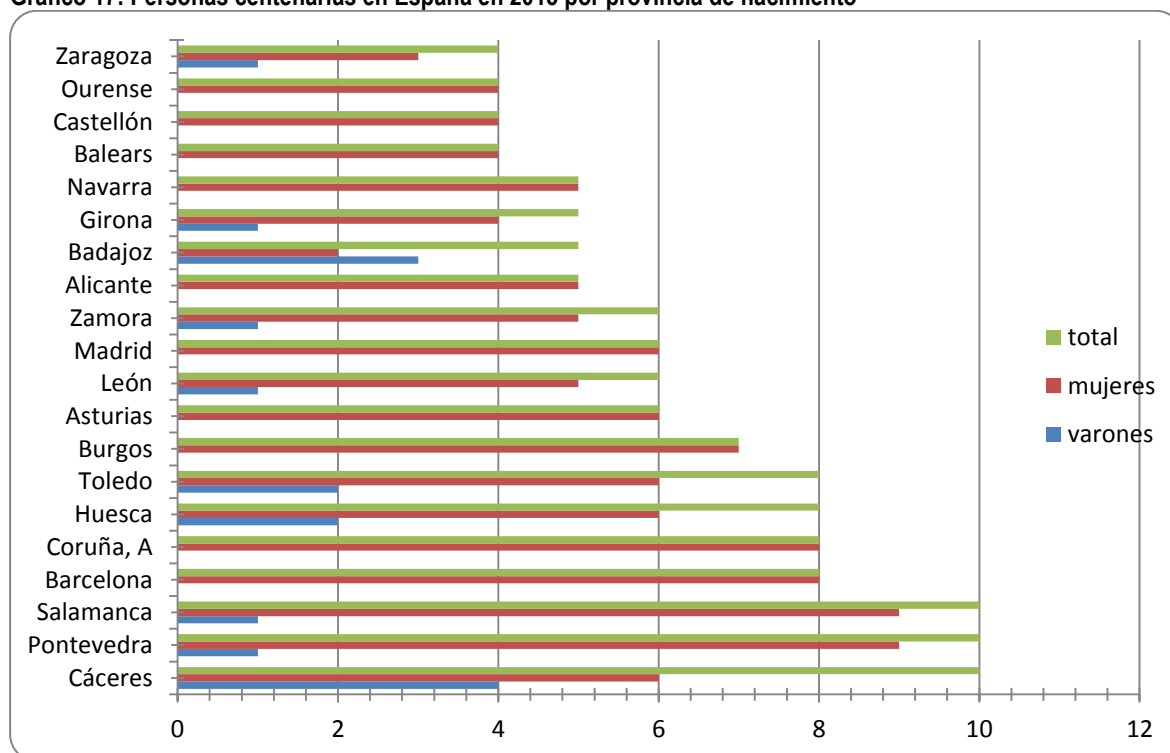
En general, nos estamos refiriendo a un tipo de personalidad resistente al estrés que hace posible los afrontamientos exitosos de situaciones en sí mismo conflictivas, esto es sin consecuencias negativas para la salud.

No nos cabe duda de la singular importancia de esta categoría sobre el modo de afrontar exitosamente el envejecimiento y, sin embargo, los estudios más prolíficos se siguen centrando en aspectos tan estériles como la influencia del ambiente físico (que no humano) y de la herencia genética.

4.3.- ESTUDIOS SOBRE GEOGRAFÍA Y LONGEVIDAD

El censo de personas mayores de 100 años en España manejado por el Gerontology Research Group de Estados Unidos era de 178 personas en el año 2015 cuya distribución geográfica (según nacimiento) mostraba una gran dispersión por prácticamente todas las provincias españolas aunque con concentraciones significativas en Cáceres, Pontevedra o Salamanca (gráfico 17).

Gráfico 17: Personas centenarias en España en 2015 por provincia de nacimiento



Fuente: elaboración propia a partir de Gerontology Research Group, 2015.

La dispersión geográfica sería la característica más destacada tanto desde el punto de vista de la información estadística como cartográfica al ponerse de manifiesto el desigual peso de provincias españolas en relación con el número de centenarios que, en términos absolutos, es el reflejo del desigual peso demográfico de unas provincias sobre otras pero, en términos relativos, presentan unas demarcaciones más longevas que otras, por lo que el interés del mismo (aunque importante desde la perspectiva de la planificación, tanto para la determinación de necesidades como para la asignación proporcional de recursos) es sólo relativo desde la perspectiva demográfica y epidemiológica (Reques, 2008).

Consecuentemente, ni la localización geográfica ni la descripción física de estos entornos geográficos muestran coincidencias significativas en aspectos relacionados con el clima, altitud, densidad de población o temperatura... salvo en el hecho de que se trate de entornos naturales ubicados en zonas montañosas no muy alejadas del mar (la mayor distancia la ofrecen los Valles de Hunza y de Vilcabamba). Ello nos lleva a concebir el entorno no sólo como el lugar en dónde se vive (campo o ciudad, zonas donde respirar es imposible o se está expuesto a factores cancerígenos...), sino también como el tan conocido y aludido “estilo de vida” (descanso, dieta y actividad física, fundamentalmente aunque no sólo, como veremos). Un análisis comparativo de los aspectos idiosincráticos de los ocho lugares del mundo con mayor tasa de longevidad al tiempo que mejor documentadas mediante fuentes bibliográficas relevantes (Tabla 27) contribuiría a reafirmar esta evidencia.

Tabla 27: Lugares del mundo con mayor tasa de longevidad y mejor documentadas

	Lugar	Principal bibliografía de referencia
1.	Valle del Hunza (India)	McCARRISON, R., 1921 y 1953; WRENCH, 1938; RODALE, 1956; CLARK, 1956; BANIK y TAYLOR, 1960; SIDK, 1994; BEARE, 2005; ROBBINS, 2007.
2.	Vilcabamba (Ecuador)	SALVADOR, 1972; LEAF, 1973; HARRISON, 1973; DAVIS, 1975; VELA y ALARCON, 1989; ROBBINS, 2007; COLER, 2008;
3.	Cerdeña (Italia)	BUETTNER, 2008; DEIANA, 2010; ROBLIN y BALIN, 2010; PES et al, 2014; POULAIN et al, 2015.
4.	Okinawa (Japón)	WILLCOX et al, 2002, 2004, 2005, 2006 ^{ab} , 2007, 2008 ^{ab} y 2009; ROBBINS, 2007; BUETTNER, 2008; ROBLIN y BALIN, 2010
5.	Loma Linda (California. EEUU)	FRASER, 1997-2008; BUETTNER, 2008; LEE, 2008-2014; ROBLIN y BALIN, 2010;
6.	Ikaria (Grecia)	BUETTNER, 2008; STEFANADIS, 2011; POULAIN et al, 2013
7.	Nicoya (Costa Rica)	CRELES, 2005; BUETTNER, 2008
8.	Abjasia (Georgia)	LEAF, 1973; ROBBINS, 2007;

Fuente: elaboración propia

4.3.1.- Valle del Hunza (India)

Por orden cronológico, los estudios sobre el pueblo “hunza” más relevantes han sido:

1. McCARRISON, R. (1921). *Studies in Deficiency Disease*. London: Oxford Medical Publications
2. WRENCH, G (1938). *The Wheel of Health: A Study of de Hunza People and de Keys to Health*. London: The C.W. Daniel Company Ltd.
3. McCARRISON, R. (1953). *Nutrition and Health: Being the Cantor Lectures to the Royal Society of Arts in 1936, together with two earlier Essays*. London: Faber and Faber
4. CLARK J (1956). *Hunza. Lost Kingdom of the Himalayas*. New York: Funk& Wagnalls Company
5. RODALE, J. I. (1956). *The Healthy Hunza. USA: Rodale Editions. Emaus PA*
6. BANIK, A y TAYLOR, R (1960) *Hunza Land: The Fabulous Health And Youth Wonderland Of The World*. Long Beach: Whitehorn Publishing
7. TAYLOR, R (1974). *Hunza Health Secrets for Long Life Hapiness*. United Kingdom: Tandem Publishing Company
8. HOFFMAN, Jay M (1979). *Hunza 15 secrets of the world's healthiets and oldest living people*. Professional Press Pub. Association.
9. CLASIC, Carl (1989). *Secret to Hunza Superior Health how people of Hunza stay young with extraordinary health and live longer*. Sherman Oaks, California: Center for Human Natural Nutrition
10. SIDK, M H (1994). “Shamans and Mountain Spirits in Hunza” en *Asian Folklore Studies*, Volume 53: 67-96

11. GODEFROY, C (2001). *Health Secrets of The Hunzas*. Recuperado de http://www.educationalservice.net/ebooks/ebooks-001/eseb20090302_health-secrets.pdf [consulta 22/8/2013]
12. BEARE, Sally (2005). *Los secretos de la eterna juventud. Descubra y practique la dieta de las poblaciones más longevas del mundo*. Barcelona: Amat Editorial.
13. ROBBINS, J (2007). *Healthy at 100: The Scientifically Proven Secrets of the World's Healthiest and Longest-Lived Peoples*. New York: The Random House.
14. ROBLIN, Emmanuel (dir) y BALIN, N. (prod) (2010). *El misterio de los centenarios*. Francia: Adamis Production. Recuperado de www.rtve.es/documentos/tv [consulta 22/8/2013]

Para facilitar una aproximación hemos decidido segmentar su análisis en categorías (tabla 28):

Tabla 28: Análisis por categorías del Valle del Hunza (India)

Geográficas	Situado en las alturas del Himalaya, en el valle del río Hunza, frontera entre Pakistán, China, India y Afganistán.
Genéticas	Aspecto caucásico (tez blanca). Los hunzas que emigraban a otros lugares y cambiaban su alimentación adquirían después de un tiempo las mismas enfermedades occidentales. Las mujeres hacen casi tanto ejercicio como los hombres y recorren veinte kilómetros subiendo precipicios y no se considera extraordinario para una abuela tener noventa años. Larga lactancia: desde la primera infancia los niños reciben una nutrición natural, puesto que las madres le dan el pecho por tres años a los varones y durante dos a las mujeres.
Hábitos de vida	Alimentación orgánica y fresca, toman un agua muy alcalina y mantienen periodos regulares de ayuno. Ingieren altas cantidades de frutas y verduras crudas durante el verano y albaricoques secos, granos germinados y queso de oveja/cabra en el invierno. Apenas consumen proteínas ni aditivos. La característica es la frugalidad: sólo hacen dos comidas al día, siempre acompañadas de un pan integral. Interés por la comida, limitado a la subsistencia. Realizan actividad física diaria , respirando aire puro (caminar 15-20 kms no lo consideran algo excepcional) y se bañan en agua helada incluso en aquellos días cuando la temperatura no sube de -15° C McCarrison (1921; 1953) apuesta por la alimentación como variable determinante
Estado civil	Las separaciones son prácticamente inexistentes, como reflejo moral de una verdadera normalidad nerviosa
Nivel económico	Trabajan para vivir con lo suficiente (para un occidental su nivel económico sería considerado precario). Así la comida no se considera un placer sino algo necesario para el mantenimiento de la salud.
Farmacología	No usan drogas ni vacunas de ninguna especie. Se niegan a fumigar para proteger las cosechas (Taylor, 1964).
Nivel de Estudios	Sin estudios formales. Los conocimientos necesarios para garantizar la correcta adaptación al medio se realizan dentro de la familia.
Ocupación laboral y ocio	Practican técnicas de relajación además de juegos deportivos o caminan y trabajan en el terreno montañoso a diario. Cultiva la tierra con abonos exclusivamente orgánicos, sin usar jamás productos químicos. No hay vehículos. Toda la carga se transporta a cuestas. Utilizan el horario solar: se levantan al amanecer y se acuestan cuando

	oscurece.
Participación social y cultural	El que a los cien años de edad, a un Hunza no se le considere viejo hace que se le siga considerado parte activa de la comunidad. En esta sociedad la edad cronológica no es determinante. Las celebraciones, la fiesta... son importantes (la comida no)
Personalidad	La característica más destacada es su carácter optimista y feliz. Una lactancia prolongada puede producir un carácter más estable, debido a un sistema nervioso mejor nutrido por los insustituibles elementos de la leche materna y por las impresiones psíquicas de amor, protección y seguridad que se graban en el niño cuando se desarrolla todo el mecanismo de la lactancia, en el que intervienen el arrullo, el abrazo, el acunamiento, el calor y el contacto directo entre el niño y la madres, que le otorga su pecho. No muestran preocupación por el pasado ni por el futuro. Rodale (1956), destaca la armonía que reina en el pequeño país: la amistad entre los ciudadanos: el bondadoso, digno y disciplinado trato de padres con hijos; la dulzura de sus mujeres y su absoluta lealtad a sus esposos. Las separaciones son prácticamente inexistentes, como reflejo moral de una verdadera normalidad nerviosa

Fuente: elaboración propia

4.3.2.- Vilcabamba (Ecuador)

Por orden cronológico, los estudios sobre el pueblo “hunza” más relevantes han sido:

1. SALVADOR, M (1972). *Vilcabamba, tierra de longevos: realidad y ficción de una leyenda*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
2. HARRISON, J (1973). “Pionners in Shangri-La” en *New Scientist* 58, nº 846
3. DAVIES, DAVID (1975). *The centenarians of The Andes*. London: Barrie & Jenkins.
4. VELA CHIRIBOGA, G y ALARCON DE VELA, M C (1989). *Secretos de Vilcabamba para vivir siempre joven*. Quito: Corporación de estudios y Publicaciones.
5. LEAF et al (2004). *Vilcabamba: The sacred valley of the centenarians*. CIS Publishing Company. Recuperado de <http://vilcabamba.co/pdf/VilcabambaBook.pdf> [consulta 22/8/2013]
6. ROBBINS, J (2007). *Healthy at 100: The Scientifically Proven Secrets of the World's Healthiest and Longest-Lived Peoples*. New York: The Random House.
7. COLER, R (2008). *Eterna Juventud*. Barcelona: Planeta

El análisis de los aspectos más relevantes sería (Tabla 29):

Tabla 29: Análisis por categorías de Vilcabamba (Ecuador)

Geográficas	Valle localizado a 500 kms al sur de Quito (Ecuador). Partiendo de la ciudad de Loja, se asciende por una serpenteante carretera durante 50 kilómetros hasta Vilcabamba, un aislado lugar rodeado por picos de gran altura como el Mondango, de 2.500 metros de altura, que literalmente significa «altar de los Incas». Dos ríos torrenciales, el Vilcabamba y el Chamba, cruzan el valle de extremo a extremo.
Genéticas	No reseñadas.
Hábitos de vida	Los vilcabambos ingieren solamente 1.200 calorías por día, la mitad de lo que

	normalmente se consume en países como el nuestro. Sus comidas consisten básicamente en grano, sopa, maíz, raíz de yuca, judías, patatas y todo esto junto con frutas como naranjas y plátanos. La especialidad de la región es el repe, una sopa de plátanos y judías reforzada con queso blanco, sal y manteca de cerdo. El poco azúcar que se usa no está refinado. Apenas ingieren carne
Estado civil	Viven en pareja y prefieren el ambiente familiar estable a la soltería.
Nivel económico	Trabajan para vivir con lo suficiente (para un occidental su nivel económico sería considerado precario). Precario.
Farmacología	Sin datos relevantes
Nivel de Estudios	Sin estudios formales. Los conocimientos necesarios para garantizar la correcta adaptación al medio se realizan dentro de la familia.
Ocupación laboral y ocio	Practican técnicas de relajación además de juegos deportivos o caminan y trabajan en el terreno montañoso a diario. Cultiva la tierra con abonos exclusivamente orgánicos, sin usar jamás productos químicos. No hay vehículos. Toda la carga se transporta a cuestas. Utilizan el horario solar: se levantan al amanecer y se acuestan cuando oscurece.
Participación social y cultural	Sociables. Vinculados a la comunidad: celebraciones frecuentes y multitudinarias. Las celebraciones, la fiesta... son importantes (la comida no)
Personalidad	Sin preocupaciones. Carácter optimista y feliz.

Fuente: elaboración propia

4.3.3.- Cerdeña (Italia)

El número de estudios sobre Cerdeña es también importante:

1. BUETTNER, D (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from de people who've lived longest*. Whashington: National Geographic Society.
2. DEIANA, L (2010). *Il progetto AKeA (A Kent' Annos)*. "L'isola dei centenari". Recuperado de <http://www.ara.sardegna.it/index.aspx?m=81&f=3&idf=156> [consulta de 10/10/2014]
3. ROBLIN, Emmanuel (dir) y BALIN, N. (prod) (2010). *El misterio de los centenarios*. Francia: Adamis Production. Recuperado de www.rtve.es/documentos/tv [consulta 22/8/2013]
4. YOUNG, R D; DESJARDINS B; MCKAUGHHLIN, K; POULAIN, M y PEARLS, T T (2010). "Typologies of Extreme Longevity Myths" en *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Vol 2010, article Id 423087. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062986/> [consulta 18/6/2015]
5. PES, G; TOLU, F; SECHI, G; POULAIN, M (2014). "Male longevity in Sardinia, a review of historical sources supporting a causal link with dietary factor". En *European Journal of Clinical Nutrition*. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/267864042> [consulta de 10/10/2014]
6. PANI, A et al (2014). "Prevalence of CKD and its relationship to eGFR-Related Genetic Loci and Clinical Risk Factors in the SardiNIA Study Cohort" en *J Am Soc Nephrol*. 2014 Jul; 25(7): 1533–1544. Published online 2014 Feb 7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073426/> [consulta 19/8/2015]
7. POULAIN, M; HERM, A; PES, G (2015). "Extreme Longevity in the Past: Validation of Centenarians Who Died before WWI" Conference Paper. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/275656674> [consulta de 10/7/2015]

Por categorías de análisis (Tabla 30), los datos extraídos de estos estudios serían:

Tabla 30: Análisis por categorías de Cerdeña (Italia)

Geográficas	Isla (aislamiento físico y, consecuentemente, en cultura, tradiciones...)
Genéticas	Según Pes (2014) los habitantes de la isla de hace aproximadamente 10.000 años se convirtieron en una especie de incubadoras genéticas capaces de amplificar alguna de sus características a lo largo de varias generaciones. Incluso en la actualidad el 75% de los sardos descienden directamente de los pobladores originales de la isla lo que nos llevaría a pensar que existe una predisposición natural en su patrimonio genético que favoreciera la longevidad. Deiana (2010): de 363, 149 varones y 201 mujeres.
Hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Un consumo alto de lácteos (sobre todo en forma del queso local) - Un consumo moderado de carne - Consumo de hidratos de carbono - Ausencia de consumo de grasas - Consumo moderado de vino <p>La práctica moderada pero continuada de actividad física: los centenarios de Cerdeña han tenido que caminar largas distancias durante toda su vida y, como contrapartida, padecen la mitad de las fracturas que el resto de los italianos. La profesión más frecuente ha sido la de pastor, lo que les ha obligado a caminar varios kilómetros al día sobre un terreno muy irregular acompañando a sus rebaños</p>
Estado civil	Casados. Estables.
Nivel económico	Modesto (aunque felices)
Farmacología	No
Nivel de Estudios	Sin estudios
Ocupación laboral y ocio	Pastoreo. Agricultura (huerto)
Participación social y cultural	Importancia de las celebraciones familiares y comunitarias
Personalidad	La importancia de mantener una actitud positiva y de encontrar tiempo diariamente para detenerse y disfrutar de los placeres sencillos. Los sardos fomentan un sentido del humor sarcástico y un punto de vista origina optimista con respecto al futuro. Esta actitud les ayuda a protegerse ante el estrés. Las personas centenarios muestran un carácter optimista y alegre. A ellos les gusta decir que cuando una persona canta y baila no piensa en producir daño alguno. El afecto, tanto el mostrado como el recibido, les hace sentirse en armonía con el medio ambiente

Fuente: elaboración propia

4.3.4.- Okinama (JAPON)

Los estudios están muy centrados en los mismos autores, pero esta localización es igualmente muy prolífica en investigaciones y estudios:

1. WILLCOX BJ, WILLCOX DC, SUZUKI M. (2002). *The Okinawa Program. How the World's Longest-Lived People Achieve Everlasting Health--And How You Can Too. Learn the secret to healthy longevity.* New York: Random House
2. WILLCOX BJ, WILLCOX DC, SUZUKI M. (2004). *The Okinawa diet.* New York: Random House.
3. WILLCOX D C (2005). Okinawan longevity: where do we go from here? *Nutr Dietetics.* 2005;8:9–17

4. WILLCOX, C; WILLCOX, B J; HE, Q; CURB, J D; SUZUKI, M (2006^a). "Siblings of Okinawan Centenarians share lifelong mortality advantages". En *Journal of Gerontology: Biological Sciences*. Vol 61A, 4: 345-354. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/bjw_jgbs_sibling.pdf [consulta de 10/10/2014]
5. WILLCOX, C; WILLCOX, B J; HSUEC, W; SUZUKI, M (2006^b). "Genetic determinants of exceptional human longevity: insights from the Okinawa Centenarian Study". En *AGE*, 28: 313-332. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/geneticshumanlongevity_age_2006.pdf [consulta de 10/10/2014]
6. WILLCOX DC, WILLCOX BJ, TODORIKI H, CURB JD, SUZUKI M. (2006^c). Caloric restriction and human longevity: what can we learn from the Okinawans? *Biogerontology*. 2006;7:173–177.
7. ROBBINS, J (2007). *Healthy at 100: The Scientifically Proven Secrets of the World's Healthiest and Longest-Lived Peoples*. New York: The Random House.
8. WILLCOX, C; WILLCOX, B J; HE, Q; WANG, N-Ch; SUZUKI, M (2008^a). "They really are that old: a validation study of Centenarian Prevalence in Owinawa". En *Journal of Gerontology: Biological Sciences*. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/age_validation_in_okinawa_jgbs_2008.pdf [consulta de 10/10/2014]
9. WILLCOX, C; WILLCOX, B J; TODORIKI, H; FUJIYOSHI, A; YANO, K; HE, Q; CURB, J D; SUZUKI, M (2008^b). "The diet of the world's longest-lived people and its potential impact on morbidity and life span". En *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 1114: 434-455. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1396.037/pdf> [consulta de 10/10/2014]
10. WILLCOX, C; WILLCOX, B J; TODORIKI, H; SUZUKI, M (2009). "The okinawan diet: health implications of a low-calorie, nutrient-dense, antioxidant-rich dietary pattern low in glycemic load". En *Journal of the American College of Nutrition*, 28. 4: 5008-5168. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234038> [consulta de 10/10/2014]
11. BUETTNER, D (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from the people who've lived longest*. Whashington: National Geographic Society.
12. ROBLIN, Emmanuel (dir) y BALIN, N. (prod) (2010). *El misterio de los centenarios*. Francia: Adamis Production. Recuperado de www.rtve.es/documentos/tv [consulta 22/8/2013]

Del análisis de estos estudios podemos deducir (Tabla 31):

Tabla 31: Análisis por categorías de Okinawa (Japón)

Geográficas	Isla (aislamiento físico y, consecuentemente, en cultura, tradiciones...)
Genéticas	Estudios no prioritarios en este ámbito. Complexión delgada. Incidencia baja en cáncer y enf cardiovasculares
Hábitos de vida	The Okinawa Diet: <ul style="list-style-type: none"> - Restricción calórica: pequeñas cantidades de comida y fundamentalmente de origen vegetal. - ejercicio físico continuado: siguen ocupados del cultivo de un huerto/jardín
Estado civil	Casados. Estables.
Nivel económico	Modesto (aunque felices)
Farmacología	No
Nivel de Estudios	Sin estudios
Ocupación laboral y ocio	Pastoreo. Agricultura (huerto: también de mayores)
Participación social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de las celebraciones familiares y comunitarias: fuertes relaciones sociales... - Liderazgo espiritual de las personas mayores

Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - actitudes positivas, - fuertes relaciones sociales, - fuertes creencias espirituales - sensación de bienestar y - satisfacción con la propia vida. - Bajo nivel de estrés
--------------	--

Fuente: elaboración propia

4.3.5.- Loma Linda (CALIFORNIA)

Los estudios más destacados son:

- FRASER GE; HALLER-WADE T; MORROW S (1997). "Social Support in Seventh-day Adventists and Their Neighbors". En *J of Religion and Health* 36: 231-239. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1027457023903> [consulta 9/6/2014]
- BEESON W.L; MILLS, P K; PHILLIPS, R L; ANDRESS, M; FRASER, G E (1989). "Chronic disease among seventh-day Adventist, a low-risk group" en *Revista Cancer* 64: 570-581. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142%2819890801%2964:3%3C570::AID-CNCR2820640303%3E3.0.CO;2-4/pdf> [consulta 9/6/2014]
- KEY, T J; FRASER, G E; THOROGOOD, M; APPLEBY, P N; BERAL, V; REEVES, G; BURR, M L; CHANG-CLAUDE, J; FRENTZEL-BEYME, R; KUZMA, J W; MANN, J; MCPHERSON, K (1999). "Mortality in vegetarians and nonvegetarians: detailed findings from a collaborative analysis of 5 prospective studies " en *The American Journal of Clinical Nutrition*
- BUETTNER, D (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from de people who´ve lived longest*. Whashington: National Geographic Society.
- FRASER, G (2008). Pagina web profesional de Gary Fraser. Recuperado de <http://www.llu.edu/pages/faculty/directory/faculty.html?uid=gfraser> [consulta 19/8/2015]
- ROBLIN, Emmanuel (dir) y BALIN, N. (prod) (2010). *El misterio de los centenarios*. Francia: Adamis Production. Recuperado de www.rtve.es/documentos/tv [consulta 22/8/2013]
- ORLICH, M J; SINGH, P N; SABATÉ, J; JACELDO-SIEGL, K; FAN, J; KNUTSEN, S; BEESON, W L; FRASER, G E (2013). "Vegetarian dietary patterns and mortality in adventist health study 2". En *JAMA Intern Med.* 2013; 173 (13): 1230-1238. Recuperado de <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1710093> [consulta 9/6/2014]
- LEE, J. W. (2014). "Religión, Estilo de Vida y Salud: Perspectivas de la Religión Adventista y el Estudio de la Salud". 2ª Conferencia Mundial sobre Salud y Estilo de Vida. 09 de julio 2014. Ginebra, Suiza.

Y del análisis de estos estudios (Tabla 32), podemos concluir:

Tabla 32: Análisis por categorías de Loma Linda (California, EEUU)

Geográficas	Aislamiento ideológico y cultural (y, consecuentemente, físico: endogámico...) al tratarse de "Adventistas"
Genéticas	Estudios no prioritarios en este ámbito: priorizan "religión" Complejión delgada. Incidencia baja en cáncer y enf cardiovasculares
Hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - La abstinencia de hábitos como el consumo de tabaco. - Una dieta basada fundamentalmente en el consumo de productos frescos de origen vegetal (Cerdeña sería el lugar en donde esta dieta sería menos estricta). En común comparten el consumo frecuente de legumimosas. - La práctica continuada de una actividad física moderada. - Una dieta pobre en proteínas de origen animal aunque rica en la

	<p>proveniente de los frutos secos e ingestas frecuentes de agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La práctica de actividad física regular vinculada al mantenimiento de un adecuado Índice de Masa Corporal. - La dedicación de un tiempo semanal para la relajación y el disfrute de la familia, los amigos y de la práctica religiosa.
Estado civil	Casados. Estables.
Nivel económico	Dato no prioritario en los estudios: priorizan influencia de la “religión”. Pero hay personas con niveles de ingresos importantes.
Farmacología	Sí
Nivel de Estudios	Dato no prioritario en los estudios: priorizan influencia de la “religión”. Pero hay personas con estudios superiores.
Ocupación laboral y ocio	Dato no prioritario en los estudios: priorizan influencia de la “religión”. Pero hay personas de todas las profesiones.
Participación social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de las celebraciones familiares y comunitarias: fuertes relaciones sociales... - Un alto grado de compromiso social, entendido como que todas las personas, independientemente de su edad, son socialmente activos y están altamente integrados en sus comunidades.
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - La familia, como eje central en torno al que giran sus vidas. - Su alto nivel de compromiso en tareas de voluntariado que, al tiempo que contribuyen a mantener un tupido tejido social a su alrededor, les mantiene activamente ocupados en tareas que les alejan de padecer, por ejemplo, síntomas depresivos.

Fuente: elaboración propia

4.3.6.- Ikaria (GRECIA)

Ciertamente, el número de estudios que avalan a Ikaria como un lugar en el que puedan darse razones científicas para que se concentre aquí un significativo número de personas longevas es muy reducido si lo comparamos con otras localizaciones. Pero, al formar parte del grupo de “cinco zonas azules” de Buettner (2008) y tratarse de un contexto geográfico e histórico europeo, hemos considerado que merece su lugar aquí:

1. BUETTNER, D (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from de people who've lived longest*. Whashington: National Geographic Society.
2. STEFANADIS, C.I. (2011). Unveiling the secrets of longevity: The Ikaria Study. En *Hellenic Journal of Cardiology*, 479-480. Recuperado de http://www.hellenicjcardiol.com/archive/full_text/2011/5/2011_5_479.pdf [consulta 10/7/2014]
3. POULAIN, M; HERM, A; PES G (2013). “The blue zones: areas of excepcional longevity around the world” en *Vienna Yearbook of Population Research*, vol 11 pp 87-108. Recuperado de http://musiklexikon.ac.at/0xc1aa500e_0x00307bb6.pdf [consulta 10/7/2014]

La información deducible de estos estudios es similar a la de las otras localizaciones (Tabla 33):

Tabla 33: Análisis por categorías del Valle de Ikaria (Grecia)

Geográficas	Aislamiento físico al tratarse de una isla: endogamia asociada y, consecuentemente idiosincrasia ideológica, cultural...
Genéticas	Estudios no prioritarios en este ámbito: priorizan “religión” Complexión delgada. Incidencia baja en cáncer y enfermedades cardiovasculares
Hábitos de vida	1. Siguen una dieta mediterránea, especialmente rica en pescado, aceite de

	<p>oliva, frutas, verduras y cereales integrales y con poca carne roja. Cocinan con aceite de oliva y beben un vino típico de la isla, sin conservantes ni aditivos. Utilizan hierbas silvestres, tanto en la cocina como para preparar infusiones, y de hecho muchos ancianos toman diariamente un té con hierbas como salvia, menta tomillo, y manzanilla, al que añaden miel de abejas locales. Muchos de los tés aquí actúan como diuréticos suaves, prescritos por los médicos para reducir la presión arterial y que, junto con la leche de cabra y el vino también tradicionales aquí, les aporta una proporción diez veces mayor en el nivel de antioxidantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Son físicamente activos incluso a edades avanzadas, y mantienen una buena red de relaciones sociales. Influye en ello el que se trate de un terreno montañoso, que les hace invertir más tiempo en los desplazamientos al trabajo o a celebraciones comunitarias como las religiosas. 3. Siesta diaria. 4. Con tasas de tabaquismo muy bajas.
Estado civil	Casados (87,7 % de hombres y 40,9% de las mujeres longevas). Estables.
Nivel económico	Sin preocupaciones: 96% propietarios del lugar en donde viven.
Farmacología	No
Nivel de Estudios	10,1 % de los centenarios son analfabetos...
Ocupación laboral y ocio	Pastoreo. Agricultura.
Participación social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de las celebraciones familiares y comunitarias: fuertes relaciones sociales... - Un alto grado de compromiso social, entendido como que todas las personas, independientemente de su edad, son socialmente activos y están altamente integrados en sus comunidades. - Dedican tiempo para encontrarse con amigos
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - La familia, como eje central en torno al que giran sus vidas: al ser una población aislada, rica en tradiciones y aferrada a sus valores familiares - .Búsqueda y conquista de la relajación como antídoto contra el estrés. - En la isla prima la tranquilidad y sus habitantes no suelen sufrir estrés, acostumbran a dormir la siesta a mediodía,

Fuente: elaboración propia

4.3.7.- Nicoya (COSTA RICA)

Como en el caso de Icaria, el número de estudios que avalan a Nicoya es también muy reducido si lo comparamos con el resto de localizaciones. Pero, también forma parte del grupo de “cinco zonas azules” de Buettner (2008) además de contar con el Proyecto CRELES de las Universidades de San José de Costa Rica y de California, lo cual respalda sus méritos para figurar aquí.

1. CRELES (2005). *Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, 2005 (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable)*. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/descripcion.html> [consulta 12/7/2015]
2. BUETTNER, D (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from de people who've lived longest*. Whashington: National Geographic Society.

3. ROSERO-BIXBY, L.; FERNÁNDEZ, X; DOW, W (2010). "CRELES: Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, 2005 (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable)" Inter-university Consortium for Political and Social Research

Y los datos deducibles son también significativos (Tabla 34):

Tabla 34: Análisis por categorías del Valle de Nicoya (Costa Rica)

Geográficas	Aislamiento físico al tratarse de una isla: endogamia asociada y, consecuentemente idiosincrasia ideológica, cultural...
Genéticas	Estudios no prioritarios en este ámbito: priorizan "religión" Complexión delgada. Incidencia baja en cáncer y enfermedades cardiovasculares
Hábitos de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Importancia de la dieta, especialmente rica en antioxidantes provenientes de las frutas locales. 2. Agua rica en calcio y magnesio. 3. Son físicamente activos incluso a edades avanzadas, y mantienen una buena red de relaciones sociales. Influye en ello el que se trate de un terreno montañoso, que les hace invertir más tiempo en los desplazamientos al trabajo o a celebraciones comunitarias como las religiosas. 4. Siesta diaria. 5. Con tasas de tabaquismo muy bajas.
Estado civil	Casados. Estables.
Nivel económico	Sin preocupaciones
Farmacología	No
Nivel de Estudios	Dato no referido,
Ocupación laboral y ocio	Siempre ocupados. De mayores siguen ocupándose de cuestiones familiares y comunitarias.
Participación social y cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de las celebraciones familiares y comunitarias (religiosas): fuertes relaciones sociales... - Un alto grado de compromiso social, entendido como que todas las personas, independientemente de su edad, son socialmente activos y están altamente integrados en sus comunidades. - Dedicar tiempo para encontrarse con la familia y amigos
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - La familia, como eje central en torno al que giran sus vidas: al ser una población aislada, rica en tradiciones y aferrada a sus valores familiares - Aferrados a costumbres y convicciones religiosas.

Fuente: elaboración propia

4.3.8.- Abjasia (GEORGIA)

Como en el caso de Icaria y Nicoya, el número de estudios que respaldan el que Abjasia forme parte de este estudio es muy reducido, pero se trata de un clásico (junto con Vilcabamba y el Valle del Hunza).

1. LEAF, A. (1973). "Every Day Is a Gift When You Are Over 100." *National Geographic* (January 1973). 92-119.

2. LEAF, A (2001). "Medicine or Physiology: my personal mix" en *Annu. Rev. Physiol.* 63: 1-14. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.physiol.63.1.1> [consulta 9/6/2014]
3. ROBBINS, J (2007). *Healthy at 100: The Scientifically Proven Secrets of the World's Healthiest and Longest-Lived Peoples*. New York: The Random House.

De estos autores, podemos resumir algunas características diferenciales (Tabla 35):

Tabla 35: Análisis por categorías de Abjasia (Georgia)

Geográficas	A diferencia del resto de localizaciones, hablamos de una extensión amplísima y no aislada geográficamente.
Genéticas	Variedad étnica: hasta 10 grupos étnicos diferentes.
Hábitos de vida	Dieta hipocalórica e hipoproteica. Actividad física continuada. Complexión delgada aunque musculada. Alcohol y tabaco con moderación (vinculado a celebraciones).
Estado civil	Casados (algunos hasta en 7 ocasiones).
Nivel económico	No importante: no es fuente de preocupaciones.
Farmacología	No
Nivel de Estudios	Sin estudios
Ocupación laboral y ocio	Agricultura y ganadería (sobre todo pastoreo).
Participación social y cultural	- Importancia de las celebraciones familiares y sociales. - Fiestas.
Personalidad	- Sentido del humor. - Interés por relaciones sociales, filtrado...

Fuente: elaboración propia

Para aproximarnos por ver primera a los lugares destacados por concentrar a un mayor número de personas longevas acudimos a los estudios desarrollados por Robert McCarrison (Wrench, 1938), Buettner (2008) y Coler (2008). Estos trabajos nos demuestran la gran dispersión geográfica de estos siete puntos a lo largo de tres continentes: tres localizaciones en América, dos en Europa y dos en Asia (Imagen 3). Los datos sobre altitud, latitud y altura tampoco arrojan claridad sobre la influencia de estas categorías de análisis sobre el posible incremento en la esperanza de vida. Hemos tenido que hilar más fino preguntándonos por otros aspectos como los hábitos de ocupación y de participación para dar con coincidencias en torno a ámbitos laborales (agricultura y ganadería), modalidad laboral (trabajo por cuenta propia) o a participación en la vida social y cultural de la comunidad: en la mayor parte de los casos, se trata de personas integradas en la vida de la comunidad y con apoyo social y/o familiar suficiente.

Un resumen comparativo de las categorías de análisis de estas ocho localizaciones mejor documentadas y tradicionalmente asociadas a unos mayores índices de longevidad sería la que presentamos en la tabla 36. En un vistazo rápido podemos deducir características muy similares en personas que habitan lugares geográficos muy alejados entre sí. Lo que también resulta evidente es el tradicional interés por vincular geografía y longevidad. Lo que hemos echado en falta han sido registros meticulosos de ocupación en lugar de testimonios anecdóticos más vinculados a la descripción etnográfica que a las posibilidades de estructurar, pedagógicamente, un aprendizaje de la longevidad.

Tabla 36: Resumen comparativo de los 8 lugares mejor documentados y tradicionalmente con mayor longevidad del mundo

LUGAR	1.- HUNZA (India)	2.- VILCABAMBA (Ecuador)	3.- CERDEÑA (ITALIA)	4.- OKINAWA (JAPÓN)	5.- LOMA LINDA (CALIFORNIA)	6.- IKARIA (GRECIA)	7.- NICOYA (COSTA RICA)	8.- ABJASIA (GEORGIA)
1. Geografía	Aislamiento. Altitud Valle entre montañas. Aire y agua puros.	Aislamiento. Altitud Valle entre montañas. Aire y agua puros. Al venir al valle muchas personas sanaban.	Aislamiento tradicional (isla)	Aislamiento tradicional (isla).	Aislamiento tradicional (comunidad religiosa).	Aislamiento tradicional (isla).	No existe aislamiento ni histórico ni físico	No existe aislamiento ni histórico ni físico
1.1. Nacimiento	Mismo lugar (endogamia)	Mismo lugar (endogamia)	Mismo lugar (endogamia)	Mismo lugar (endogamia)	Mismo lugar (endogamia)	Mismo lugar (endogamia)	Aferrados al entorno	Variada étnica
1.2. Dónde vivió	Mismo lugar	Mismo lugar	Mismo lugar	Mismo lugar	Mismo lugar	Mismo lugar	Mismo lugar	Movilidad
2. Genética								
2.1. Herencia	Al salir del entorno envejecían normalmente.	Sin datos. Complejión delgada aunque musculada.	Pes (2014): alta influencia genética	Complejión delgada aunque musculada.		Complejión delgada aunque musculada.		Dato no relevante
2.2. Sexo	Indistinto	Más hombres que mujeres	Más hombres que mujeres	Más mujeres que hombres	Más mujeres que hombres	Más mujeres que hombres	Más mujeres que hombres	Más mujeres que hombres
3. Hábitos								
3.1. Descanso	Descanso reparador. Práctica de relajación	Satisfactorio. Práctica de técnicas de relajación	Sin datos: satisfactorio	Prácticas de técnicas de relajación satisfactorio	Práctica de técnicas de relajación: satisfactorio	Sin datos: Siesta.	Sin datos: satisfactorio	Sin datos: satisfactorio
3.2. Alimentación	Lacto vegetariana. Alimentos frescos. Carne muy ocasional. Agua alcalina.	Aguas nutridas de magnesio y hierro. Carne muy ocasional	Natural. Consumo alto en lácteos e HC, moderado en carne y vino y bajo en grasas.	Alto consumo en pescados, algas... y bajo en grasas.	Vegetarianos. Escaso consumo de proteínas de origen animal	Hipocalóricos Hipoproteicos	Hipocalóricos Hipoproteicos	Hipocalóricos Hipoproteicos
3.3. Act Física	Continuada, intensa y yoga.	Alta	Continuada e intensa.	Continuada. Moderada. Religiosidad.	Alta	Continuada e intensa.	Continuada. Moderada. Religiosidad.	Alta
3.4.- Tabaco	2% y en pipa	Significativa	No significativa	No significativa	No			Si
3.5.- Alcohol	Muy ocasional	significativa	No significativa	No significativa	No			Si
4. Índice de Masa Corporal	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada	Complejión delgada
5. Det Cognitivo	No	No	No	No	No	No	No	No
6. Autonomía Funcional	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
7. Estado Civil	Casados. Fidelidad.	Casados	Casados	No significativa	Casados	Casados	Casados	Casados
8. Farmacología	Inexistente (ni drogas, vacunas ni pesticidas)	Inexistente (ni drogas, vacunas ni pesticidas)	No se relata	No se relata	No se relata	No se relata	No se relata	No se relata
9. Estudios	Sin estudios	Sin estudios	Sin estudios o estudios basicos	Sin estudios	Con estudios	Sin estudios o estudios basicos	Sin estudios o estudios basicos	Sin estudios o estudios basicos
10. Ocupación	Activa	Activa	Activa	Activa	Activa			
10.1 Modalidad	Cuenta propia	Cuenta propia	Cuenta propia	Cuenta propia	Variopinta	Cuenta propia	Cuenta propia	Cuenta propia
10.2 Ámbito	Agricult/Ganader	Agricult/Ganader	Agricult/Ganader	Agricult/Ganader/ Pesca. En casa.	Variada	Agricult/Ganader/ Pesca. En casa.	Agricult/Ganader /Pesca. En casa.	Agricult/Ganader/ Pesca. En casa.
10.3 Ocio	Ocasional. Vida familiar. Meditación.	Ocasional. Vida familiar. Actos comunitarios	Familiar. Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Alta ocupación: voluntariado	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias. Religiosidad	Celebraciones comunitarias
11. Participación	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
11.1.- Cultural	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias
11.2.- Social	Celebraciones comunitarias	Celebraciones comunitarias Religión.	Celebraciones comunitarias Religión.	Celebraciones comunitarias Religión.	Familia Voluntariado. Religión.	Familia	Familia Religión.	Familia

Fuente: elaboración propia

4.4.- ESTUDIOS SOBRE GENÉTICA Y LONGEVIDAD

Han sido tantas las investigaciones que hemos manejado en las que se relaciona la longevidad con una base genética que hemos decidido dedicar un apartado a dejar constancia de las evidencias experimentales aplicables a las dos líneas teóricas más señaladas. Lo mostramos en forma de tabla (Tabla 37) para facilitar visualmente su lectura:

Tabla 37: Teorías sobre vinculación de envejecimiento y procesos adaptativos y evidencias experimentales

Teorías tradicionales sobre la mecánica evolutiva y teorías del envejecimiento no dependiente de la adaptación	Teorías alternativas a la mecánica y teorías del envejecimiento de carácter adaptativo	Evidencias experimentales aplicables a las teorías del envejecimiento y/o longevidad
Antes de Darwin se creía que los organismos vivos se iban desgastando gradualmente de igual modo que lo hacen los objetos.	Antes de Darwin no existían pruebas de la razón por la que la esperanza de vida difería entre especies, es decir, todos los organismos parecían estar diseñados para tener una esperanza de vida específica.	
1859: teoría de la mecánica de evolución de Darwin propone que la selección evolutiva se orienta hacia la máxima duración de la vida y de la capacidad reproductiva máxima cuyo límite estaría en la inmortalidad		
Los detractores de las teorías de Darwin, se dan cuenta de la contradicción entre el concepto de selección natural orientado a la supervivencia de los individuos a través de su máxima capacidad reproductiva y la constatación, sin embargo, de una progresiva disminución de las capacidades vitales y reproductivas, es decir, la esperanza de vida difería mucho entre especies similares (Goldsmith, 2004).	Darwin sugiere que las limitaciones en la esperanza de vida debía transmitir algún beneficio desconocido que compensara el efecto de otra manera adversa pero sin especificar la naturaleza de esa contraprestación (Goldsmith, 2004).	
	1889: Weismann insinúa que la muerte de las personas de edad era beneficioso porque esto daba más espacio a las nuevas generaciones y era útil para la evolución de las especies (Weismann 1889; Kirkwood y Cremer 1982).	1889: Weismann observa que las células de los diferentes órganos y tejidos se renuevan continuamente y que cuando este proceso se detiene, los órganos o los tejidos pierden su funcionalidad con efectos negativos sobre la aptitud (Kirkwood y Cremer 1982).
	1892: Weismann reniega de su teoría de 1889 (Weismann 1892; Kirkwood y Cremer 1982).	
Hipótesis sobre uso y desgaste e hipótesis estocástica según las cuales el envejecimiento es causado por la acumulación progresiva de daño por diversos factores como: a) desgaste mecánico; b) los efectos progresivos de la acumulación de mutaciones somáticas nocivos; c) la acumulación aleatoria de errores en la síntesis de proteínas; d) el estrés oxidativo de los radicales libres; e) la acumulación de mutaciones somáticas		1913 - Carrel demuestra que las células cultivadas en condiciones de laboratorio pueden reproducirse de manera ilimitada por lo que se refuta la hipótesis formulada por Weismann (Carrel, 1913).

de ADN mitocondrial, lo que lleva a la pérdida gradual de la capacidad de bioenergéticos (Kowald y Kirkwood 1996; Kirkwood y Kowald 1997; Kirkwood 1998, 2002; Fossel 2004).		
1945: síntesis moderna y el neo-darwinismo codifican teoría mecánica tradicional		
1952: teoría de la acumulación de mutaciones (Medawar 1952; Hamilton 1966; Edney & Gill 1968; Mueller 1987; Partridge & Barton 1993).		
1957: teoría de la pleiotropía antagonista (Williams 1957; Rose 1991).		
		1961: Descubrimiento de los límites que puede sufrir una célula eucariota antes de entrar en senescencia o "límite de Hayflick" (Hayflick y Moorhead 1961; Hayflick 1965; Schneider & Mitsui 1976).
	1962: teoría de la selección de grupo según la cual el comportamiento de los animales sería el resultado de la adaptación grupal, más que la del individuo (Wynne-Edwards 1962, 1986).	
	1964: teoría de la selección de parentesco o del "gen altruista" por el que algunos animales realizan acciones que aumentan la aptitud biológica de otros animales, incluso a costa de disminuir su propia aptitud o incluso de su propia vida (Hamilton 1964; Hamilton 1970; Trivers 1971; Trivers y hare 1976; Wilson, 1975).	
		1972: Descripción del fenómeno "apoptosis" (Kerr et al., 1972).
		1972: se descubre que la enzima polimerasa no puede replicar indefinidamente toda una molécula de ADN porque una pequeña parte de un extremo de la molécula no es replicado en cada duplicación (Watson 1972).
		1973: Olovnikov formula la hipótesis del progresivo acortamiento de la molécula de ADN en cada duplicación después de un cierto número de veces hasta bloquear la capacidad de replicación de las células, es decir, determina el "límite de Hayflick" (Olovnikov 1973).
1977: Teoría del "soma desechable" (Kirkwood 1977; Krkwood & Holliday 1979).		1977: descubrimiento del complejo mecanismo de suicidio del pulpo (Wodinsky 1977).
	1979: se documentan muchos ejemplos de animales que demuestran la desvinculación edad y mortalidad (Comfort 1979; Finch 1990).	

		1980: La muerte celular programada por apoptosis (desencadenada selectivamente para algunas células en momentos específicos) provoca la renovación celular en órganos de adultos sanos (Wyllie et al. 1980; Lynch et al. 1986; Israels & Israels 1999; Medh & Thompson 2000; Libertini 2006).
	1983: Teoría del envejecimiento basada en la selección del parentesco (Libertini 1983, 1988, 2006, 2009 ^a).	1983: Se demuestra la senescencia replicativa de las células relacionada con la progresiva reducción de la longitud de los telómeros (Pontèn et al. 1983; Jones et al, 1985).
		1985: Descubrimiento de la telomerasa, una enzima capaz de añadir nuevos segmentos de secuencia repetitiva telomérica (Greider & Blackburn 1985).
		1990: Se demuestra el acortamiento de los telómeros en cada replicación (Harley et al., 1990).
		1990: Se documentan alternativas a las teorías de las clases que vinculan mortalidad a la edad (Finch 1990).
		1991: Se demuestra que los telómeros son secuencias repetitivas altamente conservadas (Blackburn 1991).
		1991: Una revisión de los estudios existentes demuestra que la aptitud no disminuye con la edad en condiciones de laboratorio (Rose 1991).
		1993: Diversos estudios demuestran que el "envejecimiento" en <i>Caenorhabditis elegans</i> está determinado por muchos genes (Kenyon et al., 1993; Dorman et al., 1995).
	1996: Teorías sobre la evolvabilidad (Wagner & Altenberg 1996).	
1997: la senescencia replicativa se explicaría desde la hipótesis de que los límites impuestos por el sistema telomero-telomerasa actúan como una defensa contra el cáncer (Campisi 1997, 2000; Wright & Shay 2005)..	1997: Nuevas teorías a partir de la evolvabilidad (Skulachev 1997; Goldsmith 2003, 2004, 2006, 2008).	1997: se demuestra que la "proapoptosis" (Hochman 1997), una forma de suicidio celular está relacionada con la apoptosis eucariota (Koonin & Aravind 2002) lo que indicaría su persistencia evolutiva.
		1997: Descripción de la apoptosis en la levadura (Madeo et al., 1997) provocada por factores presentes en organismos multicelulares (Longo et al., 1997; Ligr et al., 1998).
1998: apoyo a la teoría del "soma desechable" a partir de un conocido estudio del costo reproductivo de la nobleza británica (Westendorp & Kirkwood 1998).		1998: estudios a partir de langostas o truchas arco iris mayores demuestran similares niveles de actividad de la telomerasa que en individuos jóvenes (Klapper, Heidorn et al., 1998; Klapper, Kuhne et al., 1998).
		1998: la introducción de telomerasa en células revierte la senescencia celular

		y la capacita para innumerables duplicaciones (Bodnar et al., 1998, Counter et al., 1998 , Vaziri & Benchimol 1998, de Lange & Jacks 1999).
	1998: Se documenta una relación inversa entre mortalidad extrínseca e intrínseca en condiciones naturales (Ricklefs 1998, 2008).	1998: Inactivar la telomerasa y acortar los telómeros aumentan la probabilidad de apotosis (Ozen et al 1998; Seimiya et al., 1999; Holt et al., 1999; Ren et al., 2001; Fossel 2004).
	1999: se define por primera vez "phenoptosis" como la muerte de una persona no causada por enfermedades o accidentes sino por mecanismos genéticos programados genéticamente y, por tanto, favorecidos por la selección natural (Skulachev 1999).	1999: se descubre el origen filogénético común de la apoptosis de la levaduras y de las eucariotas pluricelulares (Madeo et al., 1999; Longo et al., 2005; Kaerberlein et al, 2007).
		1999: se interpreta que los patrones apoptóticos de la levadura son útiles para comprender la supervivencia de los clones (Skulachev 1999, 2002, 2003; Fabrizio et al., 2004; Longo et al., 2005; Skulachev & Longo 2005; Mitteldorf 2006 ^b)
2000: Kirkwood y Austad citan a Ricklefs (1998) apoyando las teorías del envejecimiento no adaptativo sin darse cuenta que lo contrario también es cierto, como dice el mismo Ricklefs (Kirkwood & Austad, 2000).		2000: Una longitud de los telómeros demasiado corto no permite más repeticiones (Shay & Wright 2000).
2000: formulan un modelo "soma desechable" en ratones que tratan de explicar los efectos de la restricción calórica sobre el envejecimiento (Shanley & Kirkwood 2000").		2000: El modelo de Blackburn explica la gradualidad de la senescencia en un cultivo celular (Blackburn 2000).
		2000: Cuando los telómeros se acortan, hay una gran vulnerabilidad al cáncer como consecuencia de la inestabilidad inducida por la disfuncional telomeral (Depinho 2000; Artandi 2002).
	2001: Mitteldorf muestra que el modelo de Shanley y Kirkwood (2000) es difícilmente defendible (Mitteldorf, 2001).	
2002: Hipótesis histórica (De Magalhães & Toussaint 2002).		
2004: tratan de explicar la senescencia negativa con teorías no adaptativas (Vaupel et al., 2004).		2004: Se formula el Modelo de Fossel según el cual el acortamiento de los telómeros está relacionado con la decadencia progresiva de las funciones celulares (senescencia celular) y la reducción progresiva de la capacidad de duplicación celular (senescencia replicativa) (Fossel 2004).
	2004: Se pone en entredicho la hipótesis de que la senescencia	2004:Según el Modelo de Fossel están relacionados senescencia celular,

	replicativa, la senescencia celular y sistema telómero-telomerasa sean una defensa general contra el cáncer (Fossel 2004; Libertini 2006, 2009 ^a , 2009 ^b).	senescencia replicativa y envejecimiento (Fossel 2004; Libertini 2006, 2009 ^a , 2009 ^b).
		2005: La senescencia celular se define como un "programa celular fundamental" (Ben-Porath & Weinberg 2005) en el que los cambios que la definen son estereotipados y predecibles. La senescencia replicativa es parte del fenómeno de la senescencia celular. El grado de la senescencia de un cultivo se determina por la fracción de células en el estado de senescencia celular.
	2006: Libertini subraya la contradicción entre los estudios de Ricklefs (1998, 2008) y las hipótesis tradicionales sobre envejecimiento (Libertini 2006).	
	2006: Teoría de la selección grupal (Mitteldorf, 2006 ^a).	
	2007: En un meta-análisis de 115 estudios, se asociaron los suplementos antioxidantes con el aumento de la mortalidad, en fuerte contradicción con las teorías del envejecimiento a partir de los radicales libres y su reactividad ante el oxígeno (Bjelakovic et al, 2007).	
	2008: se pone de relieve la evidencia empírica en apoyo de las teorías adaptativas del envejecimiento y contra la hipótesis no adaptativos (Libertini 2008).	
	2009: se demuestra que el estudio de Westendorp y Kirkwood (1998) ha utilizado un test estadístico inapropiado y la falsedad de los resultados acerca de la teoría del soma desechable (Mitteldorf 2009).	
	2009: Primera clasificación evolutiva de las enfermedades y de los fenómenos asociados como el envejecimiento. Definición de un programa de investigación para control del envejecimiento con la modificación de sus mecanismos fisiológicos (Libertini 2009 ^b).	
	2010: Fuertes argumentos empíricos y teóricos de apoyo a las teorías adaptativas que explicaría el porqué de la senescencia celular de los telómeros (Milewski 2010).	
	2010: se define "phenoptosis lento" como la disminución de la aptitud relacionada con la edad (Skulachev 2010).	

2010: La mayoría de los gerontólogos siguen creyendo teorías de envejecimiento no adaptativos	2010: Cada vez mayor evidencia observacional de las teorías del envejecimiento de adaptación aunque sin consenso	
2011: Por primera vez, Kirkwood, un partidario de autoridad de las hipótesis no adaptativas sobre el envejecimiento, admite que "el envejecimiento podría ser ocasionalmente adaptativo" (Kirkwood & Melov 2011).	2011: se propone por primera vez una filogenia de la disminución de la aptitud relacionada con la edad (responsable del incremento de la mortalidad) y de fenómenos relacionados (Libertini 2011).	2011: primer intento de una estimulación suave de la actividad de la telomerasa para preservar las condiciones de salud (Harley et al., 2011).
		2011: La reactivación de la telomerasa en ratones de mediana edad con la telomerasa bloqueada artificialmente muestra una marcada reversión de las manifestaciones degenerativas, incluso del sistema nervioso (Jaskelioff et al., 2011).
		2011: Se consigue transformar las células de personas mayores y centenarias en células madre con similar longitud de los telómeros, resistencia al estrés oxidativo y metabolismo mitocondrial que el de las células madre embrionarias provenientes de personas jóvenes (Lapasset et al., 2011) que demuestra la reversibilidad de la senescencia programada mediante una oportuna reprogramación.
	2012: Monográfico de la revista Bioquímica (Moscú), dirigida por V. Skulachev, sobre el fenómeno Phenoptosis (Vol. 77, n. 7). Por primera vez en una revista académica, el envejecimiento de los vertebrados se enmarca correctamente dentro de los fenómenos de muerte programada.	2012: se consigue que una modificación de la telomerasa, inducida por adenovirus, retrase el envejecimiento y aumente la longevidad sin aumentar el riesgo de cáncer en adultos o viejos ratones normales (De Jesús et al, 2012).
		2015: Investigación española sobre el estrés oxidativo como predictor de longevidad (Belenguer et al, 2015).

Fuente: Elaboración propia a partir de Goldsmith, Bowles. Libertini y Mitteldorf, 2015.

Igual que ocurría en el apartado anterior, al tratar de inventariar los estudios existentes en materia de "geografía y longevidad", parece deducirse una preocupación similar por vincular "genética y longevidad" si nos fijamos, al menos, en el gran número de investigaciones que tradicionalmente han centrado la atención de la comunidad científica internacional.

Las teorías que atribuían el envejecimiento al desgaste de los organismos como consecuencia de una concepción mecanicista de los mismos (frecuentes desde mediados del siglo XIX y recurrentes de manera puntual en lo que llevamos de siglo) han convivido con otras explicaciones de la longevidad vinculada a una interacción adaptativa con el entorno que explicaría el progresivo incremento de la esperanza de vida de nuestras sociedades.

En cualquier caso, los trabajos de laboratorio a partir de estructuras más complejas (tejidos, células, enzimas, genes...) no han cesado ni de proporcionar titulares a la prensa, tanto científica como de divulgación, ni de alimentar la esperanza de acabar con el envejecimiento (Grey y Rae, 2013) en un plazo razonable de tiempo, ni de seguir inspirando a escritores y guionistas cinematográficos.

4.5.- LONGEVIDAD EXITOSA

La longevidad exitosa vendría a ser el resultado de un proceso de envejecimiento que ha tenido lugar en las mejores condiciones posibles (a nivel físico, psicológico y social), teniendo en cuenta las múltiples categorías que intervienen en ese proceso. Es, por tanto, el resultado deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas, o ninguna, en lo relativo a la autonomía personal e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades y, consecuentemente, de situaciones de dependencia. Poco o nada se puede hacer para ser agraciado con la suerte de envejecer sin padecer enfermedades (esta suerte o azar es lo que se conoce "estocasticidad"), pero sí se puede elegir cómo envejecer con una actitud satisfactoria.

La aproximación al tema es posible desde varios niveles (Susser, 1996): un nivel macrosocial en donde se generarían las desigualdades sociales y materiales asociadas a la posición socioeconómica, el género y la edad; un nivel intermedio, relativo al entorno inmediato en donde serían determinantes los servicios sanitarios y sociales y las redes de apoyo social; y un nivel micro en donde influyen las características individuales, tales como la composición genética, los hábitos de vida y la salud física y mental (Otero et al, 2006, p. 17-18).

Fijándonos en el nivel micro, el éxito lo obtendrían con mayor probabilidad aquellas personas mayores que hayan promovido a lo largo de sus vidas hábitos saludables, hayan fomentado su autonomía mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas y hayan mejorado su autoestima habiendo evitado el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo, de redes sociales. La puesta en práctica de estos hábitos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo y una longevidad satisfactoria.

Una investigación desarrollada por Domínguez, Zaldívar y Pérez (2006) a partir de una muestra formada por 116 personas mayores y titulada "Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria" arrojó, entre otros resultados, que:

- 78 individuos presentaron longevidad satisfactoria (grupo I) y 38 longevidad insatisfactoria (grupo II).
- El consumo de café estuvo presente en el 87.2 % del grupo I (longevidad satisfactoria).
- Los contactos familiares fueron valorados como muy frecuentes y frecuentes en el grupo I y como muy infrecuentes y sin contacto familiar en el grupo II.
- En el grupo I los longevos refirieron como causa de su avanzada edad el trabajo físico intenso; en el grupo II la atribuyeron creencias religiosas y a factores hereditarios.
- La edad tenía una distribución similar en ambos grupos, mientras que el sexo femenino, la ocupación como ama de casa y la viudez predominaron en el grupo II.

Las categorías del estilo de vida que mostraron mayores diferencias entre ambos grupos fueron el consumo de café y actividades cotidianas como realizar tareas domésticas y comprar alimentos, los contactos familiares muy frecuentes y afectividad positiva y mantenerse activo en la autopercepción de las causas de longevidad, en el grupo I. Marcaron diferencias en sentido negativo,

es decir, en el grupo de longevidad no satisfactoria, cuando no existían contacto con familiares o éstos eran escasos, ausencia de prácticas de salud en el pasado y en la autopercepción de las causas de longevidad, la herencia longeva y las creencias religiosas.

Hemos decidido hablar de envejecimiento con éxito en el mismo sentido que otras propuestas de envejecimiento saludable, activo, satisfactorio, productivo, óptimo o eficiente. Todas ellas coinciden en tratar de motivar para que la excelencia en el vivir sea una constante en todos los estadios de la vida y no sólo cuando uno se percibe mayor. Hablamos pues de longevidad exitosa para referirnos a aquellos miembros de la población que llegan edades avanzadas en muy buenas condiciones. Havighurst (1961) utilizó por primera vez este término pero fueron Rowe y Khan (1987) quienes le atribuyeron una dimensión holística (Aguerre y Bouffard, 2008). Según estos autores este tipo de envejecimiento se diferencia netamente del otro modelo evolutivo predominante hasta entonces: envejecimiento normal versus envejecimiento patológico. Poco después, Vaillant y Mukamal (2001) confirmaron el carácter operativo del concepto de envejecimiento exitoso que conduciría, según ellos, a una realidad tangible en ciertas edades, sin embargo ya pesar de estos esfuerzos, todavía hoy sigue siendo difícil de delimitar algo tan multidimensional y polisémico. Según Rowe y Khan (1997, p. 443) deben darse tres condiciones independientes para hablar de envejecimiento exitoso:

1. reducida probabilidad de desarrollar enfermedades y las discapacidades asociadas,
2. mantenimiento de un alto nivel de funcionamiento cognoscitivo y fisiológico
3. y participación en actividades sociales y comunitarias.

En este modelo, las probabilidades parecerían independientes de la buena voluntad de los individuos pero advertimos que todas estas condiciones se hallan en gran medida bajo su responsabilidad: muchos problemas de salud pueden evitarse adoptando conscientemente medidas preventivas, los esfuerzos para preservarse física y mentalmente autónomos son exitosos, por lo general, y la participación representaría la aportación más novedosa que trataremos de ilustrar en las páginas siguientes. Que su definición no goce todavía de un amplio consenso (Fernández-Ballesteros et al, 2010; Aguerre y Bouffard, 2008) hace que el porcentaje de personas longevas consideradas que envejecen bien dependerá de los criterios de análisis que se utilicen:

- Baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social (Rowe y Khan, 1987, 1997).
- Valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso (Lher, 1982).
- Actividad y productividad social (Otero et al, 2006; Siegrist et al, 2004).
- Condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados (parcialmente o en su conjunto) para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2008).

Vaillant (2002, citado por Tena et al, 2015, p. 125) menciona que las personas que envejecen de manera satisfactoria se caracterizan por:

- Interesarse por los demás, preocuparse y cuidar de otras personas: lo que les daría sensación de autonomía y capacidad de protección a terceros.
- Aceptar la vejez con dignidad, mostrando tolerancia a las afecciones asociadas a la edad.
- Confiar en que se puede seguir creciendo en la vejez aun sabiendo que ésta es la última etapa de la vida.
- Mostrar interés por nuevas actividades y conservar el sentido del humor.
- Aunque dedican más tiempo a recordar el pasado, están abiertos a nuevas ideas y a aprender de las nuevas generaciones.
- Conservar antiguas amistades además de ser capaz de establecer otras nuevas.

Peel, McClure y Bartlett (2005) examinaron los resultados de la mayoría de los artículos procedentes de estudios longitudinales (de 1985 a 2003) y concluyeron que los criterios utilizados en la identificación del envejecimiento con éxito eran dos: la supervivencia y el nivel de funcionalidad del individuo y ello lo hacían depender básicamente de los estilos de vida mantenidos a lo largo de su vida (no fumar, no beber, adecuada alimentación y ejercicio físico).

Depp y Jeste (2006), por su parte, también llevaron a cabo una revisión de estudios sobre envejecimiento con éxito, tanto transversal como longitudinal y, tras identificar los criterios para la definición de un envejecimiento con éxito, informaron sobre la proporción encontrada en cada muestra utilizada en los estudios reseñados, así como de los factores determinantes del envejecimiento con éxito. Estos autores identificaron 28 estudios que cumplen con algunos criterios preestablecidos. Entre estos estudios se identificaron 10 aspectos principales utilizados como criterios para un envejecimiento con éxito:

1. habilidad funcional y funcionamiento físico estaban presentes en 26 estudios,
2. funcionamiento cognitivo en 15;
3. satisfacción con la vida y bienestar en 9;
4. participación social/productividad en 8,
5. presencia/ausencia de enfermedad en 6;
6. longevidad en 4;
7. autovaloración de la salud en 3;
8. aspectos de personalidad en 2;
9. medio ambiente y renta en 2,
10. autoevaluación de un envejecimiento con éxito en 2.

El grupo de investigación EVEN (Evaluación y ENvejecimiento de la Universidad Autónoma de Madrid (Fernández-Ballesteros et al, 2010), analizó los resultados de una muestra de 458 personas (170 varones y 288 mujeres, con edades entre los 55 y los 75 años) participantes en el estudio ELEA (Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo; Proyecto I+D+I, IMSERSO, 2006). Los resultados pusieron de manifiesto que la proporción de personas que envejecían con éxito variaba entre un 80 y un 15,5% en función de los predictores utilizados entre los cuales se encontraban categorías psicológicas intelectuales, de la personalidad y motivacionales.

La investigación se llevó a cabo a través de la aplicación de la entrevista estructurada PELEA (Protocolo del Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo) que contiene 55 categorías que evalúan 23 funciones agrupadas en 9 dominios (Fernández-Ballesteros et al, 2010) :

1. antropometría (ejemplo: peso, estatura, etc.);
2. salud (ejemplo: salud subjetiva, número de enfermedades diagnosticadas, funciones sensoriales, necesitar ayuda, etc.);
3. funcionamiento físico y fisiológico (ejemplo: presión sanguínea, equilibrio, velocidad, fuerza, valoración de fitness, etc.);
4. estilos de vida (ejemplo: actividad física, nutrición, fumar, beber alcohol, etc.);
5. funcionamiento cognitivo (estado mental, coordinación psicomotriz, memoria de trabajo, aprendizaje verbal);
6. funcionamiento emocional-motivacional (ejemplo: satisfacción con la vida, bienestar, regulación emocional, autoeficacia para envejecer, etc.);
7. personalidad (extroversión, neuroticismo, apertura);

8. funcionamiento social y participativo (red social y familiar, ayudar a otros, recibir cuidados, actividades de ocio y productividad social);
9. y datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, educación, ingresos, etc.).

Hemos podido constatar que muy frecuentemente la diferencia entre longevidad satisfactoria y longevidad insatisfactoria, descansa sobre apoyos muy sencillos: uno de ellos, tal vez el más importante, sea la percepción subjetiva que cada persona sea capaz de verbalizar sobre su bienestar, sobre los hechos vitales que han ido jalonando su vida, siendo capaz de seleccionar adecuadamente los elementos de valoración. Nuestra Pedagogía de la Longevidad propondrá, en consecuencia, un entrenamiento que reivindique la vuelta al gusto por lo sencillo y que recupere el valor de lo que es verdaderamente importante, con lo que ello supone de desaprendizajes (Menchen, 2005; Barth, 2015).

Los Programas de Envejecimiento Activo de la Diputación de Valladolid (antes “Programa de las Personas Mayores”) vienen trabajando desde el año 1990 precisamente en esta línea con módulos de trabajo que han abordado las relaciones intergeneracionales, la preparación a la jubilación, la formación en asociacionismo y finalmente, el envejecimiento activo, a través de sesiones semanales presenciales y la “Escuela de Invierno” y “Escuela de Verano” (Castro, 1996 y 2006). Es de destacar también el programa “Vivir con Vitalidad” diseñado por Fernández-Ballesteros (2002, 2005) para la promoción del envejecimiento activo en sus dos versiones, presencial (Fernández-Ballesteros, 2002) y multimedia (Fernández-Ballesteros, 2005). “Vivir con vitalidad” cuenta con cuatro módulos (salud comportamental y actividad física; activación cognitiva; promoción del afecto positivo y el control, y participación e implicación social) y, tras su evaluación, la conclusión fundamental ha sido que las personas mayores que han participado en el programa han mejorado significativamente (en comparación con el grupo de control) en actividad física, dieta, actividades, sentido de auto-eficacia y control, satisfacción con su vida y dicen también haber mejorado en memoria y en ver la vida más positivamente. Las categorías utilizadas para evaluar estos beneficios eran las siguientes (Tabla 38).

Tabla 38: Categorías e instrumentos utilizados para la valoración de la participación en el programa “Vivir con Vitalidad”

DOMINIOS	CATEGORÍAS	INSTRUMENTOS
1.- Salud física y comportamental	Salud	Autovaloración Agudeza sensorial (oído y vista)
	Antropometría	Talla, peso y grasa Contorno de cintura y cadera Perímetro braquial
	Medidas bio-conductuales	Equilibrio y coordinación Fuerza y Rapidez Capacidad pulmonar Medidas psicofisiológicas
	Estilos de vida	Ejercicio físico e higiene del sueño Consumo de tabaco y alcohol Alimentación
2.- Funcionamiento cognitivo	Memoria de trabajo	Dígitos inversa Wechler
	Coordinación viso-motriz	Claves de Wechler
	Aprendizaje audio-verbal	Test Potencial de Aprendizaje Verbal de BEPAD
	Estado verbal	MMSE de Folstein
	Cinco factores	Big-Five
	Satisfacción con la vida y bienestar	Panas
	Resiliencia	Propia

3.- Funcionamiento afectivo y personalidad	Regulación afectiva	Caprana
	Control interno	Propia
	Autoeficacia para envejecer	R.F-B
4.- Funcionamiento social	Productividad social	Propia
	Relaciones sociales	Lubben
	Ocio y Tiempo Libre	Propia
	Social-demográficas	Cires

Fuente: Fernández-Ballesteros et al, 2006.

La clasificación de los participantes se realizó conforme a cinco criterios o dominios (Tabla 39).

Tabla 39: Criterios para agrupar a los participantes en el programa

DOMINIOS	INDICADORES
Discapacidad/enfermedad	No necesita ayuda para manejarse en la vida diaria
Funcionamiento físico	No tiene problemas de salud que interfiera / Afirma que puede valerse por sí mismo / Califica su salud de “buena” o “muy buena”
Funcionamiento cognitivo	Más de 27 en MMSE
Satisfacción con la vida	Bastante o mucho en satisfacción con la vida / Igual o más que hace 5 años
Compromiso social	Por encima de la media en actividades productivas / Alguien cuenta con él/ella para resolver problemas: “frecuentemente”/”muy a menudo”/”siempre”

Fuente: Fernández-Ballesteros et al., 2006.

En nuestra tesis doctoral analizaremos algunas de estas mismas categorías (capítulo 6) y concederemos una mayor importancia a los aspectos relacionados con la satisfacción percibida de ahí que junto a valoraciones cuantitativas se analicen las historias de vida que nos permitirán conclusiones de índole fundamentalmente cualitativo que demuestren que la clave radica “en la cantidad de vida sino en la calidad de ésta” (Marinoff, 2011, p. 38).

A la hora de identificar las categorías más determinantes en la longevidad hemos barajado categorías geográficas (zonas montañosas –insulares o peninsulares- cuyo aislamiento podría haber favorecido la preservación de determinadas trayectorias con una predisposición étnica o genética de sus habitantes), categorías genéticas que podrían determinar entre el 25% (Crespo, 2006) o el 40% (Perls, 2002) de esta longevidad, factores relacionados con el estado civil, nivel de estudios, avances farmacológicos, ocio, cultura... que, finalmente, nos han remitido a la importancia de la personalidad para ser capaz de integrar experiencias: con serenidad y sentido de aceptación de todo un abanico de posibilidades que, en ocasiones, podrían distraernos de lo importante: de la convicción de que la vida esté discurriendo por el mejor de los itinerarios predecibles porque se ha hecho lo posible para dejar pocas opciones a la improvisación.

La mayor parte de las investigaciones se refieren a la importancia de los factores ambientales, esto es, a una confluencia de múltiples categorías, pero hemos intentado conceder una importancia mayor a aquellos aspectos que, a nuestro juicio, han estado más descuidados: los relativos a la incidencia en la longevidad de las categorías “nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio” y “nivel de participación social y cultural”, para lo cual ha sido necesario conocer la categoría “tipo de personalidad” como la argamasa imprescindible para fijar los elementos anteriores. Parece, en cualquier caso, evidente la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud y de manera fundamental, un envejecimiento competente y satisfactorio para conseguir que un mayor

número de personas pueda envejecer de manera óptima y alcanzar así una longevidad exitosa. Para ello es necesario conceptualizar a qué se refiere y hacia dónde encaminar los esfuerzos.

Pese al tradicional desinterés hasta ahora en nuestro país por los programas de preparación a la jubilación (Jiménez, 1998) y, por extensión, de todo lo relativo a la preparación para una longevidad satisfactoria, nos hemos referido a varias experiencias que han demostrado ser útiles en mejorar la calidad de vida de sus participantes. En el capítulo siguiente, nos detendremos en el análisis pormenorizado de por qué la actividad contribuye en estas mejoras en el contexto de nuestra particular Pedagogía de la Longevidad.

Capítulo 5

La actividad al servicio del envejecimiento exitoso

Nos relacionamos con el entorno y con los demás a través de actividades. Participar en actividades nos proporciona aprendizajes, evalúa nuestro conocimiento, permite el desarrollo de habilidades, competencias y la expresión de nuestras emociones, a través de nuestras actividades logramos dominar nuestros destinos (Hopkins y Smith, 1983, p. 296).

Dedicamos este nuevo capítulo al tema de la actividad por considerar que la calidad del modo en que vamos a envejecer se encuentra muy estrechamente ligada a la manera en que nos hemos habituado a ocupar nuestro tiempo.

5.1.- APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Las actividades conforman los aspectos externos de cualquier programa de intervención. Quienes programan actividades con objetivos rehabilitadores, educativos o sociales y culturales pueden considerar que es legítimo, por suficiente, la mera ocupación del tiempo, esto es entretener a las personas; sin embargo pobre servicio haremos a las personas si sólo buscamos su distacción y difícil hacer la competencia a importantes empresas de entretenimiento del sector. Pero ocupar el tiempo libre es mucho más que entretener. En este punto confluiría el trabajo de todos aquellos profesionales comprometidos con una Pedagogía de la Longevidad, independientemente de que sus presupuestos provengan de la Terapia Ocupacional, de la Educación Social o de la Animación Sociocultural:

1. Recuperar función a través de la ocupación: esto representa el núcleo de la Terapia Ocupacional, profesión que se centra en cómo la enfermedad u otras circunstancias problemáticas afectan al área ocupacional del individuo, como en su momento la Fisioterapia buscó la promoción de la autonomía funcional a través de la rehabilitación de la movilidad articular.
2. Promover la integración social a través del desarrollo, adquisición y/o optimización de habilidades sociales así como mejorar el estado de ánimo al favorecer la asimilación de estímulos sociales, culturales y educativos tal como promueven los educadores sociales.
3. Propugnar el empoderamiento y la participación social a partir de generar la oportunidad y el deseo de convertirse en agente activo de su propio desarrollo y agente activo del desarrollo de su comunidad (Castro, 1989), tesis que dio origen a la animación sociocultural.

Educación Social y Animación Sociocultural, en la medida en que la segunda constituye uno de los ámbitos de intervención de la primera, conciben la programación de actividades en el contexto de la subordinación de los proyectos a los programas y de éstos a los planes. Los términos plan, programa y proyecto son utilizados indistintamente por numerosos autores debido, fundamentalmente, a la gran interrelación y dependencia que existe entre ellos. Sin embargo, no tienen el mismo significado lo mismo que ocurre con los conceptos de ocupación, actividad o tarea, ampliamente definidos por la Terapia Ocupacional. Veamos estos conceptos con detenimiento.

5.1.1.- Plan

Un plan es un documento amplio y necesariamente ambiguo, cuyo contenido es necesario explicitar en distintos programas de intervención que aborden problemas concretos señalados dentro del plan. Y, escalonadamente, un programa de intervención necesita ejecutarse desde proyectos concretos que aborden actuaciones específicas dentro del programa del que forman parte (por ejemplo, un proyecto de intervención socioeducativa sería el marco referencial de actuación para los educadores sociales que atienden una necesidad en un ámbito determinado, como un proyecto de intervención terapéutico para los terapeutas ocupacionales).

En la programación de la intervención social existe una interrelación necesaria entre planes, programas y proyectos. Resulta claro que un plan puede diversificarse en programas y cada programa en proyectos. La fase de programación de una planificación social se refiere a elementos como formulación de objetivos y metas, definición de prioridades y asignación de recursos, elaboración de presupuestos, que constituyen tareas más propias de la gestión sociopolítica; pero también se refiere a elementos más operativos como la formulación de programas y proyectos que se han de materializar de la mano de los agentes sociales en un tiempo y ámbito determinado.

Un plan define los fines, objetivos, prioridades y metas de un país, de un sector o de una institución o servicio, así como los medios, acciones, recursos, estrategias y políticas para lograrlos dentro de un horizonte de tiempo previsto, que puede cubrir el largo, mediano o corto plazo. Suele disgregarse en programas y proyectos, y puede incluir objetivos generales y específicos o programáticos que coinciden con los de sus programas. Los planes tienen un horizonte de realización en el largo plazo. El plan incluye también la especificación de prioridades y políticas para la asignación de recursos, así como las previsiones de organización, seguimiento, evaluación y control del proceso de su instrumentación. De acuerdo con su naturaleza peculiar, un plan puede ser de carácter global o nacional, sectorial (economía, industria, comercio, educación, ciencia y tecnología, agricultura, comunicaciones, etcétera), corporativo o empresarial y de carácter institucional (Álvarez García, 2006, p. 50-51).

5.1.2.- Programa

Se entiende por programa, en términos generales, la disposición anticipada y planificada de un conjunto de acciones y recursos ordenados en el tiempo y dirigidos a la consecución de determinados objetivos que quieren dar respuesta a necesidades educativas concretas en un determinado ámbito de intervención, ya sea en una localidad, en una provincia, en una comunidad autónoma o en el conjunto del Estado.

Un programa se define como un instrumento destinado a facilitar el logro de los objetivos y metas de carácter específico que serán alcanzados mediante la ejecución de un conjunto de acciones integradas denominadas proyectos (Espinoza, 1986, p. 47). Un programa, por lo general, se inscribe

dentro del proceso de elaboración y formulación de un plan; cuenta con una bolsa de recursos financieros propios que recibe la unidad o entidad responsable de su administración y define criterios, prioridades, líneas de acción y políticas para la asignación de recursos a los proyectos y actividades que se desarrollarán dentro del ámbito de un conjunto de proyectos que tienen objetivos similares o complementarios. Los programas constituyen el modo ordinario de operación de las entidades gubernamentales o de servicio público, pero también existen muchas instituciones privadas, de carácter nacional e internacional, que fundan o establecen programas para financiar determinado tipo de proyectos relacionados con las políticas, los objetivos y las metas que cada uno persigue. Los programas se desarrollan dentro de un medio plazo de tiempo.

5.1.3.- Proyecto

Un proyecto, por su parte, representa la unidad más operativa dentro del proceso de planificación y constituye la concreción final de dicho proceso. Está orientado a la consecución de determinados bienes (socioeducativos, comunitarios, de desarrollo personal...) o a la prestación de diferentes servicios específicos a la comunidad. Es un instrumento para la acción que presupone la sistematización y ordenación de una serie de actividades específicas, y la asignación de responsabilidades para alcanzar los objetivos sociales señalados (Castrillo y Cabrerizo, 2011, p. 37).

El desarrollo de proyectos, que comprende tanto su diseño o formulación, como la gestión de su aplicación, evaluación y control, constituye uno de los elementos más dinámicos de la planificación. Un plan que no se concreta en proyectos suele quedarse en el papel o en el discurso político; es la intervención de los agentes sociales, mediante la ejecución de los proyectos, la que logra introducir cambios relevantes o resolver problemas que se encuentran en la vida social. En definitiva, la planificación, la intervención y la evaluación son fases en el proceso de actuaciones socioeducativas, que a su vez, se materializan de forma más operativa en el desarrollo de un proyecto concreto en el que se definen, no solo los objetivos a conseguir, sino también las estrategias a poner en práctica, los recursos a utilizar (materiales o humanos) y la temporalización prevista.

5.1.4.- Ocupación, actividad y tarea

Muchos autores se han ocupado de definir las diferencias entre ocupación, actividad y tarea (Blesedell, Willard, Spackman, Cohn, y Boyt, 2011; García-Margallo, San Juan, Jorquera y Navas, 2005; Turner, Foster y Johnson, 2003) dado que en sentido estricto no significan lo mismo:

1. La **ocupación** establece una organización longitudinal del tiempo de una persona y de su esfuerzo en la vida proporcionándole un papel, un rol, una visión global. La ocupación sería un concepto intrínsecamente humano.
2. Una **actividad** se lleva a cabo con un propósito específico en una ocasión particular. La diferencia entre ocupación y actividad es que una persona presenta ocupaciones y roles ocupacionales y sociales, mientras que ejecuta actividades y tareas. Esa capacidad de ejecución es la que es capaz de percibir la persona con respecto a su funcionamiento.
3. La **tarea** es una parte o estadio independiente dentro de la actividad y que, en cuanto parte o estadio independiente de esa actividad, constituye un nivel básico de aprendizaje cuya ejecución es crucial. La capacidad de aprender tareas nuevas y de encadenarlas en actividades más evolucionadas y complejas se adquiere a lo largo del tiempo, desde la infancia y también durante el periodo adulto.

Cuando la ocupación se plantea con un sentido terapéutico hay que ser capaz de desglosarla en actividades y éstas en tareas. Además hay que conseguir que, para que resulten motivadoras, sean

significativas, esto es con un propósito, plenas de sentido y, en la medida de lo posible, autodirigidas (Durante, 2003).

Finlay (1993) considera las ocupaciones como los roles que la persona mantiene en su día a día en las áreas de trabajo, ocio y autocuidado. Para esta psicoterapeuta, el ser humano concibe la ocupación desde dos vertientes:

1. Estar ocupado: una persona se sentirá ocupada si su nivel de compromiso con la tarea se ajusta a su rendimiento personal. Así, ocuparse incluye la participación de la persona sobre las tareas y los elementos sociales: tareas grupales o individuales que desarrollan capacidades y tienen a orientar al usuario al proceso final de la misma, acciones enfocadas a las tareas y al contexto social, con el propósito de desarrollo de destrezas funcionales...
2. Sentirse vinculado al equilibrio ocupacional, esto es, mantener una ocupación: se trata de un enfoque personal hacia la comunicación, en el que el usuario desarrolla un trabajo de acciones encaminadas a la introspección personal, con el propósito de intercambiar experiencias y formas de hacer así como la expresión y exploración de sensaciones, enfatizándose más en el proceso que en el resultado final.

Ello nos introduce en el término de la disfunción ocupacional y en el de la búsqueda, en consecuencia, de la competencia profesional. Por poner un ejemplo, no todos los afectados por un accidente cerebro vascular (ACV) se hallan en situación de trabajar, como es el caso de jubilados o de quienes no trabajan debido a otra enfermedad, discapacidad u obligación familiar (Turner, 2003): en estos casos, es frecuente que el afectado no aspire a desempeñar empleo alguno debido a las secuelas de su ACV pero desee continuar con los demás ámbitos de su vida. Se ha demostrado en muchos estudios que el interés por las actividades de ocio disminuye en trastornos como la apoplejía, ya que se presta poca ayuda o consejo a cómo ocupar el tiempo libre, aunque ello podría mejorar notablemente la calidad de vida del individuo (Drummond y Walker, 1995 y 1996). El terapeuta puede ayudar a la persona a adaptarse de forma positiva a su nueva situación, proporcionándole información y consejo y animando al afectado y a sus cuidadores que intentan realizar actividades nuevas. Las actividades de naturaleza no competitiva son beneficiosas porque exigen ejercicio sin riesgo de que aumente la presión arterial (como caminar, nadar, yoda o una gimnasia de mantenimiento suave).

Las aficiones pueden facilitarse adaptando cada actividad (por poner un ejemplo, en el caso de jardinería se podrían facilitar podaderas con asas largas o el cultivo flores altas). El CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía y Ayudas Técnicas) es una útil fuente de información en nuestro país sobre equipamientos y servicios que facilitan todas las actividades de la vida diaria (así, disponer de una silla de ruedas para exterior permite a la persona y a sus familiares disfrutar fuera del domicilio como también disponer de, información sobre establecimientos vacacionales especialmente adaptados). Las investigaciones de Drummond y Walker (1995 y 1996) sugieren que el hecho de proporcionar programas de rehabilitación de ocio mejora el rendimiento funcional y el estado de ánimo de las personas. Es un hecho que los grupos sociales de apoyo a personas afectadas gravemente en su movilidad proporcionan una red social e informativa a la persona afectada y a sus familiares y contribuyen a que se sientan menos aislados en su comunidad.

Esta perspectiva de los terapeutas nos ha introducido en el término de la disfunción ocupacional y de la búsqueda, en consecuencia, de la competencia profesional:

1. El concepto de **disfunción** es complejo al resultar de la interrelación entre factores biológicos, psicológicos y ecológicos. Así, una limitación de la capacidad física puede no ser un motivo suficiente para la disfunción ocupacional. La disfunción se produce cuando al individuo con capacidad limitada le falta confianza, no sabe cómo resolver el problema efectivamente para compensar sus limitaciones y encuentra barreras físicas y sociales.

Los elementos culturales también condicionan el concepto de disfunción, de ahí que sea difícil distinguir en ocasiones la disfunción de las rarezas o el inconformismo social: cada vez adquiere más fuerza el planteamiento de que puede ser la misma sociedad, junto con otros elementos del entorno, la responsable o propiciadora de la disfunción que presenta el individuo.

Remover estos obstáculos ambientales para propiciar la función es uno de los retos más importantes al que se enfrenta nuestra sociedad, si bien cuenta con la ayuda de políticas inclusivas específicas en materia de accesibilidad y normalización amparadas por una extensa legislación tanto internacional, como nacional, autonómica o local (CEAPAT, 2014).

2. Por su parte, **ser competente** significa adecuarse a las demandas de una circunstancia o tarea. Su meta es ser capaz de relacionarse de manera efectiva con el ambiente y mejorar o moldearse uno mismo y las propias habilidades para el desempeño de acciones de acuerdo con la retroalimentación recibida. La competencia proporciona al individuo el sentimiento de tener un mayor control personal. La eficacia en las destrezas aumenta a medida que éstas se organizan en rutinas de comportamiento competente incrementando así las expectativas de éxito (García-Margallo et al, 2005).

La competencia no es algo estable, viene determinado por cada situación concreta además de por el hecho de que cada individuo establece sus propias valoraciones sobre ella de manera que un nivel de competencia que puede ser suficiente para que un individuo maneje su vida puede ser inadecuado, sin embargo, para otros cuyos requerimientos son más altos.

La competencia implica que el participante, de manera subjetiva, reconozca o no su grado de satisfacción, confort, objetivo esperado, eficacia y eficiencia. De un modo resumido, la competencia ocupacional se logra minimizando los efectos discapacitantes de los trastornos físicos y mentales y optimizando los potenciales existentes. Capacidad sería la destreza o habilidad para ejecutar una tarea (se observa al pedir a un paciente que ejecute una actividad: “¿Puede Ud...?”, “¿Es capaz de...?”, “Si las circunstancias lo requieren, ¿podría Ud....?”) y desempeño se refiere a una conducta rutinaria. Los pacientes pueden tener determinada capacidad y aun así no ejecutar una tarea (“¿Lleva Ud. a cabo...?”, “¿Normalmente hace Ud...?”).

5.1.5.- Metodología de análisis de la actividad

La competencia de un experto en actividades, desde nuestra perspectiva, no reside tanto en la pericia en su ejecución cuanto en su capacidad para convertir las actividades en un instrumento terapéutico, esto es al servicio de unos objetivos de intervención, en poder demostrar qué componentes terapéuticos conforman tal o cual actividad de igual manera que los médicos conocen los principios activos de un determinado medicamento y lo prescriben para un paciente específico.

El análisis de las actividades se realiza en todas las fases del proceso terapéutico y/o de intervención:

- En la **evaluación** si la actividad se utiliza como un instrumento de valoración;
- En la **planificación** en la medida en que objetivos y actividades y técnicas están estrechamente vinculados;
- En la **implementación** dado que la actividad debe ajustarse y adaptarse a la evolución del paciente.

Saber utilizar actividades para alcanzar metas terapéuticas supone por parte del profesional una habilidad y un conocimiento que se adquieren a través del estudio, la experiencia y la práctica. Dentro de este conocimiento debemos recordar que las actividades tienen dos objetivos:

- Inherentes: referidos a la meta o producto en sí de la actividad;
- Terapéuticos: razones por las que usamos una determinada actividad como terapia.

El análisis de la actividad es un aspecto tan automático en la práctica clínica que con frecuencia suele pasarse por alto pero que puede resultar de extrema utilidad para otros profesionales de la educación o de la intervención social. Supone una manera concreta de pensar para entender las actividades, identificar los componentes de desempeño requeridos para los mismos y sus significados culturales adscritos: este análisis, que constituye el razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales, es la base para la selección, adaptación y graduación de las actividades utilizadas en cualquier proceso de intervención que vaya más allá de la mera ocupación del tiempo, esto es, que tenga un sentido terapéutico.

Analizar una actividad requiere de un involucramiento tal por parte del profesional de la intervención que éste tiene que ser capaz de identificar las tareas incluidas en dichas actividades, cómo pueden realizarse, qué habilidades esenciales son precisas para desempeñarlas y cómo se combinan y jerarquizan dichas tareas para conformar la actividad. Es fundamental que el profesional participe o haya participado física y activamente en ella para poder acometer una observación específicamente planeada y detallada para comprender sus componentes y complejidades. Hasta tal punto es así que no dominar estas tareas o ignorar los elementos fundamentales que se desarrollan con las mismas se traduce en fracasos atribuidos muchas veces al malestar del cliente, su actitud negativa o su falta de motivación.

Hay distintos modelos para analizar la actividad y poder adecuarla a las necesidades terapéuticas de sus destinatarios: Turner (1992) reconoce dos tipos: sencillos y detallados; Hagedorn (1997) habla de análisis básico, análisis funcional y análisis aplicado. Hemos optado por centrarnos en el método de análisis simple de Foster y Pratt (2003) por ser el que mayores coincidencias muestra con el método de evaluación de planes, programas y proyectos en intervención social (Ander-Egg, 2000). Veámoslo en la tabla siguiente (Tabla 40):

Tabla 40: Método de análisis de la actividad según Foster y Pratt (2003)

PREGUNTAS	CONTENIDOS
¿qué?	Grado de complejidad Posibilidad de dividirse en tareas Relación con otras actividades
¿por qué?	Objetivo, finalidad esencial ¿indicada para un objetivo terapéutico específico? ¿Fundamental para la vida diaria?

¿dónde?	¿tiene que llevarse a cabo en un lugar específico? La adaptación y elección del entorno ¿pueden influir en el éxito de la actividad? Accesibilidad, ubicación material,....
¿cuándo?	¿se suele realizar en un momento determinado del día o de la semana? ¿es ocasional? ¿son necesarias otras acciones antes/después de la actividad para que ésta tenga éxito?
¿cómo?	Tareas, fases y secuencias esenciales dentro de la actividad Tiempo que se tarda en realizar ¿proceso continuo o con interrupciones o descansos? Capacidades (motoras, sensoriales, cognitivas y psicológicas) más necesarias para llevarlas a cabo Posibles riesgos
¿quién?	¿quién está implicado? ¿se necesita de una o más personas? si necesita de varias: ¿qué parte desempeña cada una en la ejecución de la actividad?

Fuente: Foster y Pratt, 2003.

5.2.- CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Las actividades son diferentes en su concepción, elección y programación según su finalidad, y esta finalidad viene determinada por diversos presupuestos previos:

- Los de quien lo ha concebido, elegido y/o programado.
- Los de quien lo habrá de ejecutar.
- Los de las personas que participarán en la actividad.
- Los del contexto social y cultural en donde se desarrollan y son valoradas por otras personas que, sin participar directamente, las perciben: otros potenciales participantes, trabajadores, familiares...
- Los del contexto social y cultural de quienes las financian y/o evalúan.

Nos hemos permitido, en consecuencia, recoger varias posibles clasificaciones en aras de ofrecer una aproximación holística y que vamos a ir explicando a continuación:

- La clasificación de Boris Grushin sobre los modos de ocupar el tiempo libre (Grushin, 1968)
- Una clasificación funcional del modo de estructurar el tiempo (Moruno y Romero, 2005) estrechamente ligada a clasificaciones rehabilitadoras y terapéutica de las actividades (García-Margallo et al, 2005)
- Una clasificación basada en la participación y el compromiso social (Ander-Egg, 1987 y 2000).
- Y, finalmente, nuestra propia propuesta operativa de clasificación de actividades.

Una de las primeras clasificaciones sobre las formas posibles de ocupar el tiempo libre es la de Grushin (1968, p. 26-27):

- 1.- Tiempo para la labor creadora activa (incluida la social).
- 2.- Tiempo para el estudio, la capacitación individual...
- 3.- Tiempo para el consumo cultural -o espiritual- de carácter individual (lectura, audiciones...)
- 4.- Tiempo para el consumo cultural -o espiritual- de carácter público (cine, espectáculos deportivos, conciertos...)

- 5.- Tiempo para el ejercicio físico (deportes, excursiones, paseos...)
- 6.- Tiempo para las aficiones ("hobbies")
- 7.- Tiempo para entretenerse dentro de la familia (jugar con los hijos...)
- 8.- Tiempo para encontrarse con los amigos (en casa, en el café, en una comida, en una fiesta...)
- 9.- Tiempo para el descanso pasivo (no hacer nada)
- 10.- Tiempo para lo que podría calificarse -pese a cierta relatividad de los criterios- de fenómenos anticulturales (abuso de alcohol...)

La segunda clasificación nos vendría de la mano de la terapia ocupacional. Para esta disciplina, las actividades de la vida diaria (AVD) son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio. El término fue acuñado para referirse a una amplia gama de patrones de comportamiento considerados necesarios para cubrir las demandas de la vida diaria (Willard y Spackman, 2011). Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) las actividades de la vida diaria pueden clasificarse en actividades de la vida diaria básicas, actividades de la vida diaria instrumentales y actividades de la vida diaria avanzadas (Moruno y Romero, 2005; Romero, 2007). Las actividades de la vida diaria comprenderían, en definitiva, aquellas funciones que precisan realizar las personas cotidianamente para satisfacer sus necesidades y preservar su autonomía, y se han inventariado tradicionalmente en torno a tres ámbitos con un grado de complejidad creciente que va desde las actividades de la vida diaria de básicas (AVDB), pasando por las instrumentales (AVDI) hasta llegar a las avanzadas (AVDA):

1.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS (AVDB)

Las actividades básicas de la vida diaria o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo, por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria. Dentro de este grupo se encuentran las actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día. Podemos imaginar el problema que supone no realizarlas por uno mismo, bien por desidia, como puede ser en el caso de personas con enfermedades mentales, o por imposibilidad, como en el caso de personas con discapacidad física.

1. Baño, ducha. Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
2. Cuidado de la vejiga y los intestinos. Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
3. Vestido. Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
4. Comer. La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y de tragarlo.
5. Alimentación. Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto no es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
6. Movilidad funcional. Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
7. Cuidado de la ayudas técnicas personales. Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
8. Higiene personal y aseo. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas...
9. Actividad sexual. Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
10. Dormir/descanso. Periodo de inactividad, con un fin reparador.

11. Higiene del inodoro. Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

Los instrumentos de valoración más utilizados son el Índice de Katz (1963) y el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) que miden estas actividades consideradas esenciales para el "autocuidado". Son actividades transculturales y casi universales en la especie humana pues se realizan en todas las latitudes y no están influidas por factores como el sexo. Su alteración se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición en la infancia. Su medida se realiza mediante la observación directa.

2.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES (AVDI)

Las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional:

1. Cuidado de los otros. Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
2. Cuidado de las mascotas. Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
3. Criado de los niños. Criar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
4. Uso de los sistemas de comunicación. Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, etc.
5. Movilidad en la comunidad. Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, etc, conducción.
6. Manejo de temas financieros. Uso de recursos fiscales.
7. Cuidado de la salud y manutención. Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
8. Crear y mantener un hogar. Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
9. Preparación de la comida y limpieza. Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
10. Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias. Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
11. Ir de compras. Planificar la compra así como ejecutarla.

Las escalas utilizadas para su evaluación miden aquellas funciones más importantes para que una persona permanezca independiente en la comunidad, es decir aquellas actividades que le permiten la "relación con el entorno". Están muy influidas por el entorno geográfico y cultural. En muchas sociedades alguna actividad depende del sexo del sujeto evaluado. Por sus características su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las anteriores para detectar los primeros grados de deterioro. El instrumento de valoración más frecuentemente utilizado es la Escala de Lawton y Brody (1969).

3.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA AVANZADAS (AVDA)

Un inventario de actividades de la vida diaria (como las ya enumeradas en la tabla 16, en el capítulo 3) situaría junto a las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria otro tipo de actividades integradas dentro de áreas de ocupación tan diferentes como la educación, el trabajo, el juego, el ocio y tiempo libre: son las que integrarían las Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AVDA).

A falta de una prueba estandarizada que permita medir estas actividades avanzadas nos ha resultado especialmente útil hacer uso de inventarios provenientes de otras áreas de conocimiento como la animación sociocultural (Ander-Egg, 1987 y 2000).

La clasificación de actividades en básicas, instrumentales o avanzadas nos permite centrar la atención en ámbitos concretos de ocupación susceptibles de ser restaurados. García-Margallo et al, (2005) clasifican a su vez las actividades utilizadas como medio para la restauración cognoscitiva, motora y/o de habilidades psicosociales y orientadas a ayudar a los individuos a alcanzar la independencia máxima en las actividades cotidianas, profesionales y actividades de ocio:

1. Auxiliares: Preparan al usuario para la habilidad con propósito. Inciden en la intervención a nivel de componentes de desempeño. Se situarían a nivel de tareas (por ejemplo las técnicas físicas, como las movilizaciones, o las férulas).
2. De capacitación: Simulan la actividad con propósito y tienen una meta específica pero no un propósito ya que no son las actividades normales con las que una persona se compromete normalmente o realiza fuera del ámbito de la terapia. No tienen una meta inherente aunque puedan incluir ejercicios técnico-terapéuticos: tablas de abotonar, de hacer lazos, apilar conos, ejercicios cognitivo-perceptuales.
3. Con propósito: Son el objetivo al que se dirigen las conductas y tareas. Estas actividades deben tener un significado para el paciente y deben requerir su participación activa con un nivel de dedicación importante y continuado.
4. Productivas o profesionales: Son actividades o tareas que forman parte de las expectativas del cliente en cuanto a sus roles y situación concreta (como trabajador, cuidador, participante en actividades de ocio...). Este tipo de actividades es adecuada para una intervención en el ámbito comunitario, donde el principal déficit está en la alteración que la discapacidad produce en los roles y hábitos del cliente.
5. Modificación ambiental: El ambiente incluye a personas, procesos, herramientas y espacio en el que el paciente realiza las actividades. Deben considerarse aspectos psicológicos y emocionales del ambiente, así como los aspectos físicos para permitir que el cliente realice la tarea de manera exitosa.

Pero nos interesan también las actividades concebidas desde propuestas operativas. Según este criterio, cuando el tiempo libre es ocupado de una manera intencional, se convierte en ocio. Una clasificación muy completa de las actividades es la formulada por Ezequiel Ander-Egg (1987 y 2000) y que ha sido reproducida por numerosos autores después. Ander-Egg inventarió 92 actividades agrupadas en cinco categorías: formativas, de difusión, lúdicas, sociales y artísticas (Tabla 41):

Tabla 41: Inventario de Actividades según Ander-Egg

1	ACTIVIDADES DE FORMACIÓN: actividades que favorecen la adquisición de conocimientos y el desarrollo del uso crítico e ilustrado de la razón.		
1.	Jornadas	2. Talleres	3. Cursos
4.	Seminarios	5. Conferencias	6. Mesas Redondas
7.	Debates	8. Reuniones de trabajo	9. Círculos de Cultura
10.	Educ. de Adultos	11. Audio-Forum	12. Vídeo-Fórum
2	ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN: actividades que favorecen el acceso a determinados bienes culturales ya sea del patrimonio heredado o fruto de una creación colectiva (o "cultura viva").		

2.1.- Del Patrimonio Heredado:

- | | | |
|--|---------------|---------------------|
| 1. Rutas | 2. Monumentos | 3. Galerías de Arte |
| 4. Bibliotecas | 5. Fonotecas | 6. Videotecas |
| 7. Museos: arte, ciencia, técnica, tradiciones, culturales, etc. | | |

2.2.- De la Cultura Viva (cultura generada por el propio grupo).

- | | |
|---|--------------------|
| 1. Poema colectivo | 2. Mural colectivo |
| 3. Acción conjunta para embellecimiento de un lugar público | |

3 ACTIVIDADES LÚDICAS: actividades físicas, deportivas y de aire libre que favorecen fundamentalmente el desarrollo físico y corporal.

- | | | |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Esparcimiento | 2. Medio Ambiente | 3. Excursiones |
| 4. Viajes | 5. Deporte | 6. Juegos |
| 7. Gimnasia | 8. Educación Física | 9. Yoga, tai chi... |
| 10. Aire Libre: Marchas, paseos... | | |

4 ACTIVIDADES SOCIALES: actividades que favorecen la vida asociativa y la atención a necesidades grupales y la solución de problemas colectivos.

- | | | |
|--|---------------|-------------------|
| 1. Fiestas | 2. Encuentros | 3. Movilizaciones |
| 4. Acciones conjuntas de concienciación, promoción de valores... | | |

5 ACTIVIDADES ARTÍSTICAS: actividades que favorecen la expresión y que constituyen formas de iniciación o de desarrollo de los lenguajes creativos y de la capacidad de innovación y búsqueda de nuevas formas expresivas; con subcategorías como artesanías, artes visuales, artes escénicas, música y canto, lenguaje y literatura y, finalmente, arte y tecnología.**5.1.- Artesanías o Arte popular**

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------|
| 1. Talla de madera | 2. Cerámica | 3. Barro |
| 4. Mácrámé, encaje, ganchillo... | 5. Tejido, bordado... | 6. Cestería |
| 7. Trabajo en piel | 8. Tapiz | 9. Forja |
| 10. Trabajos en piedra | 11. Vidrio | 12. Cerería |
| 13. Juguetes y muñecos | 14. Abanicos | 15. Bisutería |
| 16. Trabajos en hueso, conchas... | 17. Minitarurismo | 18. Modelismo |

5.2.- Artes Visuales

- | | | |
|---------------------------------|---------------------|---------------|
| 1. Pintura | 2. Escultura | 3. Grabado |
| 4. Dibujo artístico y funcional | 5. Serigrafía | 6. Litografía |
| 7. Cartografía | 8. Bricolage | 9. Cartelismo |
| 10. Ilustraciones de Libros | 11. Caracterización | 12. Tatuaje |

5.3.- Artes Escénicas

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|---------|
| 1. Títeres, marionetas, guiñol... | 2. Teatro | 3. Mimo |
| 4. Animación de calle | 5. Juglares, Trovadores... | |

5.4.- Danza

- | | | |
|-----------------------|------------|----------|
| 1. Danza Folclórica | 2. Ballet | 3. Jazz |
| 4. Expresión Corporal | 5. Moderna | 6. Libre |

5.5.- Música y Canto

- | | | |
|---------------------|----------|--------------|
| 1. Tradicional | 2. Coral | 3. Clásica |
| 4. Zarzuela | 5. Opera | 6. Bandas |
| 7. Grupos Musicales | 8. Tunas | 9. Rondallas |

5.6.- Lenguaje y Literatura

- | | | |
|--|--------------------|------------------------|
| 1. Periódico Popular | 2. Periódico Mural | 3. Talleres Literarios |
| 4. Producción de panfletos, trípticos, folletos, revistas... | | |

5.7.- Arte y Tecnología

- | | | |
|-------------------------------------|------------------|-------------|
| 1. Diseño por Ordenador | 2. Programación | 3. Internet |
| 4. Taller de Montajes Audiovisuales | 5. De Fotografía | 6. De Radio |

Fuente: elaboración propia a partir de Ander-Egg (1987 y 2000)

5.3.- MODELOS DE ABORDAJE DEL ENVEJECIMIENTO CON ÉXITO

Tal como venimos diciendo, España es uno de los países con la población más envejecida de Europa pero además es uno de los más sobreenvejecidos al experimentar el denominado “envejecimiento del envejecimiento”, con uno de los índices de fecundidad más bajos del mundo al tiempo que con una elevada esperanza de vida al nacer (Imsero, 2008). En este contexto social es en donde una forma nueva de entender el envejecimiento muy ligado a la actividad (Pinazo, Lorente, Limón, Fernández y Bermejo, 2010, p. 5):

“A inicios de los años 50, Havighurst y Albrecht proponen la Teoría de la Actividad, en la que llegan a la conclusión que mantener en la vejez los patrones de actividad de la edad adulta constituye el medio por excelencia para envejecer óptimamente. Fue entonces cuando se inició el largo camino para fraguar el significado del término “activo”. En este proceso, se ha ido enfatizando la importancia de diversos aspectos: de las condiciones de salud (envejecimiento saludable), de los resultados e intencionalidad del mismo (envejecimiento productivo) o de los beneficios individuales y más íntimos de cada persona (envejecimiento satisfactorio)”.

El “envejecimiento activo” formaría así parte del esfuerzo de distintos autores por profundizar en el ámbito del envejecimiento positivo bajo denominaciones como “envejecer bien”, “envejecimiento saludable”, “envejecimiento productivo” o “envejecimiento óptimo” (Fernández Ballesteros, 2009). Pero dado que concepto de actividad bien pudiera sugerir un cierto grado de mero activismo o agitación cuya visualización podría hacerlo incompatible con la conquista de la serenidad, hemos preferido referirnos al reto de envejecer con el mejor estado general y funcional posible con la denominación “envejecimiento exitoso” coincidiendo también con la postura de otros autores (Fernández Ballesteros, 2010; Baltes & Baltes, 1990; Rowe y Kahn, 1987 y 1997) para quienes envejecer con éxito estaría asociado a una baja posibilidad de enfermar y, consiguientemente a desarrollar alguna discapacidad, a preservar un alto funcionamiento cognitivo y a contar con un alto grado de compromiso con vivir.

Como ocurre con cualquier colectivo, intervenir en cuestiones que afectan a personas mayores precisa de un abordaje interdisciplinar (González González, 2008). Así, toda intervención socioeducativa con personas mayores debe ser consciente de que estas edades suponen un momento más del ciclo vital y que, en cuanto tal, debe ser tratada como un periodo de socialización con rasgos diferenciales, pero inseparable del contexto global –social y de historia personal- en que está inserta (Medina Tomero, 2000). En general, los modelos de actuación social y educativa vienen condicionados por las referencias perceptivas que se tengan de ese periodo vital lo que nos remitiría, al menos, a identificar cuatro posibles modelos (Moody, 1972):

- El que se basaría en una consideración marginal y de rechazo del envejecimiento y de las personas que lo viven. Así, si la educación considerada como una inversión productiva en futuro capital humano no tendría sentido efectuarla en un sector económicamente improductivo y sin futuro. En la base de este modelo se encuentra una percepción que minusvalora las capacidades físicas y sociales de los mayores y que estima la vejez como una fase de declive y de deterioro generalizado.
- El que se relaciona con los servicios sociales en sentido amplio, asumiendo supuestos de la concepción del bienestar y postula la formación y la adaptación de los viejos a sus nuevas condiciones de vida con mayor tiempo de ocio. El objetivo sería el de entretener a los mayores mediante actividades. No nos sorprende que esta posición sea el corolario de la ya típica consideración de tiempo libre como tiempo de consumo y no de autorrealización individual y social.
- El tercer modelo plantea que la educación puede servir como un elemento de estímulo y preparación para posicionarse activamente en el seno de una sociedad entendida como un

conjunto de redes de relaciones entre personas y grupos concretos. De este modo, la vejez deja ser una construcción a priori para convertirse en una construcción histórica. Aquí el objetivo educativo se identifica con la capacitación de los sujetos para orientar sus vidas e incrementar su capacidad de acción individual y social mediante su participación activa en la implementación de recursos y en la negociación sociopolítica.

- En el cuarto modelo, de carácter más psicológico, la educación serviría para permitir el desarrollo de las potencialidades individuales que, hasta la vejez, no hubiese podido ser desarrolladas por las personas mayores. La educación se identifica aquí con el estímulo del desarrollo de la iniciativa creativa de los mayores.

Parece evidente que la puesta en práctica de programas educativos estructurados (similares a los actuales existentes de programas para mayores dentro de las universidades pero que deberían ampliarse al resto de colectivos que integran la sociedad) obedecen a la cuarta concepción, y en parte, también a la tercera, ya que dichas posturas hacen posible la integración de actividades normalizadas dentro de la educación a lo largo de toda la vida, tradicionalmente conceptualizada como educación permanente. Así, pues, una Pedagogía de la Longevidad implicaría, de entrada, no sólo la existencia de una política integral hacia este colectivo de personas, sino también una actitud social positiva hacia el mismo, así como una auto-percepción activa, autónoma, responsable e independiente.

Para valorar la pertinencia de la implantación de este modelo pedagógico, los métodos cuantitativos tienen la limitación fundamental de ocultar, tras innumerables datos estadísticos, las dimensiones cualitativas del modelo o de la realidad que representan. Y la realidad está constituida no solamente por hechos observables y cuantificables, sino también y fundamentalmente por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por los sujetos en sus interacciones con los demás. Por ello, cuando lo que se pretende es interpretar lo que acontece en el ámbito de la formación permanente y en la intervención socioeducativa con personas mayores, es preciso observar la interacción que se da entre todos los elementos implicados en dicha situación ya que los unos influyen en los otros y hacen que las personas redefinan mutuamente sus actos.

El objetivo es optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad de las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida a medida que envejecen, es decir, que el proceso de máximo aprovechamiento de las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social tenga lugar a lo largo de toda su vida mediante la participación en actividades productivas y significativas (Fernández Ballesteros, 2009). Lógicamente, no hay que esperar a llegar a la vejez para comenzar a participar en ese tipo de actividades, de hecho se trataría de un hábito que se adquiere poco a poco. Independientemente de la etapa en la que la persona se encuentre, cuanto haga en el presente contribuirá o no a afrontar exitosamente los problemas del futuro dado que se trata de patrones que tienden a repetirse. Si uno se habitúa a enfocar de manera positiva tanto la solución de problemas como las emociones, le será posible adoptar una postura favorable ante los retos y una sensación de satisfacción con las decisiones tomadas y con la vida en general. Las personas que tienden a mostrar sentimientos positivos tienen también una facilidad mayor para afrontar los problemas o, al menos, para confiar en ser capaces de darle una solución adecuada. Desde la psicología positiva se muestran mejores resultados si se inician desde temprano y se mantienen en el tiempo.

Hemos hecho referencia a la terapia ocupacional, en cuanto disciplina especialmente diseñada para este cometido, pero sin descuidar que se precisan de abordajes interdisciplinares en los que sea posible la animación estimulativa, la terapia ocupacional recreativa, el ocio y tiempo libre y, particularmente, el ocio terapéutico.

5.3.1.- Animación estimulativa

Pensando en personas mayores con discapacidad, una de las estrategias de intervención de las que disponemos para mejorar la autonomía de las personas mayores es la animación estimulativa (Mañós, 1988), que se basa en la participación del usuario que tendría que participar en la toma de decisiones que tienen incidencia en su propio proceso al decidir voluntariamente cómo gestionar su tiempo, en qué lo utilizará, qué sentido relacional le da. Incide en la socialización e integración social de la persona. La animación estimulativa es complementaria a otras intervenciones de carácter más asistencial y tecnocrático: rehabilitación y animación no son la misma tarea, pero la una sin la otra no aportan una intervención global de la persona. La animación estimulativa debe ser entendida desde dos perspectivas:

- Como una filosofía que se inserte en un proyecto educativo o de intervención, trabajando desde el equipo interdisciplinar; por tanto, como una manera de hacer que implique a todos los profesionales.
- Como un conjunto de técnicas y actividades que se realizan en relación a unos usuarios con la finalidad de potenciar procesos de normalización de las actividades en su vida cotidiana, de provocar el desarrollo de las capacidades que todavía mantiene así como de potenciar la creatividad, la libertad de decisión de la persona.

Esta metodología de intervención pretende dar continuidad y sentido relacional a la rehabilitación, por tanto potenciar las dinámicas y la filosofía de la intervención que permitan el hecho de globalizar la propuesta de intervención socioeducativa. Las estrategias de animación estimulativa son importantes para potenciar procesos de autoayuda en la persona:

- Se entiende como animación porque debe proporcionar a la persona atendida la capacidad de relación y conexión con el entorno (dominio del entorno), además de potenciar los procesos de interacción con otras personas (ya sea en familia, el educador o la gente del propio barrio).
- Y se entiende como estimulativa porque utiliza los propios del entorno más cercano al usuario, así como de las capacidades propias de la persona para poder vencer, prevenir y/o adaptarse a las situaciones creadas por la situación discapacitante y que, limitan su autonomía.

Debe ser posible pasar de una intervención de suplencia, de entretenimiento, de asistencia pura a una intervención que potencie procesos de autonomía y de las dinámicas que generan dependencia a las que potencian procesos de desarrollo personal. Para ello, debemos buscar estímulos dentro de cada persona y en el entorno que la rodea. El reto consiste en poder mejorar la autonomía de las personas dependientes, para que puedan decidir sobre sus vidas durante el mayor tiempo posible y sus años estén llenos de vida. De nuevo, coinciden estas premisas con otras aludidas al referirnos al Modelo de Atención centrado en la Persona (Martínez, 2011).

5.3.2.- Terapia ocupacional recreativa

La terapia ocupacional recreativa desempeña un importante y valioso papel en todos los hospitales en donde los pacientes permanecen durante mucho tiempo, pero especialmente en clínicas de rehabilitación para afecciones somáticas y en centros psiquiátricos (Clark, 1992).

Han existido siempre diferentes opiniones sobre el valor de la terapia ocupacional y sus fines que quizá puedan clasificarse en recreativos, educacionales, curativos, rehabilitadores y sociales. Los terapeutas ocupacionales, en su afán por lograr responsabilidad, aspiran a obtener una imagen curativa y desean ser considerados como un elemento principal en la curación de los pacientes. En la búsqueda

de este papel, solicitan a los médicos que prescriban “terapia ocupacional” como parte del tratamiento. El aspecto de distracción, de diversión que pueda tener la terapia ocupacional es el que más les desagrada y el más aprovechado por sus detractores (*“Di al terapeuta ocupacional que de té un cesto, para que no te aburras”* -he escuchado decir en ocasiones-). Las actividades recreativas, aun cuando son divertidas para los participantes, pueden parecer sospechosas. Los aspectos rehabilitadores y educativos de la terapia ocupacional son probablemente los que, con mayor frecuencia, suponen una contribución única a la recuperación del paciente, proporcionan grandes satisfacciones tanto al terapeuta ocupacional como al enfermo y despiertan una admiración en el personal de enfermería y en los médicos. Cuando un terapeuta ocupacional, mediante ejercicios cuidadosamente planificados, logra que un sujeto amplíe el uso de una mano lesionada, adiestra a una anciana con artrosis a utilizar sus bastones de modo que pueda desenvolverse en su espacio habitual o enseña a un persona con enfermedad mental a leer y a escribir, ha realizado una contribución única para el desarrollo de ese individuo.

El aspecto artístico creador de la terapia ocupacional se desarrolló mucho en los años 60 y 70. Algunos pintores han sido personas gravemente afectadas por enfermedades mentales lo que no les impidió efectuar importantes aportaciones pictóricas. Algunos terapeutas analíticos han utilizado la pintura como un método de comunicación con los pacientes y, eventualmente, han realizado su psicoterapia valiéndose de ella. En algunos hospitales mentales, la colección de “arte psicótico” constituye un orgullo y llevan a los visitantes a contemplarla en primer término. Los pacientes que poseen talento para pintar ocupan un lugar aventajado dentro de la sociedad hospitalaria pero, en ocasiones, la “terapia artística” no es más que otro modo de pasar la tarde. La musicoterapia y la terapia mediante el arte se han convertido en profesiones reconocidas y pueden constituir el vehículo de una terapia social eficaz.

Durante mucho tiempo, el aspecto social de la terapia ocupacional no mereció mucha atención: los terapeutas ocupacionales hemos organizado excursiones con grupos de pacientes o campamentos y campeonatos entre distintos centros así como conferencias, visitas a museos o para realizar compras. Con frecuencia los resultados de estas actividades resultan sorprendentes y, como consecuencia, paulatinamente se ha ido reconociendo su valor (González, 2003).

Toda terapia ocupacional ejercita las capacidades individuales; por tanto es siempre preferida a la ociosidad. Algunas de sus correspondientes actividades deben realizarse en grupo (lectura de obras teatrales, deportes, redacción de un periódico....) en los que los pacientes pueden ensayar nuevos papeles sociales dentro de una situación protegida. Para aquellos individuos fijados a un papel de enfermo crónico, la única salida puede ser un taller de terapia ocupacional. Los pacientes no pueden enfrentarse a la abrupta transición a la vida plenamente activa de la sociedad exterior. Esto puede deberse, en parte, a haber perdido alguna de las capacidades que tenían en su vida preinstitucional; en el taller pueden readquirirlas parcialmente (trabajar hasta alcanzar un estándar de productividad, acudir puntualmente al trabajo, concluir la labor dentro de un plazo determinado), así como la oportunidad, proporcionada por el dinero ganado, para experimentar otras situaciones sociales: estableciendo elecciones, comprando, haciendo presupuestos...

Todas las consideraciones acerca de la terapia ocupacional, industrial o recreativa, están influidas negativamente por la actitud ambivalente de nuestra sociedad con respecto al trabajo y al juego. Al discutir cualquier nuevo avance en terapia social se manifestarán las diversas actitudes a su respecto: *“no sé por qué los contribuyentes han de pagar para que estas personas hagan excursiones”*,

“nosotros, los enfermeros, tenemos que trabajar todo el día mientras que vosotros, los terapeutas ocupacionales, organizáis juegos con los pacientes”, “me parece horrible que los pobres pacientes se dediquen todo el día a aburridos trabajos rutinarios en un banco de trabajo. ¿es que hacen una labor creativa?”, “si yo estuviese enfermo, preferiría que me dejaran solo y que no me obligasen a estar haciendo siempre algo”, “seguramente se podrá hacer algo por esas personas, para que no se tengan que pasar todo el día sentadas sin hacer nada”, “estoy seguro que les viene bien trabajar a todos los que se pasan el día dando vueltas, sin hacer nada....”

En la sociedad industrial de mediados del siglo XX, casi todo el mundo tiene un papel laboral que le proporciona una correspondiente importancia social. Quienes no lo tienen se sienten inútiles y despreciados y deben renunciar a muchos placeres de la vida. La herencia judeo-cristiana que conservamos (*“el que no trabaje que no coma”, “ganarás el pan con el sudor de tu frente”, “el ocio es la madre de todos los vicios”...*), otorgan gran valor al trabajo duro y al esfuerzo honrado despreciando la ociosidad.

Estos sentimientos se activan ante el papel del enfermo y todos los compartimos, bien como pacientes, bien como profesionales sanitarios o como simples ciudadanos. Lo único que el terapeuta social puede hacer es observar su presencia tanto en los demás, como en sí mismo. Lo que intenta es crear situaciones en las que los sujetos puedan parar de un papel de inválido, a otro menos penoso, menos devaluado y más digno. Al hacerlo tendrá que despertar muchos sentimientos y si es hábil, podrá aprovechar algunos de ellos tanto a favor del proceso terapéutico como para hallar el apoyo necesario para alguno de sus proyectos. El terapeuta social no fracasará a la larga si considera como un criterio principal los resultados obtenidos y se refiere constantemente a ellos.

5.3.3.- Terapia de la ilusión

Con frecuencia nos centramos tanto en el qué, en el por qué y en el para qué de las actividades (esto es, en su contenido, su razón de ser y en sus objetivos) que nos olvidamos de lo más importante, a nuestro juicio: en el cómo, esto es en la metodología. Terapeutas, educadores y animadores se diferencian precisamente en sus presupuestos metodológicos que evidentemente deberán complementarse al coincidir en un espacio, un tiempo y en unos mismos destinatarios.

Diego de la Fuente, un entusiasta terapeuta ocupacional, educador social y animador sociocultural burgalés pero afincado en Valladolid, sintetizaba esta metodología en el enunciado de este apartado “terapia de la ilusión” (Fuente, 2014). Para él la clave y la síntesis de la forma de trabajar de cualquier profesional de la intervención con personas mayores está *“en escuchar (...), es necesario tener la atención a flor de piel y empaparte de todo lo que ocurre, porque el escuchar te va a dar la clave del éxito en una intervención, (...) tener un punto de partida en todo proyecto, y mi punto y en general el hito de partida del centro, es hacer del trabajo que desempeñamos una praxis que denote e inspire ilusión”* (p. 1).

Esta escucha sanadora y terapéutica (Bermejo, 2002), es también concebida por de la Fuente (2014) como el motor de la existencia: *“Una vida con ilusión es una vida de experiencia, proyectos, sueños, expectativas.... Una vida con ilusión te hace enfrentarte al ahora con fuerza y con esperanzas, con vitalidad y sobre todo te hace ver el futuro como un reto. El miedo desaparece y el horizonte se abre con más fuerza si cabe. La terapia de la ilusión parte de la idea de apostar por el bienestar de la*

persona más allá de los límites que marcan la responsabilidad laboral, con el fin claro de conseguir un desarrollo, en éste caso del mayor, y de la comunidad en la que reside” (p. 3).

No existe una praxis perfecta (sí en el papel, pero no en la realidad) ya que a fin de cuentas y después de tantas teorías, leyes, expertos, técnicas, citas y autores –prosigue de la Fuente- “lo que queda es una persona frente a otra, dos individuos que se encuentran e interactúan: lo que queda es magia” (Fuente, 2014, p. 3).

5.3.4.- Ocio y tiempo libre

Las personas muestran el sentido y significado de cómo entienden el mundo a través de las actividades u ocupaciones en las que se involucran, participan y por las que se esfuerzan hasta el punto de que en no pocas ocasiones la forma de ocupar el ocio nos aporta más identidad que aquello que hemos estudiado o en lo que trabajamos: “yo soy yo mismo y mis aficiones”, fue el lema de una inteligente campaña de Feaps Castilla y León (2010), para abordar la cuestión de la inclusión a través del ocio. Cada uno de nosotros aspiramos a tener un buen estado de salud físico y emocional, libertad, autoconocimiento, ser queridos y útiles a quienes nos rodean y encontrar un lugar en el mundo y todo esto se logra en gran medida a través del ocio y el tiempo libre.

Imagen 16: Campaña para la promoción ocupaciones significativas del tiempo libre



Fuente: Feaps (2010)

Si el ocio cumple una importante función preventiva y rehabilitadora a cualquier edad es también importante en las últimas fases de la vida: la práctica de alguna actividad de ocio es fundamental, no sólo para mantener entrenadas determinadas capacidades cognitivas o físicas y minimizar el efecto de ciertos deterioros psico-físicos, sino también para mantener la interacción con el entorno, orientar la propia acción y encontrar significación a esta etapa de la vida. Señala Francesc Torralba (2003), que vivir es un aprendizaje largo y apasionante que se prolonga a lo largo del tiempo y del espacio y que nunca acaba de llegar a su plena culminación. De hecho, siempre estamos en camino y cada momento, nos aporta nuevos materiales para reflexionar y asumir en nuestra propia conciencia. Vivir es dejarse interpelar constantemente por aquello a lo que nos conduce la propia existencia, tanto si es agradable como doloroso. No obstante, no siempre es fácil asumir el reto de vivir y mucho más difícil resulta vivir con dignidad, es decir, saber vivir libre y responsablemente. La etapa

de la vejez es una etapa compleja y necesita de una adecuada pedagogía: educación para el ocio, educación en valores, educación para vivir en plenitud y alcanzar una longevidad exitosa:

“Todos los viejos crecieron en la cultura de vivir para trabajar y ahora queremos trabajar para vivir. Al tratar este tema, aceptamos un ocio como aquella corriente de pensamiento que gira alrededor de un conjunto de actividades. Es la experiencia tangible de ese ocio para la mayoría de nosotros. No renegamos del ocio como del tiempo libre, ni como experiencia subjetiva de libertad (...) pero ésta se impregna de idealismo y la otra es insolidaria” (Asilli, 2006, p. 208)

Existen muchas maneras de vivir y cada persona esculpe su propia forma de vida. La singularidad de una persona no es algo abstracto o indefinido, sino que se expresa en su manera de vivir, pensar y actuar. Hay una íntima relación entre los valores y la manera de vivir. Los valores nos ayudan a vivir, a vivir más intensamente y con mayor profundidad nuestra cotidianidad, a asumir todo aquello que nos presenta la existencia diaria. Los valores no son huida o un refugio desde donde proyectarse a otras vidas diferentes, sino todo lo contrario: vivir es comprometerse en cada instante y los valores nos proporcionan la facultad para discernir adecuadamente la calidad de nuestros compromisos vitales (Limón, 2007). De esta manera, el ocio es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales, actividades de cuidado personal y trabajo y está caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. El tipo y número de intereses que la persona tiene y puede desarrollar están limitados por los recursos disponibles, facilidades, el conocimiento de las distintas oportunidades, por el tiempo y la opinión de quienes nos rodean. La libertad de elección implica que hay algo que elegir, y que el individuo es capaz de hacer una elección. La elección y la realización de una actividad de ocio están motivadas por la diversión y la satisfacción personal (Lázaro Fernández, 2009).

A veces se ha entendido el ocio como una forma de proporcionar equilibrio compensatorio a las responsabilidades de las actividades de autocuidado (AVDB), del trabajo o de la familia. Sin embargo, esta visión no da la importancia que se merecen el ocio y el tiempo libre. Gran parte de nuestro tiempo de ocio lo pasamos dentro de entornos humanos de tamaño reducido (familia, amigos, compañeros...) que se caracterizan por la expresión abierta de sentimientos y afecto mutuo. El ocio sirve para establecer y mantener vínculos o lazos dentro de esos entornos.

Una de las visiones del ocio consideraría que se trata de una forma de vida que capacita a la persona para desarrollar y expresar todas las facetas de la naturaleza humana espiritual, intelectual y física. Según otra visión, que las personas tengan más o menos tiempo de ocio no es tan importante como qué hacer con él: si uno es capaz de elegir libremente y obtiene satisfacción de la actividad elegida, esto lleva probablemente a ser más significativo que el factor tiempo en sí mismo.

Señala, por su parte, Martínez Rodríguez (2002) que aunque, efectivamente, una comprensión del ocio como fenómeno de carácter personal, y por ello subjetivo, hace evidente la imposibilidad de una clasificación exhaustiva de posibles beneficios, son clarificadores los trabajos de investigación, escalas e instrumentos de medición elaborados por diversos autores en las últimas décadas. Así, Kelly y Godbey (1992) atribuyen funciones del ocio la huida de la civilización y el disfrute de la naturaleza, la huida de la rutina y la responsabilidad, el ejercicio físico, la creatividad, el relax, el contacto social, la oportunidad de conocer a otras personas, el contacto físico, la interacción con la familia, el altruismo, la autoactualización y la mejora personal, evitar el aburrimiento y el esteticismo intelectual.

Otra tipología es la desarrollada por Beard y Ragheb (1980) en base a su Escala de Satisfacción de Ocio, que fue diseñada para medir en qué medida las personas percibían que sus necesidades personales se satisfacían a través de las prácticas de ocio. Como adelanto de lo que desarrollaremos en el apartado siguiente, “Ocio Terapéutico”, señalaremos que estos autores establecieron seis posibles tipos de beneficios o propiedades de las actividades de ocio sobre la persona:

- Psicológicas: sentimiento de libertad, diversión, pertenencia y cambio.
- De tipo educativo: progreso intelectual y adquisición de conocimientos.
- De tipo social: relaciones gratificantes con otras personas.
- Relativas al relax: descanso del cansancio y reducción del estrés.
- Fisiológicas: forma física, salud, control del peso, bienestar.
- Estéticas: acceso a entornos placenteros y a la belleza del medio.

Pero para que se produzcan estos beneficios, se necesita considerar tanto la meta específica como la terapéutica a la hora de establecer las actividades de ocio o lúdicas, considerando en la meta terapéutica los aspectos cognitivos, emocionales, sociales, interpersonales, físico, ético, ajuste al trabajo, actividades de expresión creativa, conciencia cultural, estimulación, etc. Son muchas las cuestiones que se pueden plantear educadores, animadores o terapeutas:

- Si requiere principalmente trabajar con objetos.
- Si la actividad incluye relaciones con otras personas.
- Si facilita la socialización y participación en actividades sociales.
- Si la actividad tiene un componente emocional.
- Si es una actividad expresiva.
- Si desarrolla hábitos de trabajo.
- Si aumenta o mejora las habilidades físicas, cognitivas y sociales.
- Si mejora la capacidad de elección y de toma de decisiones.
- Si incorpora ocio en su rutina diaria.
- Si incorpora la gestión del tiempo.
- Si mejora el autoconcepto y la autoestima.
- Su ubicación en la comunidad y la asunción de un rol activo.
- Si es gratificante.
- Si es satisfactoria.
- Si potencia nuevos intereses a través del tiempo de ocio.
- Si favorece una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.

Se impone evaluar las necesidades de la persona de cara a poder conseguir dos objetivos: el equilibrio en actividades significativas en la vida cotidiana y explorar las limitaciones y ayudar a elegir opciones realistas y adecuadas para el ocio. Uno de los mejores métodos de evaluación sigue siendo la entrevista. En la tabla siguiente (Tabla 42), concretamos uno de los modelos susceptibles de ser utilizados para conocer cómo estructurar la cotidianeidad:

Tabla 42: Modelo de entrevista utilizada para evaluar el ocio

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuénteme lo que hace un día cualquiera desde que se levanta hasta que se va a dormir 2. ¿Hay alguna diferencia respecto a lo que hace un día festivo, un domingo, fiesta, etc.? 3. ¿Cómo pasa su tiempo libre? 4. ¿Qué cosas le gustaría hacer? ¿Qué hace realmente? ¿Qué es lo que no hace actualmente? ¿Cree que podría hacerlas? 5. Normalmente ¿hace estas actividades solo/a? ¿en dónde las realiza? ¿disfruta haciéndolas?

6. ¿Qué cosas le gustaría hacer que actualmente no está haciendo, bien porque no sabe dónde o cómo, bien que nunca las haya hecho o por otro motivo?
7. ¿Qué necesita para poder hacerlas?
8. ¿Cuáles son las cosas que más le agrada hacer? ¿se siente satisfecho? Describa cuándo las hace, dónde y con quién.
9. ¿Tiene alguna dificultad para realizarlas?
10. ¿Qué cree usted que podría hacer en su tiempo libre?
11. ¿Siempre realiza las mismas cosas en el mismo momento? ¿Tiene una rutina establecida? ¿la cambia?
12. ¿Ha cambiado sus hábitos últimamente?
13. ¿Cuánto tiempo dedica para realizar las cosas que le gustan?
14. ¿Cree que el tiempo es adecuado? ¿Le gustaría emplear más o menos tiempo?
15. ¿Qué espacios le quedan libres?
16. ¿Qué se le da bien hacer?
17. ¿Qué piensa que dicen los demás sobre lo que se le da bien hacer?
18. ¿Qué habilidades necesitaría para realizar estas actividades?
19. ¿Piensa qué cosas hace la gente?
20. ¿Qué cosas le gustaría hacer?
21. ¿Qué significado tienen para usted las actividades de ocio?
22. ¿Qué espera al realizar esta actividad? ¿por qué lo ha abandonado?
23. ¿Qué cosas son importantes para usted con respecto al ocio?

Fuente: elaboración propia

5.3.5.- Ocio terapéutico

La revista *Therapeutic Recreation Journal*, publicada por la *National Therapeutic Recreation Society* de los Estados Unidos es el foro en el que, desde 1968, los especialistas en ocio terapéutico han publicado y debatido las cuestiones relativas a una profesión de amplia implantación en los países de Norteamérica y de reciente interés en nuestro contexto.

Desde que en 1984 se articuló formalmente el primer modelo de intervención (Peterson y Gunn, 1984), la disciplina ha debatido, sin llegar a un consenso, la mejor manera de conceptualizar y articular los servicios profesionales del especialista en ocio terapéutico. En el debate subyace un profundo desacuerdo sobre el fin último de los servicios. Un sector profesional entiende que el ocio es el fin último de la intervención mientras que, para el otro grupo, el ocio es básicamente un medio para el logro de otros fines como la salud, el bienestar y la calidad de vida. El resultado de este debate, además de la pluralidad de modelos de intervención, fue la división de la profesión en dos organizaciones que defienden posturas encontradas: la *National Therapeutic Recreation Society* y la *American Therapeutic Recreation Association*.

Existirían otros modelos como el ecológico de Howe-Murphy y Charboneau (1987), de corte mucho más comunitario, o aproximaciones de naturaleza ecléctica que según Witman (1999) suelen ser habituales entre los profesionales. En este sentido, Mobily (1999) ha llevado a cabo una importante revisión de los modelos existentes, para quien el ejercicio profesional precede a la teoría y a la investigación.

La literatura sobre el tema, fundamentalmente anglosajona, precisa de puntualizaciones terminológicas. Ocio y recreación serían dos conceptos con significaciones distintas, de ahí que se haya preferido la traducción "ocio terapéutico" sobre el literal "recreación terapéutica" para hacer referencia a un área de conocimiento y ejercicio profesional que, en su propio devenir, ha evolucionado hacia un claro interés en la vivencia y experiencia humana del ocio más que en las meras actividades

recreativas, lúdicas o de tiempo libre (Gorbeña, 2000). En esta tendencia se inscribe, en nuestro país, el Instituto de Estudios del Ocio, con una Cátedra de Ocio y Discapacidad, de la Universidad de Deusto con innumerables estudios y publicaciones en torno al tema.

Puig y Trilla (2000), en su libro *Pedagogía del Ocio*, definen el ocio como un tiempo que debe reunir como mínimo tres condiciones, las llamadas tres D: descanso, diversión y desarrollo y que, a mediados del siglo pasado, enumeraba Jofre Dumazedier en su definición de ocio: *“conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede dedicarse de manera completamente voluntaria, sea para descansar, sea para divertirse, sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su participación social voluntaria, tras haberse liberado de sus obligaciones profesionales, familiares o sociales”* (Dumazedier, 1962, p. 29).

Una de las cuestiones que resalta el autor es la voluntariedad del ocio, es decir, que éste no puede articularse desde la idea de obligatoriedad; de ahí el “puede” de la definición. El ocio parte siempre de una elección del individuo como una de las áreas de la ocupación, no es algo que se debe hacer, sino algo que se puede hacer. De la misma manera, los autores retoman la idea aristotélica de ocio que citan a través de De Grazia (1966): el ocio es en definitiva estar libre de la necesidad de estar ocupado.

La idea de demora, de pararse, hace referencia a esta idea aristotélica del ocio como posibilidad de contemplación, como actividad estética o poética, más que como ocupación o actividad. En nuestro lenguaje se tratará de pensar también “no hacer nada” como una actividad que puede cumplir con esas tres D del descanso, diversión y desarrollo (Moruno, 2005). Esta actividad quieta, no activa, o mejor aún no reactiva hacia ningún programa, proyecto o rentabilidad, significa, aplicada más allá del tiempo de ocio al resto de las actividades de la vida cotidiana que tomábamos como ejemplo, desarrollar la capacidad de una disposición hacia la tarea basada en la atención, es decir, en lo que ocurre, en lo que le ocurre al individuo mientras las realiza. Esta atención se dirige entonces no al objetivo de la actividad sino a su proceso de realización, a las sensaciones que produce, a la observación pausada de los detalles en su elaboración y ejecución, a la narratividad subjetiva que emana de la experiencia de actividad mientras ésta sucede. No significa descuidar que toda actividad parte de una necesidad, de un objetivo pensado, de un programa de futuro, sino situar a éste en función del proceso, de la situación vivida; retomando las palabras de Magris (2001), se trataría de situar a ese proyecto en relación con la vida cotidiana.

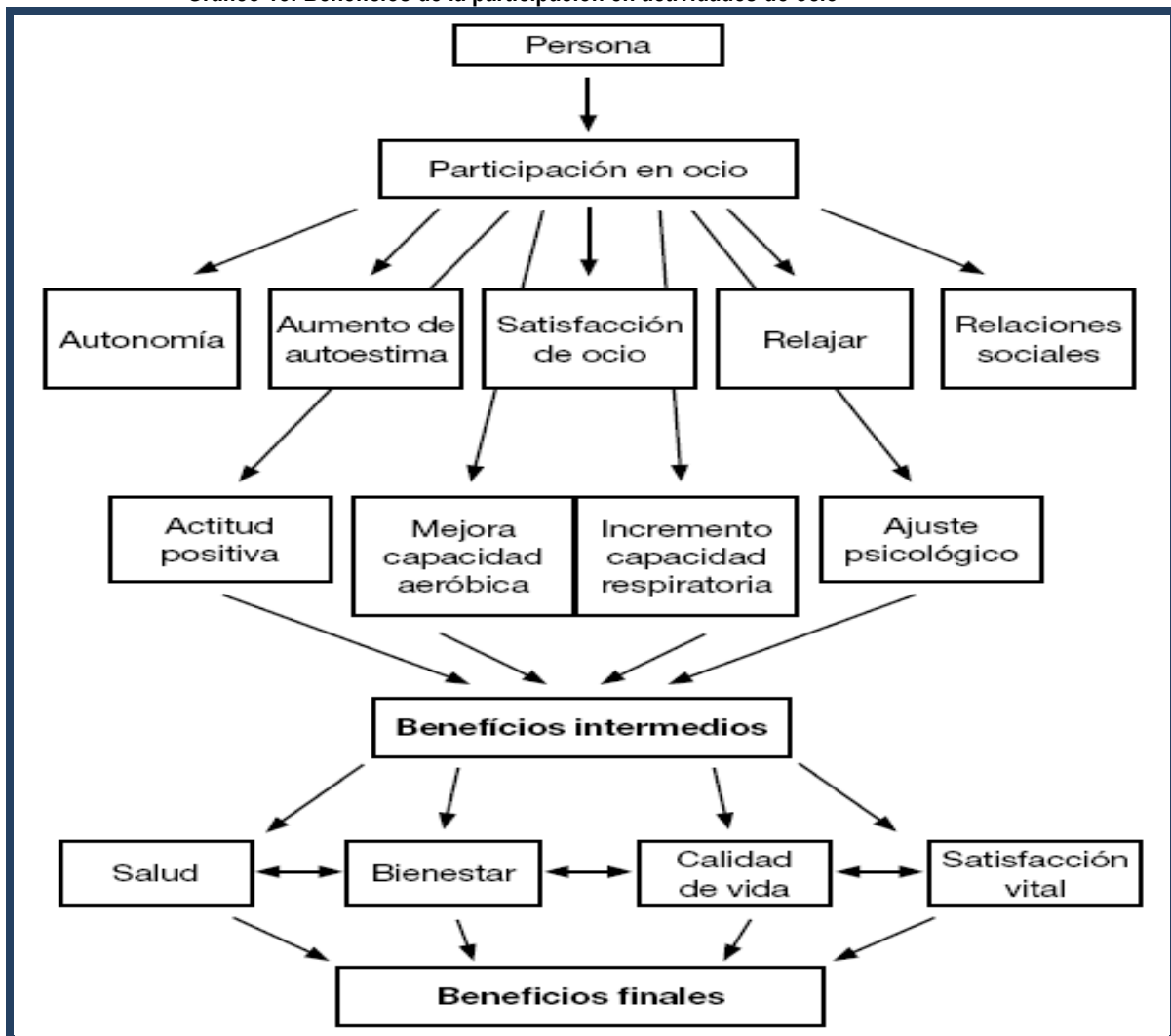
Esta apuesta por la atención significa también desligar la idea de actividad de la de movimiento a modo de un hacer indiscriminado. Aprender la quietud puede ser también una actividad, sin duda de ocio pero también de otros ámbitos, de un hacer pausado, de una tarea realizada desde la interioridad del que la ejecuta, más que desde su motivación externa, y desde la consideración de que “llegar” es secundario respecto de la experiencia del proceso.

En cualquier caso, resulta obvio que el ocio genera, además de los beneficios vinculados a la salud física, otros muchos, igualmente relevantes aunque menos conocidos, vinculados a aspectos personales o sociales que condicionan su estado de ajuste psicológico y social, y que también inciden en la percepción más o menos positiva que tiene esa persona, grupo o sociedad acerca de su bienestar y calidad de vida. Puede deducirse de lo anterior que el ocio contribuye de dos maneras diferentes a la

consecución de beneficios o promueve dos tipos de beneficios diferentes pero necesariamente complementarios: beneficios intermedios y beneficios finales.

El ocio, como muestra el gráfico 18, es capaz de reportar beneficios de naturaleza muy diversa, impactos fisiológicos como el fortalecimiento de la masa ósea, impactos psicológicos como el desarrollo de la capacidad empática, las habilidades cognitivas, impactos educativos asociados a la transmisión de valores etc. Sin duda, estos beneficios, denominados intermedios o intervinientes son, junto con variables procedentes de otros contextos vitales, tales como el trabajo, la familia, el círculo de amistades..., los que contribuyen a la consecución de los beneficios finales, es decir, aquellas metas u objetivos que las personas más valoran y de las que no quieren prescindir a lo largo de su existencia (Driver y Bruns, 1999).

Gráfico 18: Beneficios de la participación en actividades de ocio



Fuente: Monteagudo, 2008.

5.4.- NECESIDADES DE CONSUMO ENERGÉTICO SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN

Para concluir este capítulo, deseamos dejar constancia también de otro aspecto en el que no hemos profundizado suficientemente a la hora de describir las características que han de reunir las actividades para que propicien un envejecimiento exitoso: el del equilibrio entre ingestas y consumos calóricos (Grande-Covián, 2000).

En el apartado 4.3.3, sobre “hábitos de vida”, alertábamos sobre el riesgo de pérdida de años de salud consecuencia, entre otros factores, del sobrepeso y la obesidad (OMS, 2011) y la necesidad de combinar adecuadamente dieta y actividad física (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

El sobrepeso podría deberse a una alteración de los mecanismos que regulan el control del apetito y la sensación de saciedad (Farooqi, Bulmore, Keogh, Gillard, O’rahilly y Fletcher, 2007) y, en consecuencia, muchos obesos podrían mitigar su sentimiento de culpa externalizando su origen. Sin embargo la causa seguiría estando en una inadecuado equilibrio entre dieta y ejercicio, binomio en el que concurre inevitablemente también la personalidad y la educación del individuo. Dentro de lo que podríamos denominar “industria de la obesidad” están también los programadores de actividades expertos en vincular ocupación con consumos energéticos de manera que establecen unos delicados equilibrios entre ingestas alimentarias y desgaste físico: ingerir sólo los macronutrientes que se van a necesitar para ser transformados en energía (tabla 43).

Tabla 43: Correspondencias calóricas de los macronutrientes

Grasas	9 kcal/g
Proteínas	4 kcal/g
Hidratos de carbono	3,75-4 kcal/g

Fuente: Cemar, 2012

La mayor parte de las actividades que han formado parte de los hábitos de vida de las personas longevas han seguido los dictámenes de este delicado equilibrio. Para una gran mayoría de personas, sin embargo, la correspondencia entre necesidad de consumo energético y ocupación precisa de un aprendizaje. Se denomina valor energético o calórico de un alimento a la cantidad de energía que se produce cuando es totalmente oxidado o metabolizado para producir dióxido de carbono y agua (y también urea en el caso de las proteínas). En términos de kilocalorías, la oxidación de los alimentos en el organismo tiene como valor medio el siguiente rendimiento:

Todos los alimentos son potenciales fuentes de energía pero en cantidades variables según su diferente contenido en macronutrientes (hidratos de carbono, grasas y proteínas). Por ejemplo, los alimentos ricos en grasas son más calóricos que aquellos constituidos principalmente por hidratos de carbono o proteínas. El alcohol, que no es un nutriente, también produce energía metabólicamente utilizable -con un rendimiento de 7 kcal/g- cuando se consume en cantidades moderadas (menos de 30 g de etanol/día) mientras que las vitaminas, minerales y el agua no suministran energía alguna.

En términos energéticos, uno de los índices de calidad de la dieta más utilizados en la actualidad es el denominado perfil calórico que se define como el aporte energético de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono y lípidos) y alcohol (cuando se consume) a la ingesta calórica total.

La dieta equilibrada, prudente o saludable será aquella en la que la proteína total ingerida aporte entre un 10 y un 15% de la energía total consumida; la grasa no más del 30-35%, y el resto (>50%) proceda de los hidratos de carbono, principalmente complejos. Si existe consumo de alcohol, su aporte calórico no debe superar el 10% de las calorías totales (Tabla 44).

Tabla 44: Perfil calórico recomendado

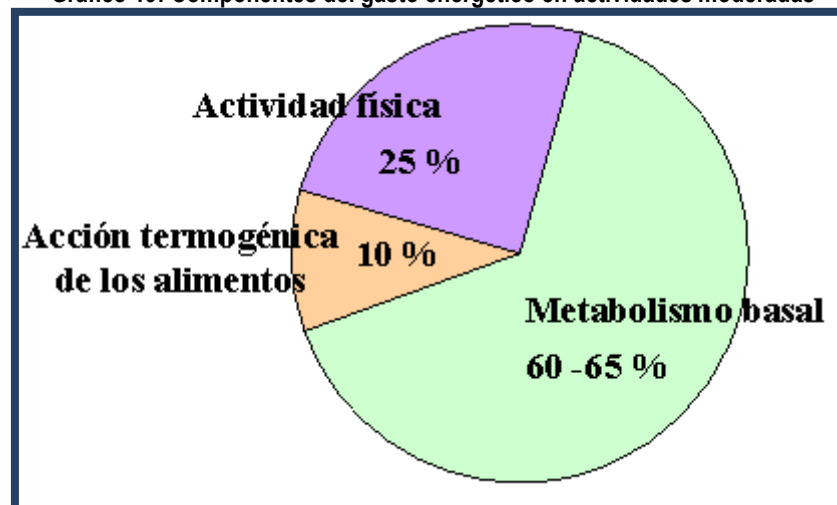
Grasas	< 30-35%
Proteínas	10-15 %
Hidratos de carbono	> 50%
Alcohol	< 10%

Fuente: Cemar, 2012

En la actualidad, en las sociedades más desarrolladas la calidad de la dieta juzgada por este índice no es muy satisfactoria pues, como consecuencia del excesivo consumo de alimentos de origen animal, existe un alto aporte de proteína y grasa siendo, en consecuencia, muy bajo el de hidratos de carbono, reduciendo, desde este punto de vista, la calidad de la dieta. Sin embargo, en las zonas en vías de desarrollo y en los países pobres, la mayor parte de la energía -hasta un 80%- puede proceder de los hidratos de carbono aportados principalmente por los cereales.

Al gasto energético diario -que lógicamente condiciona las necesidades calóricas- contribuyen tres componentes importantes: la tasa metabólica basal (TMB), la termogénesis inducida por la dieta y la actividad física (Gráfico 19).

Gráfico 19: Componentes del gasto energético en actividades moderadas



Fuente: Cemar, 2012

1. El **gasto metabólico basal o tasa metabólica basal (TMB)** incluye la energía necesaria para mantener las funciones vitales del organismo en condiciones de reposo (circulación sanguínea, respiración, digestión, etc.). A menos que la actividad física sea muy alta, este es el mayor componente del gasto energético. Tasa metabólica basal y gasto metabólico en reposo son términos que se usan indistintamente aunque existe una pequeña diferencia entre ellos. La tasa metabólica en reposo representa la energía gastada por una persona en condiciones de reposo y a una temperatura ambiente moderada. La tasa metabólica basal sería el gasto metabólico en unas condiciones de reposo y ambientales muy concretas (condiciones basales: medida por la mañana y al menos 12 horas después de haber comido). En la práctica, la tasa metabólica basal y el gasto

metabólico en reposo difieren menos de un 10%, por lo que ambos términos pueden ser intercambiables.

No todas las personas tienen el mismo gasto metabólico basal, pues depende de la cantidad de tejidos corporales metabólicamente activos. Recordemos que la masa muscular es metabólicamente más activa que el tejido adiposo. Está condicionado, por tanto, por la composición corporal, por la edad y el sexo. La mujer, con menor proporción de masa muscular y mayor de grasa, tiene un gasto basal menor que el hombre (aproximadamente un 10% menos) expresado por unidad de peso. En un hombre adulto de unos 70 kg de peso equivale a 1.1 kcal/minuto y 0.9 en una mujer de 55 kg. Esto representa, en personas sedentarias, un 70% de las necesidades totales de energía. Existen diversas fórmulas para calcular el gasto metabólico basal o en reposo. Presentamos una de las más difundidas (Tabla 45).

Tabla 45: Cálculo de la tasa metabólica basal o en reposo: tasa metabólica basar (TMB) a partir del peso (Kg)

Sexo	Edad Años	Ecuación Kcal/día	Desviación Estándar
Hombres	0-3	$(60,9 \times \text{kg}) - 54$	53
	3-10	$(22,7 \times \text{kg}) + 495$	62
	10-18	$(17,5 \times \text{kg}) + 651$	100
	18,30	$(15,3 \times \text{kg}) + 679$	151
	30-60	$(11,6 \times \text{kg}) + 879$	164
	> 60	$(13,5 \times \text{kg}) + 487$	148
Mujeres	0-3	$(60,1 \times \text{kg}) - 51$	61
	3-10	$(22,5 \times \text{kg}) + 499$	63
	10-18	$(12,2 \times \text{kg}) + 746$	117
	18,30	$(14,7 \times \text{kg}) + 496$	121
	30-60	$(8,7 \times \text{kg}) + 829$	108
	> 60	$(10,5 \times \text{kg}) + 596$	108

Fuente: FAO /OMS, 1985

2. La **termogénesis inducida por la dieta** o postprandial es la energía necesaria para llevar a cabo los procesos de digestión, absorción y metabolismo de los componentes de la dieta tras el consumo de alimentos en una comida (secreción de enzimas digestivos, transporte activo de nutrientes, formación de tejidos corporales, de reserva de grasa, glucógeno, proteína, etc.). Puede suponer entre un 10 y un 15% de las necesidades de energía. También se denomina efecto termogénico de la dieta o de los alimentos o acción dinámica específica.
3. Un tercer factor, quizá el más importante en la modificación del gasto energético, es el tipo, duración e intensidad de la **actividad física** desarrollada. La energía gastada a lo largo del día para realizar el trabajo y la actividad física es, en algunos individuos, la que marca las mayores diferencias. Evidentemente, no necesita la misma cantidad de energía un atleta que entrene varias horas al día o un leñador trabajando en el monte, que aquella persona que tenga una vida sedentaria. Por ejemplo, durante una hora de sueño sólo gastamos 1 kilocalorías; sentados viendo la televisión o charlando el gasto es también muy pequeño: tan sólo 118 kcal/hora; pasear consume 160 kcal/h y conducir durante una hora supone un gasto de 181 kcal. Sin embargo, hay otras actividades que conllevan un mayor gasto energético: por ejemplo, jugar 1 hora al tenis, (458 kcal), montar en bicicleta (504 kcal/h), cuidar el jardín (361 kcal/h) o subir y bajar escaleras (hasta 1000 kcal/hora).

Para calcular las **necesidades diarias de energía** de una persona son aquellas que mantienen el peso corporal adecuado constante. En niños en crecimiento y en mujeres en periodo de gestación o de lactancia, las necesidades de energía incluyen también la cantidad asociada a la formación de tejidos o a la secreción de leche a un ritmo adecuado. Pueden estimarse de tres formas:

1. A partir de la tasa metabólica basal o en reposo (TMB) y de factores medios de actividad física (Tabla 46).

Tabla 46: Ejemplo de estimación de consumo energético personal para una mujer de 20 años y 60 kg de peso

Tasa metabólica basal (TMB)	$(14.7 \times P) + 496 = (14.7 \times 60) + 496 = 1378$ kcal/día
Factor medio de actividad física (FA)	$54.0 / 24 \text{ h.} = 2.25$ calculado a partir de la TABLA XVII
Necesidades totales de energía	$TMB \times FA = 1378 \times 2.25 = 3100$ kcal/día

2. Fuente: Cemar, 2012

2. Calculando un factor individual medio de actividad física (descanso, muy ligera, ligera, moderada y alta). Hay que conocer el tiempo destinado a cada una de las actividades que figuran en la Tabla 47 (el tiempo tiene que sumar 24 horas).

Tabla 47: Cálculo del factor medio (F.M.) de actividad física

TIPO DE ACTIVIDAD	X TMB
Descanso: dormir, estar tumbado, ver la TV...	1,0
Muy ligera: estar sentado, conducir, estudiar, trabajo de ordenador, comer, cocinar...	1,5
Ligera: tareas ligeras del hogar, andar despacio, jugar al golf, bolos, tiro con arco, trabajos como zapatero o sastre...	2,5
Moderada: caminar a 5-6 km/h, tareas pesadas del hogar, montar en bicicleta, tenis, natación moderada, baile, trabajos de jardinero, peones de albañil...	5,0
Alta: andar muy deprisa, subir escaleras, montañismo, fútbol, baloncesto, natación fuerte, cortar leña...	7,0

Fuente: National Research Council, 1989

3. Empleando tablas más precisas de gasto por actividad (tabla 63) que recojan el gasto por actividad física expresado en kcal/kg de peso y tiempo empleado en realizar la actividad. En la **tabla de gasto energético por actividad física** figura un factor para cada tipo de actividad. Estos factores nos permiten, sabiendo el tiempo empleado y el peso corporal, calcular el gasto calórico total con mayor precisión. Basta multiplicar el tiempo en realizar la actividad de que se trate (en minutos) por el peso (en kg) por el factor correspondiente (que aparece en la primera columna de la Tabla 48):

Tabla 48: Ejemplo de estimación de consumo energético por actividad para un hombre de 70 kg de peso

ACTIVIDAD	TIEMPO EMPLEADO	GASTO DE ENERGIA
Sueño	8 h x 60 minutos	$8 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,018 = 604,8$ kcal
Paseo	2 h x 60 minutos	$2 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,038 = 319,2$ kcal
Comida	2 h x 60 minutos	$2 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,030 = 252,0$ kcal
Trabajo	8 h x 60 minutos	$8 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,028 = 940,8$ kcal
Aseo personal	1 h x 60 minutos	$1 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,050 = 210,0$ kcal
Leer (sentado)	3 h x 60 minutos	$3 \times 60 \times 70 \text{ kg} \times 0,028 = 352,8$ kcal
TOTAL	24 HORAS	2.680 KCAL/DÍA

Fuente: Cemar, 2012 En caso de una mujer con mismo peso y nivel de actividad las necesidades energéticas se verían reducidas en un 10% (Total: 2.412 kcal)

Es decir, se trataría de aplicar la siguiente fórmula: Gasto energético = tiempo (minutos) x peso (kg) x factor (Tabla 49):

Tabla 49: Cálculo de necesidades energéticas por actividad

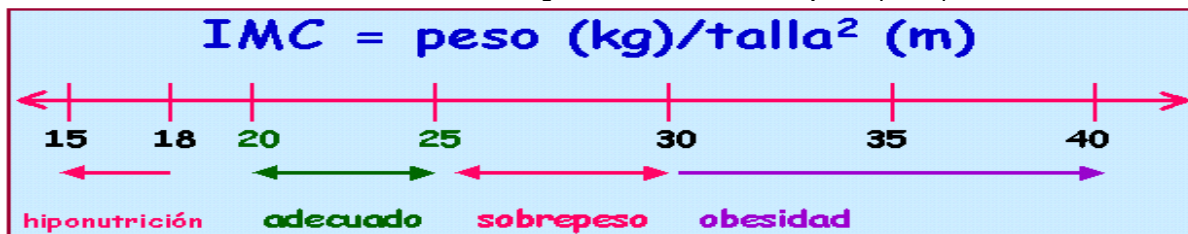
TIPO DE ACTIVIDAD	GASTO ENERGÉTICO: KCAL/KG/MINUTO	TIEMPO EMPLEADO (MINUTOS)	GASTO TOTAL (KCAL/DIA)
Dormir	0,018		
Aseo	0,050		
Barrer	0,050		
Pasar el aspirador	0,068		
Fregar el suelo	0,065		
Limpiar cristales	0,061		
Hacer la cama	0,057		
Lavar la ropa	0,070		
Lavar los platos	0,037		
Limpiar zapatos	0,036		
Cocinar	0,045		
Planchar	0,064		
Coser a máquina	0,025		
Estar sentado (leyendo, juegos de mesa...)	0,028		
Estar de pie (esperando, charlando...)	0,029		
Comer	0,030		
Estar tumbado despierto	0,023		
Bajar escaleras	0,097		
Subir escaleras	0,254		
Conducir un coche	0,043		
Conducir una moto	0,052		
Tocar el piano	0,038		
Montar a caballo	0,107		
Montar en bicicleta	0,120		
Cuidar el jardín	0,086		
Bailar de manera moderada	0,070		
Bailar de manera vigorosa	0,101		
Jugar al tenis	0,109		
Jugar al fútbol	0,137		
Jugar al ping-pong	0,056		
Jugar al golf	0,080		
Jugar al baloncesto	0,140		
Jugar al frontón (o squash)	0,152		
Jugar a voleibol	0,120		
Jugar a la petanca	0,052		
Hacer montañismo	0,147		
Remar	0,090		
Nadar de espalda	0,078		
Nadar a braza	0,106		
Nadar a crawl	0,173		
Esquiar	0,152		

Correr (8-10 km/h)	0,151		
Caminar (5 km/h)	0,063		
Pasear	0,038		
Trabajo ligero (empleados de oficina, comercio...)	0,031		
Trabajo activo (agricultura, pesca, construcción –moderado-, industria...)	0,049		
Muy activo (segar, cavar, peones, leñadores, soldados de maniobras, mineros, metalúrgicos, atletas, bailarines...)	0,096		

Fuente: Grande-Covián, 1981. Valores calculados para el hombre. En el caso de la mujer las necesidades energéticas se verían reducidas en un 10% en general.

El balance entre las necesidades de energía y la ingesta calórica es el principal determinante del peso corporal. Cuando hay un balance positivo y la dieta aporta más energía de la necesaria, el exceso se almacena en forma de grasa dando lugar a sobrepeso y obesidad. Por el contrario, cuando la ingesta de energía es inferior al gasto, se hace uso de las reservas corporales de grasa y proteína, produciéndose una disminución del peso y malnutrición. En ambas situaciones puede existir un mayor riesgo para la salud por lo que se recomienda mantener un peso adecuado, que es aquél que epidemiológicamente se correlaciona con una mayor esperanza de vida. El peso adecuado puede estimarse a partir del índice de masa corporal (IMC) definido por la relación: [peso (kg) / talla x talla (m)]. Es un índice de adiposidad y obesidad. Para una persona adulta se considera un IMC adecuado aquel comprendido entre 20 y 25; cuando está entre 25 y 30 puede existir sobrepeso; si es mayor de 30, obesidad y si, por el contrario, es menor de 20, se habla de bajo peso.

Gráfico 20: Clasificación según el Índice de Masa Corporal (I.M.C.)



Fuente: Grande-Covián, 1981

El término “calorías vacías” hace referencia a aquellos alimentos que por su composición sólo suministran energía o calorías, no aportando ningún otro nutriente (proteínas, minerales o vitaminas). En sentido estricto, este sería el caso de las bebidas alcohólicas que sólo contienen alcohol (recordemos que el alcohol sólo aporta calorías: 7 kcal/gramo). Alimentos muy refinados también podrían incluirse dentro de esta denominación, puesto que pueden aportar gran cantidad de energía pero muy pocos nutrientes.

Otro componente de la dieta que se consideraba como suministrador de calorías vacías era la grasa, ya que siempre se ha pensado que sólo aportaba energía. Sin embargo, además de calorías, las grasas son vehículo importante de todas las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) y aportan además una serie de ácidos grasos esenciales para la salud. Tampoco hay que olvidar que las grasas son el agente palatable por excelencia de nuestra dieta (uno de los componentes que hace apetecible los alimentos) y por tanto sin ellas, la comida no sería aceptada.

A veces también el azúcar se califica como alimento que sólo aporta energía identificándose con mucha frecuencia como calorías vacías. Sin embargo, también en este caso es necesario hacer algunas consideraciones. Por ejemplo, muy pocas veces cogemos el azucarero y comemos azúcar a cucharadas. Normalmente, el azúcar se combina y emplea para edulcorar otros alimentos que sí llevan y aportan nutrientes como los lácteos, la repostería, los flanes o los zumos de frutas, entre otros. De manera que, indirectamente, junto con el azúcar, van otros nutrientes esenciales como se ve en la tabla 50. Pero hay otro aspecto también muy importante. En el caso del azúcar, su sabor dulce y fácil digestión puede hacer que algunas personas -ancianos con menor capacidad gustativa, enfermos o inapetentes- incluyan en la dieta determinados alimentos que de no llevar azúcar quizá no se hubieran consumido. Por tanto, el azúcar, gracias a su palatabilidad, es decir a su capacidad de conferir sabor dulce y agradable a la dieta, favorece que la dieta sea más fácilmente aceptada y se consuma.

Tabla 50: Aporte de nutrientes de un vaso de leche con azúcar.

	Azúcar (10 g)	Leche entera (200 ml)	Vaso de leche con azúcar
Energía (kcal)	37,3	130	167,3
Hidratos de carbono (g)	9,9	10	19,9
Proteína (g)	-	6,6	6,6
Lípidos (g)	-	7,4	7,4
Calcio (mg)	-	242	242
Magnesio (mg)	-	24	24
Riboflavina (µg)	-	70	70
Retinol (µg)	-	60	70
Vitamina D (µg)	-	0,06	0,06

Fuente: Garrido, 2005

Hoy sabemos que no se come sólo para mantener la salud, aunque éste sea obviamente el objetivo prioritario, sino también por placer y según una tradición alimentaria, en algunos casos, bien arraigada. Si estos dos últimos requisitos no se cumplen, la dieta, por muy bien programada que esté desde el punto de vista nutricional, no se consumirá y, en definitiva, habrá sido un fracaso.

5.6.- CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN REUNIR LAS ACTIVIDADES

La principal crítica que podríamos hacer al término envejecimiento exitoso, y a sus dimensiones específicas, es la de que puede favorecer la estigmatización de las personas que no alcancen el ideal de envejecer bien. Se trata aquí de evitar la frágil lógica de que si el individuo es el responsable de la propia gestión de su envejecimiento con éxito, también lo será cuando no alcance el intento. Tal proposición, incluso podría contribuir a un incremento de la discriminación de las personas mayores que vivan en situaciones de discapacidad (Brigueiro, 2005).

Sin embargo, desearíamos concluir que, a pesar de que el concepto de “longevidad” esté asociada a una conquista individual (frente al de “esperanza de vida” que constituye un motivo de felicitación a toda la sociedad en su conjunto), son necesarias unas adecuadas políticas sociales que incluyan la universalización del derecho a la educación, la cultura, el ocio y, consecuentemente, a la salud con carácter universal.

Podría parecer que la probabilidad de envejecer exitosamente es independiente de la buena voluntad de las personas pero deseamos destacar que gran parte de las condiciones que lo hacen posible se hallan en gran medida bajo su responsabilidad como, por ejemplo, evitando riesgos, promoviendo hábitos que preserven e incluso potencien la autonomía funcional y manteniéndose activas y comprometidas socialmente.

Por eso deseamos dejar constancia de que es obligación de quienes diseñan y programan las actividades la observancia de un adecuado código deontológico que vaya más allá de la satisfacción de necesidades a corto plazo (necesidades urgentes) para centrarse en intentar dar respuesta a las profundas necesidades del ser humano (necesidades importantes). Algo así como evitar la rentabilidad política de planes, programas y/o proyectos centrados en ofrecer “pan y circo” para focalizar la atención en las cuestiones en que las personas se juegan realmente su bienestar y que pasa por el empoderamiento de los ciudadanos, esto es la involucración activa y participante en la gestión de los asuntos que les conciernan. La llave de este empoderamiento es la educación con las miras puestas en horizontes amplios como la búsqueda de la felicidad: algunos países recogen en sus respectivas “cartas magnas” estas profundas aspiraciones como Estados Unidos, Brasil, Francia, Japón, Corea del Sur o Bután (González González, 2011). Resulta significativo que en uno de los momentos más duros y dolorosos de la historia de España (la que siguió a nuestra pérdida de hegemonía militar y política de cinco siglos y cuando aún nos lamíamos las heridas de una invasión extranjera) nuestros políticos de hace doscientos años nos regalaban esta generosa declaración de intenciones en forma de artículo 13 de la Constitución Española de 1812: *“El objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bienestar de los individuos que la componen”* (Cortes de Cádiz, 1812, p. 8).

La manera de articular esta declaración de intenciones corresponde también a la sociedad en su conjunto en su forma de gestionar el día a día desde las instituciones y en su manera de educar a las generaciones jóvenes para que recojan el testigo adecuado. En esta tarea, no caben sólo las personas con responsabilidad política, sino también los agentes sociales, educativos, periodísticos, dinamizadores socioculturales, personal sanitario, etc. Todos ellos deberían guardar la observancia de una serie de características de las actividades:

- Que sean coherentes con los diagnósticos y con los objetivos (ambos deben estar recogidos en el Proyecto de Vida de la persona).
- Que sean significativas, esto es nacidas de los centros de interés de cada persona y evocadoras de deseos que se conviertan en ilusiones y, llegado el caso, de decisiones que se conviertan en actos transformadores de su realidad personal.
- Que estén adaptadas a las necesidades individuales y a las posibilidades de cada cual y resultar, en cualquier caso, accesibles.
- Y, finalmente, que sean amenas: los conceptos de “diversión, desarrollo y descanso” (Moruno, 2005) no deberán estar reñidos entre sí.

Quienes programan actividades tienen la gran responsabilidad, además, de conseguir que estas características estén presentes no sólo en los resultados sino también a lo largo de todo el proceso de manera que si, por una cuestión de tiempo, la actividad queda inconclusa, el esfuerzo haya merecido la pena, algo así como la metáfora del Camino de Santiago: lo importante no es programar sólo la llegada a Santiago de Compostela cuanto programar etapa a etapa, paso a paso, el Camino.

A nivel general, podríamos destacar como características de los programas de intervención con personas mayores en una institución a modo de ejemplo (Fernández-Hawrylak, González y Casas, 2004) que:

1. Se debe partir de los intereses de los participantes. Se les debe consultar previo a la programación y a la oferta de actividades.
2. Las actividades deben ser diferentes cada día para no caer en aburridas rutinas, pero al mismo tiempo deben reiterar un esquema y una frecuencia (semanal, por ejemplo) que las haga familiares a los residentes.
3. Deben ofertarse actividades que jalonen el paso de los meses o de las estaciones de manera que contribuyan a estructurar el ritmo anual (navidad, primavera, verano, otoño...)
4. Las sesiones deben prepararse; la improvisación es la peor enemiga de la programación.
5. La oferta de actividades debe ser constante y estable, para conseguir que los residentes las asuman dentro de sus horarios y sean aguardadas con ilusión.
6. Las sesiones deben ser creativas y deben desarrollar la creatividad.
7. Las sesiones deben ser motivadoras por lo que, lejos de nacer de una imposición, deben ser asumidas por los residentes desde el sentido del compromiso en la participación continuada.

Llegados a aquí, la pedagogía que vele adecuadamente por este sentido de proceso será una pedagogía que tenga en cuenta:

1. El contexto político (nivel macrosocial) que está en el origen de las desigualdades sociales y materiales asociadas a la posición socioeconómica, el género o la edad por ser el ámbito en donde se toman decisiones en materia de educación, sanidad, servicios sociales, medioambiente o políticas alimentarias.
2. El contexto social y educativo (nivel mesosocial) del que dependen los servicios sanitarios, sociales y educativos así como las redes de apoyo social.
3. Las finalidades y objetivos del aprendizaje que explicitan los resultados y logros que se espera alcanzar al finalizar cualquier proceso educativo y de aprendizaje, como conclusión de las experiencias de enseñanza-aprendizaje planificadas a tal fin.
4. La metodología que da unidad a las acciones, vivencias, proyectos, reflexiones o trabajos que constituyen formas concretas de alcanzar aquellos objetivos educativos y ello ejercitando, desarrollando o poniendo en práctica conocimientos, procedimientos y actitudes que sirven para la formación de las personas, en tanto que proveen una explicación y comprensión de la realidad y un ajuste del comportamiento a ella.
5. Una temporalización que tenga en cuenta los ritmos individuales en los demás contextos meso y macrosociales.
6. Los medios y recursos materiales, técnicos, humanos y financieros que se necesitan.
7. Y la evaluación que permite determinar cuáles han sido, están siendo o podrán ser los resultados, logros y alcances. La evaluación permite tomar las decisiones más convenientes para la consecución satisfactoria de los resultados del proceso y que se relacionan estrechamente, a su vez, con las intenciones educativas, finalidades y logros.

Pero ya hemos dicho que tan importante como el resultado es el proceso y, en consecuencia, el clima que seamos capaces de crear mediante un estilo que tiene como elementos claves, con la mediación del educador, la participación igualitaria, la interacción empoderadora y la reflexión compartida.

La participación igualitaria coloca al educador, al terapeuta, al agente de la intervención (como deseamos denominarle) a la misma altura, reconociendo los mismos derechos e idénticas capacidades a las personas a quienes va dirigida o para quienes ha sido desarrollada la actividad. Es necesario que éstas hayan tenido toda la información con carácter previo para poder tomar decisiones desde la igualdad: lo contrario es intentar manipular. La participación igualitaria es básica a la hora de motivar: lo contrario deriva en pasividad y aburrimiento.

El concepto de empoderamiento sintetiza una nueva forma de posicionarse ante la realidad política y social. Es un neologismo que surge en ámbitos latinoamericanos para tratar de emular los logros que en Occidente han conseguido los lobbies integrados por personas mayores (en los gobiernos, en la ONU...) para reclamar sus derechos (Iacub, 2001).

De igual modo que es necesaria una mutua relación de confianza basada en la fidelidad a un marco ético, mutuamente aceptado, que dirija la recopilación de los datos así como su tratamiento, interpretación, síntesis y divulgación (Elliot, 2000), tal como veremos en el capítulo siguiente, es preciso que las actividades se elijan pensando en las necesidades de las personas y no en la rentabilidad y supervivencia de los programas y proyectos que las sostienen.

El concepto de significatividad ha estado presente a lo largo de nuestra exposición. Tratar de definirlo puede contener un sesgo emocional dado que la característica que más contribuye a identificar las actividades significativas es que su realización hace que el tiempo pase muy deprisa y porque se genera una gran capacidad de disfrute durante su ejecución (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2011, p. 7). Se tratará, en suma, de proponer actividades adaptadas a las capacidades, ritmos y deseos de cada persona por lo que resultará de vital importancia:

- Partir de su propia historia de vida para:
 - Poder conocer sus costumbres, sus intereses, sus capacidades, sus preferencias, sus gustos y lo que le disguste.
 - Observar las respuestas (miradas, gestos...) de las personas con menor repertorio comunicativo.
 - Anticiparse a las reacciones posibles: cambios o propuesta de nuevas actividades...
 - Establecer los apoyos necesarios para iniciar, desarrollar o mantener una actividad determinada.
 - Valorar las actividades y/o tareas en que puede participar y los apoyos que va a precisar.
- Conocer técnicamente las características de cada actividad para:
 - No descuidar el objetivo para el que fue diseñada y adaptarlo si fuera preciso pero evitando desvirtuarlo sustancialmente.
 - Ser capaz de desglosarla en tareas.
 - Dividir cada tarea en secuencia de acciones fácilmente comprensibles y atribuibles a las habilidades específicas requeridas.
 - Valorar en qué acciones concretas se puede incorporar cada persona y los apoyos (técnicos, materiales o adaptaciones) que necesita.
- Ser capaz de diseñar programas que incluyan proyectos con actividades que secuencien tareas que den respuesta a las necesidades más profundas de cada persona en su momento histórico concreto, ya sea relativas a la cotidianeidad que estructura las rutinas o ya a alguna ocasión especial con la que transgredir el ritmo de los días.

Capítulo 6

Metodología y diseño de la investigación

“La juventud es el momento de estudiar la sabiduría; la vejez el de practicarla”
(Jean Jacques Rousseau, 2000, p. 10)

En este capítulo trataremos de presentar la metodología utilizada para la realización de la presente tesis doctoral. La metodología cualitativa ofrece herramientas que facilitan el acercamiento más adecuado a la realidad de las personas más longevas a través de la comprensión y la expresión de sus propios actores (sus motivaciones, sus problemas y su manera personal de interpretar y afrontar la realidad):

“Esta metodología enfatiza la importancia del contexto, la función y el significado de los actos humanos. Este enfoque estima la importancia de la realidad, tal y como es vivida por el hombre, sus ideas, sentimientos y motivaciones; intenta identificar, analizar y comprender la naturaleza profundas de las realidades, su estructura dinámica, aquélla que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (Martínez, 2000, p. 8)

Consiguientemente, deseamos justificar y describir los aspectos metodológicos que hemos utilizado y que se iniciaron con la elección y/o diseño de determinadas técnicas e instrumentos para la recogida de datos, continuaron con una particular forma de analizarlos e interpretarlos y es nuestra intención que concluyan con resultados fácilmente validables y generalizables a otros contextos diferentes a los que los inspiraron. Por tanto, hemos estructurado el presente capítulo del siguiente modo:

- Descripción del proceso seguido hasta conseguir el diseño de la investigación: para ello hemos definido su contexto, sus objetivos y fases.
- Justificación de la apuesta metodológica
- Enumeración de las técnicas e instrumentos utilizados agrupándolas en escalas estandarizadas, cuestionarios, entrevistas y documentos personales.
- Definición de las categorías de análisis resultantes.
- Explicitación de algunas consideraciones éticas y relacionadas con el rigor.

En nuestro caso hemos optado por la recogida de información a través de la elaboración de biografías nacidas de conversaciones que, bajo el aspecto de informales, seguían el hilo de una entrevista estructurada que nos permitieran elaborar “historias de vida” que habrían de facilitar el diseño de “proyectos de vida”. De esta manera, la presente tesis doctoral es coherente

con la nueva legislación en Castilla y León que, en materia de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, estipula la realización de historias de vida como antesala del diseño de proyectos de vida (Junta de Castilla y León, 2016): *“En el centro residencial la vida cotidiana se organiza a partir de la autodeterminación de la persona, debiéndose garantizar una atención personalizada basada en la identidad de la persona, su historia de vida, sus expectativas y deseos, su visión y su enfoque de la vida cotidiana, a través de un proyecto de vida personal, del profesional de referencia y de los apoyos que lo hagan posible”* (p. 5972).

La elaboración de estas historias de vida, base del diseño de proyectos de vida, se asignan por ley a un profesional de referencia (Junta de Castilla y León, 2016): *“A las personas usuarias de los servicios se les asignará un profesional de referencia que garantice la ejecución de ese «proyecto de vida»; ese profesional se convertirá en el interlocutor cualificado y cercano de la persona que recibe los apoyos y garantizará que las expectativas, deseos y preferencias de las personas mayores usuarias de los centros, sean conocidas por los profesionales”* (p. 5944).

Tal es la importancia concedida a este hecho que en la Disposición final segunda de este Decreto se establece que

“En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente norma, por la consejería competente en materia de servicios sociales se aprobará la orden que establezca el contenido y la estructura del plan de gestión de la calidad de los centros (...). En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente norma (...) se aprobará la orden que determine el contenido y la estructura del proyecto de vida de los usuarios. En los centros que determina el presente decreto, las personas usuarias deberán contar con el correspondiente proyecto de vida en el plazo de un año desde la fecha de publicación de la citada orden” (Junta de Castilla y León, 2016, p. 5981).

Nos encontramos, en cualquier caso, con una metodología de investigación caracterizada por:

1. Hundir sus raíces en la **investigación participativa** concebida como una actividad integral que combina la investigación social, el trabajo educativo y la acción y que, a su vez, se caracteriza por (Rodríguez Gómez, 1999):
 - Las cuestiones estudiadas se originan en la propia comunidad o lugar de trabajo.
 - El objetivo último de la investigación es la transformación estructural y la mejora de la calidad de vida de los sujetos implicados (en nuestro caso, los mismos residentes además de trabajadores y familiares).
 - La centralidad del papel asignado a fortalecer la toma de conciencia de las personas sobre sus propias habilidades y recursos, así como su apoyo para organizarse, adoptar una postura y, llegado el momento, para movilizarse.
2. Practicar, fundamentalmente y de manera lógica con lo anterior, una **observación participante** (Guasch, 1992) concebida como una técnica de recogida de información que consiste en observar a la vez que se participa en las actividades del grupo que se está investigando: el observador adopta un papel participante desde la convicción de que para conocer bien una cultura o una realidad social hay que introducirse en ella e ir recogiendo todos los datos posibles sobre su vida cotidiana.
3. Hacer uso, entre otros, del **método biográfico** (Rodríguez Gómez, 1999; Rivas y Herrera, 2009) mediante el cual trataremos de mostrar el testimonio subjetivo de una persona a partir tanto de los acontecimientos que ha vivido como de las valoraciones que dicha persona ha

hecho de su propia existencia y que se materializan en un relato autobiográfico que hemos denominado “historias de vida”.

6.1.- DISEÑO Y PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

En cualquier investigación en la que haya que manejar gran número de fuentes de información y, consiguientemente, sea preciso analizar, procesar y concluir a partir de una ingente cantidad de datos, es particularmente importante establecer un orden para proceder con rigor interno.

6.1.1. Contexto

Comencemos por definir el contexto en el que surge esta tesis. La presente investigación se ha realizado a partir de una experiencia continuada desde 1994 en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid. La Residencia Cardenal Marcelo “es un centro gerontológico polivalente, abierto, integral, participativo y de desarrollo personal, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores de 65 años que no pueden satisfacer sus necesidades por sí mismos o por otros recursos” (Diputación de Valladolid, 1998). Se caracteriza por ser un centro asistencial perteneciente a la Diputación de Valladolid y se encuentra situado en el barrio Girón, al noroeste de dicha ciudad. Su objetivo general es “facilitar una atención global a la persona mayor encaminada a mejorar la calidad de su existencia y género de vida a través del mantenimiento del mayor grado posible de autonomía personal, el retraso de su dependencia y, en su caso, el alivio de su situación de aislamiento social” (Diputación de Valladolid, 2010, p. 4).

La Residencia Cardenal Marcelo aparece como legataria de la nonocentaria Fundación “Hospital Santa María de Esgueva”, una de las obras benéficas más antiguas de España. En 1970 la Junta Provincial de Asistencia Social de la Ciudad de Valladolid instruyó el expediente para la regulación y funcionamiento de la Fundación Benéfica denominada “Hospital Santa María de Esgueva” creada por el Conde y Señor de Valladolid Don Pedro Ansúrez y su mujer Doña Eylo. Valladolid y el Conde Ansúrez están estrechamente relacionados si nos atenemos a la opinión generalizada y tradicionalmente admitida de que la Ciudad del Pisuerga o Villa de Esgueva (1997) surgió a la vida por la voluntad del ilustre miembro de la nobleza castellano-leonesa de los siglos XI y XII (Rucquoi, 1997).

La fundación figuraba clasificada, por R.D. de 19 de Octubre de 1907, como institución benéfico-particular, siendo confirmado en su patronato y administración del Ayuntamiento de Valladolid, que lo venía ejerciendo desde tiempo inmemorial. El alcalde había elevado instancia el 17 de julio de 1965 trasladando el acuerdo adoptado por la Corporación Municipal, por virtud de la cual se renunciaba al Patronato de la Fundación “Hospital de Santa María de Esgueva”. La renuncia fue aceptada por el Ministerio de la Gobernación que confió internamente el patronato de la citada fundación benéfica a la Junta Provincial de Asistencia Social. Esta entidad, en marzo de 1969, elevó propuesta de la Diputación Provincial de Valladolid a la Dirección General de Política Interior y Asistencia Social, por la que la citada corporación provincial se ofrecía para asumir el patronato de la fundación, haciéndose cargo al propio tiempo del cumplimiento de los fines fundacionales y aportando un solar para la construcción del nuevo Hospital-Asilo. Una vez construido el nuevo Patronato, al hacerse cargo la Diputación de la gestión y administración de la Fundación “Hospital de Santa María de Esgueva”, cesaba en su función la Junta Provincial de Asistencia Social de Valladolid, debiendo hacer entrega a la Diputación de todos los valores y bienes integrantes del Patrimonio Fundacional, así como de cuantos documentos y antecedentes

obrasen en su poder, lo que quedó formalizado en enero de 1970. El resultado es una edificación construida a comienzos de la década de los años 70 a expensas de la Diputación Provincial en terrenos segregados de la finca Granja-Escuela de Agricultura "José Antonio". La superficie de la parcela es de 25.260m², siendo la superficie edificada total de 8.739m², más 936m² de patios y terrazas. La Residencia Cardenal Marcelo, abre sus puertas para acoger a ancianos de ambos sexos de la provincia de Valladolid en enero de 1974, y es inaugurada oficialmente el 18 de Enero de 1975 (López Mongil, 2000).

Su programa de actividades, tras varios intentos basados únicamente en programas de voluntariado, nace en 1987 de la mano de un referente de la dinamización sociocultural de Castilla y León: Ángel de Castro. Su consolidación se produce en el año 1994 con la creación de la plaza de "encargado/a de ocio y tiempo libre". Actualmente, este programa sirve de referente para otras residencias y técnicos. La población de "Cardenal Marcelo", además de aparecer con frecuencia en reseñas periodísticas de los periódicos de Valladolid, ha sido objeto de un inusual interés desde diversos estudios y/o publicaciones. Cronológicamente podríamos enumerarlos del siguiente modo:

- En 1987, la médico geriatra Rosa López Mongil (1987) publica "Consideraciones epidemiológicas de un grupo de la 3ª Edad". Se trata de un estudio cuantitativo de las personas mayores y de la organización de servicios de la Residencia.
- En 1990 Ángel de Castro (Castro, 1990) publica una recopilación justificada de veinticinco sesiones diseñadas y puestas en práctica en la Residencia "Cardenal Marcelo" precedida por una interesante fundamentación teórica que justifica el título del libro: "La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura". La obra se convierte rápidamente en un referente de la animación cultural con personas mayores y su autor, animador cultural de la Diputación de Valladolid, pasa a ser Jefe de Programas de Animación Comunitaria de esta institución con el encargo de diseñar algo similar pero destinado a las personas mayores de toda la provincia de Valladolid.
- Siguiendo la estela de Ángel de Castro, la persona responsable de la dinamización de la residencia ve premiada la comunicación "Animación de Personas Mayores en Residencias" (González González, 1997) en las Jornadas de Animación Sociocultural celebradas en la Universidad de Oviedo. Ese mismo año, la residente Felisa Velasco (1997) publica a sus 87 años un libro de poemas, "Poesías de un alma viloriana", fruto fundamentalmente de su capacidad creadora, pero también como una muestra de las posibilidades de dinamización de una residencia.
- De nuevo la Doctora López Mongil, ahora también directora del centro, publica su "Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos" (López Mongil, 2000): se trata en esencia de un resumen de su tesis doctoral en la que valida de una herramienta de valoración geriátrica que denomina Test CM-98 de Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB), Instrumentales (AVDI) y Avanzadas (AVDA), que recibe este nombre precisamente en reconocimiento a la Residencia "Cardenal Marcelo". En este mismo año, de la colaboración entre la Diputación y la Universidad de Valladolid nace un grupo de trabajo, el Grupo de Investigación Avance (2000), que tras una investigación transnacional con socios de las Universidades de Roskilde (Dinamarca), Ulster (Reino Unido) y Ulm (Alemania) publica "La Educación de Personas Mayores en Medios Residenciales" (Grupo de Investigación Avance, 2000).
- En la convocatoria de becas del año 2003 de la Fundación Mapfre Medicina es elegido el proyecto titulado "Intervención Socioeducativa con Mayores Institucionalizados" (Fernández-Hawrylak González González y Casas Jambrino, 2003) que proporciona la

- base empírica del trabajo de investigación tutelado presentado ese mismo año en la Universidad de Valladolid “Servicios socioeducativos para mayores institucionalizados” (González González, 2003)
- Al año siguiente, la Revista de Animación Comunitaria de la Diputación de Valladolid “La Voz del Aula” publica el artículo “Animar en una residencia” (González González, 2004) que sirve para conmemorar los diez años del programa de dinamización de la residencia al tiempo que pretendía sentar las bases conceptuales de los presupuestos de esta dinamización.
 - En las I Jornadas Regionales sobre Orientación Familiar celebradas en Burgos en el año 2006 se presenta la conferencia “Del Asociacionismo y Voluntariado a la Educación Social: Hacia un proyecto integral de atención a las familias afectadas por discapacidad” (González González, 2006) que narra básicamente el intento por dotar de voz a las familias de los residentes para llegar a constituir una Asociación de Familiares y Amigos de la Residencia “Cardenal Marcelo”. El proyecto no llega a materializarse por un informe negativo de los servicios jurídicos de la Diputación. En su lugar, unos años más tarde, en 1999, ve la luz una Asociación integrada también por personas vinculadas a la residencia y comprometidas –hasta el día de hoy- con su dinamización sociocultural desde el voluntariado, la formación y la animación: “¡Vaya Tela! Animación”.
 - La Revista de Animación Comunitaria de la Diputación de Valladolid “La Voz del Aula” publica en el año 2007 el artículo “Ventana Abierta. Un programa de televisión pensado para personas mayores institucionalizadas” (González González, 2007^c) que recoge una original experiencia de dinamización del centro mediante un canal interior de televisión. Ese mismo año, los profesores de la Universidad de Burgos, Fernández-Hawrylak y Valbuena Ruiz (2007), publican una recopilación de artículos bajo el nombre “La Actividad Física en las Personas Mayores”. Entre los veinte artículos figuran tres dedicados a desarrollar diversos aspectos de la vida de la Residencia:
 - “Organización de una actividad comunitaria: juegos olímpicos” (Casas Jambrino, 2007) en un intento por reconocer el trasfondo de una actividad organizada desde el año 2002 en la Residencia “Cardenal Marcelo” y que estaba teniendo mucho impacto mediático en los medios de comunicación.
 - “La animación socioeducativa de mayores institucionalizados en Castilla y León” (González González, 2007^a) en donde de nuevo, sobre la base de la experiencia en “Cardenal Marcelo”, se actualizan los presupuestos para una intervención interdisciplinar coordinada con personas mayores en residencias.
 - “Recursos Socioculturales: experiencias de animación terapéutica” (González González, 2007^b) es una recopilación de técnicas para la dinamización de centros de personas mayores mediante actividades que tengan un sentido intencional esto es, que vayan más allá de la ocupación para buscar su cometido terapéutico.
 - Durante las II Jornadas Regionales sobre Orientación Familiar celebradas en Burgos en el año 2009 se presenta la conferencia “Abordaje interdisciplinar en mayores institucionalizados” (González González, 2009) en la cual, de nuevo, se perfilan los aspectos más destacados de lo que debe ser la dinamización integral de un centro de personas mayores. También en ese año ve la luz el que tal vez sea el trabajo más ambicioso de cuantos habíamos emprendido: el “Programa de Envejecimiento Saludable, Activo y Satisfactorio con Mayores Institucionalizados: P.E.S.A.S.M.I.” (Casas Jambrino, Fernández-Hawrylak, García Alonso, García Mate, González González y

Vivaracho Pascual, 2009), que pretendía ser un compendio ilustrado de todas las actividades realizadas en el centro planteadas con un sentido terapéutico, esto es, poniendo el acento en sus beneficios. De ahí el haber optado por un formato DVD con miles de fotografías y vídeos.

Imagen 17: Portada del DVD “P.E.S.A.S.M.I.”



Fuente: Casas et al, 2009

- Finalmente, en la *Revista “La Solana” de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid* se publican los artículos “La importancia de cultivar aficiones” (González González, 2010) y “Cuestión de edad” (González González, 2011²). El primero se refiere a la importancia de estructurar el tiempo disponible con actividades placenteras que contribuyen además a crear identidad personal. El segundo artículo aborda el caso de Victoriano Mucientes como parte de la celebración de su “100 cumpleaños” y su consiguiente intento de divulgación en los medios de comunicación social.

Por la temática de los artículos de producción propia se podrá comprobar el deseo de profundizar en los beneficios de la participación en actividades sobre la calidad de vida de las personas, a partir de las valoraciones tanto de su salud objetiva como de su bienestar subjetivo. El trabajo de investigación tutelado “Servicios socioeducativos para mayores institucionalizados” (González González, 2003) representaba precisamente ese esfuerzo por sentar las bases para demostrar cómo la participación en determinadas actividades (que denominábamos “socioeducativas”) tenía múltiples beneficios, lo que lo convirtió en el prólogo de un proyecto más ambicioso que alcanzó su cénit en el “Programa de Envejecimiento Saludable, Activo y Satisfactorio con Mayores Institucionalizados” (Casas et al, 2009).

Esa es la razón fundamental por la que me diplomara en el año 2008 en Terapia Ocupacional en la Universidad de Burgos: para profundizar en el cometido de ser capaz de programar las actividades más adecuadas para cada persona y en cada situación, esto es, programar actividades con sentido terapéutico. Por entonces, todas mis lecturas se habían

encaminado hacia el análisis de la actividad y de la programación por objetivos, primero, para acabar por centrarse en la validación de actividades en un intento por contribuir a la selección de aquellas más significativas para cada persona. Entendía que la Educación Social y la Terapia Ocupacional compartían un importante punto de encuentro en el uso de la actividad con significado (educativo o terapéutico, se entiende).

Pero fue el acceso a la investigación llevada a cabo en Suecia y en Noruega y publicada en el año 2011 por las Revistas *Arts & Health* y *Journal of Epidemiology and Community Health* (Cuypers et al, 2011^{1y2}), relativa a los beneficios sobre la salud de la participación en actividades culturales, la que me llevó a abrazar un proyecto más original: el de recabar en el origen de la longevidad vinculada a determinadas actitudes vitales, como el de la participación y el compromiso social. Otra investigación, esta vez contextualizada en España y basada en los datos sobre satisfacción/insatisfacción obtenidos a partir de la aplicación de un cuestionario a una muestra de 116 personas mayores, “Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria” (Domínguez, Zaldívar y Pérez, 2006), también apuntaban en la misma línea.

Es este el momento en el que hay que situar el artículo “Cuestión de Edad” (González González, 2011) que, dedicado a Victoriano Mucientes (1910-1913), deseaba poner en valor el hecho de que hubiera conocido en los últimos veinte años a personas muy longevas algunas de las cuales –como Victoriano- compartían proyectos de futuro y nos preguntábamos si era posible que una persona pudiera modificar sus genes a través de prácticas beneficiosas para su organismo.

Los rasgos diferenciales de las personas más longevas residentes en “Cardenal Marcelo” deberían ser comunes a las del perfil de cualquier usuario de una residencia pública en Castilla y León. Sin embargo, carecemos de estudios referenciales realizados en un contexto similar a éste. Por otro lado, los aspectos recurrentemente estudiados en las investigaciones a las que hemos tenido acceso se centran en hábitos de vida pasados, en la influencia del medio o en el peso de la genética heredada. Con nuestra investigación hemos tratado de definir otros aspectos menos estudiados como son los hábitos de ocupación, pasados y presentes, a través de las propias “historias de vida”, o de las expectativas vitales narradas y que son el germen fundamental de los “proyectos de vida”. Lo hemos hecho a partir, por un lado, del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” y, por otro, del análisis de dos historias de vida.

6.1.2. Características diferenciales de las personas longevas de la Residencia “Cardenal Marcelo”

Las características diferenciales de las personas mayores longevas que viven, han vivido y vivirán en la Residencia “Cardenal Marcelo” son similares, en general, a las del resto de personas mayores institucionalizadas, esto es, acogidas en centros residenciales.

Se trata de personas en las que confluyen alguno o la totalidad de estos tres factores:

- Fragilidad en su estado de salud.
- Niveles de renta modestos.
- Apoyo sociofamiliar insuficiente.

Un estado frágil de salud suele ser el primer desencadenante, por no decir el más importante, de la búsqueda de un recurso sociosanitario como es la residencia. Antes, se han debido agotar los demás dispositivos encaminados a mantener a la persona mayor en su entorno durante el mayor tiempo posible: ayuda a domicilio, teleasistencia, estancias temporales, centros de día... No es difícil deducir que al estudiar la población longeva que vive en residencias partimos, de hecho, de la desventaja de que se trate, por lo general, de personas afectadas por pluripatologías (síndromes geriátricos) con una polifarmacia asociada (esto es, altamente medicada).

Los niveles de renta hacen que la persona mayor sea candidata a ser beneficiada con una plaza pública (o concertada) en caso de que los ingresos no alcancen a poder costearse una plaza privada. Tenemos, pues, otro dato significativo a la hora de tratar de definir las claves de la longevidad: no parece ser determinante un determinado nivel socioeconómico para alcanzar edades avanzadas.

La claudicación sociofamiliar acaba siendo determinante para que una persona precise de una plaza en una institución residencial. Sigue siendo lo habitual que las personas mayores envejecan en sus domicilios, rodeados por una extensa red de familiares y amigos, fruto de los muchos años vividos. Pero cuando esta red no existe o resulta insuficiente o, como ya empieza a ser lo habitual, los domicilios no reúnen las condiciones de accesibilidad o espacio adecuados, la solución pasa por una decisión tan radical como, en ocasiones, traumática: el inicio de una nueva vida en un espacio desconocido con unos compañeros con los que hay que convivir bajo unas reglas que hay que aprender.

Para aprender hay primero que desaprender, y esta habilidad no se encuentra al alcance de todo el mundo sin el concurso de profesionales de la educación social o de la terapia ocupacional que sistematicen toda una Pedagogía adaptada a las capacidades de los nuevos candidatos. Esta pedagogía es extensible a los trabajadores, fácilmente permeables al desaliento si no conciben a los residentes como personas con una historia y un proyecto vitales.

La amenaza de que los recursos sociosanitarios sean cada vez más limitados y, en consecuencia, que deban estar sujetos a una mayor racionalidad económica en los próximos años, han provocado que estas plazas sean consideradas un premio, más que como un mal menor (superada la concepción de asilos o centros de beneficencia de otros tiempos). Sería también posible concluir que una plaza residencial en un centro público (subvencionado, esto es sufragado por los impuestos de todos los ciudadanos) es el premio a una vida desafortunada ("sin salud, sin dinero y sin amor") pero ello resultaría excesivamente reduccionista y muy perjudicial para poder iniciar un trabajo reeducativo y terapéutico.

En cualquier caso, cabría establecer aquí la primera gran vertiente de la Pedagogía de la Longevidad: en los Programas de Preparación a la Jubilación que deberían iniciarse desde edades lo más tempranas posibles abordando aspectos como los hábitos de vida saludables (más allá de la alimentación, el ejercicio físico y el descanso), la ocupación, la participación y la propia personalidad. Otra vertiente la situaríamos en los Programas sobrevenidos tras la institucionalización: desaprender para poder aprender las nuevas oportunidades que se abren tras haber solucionado los problemas sociosanitarios más acuciantes.

Las treinta personas seleccionadas (Tabla 51) han sido todas ellas residentes en la Residencia "Cardenal Marcelo" de Valladolid y han sobrepasado los 99 años. Diecinueve de ellas (el 64%) cumplieron los 100 años en la residencia. Aunque todas han fallecido ya tienen en

común el haber expresado su consentimiento para participar en este estudio. El número de expediente es el asignado por la institución tras el ingreso en el centro.

Tabla 51: Muestra de los 30 residentes más longevos de la Residencia “Cardenal Marcelo” (1994-2014) con especificación del número de expediente, fechas de nacimiento de alta y de baja y ordenados por año de nacimiento.

Nº	Expediente	Nacimiento	Alta en CM	Fallecimiento
1.	302	04/12/1892	06/12/1977	01/05/1995
2.	489	07/07/1895	27/06/1983	18/11/2001
3.	342	09/02/1898	08/03/1979	29/12/1998
4.	487	08/11/1898	04/12/1991	28/3/1998
5.	858	26/01/1900	03/08/1992	23/05/1999
6.	1097	08/10/1899	15/03/2000	26/08/2004
7.	1001	17/04/1901	08/07/1996	05/02/2001
8.	1041	04/03/1901	18/06/1997	22/04/2002
9.	74	14/05/1901	23/02/1973	14/11/2001
10.	793	09/11/1902	18/02/1991	30/01/2002
11.	523	15/12/1902	10/01/1983	07/06/2002
12.	832	03/06/1902	05/12/1991	25/12/2007
13.	287	26/01/1903	11/04/1977	27/05/2003
14.	926	04/11/1904	02/05/1994	12/04/2006
15.	740	05/01/1905	10/08/1989	17/08/2004
16.	773	15/04/1905	29/11/1989	03/01/2007
17.	911	8 /08/1906	30/03/1994	15/08/2010
18.	928	19/08/1906	12/09/1994	28/10/2006
19.	709	26/11/1906	04/11/1988	20/01/2006
20.	1033	02/07/1907	17/03/1997	27/02/2008
21.	1177	12/06/1908	02/06/2003	04/06/2010
22.	813	12/11/1908	29/07/1991	20/10/2012
23.	885	28/01/1908	25/05/1993	17/02/2008
24.	1215	21/05/1909	17/01/2005	14/01/2009
25.	972	15/11/1909	03/10/1995	17/04/2009
26.	1185	06/08/1910	11/11/2003	05/11/2012
27.	920	20/01/2011	29/04/1992	21/10/2010
28.	1024	29/04/1911	27/02/1997	13/12/2011
29.	1279	07/05/1911	14/12/2006	06/03/2012
30.	1309	17/09/1911	11/03/2008	22/07/2014

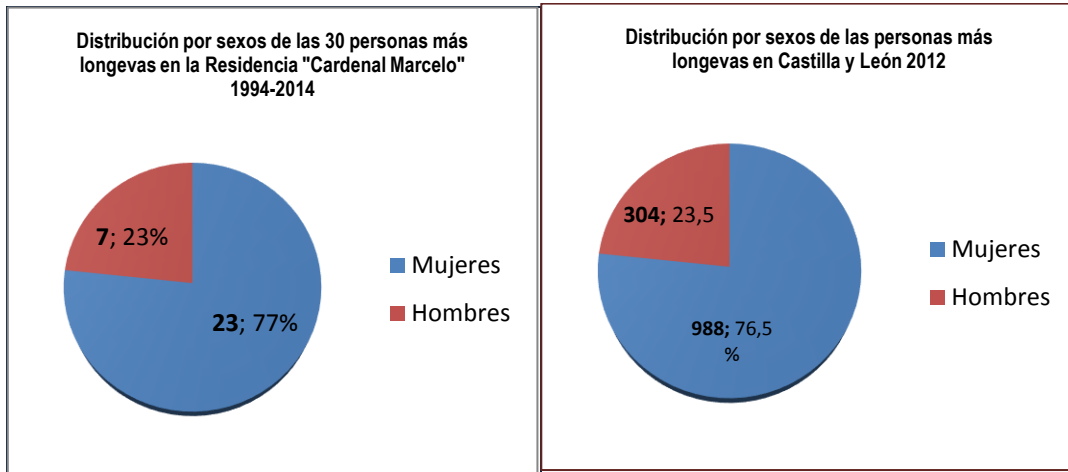
Fuente: elaboración propia

Una primera aproximación nos permite deducir que:

- La residente más longeva alcanzó, en el año 2001, los 106 años y cuatro meses de edad tras 18 años y cinco meses de estancia en el centro residencial. Y, además, el número anual de personas que, durante este tiempo, fueron cumpliendo años sucesivamente fueron 105 años dos personas, 104 años cuatro personas, 103 años cinco personas y 9 personas 102 años de edad.
- El promedio de tiempo vivido en “Cardenal Marcelo” por los residentes integrantes de la muestra ha sido de 13 años.

- La edad promedio de ingreso en la residencia es 88 años.
- Los porcentajes de hombres y mujeres longevos son similares a los de Castilla y León y, por tanto, representativos del contexto en el que hemos realizado el estudio (Gráfico 21).

Gráfico 21: Porcentaje de hombres y mujeres de la muestra y su comparación con Castilla y León



Fuente: Elaboración propia

Fuente: elaboración propia a partir del INE 2012^b

Deseamos llamar la atención sobre la pertinencia de la elección, dentro de la muestra anterior, de Rosina (expediente 832) y Victoriano (expediente 1309) para protagonizar la elaboración de las respectivas historias de vida del capítulo siguiente (Tabla 52):

Tabla 52: Residentes seleccionados entre los 30 más longevos de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) para análisis de "historias de vida"

Expediente	Sexo	Fecha de Nacimiento	Llegada a C Marcelo	Edad al ingresar	Fecha de Defunción	Edad al fallecer	Años en CM	
12	832	Mujer	03/06/1902	05/12/1991	89,5	25/12/2007	105,5	16
30	1309	Varón	17/09/1911	11/03/2008	96,5	22/07/2014	102,83	6,33

Fuente: Elaboración propia

6.1.3. Objetivos de la Investigación

Ya hemos comentado cómo en el año 2011 todos los esfuerzos se orientan hacia la realización de un estudio sobre las personas más longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo". Como educador social, prácticamente sólo había venido planteando actividades para las personas con los mejores niveles de autonomía funcional (un 40% del total de los residentes) por lo que, cuando alguna de ellas alcanzaba los cien años, se renovaba el interés por conocer las razones de esta longevidad satisfactoria. En veinte años representaban una treintena por lo que nos pareció que podían constituir una muestra suficiente.

Con carácter general, deseamos ahondar en el significado de la conquista de la longevidad tratando de desentrañar las claves de cómo envejecer de una manera exitosa, para ello trataremos de averiguar si existe algún patrón coincidente entre estas personas relativo a su biografía personal o hábitos de vida a través de la identificación de aquellos indicadores que han podido contribuir a hacer posible el que alcanzaran esta edad y, además, de un modo satisfactorio.

De un modo más específico, nos hemos propuesto:

1. Salvar las indudables limitaciones de la edad cronológica, biológica, funcional, psicológica o social a la hora de determinar las características de una vida necesitada de ser vivida con calidad y dignidad mediante la introducción del concepto de “edad exitosa”.
2. Dado que diferencias más claras entre los ritmos de envejecimiento se han observado al comparar poblaciones humanas que viven en condiciones ecológicas muy diferentes (Bourlière, 1970), indagar precisamente el efecto sobre la longevidad de la presencia o no de enfermedades y de factores ecológicos al analizar las historias de vida (antecedentes de salud, entorno y hábitos) de las 30 personas más longevas con las que he convivido entre 1994 y 2014 y compararlas con las de otros centenarios de distintos emplazamientos geográficos.
3. Profundizar en la realidad de personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo exitoso dado que representan el paradigma pedagógico (Villar y Triadó, 2006) que ha inspirado la presente tesis doctoral.
4. Definir los aspectos esenciales de una conquista que, con frecuencia, suelen aparecer eclipsadas por otras cuestiones más superficiales, a partir de la biografía en profundidad de dos personas longevas, que hayan disfrutado de una autonomía funcional plena, libre de discapacidad y, lo que es más importante, de una manera saludable, activa y satisfactoria (Fernández-Hawrylak, 2010).
5. Mostrar los beneficios de la puesta en práctica de programas educativos estructurados (similares a los actuales de programas para mayores dentro de las universidades pero que deberían ampliarse al resto de colectivos que integran la sociedad) y hacer posible la integración de actividades normalizadas dentro de la educación a lo largo de toda la vida, tradicionalmente conceptualizada como educación permanente, también en instituciones. De esta manera, una Pedagogía de la Longevidad implicaría, de entrada, no sólo la existencia de una política integral hacia este colectivo de personas, sino también una actitud social positiva hacia el mismo así como una auto-percepción activa, autónoma, responsable e independiente que deberá formar parte de su proyecto de vida.

La dificultad radicaría, llegados a este punto, en elegir los instrumentos más adecuados para unas personas concretas en unos contextos determinados. Por eso nos hemos propuesto es tratar de mostrar los beneficios de la puesta en práctica de programas educativos estructurados (similares a los actuales de programas para mayores dentro de las universidades, pero que deberían ampliarse al resto de colectivos que integran la sociedad) y hacer posible la integración de actividades normalizadas dentro de la educación a lo largo de toda la vida, tradicionalmente conceptualizada como educación permanente, también en instituciones. De esta manera, una Pedagogía de la Longevidad implicaría, de entrada, no sólo la existencia de una política integral hacia este colectivo de personas, sino también una actitud social positiva hacia el mismo así como una auto-percepción activa, autónoma, responsable e independiente.

El deseo de conocer si los resultados obtenidos en este ámbito concreto podrían “transferirse” a otros contextos”, nos llevaría a comparar los indicadores de las particulares condiciones de vida de zonas geográficas concretas revisadas en el marco teórico con las de una muestra significativa de las personas mayores más longevas residentes en “Cardenal Marcelo” de Valladolid. Dado que diferencias más claras entre los ritmos de envejecimiento se han observado al comparar poblaciones humanas que viven en condiciones ecológicas muy diferentes (Bourlière, 1970), trataremos de indagar precisamente el efecto sobre la longevidad de la presencia o no de enfermedades y de factores ecológicos al analizar la historia vital

(antecedentes de salud, entorno y hábitos) de 30 personas centenarias con las que he convivido a lo largo de los últimos 20 años y compararla con las de otros centenarios de distintos emplazamientos geográficos por lo que trataremos de demostrar, como posibles causas de un envejecimiento diferencial diferencias genéticas entre las poblaciones o sectores de población, características del entorno o hábitos de la persona

6.1.4. Fases de la investigación

La metodología cualitativa no plantea procesos lineales. Al contrario, el desarrollo de las investigaciones cualitativas están marcadas por un proceso continuo de decisiones y elecciones del investigador (Pittman y Maxwell, 1992). Así y todo, en los manuales de investigación cualitativa se presentan diversas formas orientativas para conceptualizar las fases de una investigación cualitativa (Pittman y Maxwell, 1992; Sandoval, 1996; Latorre, Del Rincón y Amal, 2003; Tójal, 2006). Rodríguez Gómez (1993, p. 63) presenta un proceso en cuatro fases: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa. Intentaré ceñirme a este esquema para delimitar la cronología de esta investigación y tratar de reflejarla gráficamente en la tabla 53:

Tabla 53: Acciones más destacables durante las fases preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa de la presente tesis doctoral.

FASE		TEMPORALIZACIÓN	ACCIONES
PREPARATORIA	REFLEXIVA	1994-2008	Recopilación de materiales y documentación para su análisis. Solicitud de autorizaciones y "consentimiento informado" de los participantes en la investigación. Acopio de instrumentos para determinar la edad funcional.
		2009	Publicación del "P.E.S.A.S.M.I." (Casas et al., 2009). Diseño de una "Escala de ocupación para valorar actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA)
		2010	Acopio de instrumentos para determinar las edades biológica, psicológica y social. Diseño de un instrumento para "estimación de la edad biológica" Interés por identificar variables para determinar los "beneficios sobre la salud en personas mayores de la participación en actividades de ocio"
		2011	Publicación del estudio "Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway"
	DISEÑO	2012: enero-junio	Ampliación de la revisión documental. Selección de la muestra de 30 personas más longevas (1994-2014) para estudio sobre longevidad.
		2012: junio-diciembre	Primera redacción de las "bases conceptuales": procesos de envejecimiento, esperanza de vida y edades de la persona. Definición de modelo de entrevista. Definición de categorías de análisis.
TRABAJO DE CAMPO	RECOGIDA DE DATOS	Ene-julio de 2013	Proyecto "Creciendo" para FEAPS: Diseño de un instrumento para facilitar Proyectos de Vida en personas mayores con discapacidad intelectual.
		2014: enero	Selección de 2 personas centenarias para análisis de sus "historias de vida".
		2014: enero-marzo	Entrevistas a familiares para completar "historias de vida". Análisis por categorías de los datos obtenidos de la muestra de 30 personas más longevas (1994-2014) para estudio sobre longevidad.
		2014: marzo-junio	Estudio sobre preferencias y expectativas vitales de un grupo de 105 residentes en "Cardenal Marcelo" Diseño de un modelo de estructura de los "Proyectos de Vida".

ANALÍTICA	2014: octubre	Definición de los conceptos de “edad exitosa” y “longevidad satisfactoria”
	2014: noviembre- diciembre	Estudio de categorías geográficas.
	2015: enero- febrero	Organización y análisis de datos. Elaboración de historias de vida de las personas longevas.
	2015: marzo-abril	“Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad”
INFORMATIVA	2015: mayo	Difusión del “Estudio sobre gustos, aficiones, expectativas vitales, percepción del clima residencial y propuestas de mejora” (7.2.2)
	2015: junio	Conclusión de las “historias de vida” de Rosina Rodríguez y Victoriano Mucientes
	2015: julio- septiembre	Difusión del proyecto “escuela de longevos”
	2016	Redacción definitiva. Presentación

Fuente: elaboración propia

Tal vez el dato más significativo sea que el “acceso al campo” es permanente y recorre transversalmente las demás fases, fundamentalmente la preparatoria y la analítica. Aquí estriba una de las razones por las que ha sido tan dificultoso definir la investigación y dar por cerrado su diseño: porque el contacto permanente con el campo (que no podía ser de otra manera dado que trabajo allí) sugerían una y otra vez nuevas líneas de investigación.

6.2.- LA APUESTA POR LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

Los métodos son procedimientos a seguir y son construidos para alcanzar un determinado conocimiento, abarcan distintas técnicas e instrumentos, mientras que la metodología puede estar en consonancia con el paradigma cuantitativo o con el cualitativo, de acuerdo con la perspectiva del investigador. Al plantearnos si asumir una metodología cualitativa o una cuantitativa nos estamos refiriendo a una cuestión crucial. En la tradición científica han prevalecido dos modelos fundamentales (Arribas, 2008):

1. Por un lado, la tradición galileana, orientada a la búsquedas de la explicación científica de un hecho formulada en términos de leyes que relacionan fenómenos determinados numéricamente, estas explicaciones se derivan de hipótesis causales que enriquecen su valor con análisis experimentales;
2. y, por otro, la tradición aristotélica, centrada en el esfuerzo por comprender los hechos de un modo teleológico o finalista, es decir la búsqueda del porqué y el para qué de los hechos.

De ello que cuando el investigador se dispone a analizar la realidad (y en educación siempre se trata de una realidad que se quiere transformar) el acercamiento se pueda hacer de dos formas distintas:

- desde una óptica más global y comprensiva: priorizando lo cualitativo,
- desde una óptica más particular y explicativa: dando protagonismo a lo cuantitativo.

Cuando se asume la óptica cualitativa, se tiene que tener claro que lo comprensivo y global no es tan predecible o tan enmarcable, sino que el proceso de comprensión implica la elaboración de conceptos rigurosamente razonados, para establecer conexiones válidas con otros conceptos elaborados anticipadamente. Cuando se asume una metodología cuantitativa lo que se busca es descubrir, verificar o identificar relaciones causales entre conceptos ligados a otro concepto previo; es más particular y explicativa, más trabajada a partir de niveles de observación, planteamiento de interrogantes e hipótesis, deducciones lógicas y conclusiones válidas.

En nuestra investigación hemos partido del análisis de datos cuantitativos (los que han venido derivados del análisis de distintos patrones de estudios de la longevidad tanto desde la literatura científica como desde la propia experiencia personal) para acabar reivindicando la necesidad de prestar más atención a las vivencias personales de las personas longevas de modo que prevalezca la perspectiva de una pedagogía concebida como un relato de acción, en donde el actor (la persona mayor) juegue un papel de primer orden. La tarea investigadora, en este sentido, ha consistido en el acopio de información (narraciones, testimonios, experiencias, investigaciones...) sobre hechos y acciones vitales de varias personas para, a partir de su análisis y comprensión conjunta, tratar de interpretar y construir nuevas historias/relatos (De Miguel, 1996), en las que inscribir el posible cambio o mejora en relación con la conquista de una longevidad exitosa.

Para determinar el ritmo de envejecimiento y sus causas es preciso elegir, como hemos visto, entre una gran cantidad de instrumentos (test, cuestionarios, pruebas funcionales...) que permitan precisar las edades (biológica, funcional, psicológica...) de cada individuo y aplicar estas pruebas a muestras representativas de las poblaciones que van a estudiarse. Aunque parezca sencillo en teoría, ello plantea muchas dificultades en la práctica:

1. comprender la manera de envejecer de una manera exitosa: si es inherente a determinadas personas o a algún contexto.
2. averiguar si existe algún patrón coincidente entre estas personas relativo a su biografía personal o hábitos de vida a través de la identificación de aquellos indicadores que han podido contribuir a hacer posible el que alcanzaran esta edad y, además, de un modo satisfactorio.
3. Y, sobre todo, cómo medir esto, con qué instrumentos... y si los resultados podrían generalizarse a otros contextos.

Piénsese en muestras de personas con niveles de instrucción diferentes en los que algunos aleguen dificultad para comprender las preguntas que se les plantean o imagínense que las respuestas obtenidas son como una fotografía o radiografía fija en un momento dado pero susceptibles de cambio o variaciones si el instrumento se aplica en otro momento o circunstancia distinta. Nuestra muestra, por ejemplo, posee unas características determinadas que hemos comparado con los datos extraídos de poblaciones muy alejadas en el espacio e, incluso, en el tiempo. La primera posibilidad que se plantea cuando se trata de determinar el envejecimiento de una población es la de aplicar una serie de pruebas apropiadas a un conjunto de individuos de diversas edades pertenecientes a la población de que se trate (se trata de un colectivo de altamente diverso, bien por sus experiencias previas bien por su estado funcional en un momento dado, aun coincidiendo en una misma edad cronológica). Este es el llamado método transversal y que consiste en comparar en un momento determinado los rendimientos físicos, intelectuales y/o competenciales de individuos pertenecientes a cohortes de edades diferentes. Si bien este método resulta apropiado para el estudio en laboratorio de especies animales con una vida máxima muy corta y que, por sus características endogámicas, es posible criarlas en

condiciones de medio y alimentación invariables (ratones, moscas...), no sucede lo mismo en la especie humana.

La Gerontología estima, en consecuencia, que el único método realmente útil para abordar los procesos de envejecimiento individual es el método longitudinal, es decir el examen de una misma serie de individuos a los que se estudia durante todo el transcurso de su existencia a intervalos regulares; de esta manera, es posible estudiar con precisión la evolución de los diferentes individuos que componen la muestra independientemente del momento de su nacimiento o fallecimiento al eliminar toda posible diferencia entre generaciones.

El método longitudinal ha sido empleado con éxito en el estudio de los procesos de crecimiento y han permitido descubrir datos que, de cualquier otro modo, hubieran pasado inadvertidos; por contra, los inconvenientes en gerontología también son evidentes al arriesgarse a que la investigación sobreviva a muchos de los individuos de la muestra o a que la movilidad geográfica de muchos de los participantes en el estudio dificulten su adecuado seguimiento.

Cada vez son más los estudios que abordan la evolución del envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital (Lipsit, 1981; Villar Posada, 2005). En nuestro país quizás los más relevantes hayan sido el del Proyecto ELES, promovido por el CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) y por el Instituto Gerontológico Matia (Teófilo et al, 2011), y el Estudio Toledo. Nosotros, en un intento por ser prácticos, hemos combinado métodos transversales y longitudinales: hemos comenzado utilizando técnicas transversales en un intento por retratar la realidad que queríamos investigar para, a continuación, tratar de completar esos resultados con datos obtenidos fundamentalmente de las “historias de vida” de donde deducir aprendizajes partiendo de unas preguntas habituales: “¿cuál crees que es la causa por la que has vivido tantos años?” y “¿qué recomendaciones les harías a los demás”. Estos datos provienen tanto de entrevistas estructuradas como de conversaciones informales por lo que no es de extrañar que las historias resultantes recuerden la manera de narrar utilizada por Ramón Flecha (1997) en sus clases de alfabetización y neolectores para personas adultas. En este sentido, desde la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid hemos querido tener en cuenta los siete principios del aprendizaje dialógico puestos en práctica en el Centro de Educación de Adultos de La Verneda de San Martí: diálogo igualitario, inteligencia cultural, transformación, dimensión instrumental, creación de sentido, solidaridad e igualdad de diferencias (Flecha, 1997).

6.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Bolívar, Domingo y Fernández (2001) reclaman que la investigación biográfico-narrativa se constituya en un paradigma cualitativo convencional toda vez que el positivismo tradicional ha entrado en crisis y la dimensión discursiva de la individualidad, esto es de los modos como los humanos vivencian y dan significado a su mundo mediante el lenguaje, reclama un lugar fundamental. Para Rivas y Herrera (2009) *“este modelo de investigación lucha por convertirse en un enfoque específico, con su propia credibilidad y legitimidad para construir conocimiento, desde un punto de vista que pretende ser más natural, accesible y democrático, estableciendo otro modelo de relación entre sujetos e investigador”* (p. 20).

Estos autores coinciden en utilizar el término “investigación biográfico-narrativa” como una categoría amplia que incluye un extenso conjunto de modos de obtener y analizar relatos como un medio para inventariar el propio yo otorgándole una identidad narrativa: historias de vida, historia oral, escritos y narraciones autobiográficas, entrevistas narrativas o dialógicas, documentos personales o de vida, relatos biográficos, testimonios, estudios de caso... es decir, cualquier forma de reflexión oral o escrita que utilice la experiencia personal en su dimensión temporal.

El modo de recoger información biográfica o autobiográfica puede ser de naturaleza muy variada: el cuestionario biográfico, la demanda formal de que se escriba una autobiografía o autoinforme, la recogida de una autobiografía por conversación, la entrevista autobiográfica estructurada...

Cabe destacar que de entre los diversos instrumentos a utilizar en la investigación biográfica la base fundamental de esta metodología es la entrevista en sus diversos formatos y posibles variantes. Sin embargo, a diferencia de las entrevistas estructuradas en las que se formulan a todas las personas las mismas preguntas, en las historias de vida se utilizan técnicas muy parecidas a las utilizadas en las entrevistas en profundidad, es decir, se tratan de entrevistas no directivas, flexibles, dinámicas y abiertas que precisan de sucesivos encuentros reiterados, cara a cara entre el investigador y la persona informante, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, de sus experiencias o situaciones, tal como las perciben y expresan con sus propias palabras.

Es necesario conseguir una conversación entre iguales, en contraposición a un intercambio formal de preguntas y respuestas. Aunque al principio se avance con lentitud, lo fundamental es establecer una relación de empatía con el informante, procurando que se sienta cómodo y consiguiendo la máxima comprensión de aquellas cuestiones que son importantes para él (Flecha, 1999). Quien realiza la “historia de vida” debe aprender las experiencias destacadas de la vida de las personas y las definiciones que esas personas aplican a tales experiencias. Hasta construirla, como producto final, el investigador debe introducirse activamente en el relato de las experiencias y los modos de ver de la persona (Taylor y Bogdan, 1987, p. 120; Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 168).

Los datos recopilados con las técnicas e instrumentos descritos alcanzan su plena significación al adoptar la forma de una “historia de vida” que, a su vez y como se ha dicho, son la base para elaborar una “historia de vida” y para diseñar “proyectos de vida”.

Las “historias de vida” comparten, según Antonio Bolívar (2001, p. 562), determinadas características con la investigación narrativa:

1. **Hermenéutica:** se interesa por los significados, que son interpretados a partir de la observación y la voz de los agentes/actores. Se intentan conocer los hechos a través de la experiencia humana, tal y como ha sido vivenciada.
2. **Naturalista:** captar las realidades y acciones en la forma en que se presentan o suceden. La investigación biográfica se dirige a situaciones particulares, individuos o eventos en su singularidad. Se busca comprender los valores, creencias y significados de las personas que están inmersas en la situación analizada.
3. **La selección de personas o grupos es deliberada, no aleatoria o probabilística, de tamaño reducido.** No se pretende la generalización, cuanto la comprensión, por lo que importa que los sujetos seleccionados puedan incrementarla.

4. Dimensión temporal: la narrativa se relaciona específicamente con la comprensión humana del tiempo. Y el tiempo es siempre un concepto relativo que hay que consensuar y acotar.
5. El diseño es flexible y emergente, adaptado a las condiciones, normalmente cambiantes, en las que suele darse el proceso investigador. Así, según avanza la investigación, las historias pueden adquirir el formato de “bola de nieve” o de “sucesos encadenados”.
6. El proceso de investigación suele emplear una gran inversión en los escenarios naturales, con un contacto directo con los participantes. Una parte importante de la información proviene de la observación directa de lo que pasa (eventos o hechos), importándonos principalmente cómo son vividos por las personas o agentes.

En las “historias de vida” es importante recoger todos los datos que contribuyan a perfilar una descripción holística del acontecimiento, situación, persona o grupo. Pero, tanto si la información proviene de un solo informante como si todo el grupo es tomado como sujeto de estudio, el sujeto y su relato individual adquieren un sentido contextualizado cuyo producto o informe final de investigación es un relato narrativo que, como tal, presenta determinados hechos con su propia trama narrativa: planteamiento, nudo y conclusión final. Dentro de este nudo o desarrollo, cabe la formulación de lo que se espera en un futuro mediano e inmediato y que se expresa en forma de un “proyecto de vida” que asegure un adecuado plan de atención y cuidados como garantía de bienestar y de calidad de vida de la persona.

Los equipos técnicos de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León tienen, entre otros, el cometido de valorar la información disponible de la persona mayor al ingreso y, tras la evaluación definitiva, establecer las líneas generales que han de orientar la elaboración del plan de apoyos individualizado sobre la base de un proyecto de vida (Junta de Castilla y León, 2016, p. 5972) cuya puesta en práctica corresponderá al equipo de atención directa y, concretamente, al profesional de referencia con la participación de la propia persona mayor siempre que sea posible y, en los casos que no lo fuese, de su tutor o grupo de apoyo, en el que la familia, si la hubiere, tendrá también un papel fundamental (Junta de Castilla y León, 2016, p. 5971).

Autodeterminación, intervención basada en apoyos, proyecto de vida o calidad de vida son conceptos que se venían usando desde hace tiempo al referirse a buenas prácticas profesionales en materia de servicios sociales. Se trataba de conceptos que deben prevalecer sobre aquellos ligados a los cuidados asistenciales, la limpieza, la seguridad, la salud, los cuales, siendo también necesarios, pasan de ser un objetivo indiscutible a ser elementos sometidos a la autodeterminación, las relaciones personales, los afectos, la inclusión social y las expectativas y deseos de las personas. Esta nueva sensibilidad surge de una corriente social que demanda la protección de los derechos de las personas mayores para que puedan ser ejercidos en igualdad de oportunidades que el resto de los ciudadanos, con el fin de garantizar un envejecimiento en el que quede asegurada sustancialmente su dignidad.

En nuestra investigación hemos defendido un modelo de “proyecto de vida” basado en la reivindicación del valor de cada momento presente anteponiéndolo al valor del futuro y del pasado, por este orden. Pero dado que el presente es efímero, precisa ser vivido con la intensidad de quien, sabiéndose hijo de un pasado concreto, procura convertirse en responsable de su propio porvenir; y ello de una manera serena como antesala de la felicidad a la que aspira como proyecto vital.

Así concebido, el diseño de proyectos de vida realistas pero basados en las potencialidades más que en las limitaciones son la antesala de lo que hemos denominado “edad exitosa”. La edad exitosa se ha presentado como ese momento vital (que, tras su conquista, debe procurarse ser mantenido en el tiempo) en el que mejor se es consciente de las propias capacidades y éstas son desarrolladas de una manera satisfactoria y ello debe corresponderse con la edad en que cada persona es capaz de desarrollar el máximo de su potencial individual de modo que genere satisfacción física, psicológica y social acorde con sus posibilidades y con los estándares de su grupo de edad cronológica, biológica, social, psicológica o funcional.

El método biográfico utiliza unos materiales de análisis que Pujadas (1992, p. 14) clasifica en dos grandes grupos:

- 1.- Documentos personales: autobiografías, diarios personales, correspondencia, fotografías, películas, vídeos o cualquier otro registro iconográfico, objetos personales...
- 2.- Registros biográficos: historias de vida (de relato único, de relatos cruzados o de relatos paralelos), relatos de vida y biogramas.

Para este autor los “documentos personales” son registros no motivados o incentivados por el investigador. Sin embargo, en nuestra investigación no ha sido así y hemos tratado de inventariar pacientemente, a lo largo de los últimos veinte años, fotografías y grabaciones precisamente generadas como parte de aquella observación participante.

En cuanto a los registros biográficos, Pujadas (1992) diferencia entre “relatos de vida” e “historias de vida”: los primeros serían narraciones tal y como la persona que la ha vivido la cuenta; mientras las segundas aludirían a estudios de casos de una persona dada que integran tanto el relato de vida como cualquier otra información o documentación adicional que permita la reconstrucción de la forma más exhaustiva y objetiva posible. Hemos utilizado “historias de vida” que hemos complementado con “biogramas”, esto es, registros biográficos de carácter más resumido que gráficamente intentan mostrar la recopilación comparada de varias categorías de análisis a partir de una misma biografía persona.

Para Krause (1995) en investigación cualitativa las técnicas más utilizadas de recolección de estos materiales de análisis, además de la revisión bibliográfica, son la observación y las entrevistas. Ya hemos indicado que frente a las diversos métodos de observación posibles (Peña, 2011) nos hemos decantado por una observación participante que nos ha permitido ir elaborando informes puntuales sobre el grado de aprovechamiento de actividades y sobre beneficios percibidos y que, entre otros logros, motivaron la realización en el año 2003 del trabajo de investigación tutelado que demostrara mi suficiencia investigadora en la Universidad de Valladolid (González González, 2003).

Tal vez por el modesto origen sociocultural y el bajo nivel educativo, en general, de las personas objeto de estudio, tal vez por la necesidad de economizar elementos materiales una vez que tiene lugar la institucionalización, en general apenas se ha podido hacer acopio de documentos sobre su vida o su correspondencia por lo que, más allá de la información estándar elaborada por los distintos técnicos del centro y compartida desde el año 2008 a través del programa informático ResiPlus®, lo nutrido de la información disponible ha tenido que provenir de recogidas de datos realizados en distintos momentos de su estancia en la residencia mediante entrevistas realizadas al propio usuario o a informantes acreditados (familiares o amigos). Las técnicas de recogida de datos que hemos utilizado han sido fundamentalmente escalas estandarizadas, cuestionarios, entrevistas y documentos personales. Veámoslas con detenimiento.

6.3.1.- Escalas estandarizadas

Se han utilizado los datos provenientes de la aplicación de escalas estandarizadas utilizadas para la valoración funcional, en varios momentos de la estancia del residente y por diferentes profesionales tal como describimos con anterioridad pero que recordamos nuevamente ahora:

- Índice de Katz para valoración del grado de autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Katz et al, 1963)
- Índice de Barthel para valoración de la autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Duch et al, 1999)
- Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria instrumentales o AVDI (Lawton y Brody, 1969)
- Escala de Yesavage para detección de trastornos de estados de ánimo (Yesavage et al, 1983)
- Mini-Examen cognoscitivo de Lobo (Lobo y Ezquerro, 1997)
- Cuestionario de Pfeiffer (1975)
- Escala Fumat (2009)

Hasta la incorporación a partir de 2009 de la Escala Fumat, instrumento específicamente diseñado para analizar la calidad de vida en personas mayores (Verdugo, Gomez y Arias, 2009), los instrumentos de valoración de los que disponíamos eran un tanto imprecisos por la dificultad para definir ese espacio vital de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término, de los valores de las personas que hace que la calidad de vida objetiva pueda llegar a convertirse en bienestar subjetivo (Moreno y Ximénez, 1996). Pero disponemos ahora de una herramienta altamente fiable estructurada en torno al análisis de ocho dimensiones cuya formulación vendría dada por los siguientes indicadores:

1. Bienestar Físico Salud: actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio, memoria...
2. Bienestar Emocional Satisfacción: autoconcepto, ausencia de estrés, satisfacciones personales, comportamiento y nerviosismo...
3. Relaciones Interpersonales: interacciones, relaciones, apoyos, actividades sociales, relaciones familiares...
4. Inclusión Social: integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales, amistades...
5. Desarrollo Personal: educación, competencia personal, desempeño, flexibilidad mental...
6. Bienestar Material: Estatus económico, empleo, vivienda, barreras arquitectónicas, pensión...
7. Autodeterminación Autonomía: metas/valores personales, elecciones o decisiones, ocio, organización...
8. Derechos: Derechos humanos, derechos legales, defensa, información situaciones reales...

El resultado es que estas ocho dimensiones tratan de radiografiar la situación de cada persona en un contexto global, esto es concibiéndola como un todo y a partir de las cuales se pueda diagnosticar en qué ámbitos ésta se encontraría en un nivel óptimo o, por el contrario, precisaría de diseños de intervención específicos. En total se trata de responder a 57 ítems, para lo cual no sería estrictamente necesario que esté presente la persona evaluada en cuestión, sino que bastaría una persona con conocimientos evidentes de su situación.

6.3.2.- Cuestionarios

De igual manera que las escalas estandarizadas han sido recurrentemente utilizadas durante los distintos momentos de la presente tesis doctoral, otros instrumentos ha habido que diseñarlos expresamente para alcanzar los fines de esta investigación. Son varios los instrumentos susceptibles de ser analizados. Figurarán cumplimentados en los Anexos 1 y 2, pero podemos enumerarlos ya ahora:

1. Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad” (Instrumento 9).
2. Cuestionario para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales” (Instrumento 10).
3. Cuestionario para la estimación de la edad biológica (Instrumento 11).
4. Instrumento para determinar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria avanzadas (Instrumento 12)
5. “Cuestionario sobre Longevidad” (Instrumento 13).

Dado que volveremos a referirnos a ellos más adelante, nos centraremos ahora en el último de ellos y que hemos denominado “Cuestionario sobre Longevidad” por ser el que mejor resume, de alguna manera, las aportaciones de los cuestionarios anteriores y también por haber permitido el análisis por categorías del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” y cuyos datos figuran íntegramente como Anexo 3 obtenidos a partir de la tabla 54.

El procedimiento de recogida de datos es el siguiente. Con carácter previo a la celebración del “100 cumpleaños” del residente se intenta cumplimentar este cuestionario en un intento por profundizar, de una manera contrastada, en aquellos hitos más importantes de la vida de la persona homenajeada en cuestión y que hayan podido influir sobre la conquista de su longevidad. Aquellos datos que no hayan podido ser obtenidos directamente del centenario se remiten a una entrevista en la que participen otros posibles informantes como familiares o amigos congregados en torno a la celebración del cien cumpleaños. Estos datos son:

1. Datos identificativos:
 - Expediente
 - Nombre y apellidos
2. Datos biográficos
 - Fecha de nacimiento
 - Fecha de ingreso en “Cardenal Marcelo”
3. Variables geográficas
 - Lugar de nacimiento
 - Lugares en donde vivió
 - Lugar de procedencia antes de ingresar en “Cardenal Marcelo”
4. Variables genéticas
 - Edades de defunción de los padres
 - Causa de defunción de los padres
 - Número de hermanos nacidos
 - Número de hermanos vivos en el momento actual (a los 100 años)
 - Edad media de defunción
 - Causas de defunción
 - Sexo

5. Hábitos de vida
 - Descanso
 - Dieta
 - Ejercicio
 - Consumo de alcohol
 - Consumo de tabaco
6. Índice de masa corporal
7. Deterioro cognitivo: Mini-examen cognoscitivo de Lobo
8. Nivel de autonomía funcional:
 - Actividades básicas: Índice de Katz y Escala de Barthel
 - Actividades instrumentales: Escala de Lawton y Brody
 - Actividades avanzadas
9. Estado civil
 - Estado civil en el momento actual (a los 100 años)
 - Fecha de fallecimiento del conyugue
 - Edad del conyugue a su fallecimiento
 - N° de hijos vivos en el momento actual (a los 100 años)
10. Farmacología
 - Número
 - Tipo
11. Estudios
 - Nivel de estudios
12. Ocupación
 - Modalidad laboral
 - Ámbito laboral
 - Ocio
13. Participación
 - Cultural
 - Social
14. Personalidad
 - Existencia o no de trastorno de estado de ánimo
 - Test de Yesavage

En la mayor parte de los casos, toda esta información ha podido ser recogida a lo largo de la estancia del residente centenario en el centro, pero se trataría ahora de contrastarla y completarla con ayuda de la familia al mismo tiempo que se le informa de que estos datos podrían ser utilizados como parte de alguna investigación. Con todos estos datos se facilita en gran medida la plasmación por escrito de lo que habrá de constituir un proyecto de vida.

6.3.3.- Entrevistas

6.3.3.1.- A los residentes

En los días inmediatos al ingreso (tras haber sido entrevistado por los servicios médicos, sociales y administrativos) se les cita para ser fotografiados; esta fotografía se colocará a la puerta de la habitación, se incorporará al registro informático común a todo el centro (ResiPlus®) y esta cita nos permite, además, iniciar una entrevista a través de la cual recabar los datos necesarios para elaborar “su historia de vida” cuyo guion sigue básicamente los siguientes ítems:

1. Datos biográficos:
 - Nombre.
 - Fecha de nacimiento.
 - Estudios (años).
 - Trabajos desempeñados a lo largo de su vida.
 - Familia (hermanos, pareja, hijos, nietos...).
 - Cómo y con quién ha vivido a lo largo de su vida.
 - Amigos (antes y ahora).
2. Datos relativos a costumbres, gustos, personalidad... y observaciones sobre el carácter y forma de ser (abierto, tímido, conversador, le gusta estar acompañado o prefiere la soledad...)
 - Horario que hacía antes de venir a "Cardenal Marcelo".
 - Horario que hace ahora.
 - Comidas favoritas.
 - Comidas que no le gustan.
 - Opinión sobre la comida del centro.
 - ¿Fuma o ha fumado?.
 - ¿Bebe o ha bebido?.
 - ¿Qué es capaz de hacer relativo a...? (*ducha, afeitado, maquillaje, lavado de pelo, peinado, cuidado de uñas, tintes, colonias, ir a la peluquería...*)
 - Tipo de ropa que le gusta ponerse. Tipo de calzado.
 - ¿Qué le gustaría celebrar, dónde y con quién?
 - ¿Utiliza de manera autónoma el teléfono?
3. Datos sobre aficiones:
 - Ver/practicar deporte.
 - Ver televisión (qué programas).
 - Escuchar la radio (qué programas/diales).
 - Leer (*periódico, revistas, libros, poesía, novela, historia...*).
 - Le gusta estar informado.
 - Pasear.
 - Música (qué tipo).
 - Pintura. Manualidades. Juegos de mesa. Jardinería. Cine. Tertulias. Tareas del campo. Tareas de casa. Viajar. Ir de compras. Bailar.
 - Otras... Actividades que conoce de entre las que se ofertan en la residencia.
¿En cuáles participa?.
4. Vivencias relevantes
 - Momentos más importantes de su vida
 - Los mejores recuerdos (que volvería a vivir si pudiera)
5. Expectativas
 - ¿Cosas que le gustaría hacer?
 - ¿Cómo se podría mejorar su vida en la residencia? (cambios en la habitación ¿cuáles?...)
6. Ambiente residencial
 - ¿El ambiente es cordial entre los residentes?
 - Aquello que considere que el Centro realiza especialmente bien
 - Aquello que cree que el Centro necesita mejorar
7. Atención espiritual
 - Religión que practica
 - Deseos especiales ante enfermedad / muerte
 - Postura ante la donación de órganos

La aplicación de esta entrevista a 105 residentes durante los meses de marzo a junio de 2015 propició además un estudio sobre gustos, aficiones, expectativas vitales, percepción del clima residencial y propuestas de mejora cuyo informe da forma a uno de los resultados preliminares del capítulo 7.

6.3.3.2.- A los familiares de los residentes

Cuando se aproxima la fecha en que el/la residente van a cumplir 100 años, una nueva entrevista sirve para actualizar datos y activar el agrupamiento de todo el material archivado en una carpeta con informes, fotografías, materiales escaneados con los que preparar el homenaje al que se invitará a familiares y a amigos y se comunicará a Dirección y al Servicio de Prensa de la Diputación de Valladolid.

1. Elaboración de una pequeña biografía con datos significativos de su vida (que, junto con la fotografía, acompaña a la comunicación a Dirección y al Servicio de Prensa de la Diputación de Valladolid)
2. Complimentación de una hoja de registro
3. Nueva fotografía para distribuir y publicitar
4. Se consensua con la familia el tipo de acto de celebración que se desea para celebrar los 100 años aunque, habitualmente, tiene el siguiente esquema:
 - 8,00 horas: sesión de peluquería y maquillaje
 - 9,30 horas: desayuno
 - 10,30 horas: celebración religiosa de “acción de gracias”, durante el transcurso de la cual se homenajea a la nueva persona centenaria obsequiándola con un regalo conmemorativo.
 - 11,30 horas: proyección de un audiovisual con momentos relevantes (si previamente se ha preparado con la familia) o a partir de un “biograma” que permita repasar los hechos históricos más relevantes que le ha tocado vivir a esa persona.
 - 12,00 horas: sesión fotográfica.
 - 13,30 horas: comida especial (normalmente consistente en un postre especial)
 - 17,00 horas: Actuación musical o baile en honor a la nueva persona centenaria.

6.3.4.- Documentos personales

6.3.4.1.- Ficha de seguimiento persona para análisis de la ocupación

A lo largo de la estancia del residente en el centro, estos datos suelen ir completándose, o siendo modificadas, con nuevas incorporaciones de información provenientes de las visitas (familiares y/o amigos), de las reuniones técnicas programadas y de registros de participación en actividades como los denominados “análisis de ocupación”, ficha de seguimiento individual que permite conocer los hábitos relativos a gustos o aficiones con los que estructurar tanto el día a día (ocio de las mañanas y de las tardes) como las actividades especiales, tanto del calendario anual como las excursiones (Imagen 18).

Imagen 18: Ficha de seguimiento individual para análisis de la ocupación en el que se solicita, explícitamente, el “consentimiento informado”

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE		
OCIO MAÑANAS:	ACTIV. ESPECIALES:	EXCURSIONES
1.- CELEBRACIÓN RELIGIOSA (I-d)	19. Laborterapia	K.-
2.- JUEGOS (Supervisoras y Aux) (I-v)	20.- Consejo Residentes	L.-
3.- PASEOS (Sup/Auxiliares) (I-v)	21.- Fiestas Fin de Mes	M.-
4.- Coro (sábado)	22.- Elecciones	N.-
5.- Manualidades (lunes a viernes)	23.-	Ñ.-
6.- Estimulación (lunes y miércoles)	24.-	O.-
7.- Ventana Abierta (martes)	25.-	P.-
8.- Aula de Cultura (miércoles)		
9.- Escuela de Salud (jueves)		
10.- Bingo (viernes)	ACTIVIDADES ANUALES:	VARIOS:
	A.- Navidad (dic-enero)	Q.- Consulta médica
	B.- Águedas (feb)	R.- Enfermería (tensión)
	C.- Carnaval (feb-marzo)	S.- Podólogo
OCIO TARDES:	D.- Semana Santa (mar-abril)	T.- Peluquería
13.- Escuela Experiencia (lunes)	E.- Primavera (Iscar...)	U.- Gestión Bancaria
14.- Cine Fórum (miércoles)	F.- San Juan (junio)	V.- Cafetería
TERAPIA:	G.- Lourdes (julio)	W.-
15.- MEMORIA (Educatora) (I-v)	H.- Campamento SAFA (julio)	X.-
16.- ACTIV. CON APOYO (Ed/Aux)	I.- Ferias Valladolid (sept)	Y.-
17.- REHABILITACIÓN (Fisioterapeuta)	J.- Otoño Cultural (oct-nov)	Z.-
18.- REVITALIZACIÓN (Fisioterapeuta)		

ANÁLISIS DE OCUPACIÓN EN “CARDENAL MARCELO”		
Nº Expediente	1338	
Nº Seguridad Social	471001406907	
DNI nº	12267221	
VALORACIÓN FUNCIONAL		
Fecha	Barthel	Minimental
16/7/2009	100	
20/7/2011	100	
16/5/2013	100	
9/2/2014	100	
Nombre: PRUDENCIA Apellidos: GARCIA RICO Fecha Nacim: 28/04/1916 Fecha Ingreso: 14/7/2009 Lugar de Nacimiento: San Román de Hornija Lugares en donde vivió:		
ANTECEDENTES (médicos, educativos, sociales, familiares...)		
	• Autonomía:	• Académico:
	• Ocio:	• Estado Civil:
2009	Autónoma	Lectoescritura
2011	Autónoma	Lectoescritura
2013	Autónoma	Lectoescritura
2015	Autónoma	Lectoescritura
		Activa
		Activa
		Activa
		Activa
		Viuda
		Viuda
		Viuda
		Viuda

SEGUIMIENTOS: HITOS PERSONALES		
2009		

Familiar de contacto: Rosario García Velázquez (sobrina).
José Ramon Ruiz (hijo): padre de José Ramón y Herminia, Laureano Herrero (sobrino)

Consentimiento Informado:
Autoriza a Juan Manuel González, Encargado de Ocio y Tiempo Libre de la Residencia “Cardenal Marcelo”, al uso de estos datos para estudios e investigaciones que tengan un contenido estrictamente asistencial y/o académica.
Firmado: Prudencia GARCIA RICO
Fecha: 17/10/13

Observaciones:

Objetivos:

Fuente: elaboración propia

6.3.4.2.- Datos compartidos con otros profesionales a través de Resiplus ®

La incorporación del programa informático “ResiPlus®”, de la empresa valenciana ADD Informática, a la práctica diaria en la Residencia “Cardenal Marcelo” se produce a partir del año 2008. A través de este programa se buscó integrar, en una sola herramienta, la compleja gestión de las distintas áreas de trabajo que conforman una Residencia de Mayores:

1. Área médica:

- Preingreso y valoración.
- Patologías, alergias, antecedentes, dietas.
- Plan farmacológico.
- Historial Médico: seguimiento, controles, escalas, analíticas.
- Reuniones interdisciplinares, planes de atención.
- Órdenes médicas. Sujeciones.

2. Área de enfermería:

- Valoración y plan de atención, Escalas.
- Historial Enfermería: seguimiento, controles, incidencias.
- Registro de administración de fármacos.
- Reuniones interdisciplinares, plan de cuidados.
- Órdenes y peticiones.

3. Personal técnico:

- Valoración y plan de atención desde:
 - Trabajo Social
 - Terapia Ocupacional
 - Psiquiatría
 - Psicología
 - Pedagogía

- Fisioterapia
 - Educación
 - Atención espiritual
 - Animación Sociocultural
 - Escalas. Historial Social, DSM IV.
 - Planificación, organización y registro de actividades.
 - Reuniones interdisciplinarias, plan de atención.
 - Seguimientos y comunicados.
4. Área de atención directa:
- Seguimiento y control de las tareas asignadas.
 - Registros: cuidados, controles, fármacos.
 - Evolutivos, incidencias y peticiones.
 - Informes.
5. Área de personal:
- Datos personales y laborales.
 - Contactos, direcciones y currículos.
 - Uniformes, material asignado.
 - Cursos de Formación.
 - Voluntarios.
 - Gestión de turnos de trabajo.
 - Planificación, gestión y análisis de necesidades.
 - Administración y control de incidencias.
 - Listados y estadísticas.
 - Enlace a sistemas automatizados de control de presencia.
6. Área económica:
- Facturación (estancia, otros servicios).
 - Cobros (recibos, remesas, devoluciones).
 - Caja (Centro y residentes).
 - Entidades, liquidaciones y conciertos.
 - Enlace contable.
7. Área de farmacia:
- Pedidos e inventario.
 - Gestión de recetas y pedidos pendientes.
 - Incidencias de inventario, preparación y administración.
 - Enlace con sistemas automatizados para el embalaje o empaquetado de la medicación.
8. Recepción:
- Registro de asistencia usuarios.
 - Registro de visitas.
 - Control de entradas y salidas residentes.
 - Etiquetas, mensajería, email.
 - Incidencias.
 - Agendas y citas especialistas.
9. Área comercial:
- Contactos comerciales y seguimiento.
 - Agendas comerciales.
 - Instituciones y prescriptores.
 - Presupuestos, informes y documentos.
 - Listados y estadísticas.

- 10. Calidad:
 - Sugerencias y reclamaciones.
 - Encuestas de satisfacción.
 - Indicadores, listados y estadísticas.
 - Gestión de incidencias.
 - Políticas, protocolos y procedimientos.
- 11. Almacén y proveedores:
 - Gestión de compras: pedidos, albaranes y facturas.
 - Ofertas, promociones y descuentos.
 - Control de inventarios.
 - Incidencias y no conformidades.
 - Datos generales, contactos y servicios de proveedores.
 - Criterios de alta y certificaciones.
 - Facturas, servicios y gestión de pagos.
 - Acuerdos comerciales y descuentos.
 - Listados.
- 12. Área General
 - Residente
 - Asistente de ingreso y valoración.
 - Datos personales y económicos.
 - Contactos, familiares y direcciones.
 - Documentos (contratos, autorizaciones).
 - Centro
 - Horario de apertura.
 - Datos generales y contacto.
 - Mensajería, email.
 - Personalización listados.
 - Gestión Documental.

Esta herramienta facilita el intercambio de información y algunas sencillas aplicaciones para el tratamiento de los datos que son necesarios para una aproximación holística e interdisciplinar de la realidad atesorada por los residentes, si bien en la práctica nos limitamos a los cuatro primeros: médicos, de enfermería, de personal técnico y de atención directa.

6.4.- CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Como acabamos de señalar, las numerosas publicaciones y estudios obtenidos tras la revisión bibliográfica y documental realizada sobre el tema de la longevidad sugirieron una primera aproximación cuantitativa en el tratamiento de los datos, fundamentalmente en un intento por establecer algún tipo de relaciones o agrupamientos que permitieran definir unas determinadas categorías de análisis.

En antropología cuando se hace trabajo de campo, los investigadores distinguen entre la visión de la realidad del investigador, más científica, objetiva, exterior (lo que se llama *visión étic*) y la interpretación de las personas que viven de la realidad objeto de estudio, una visión desde dentro (*visión émic*), más subjetiva, emocional, interior (Harris, 1995; Velasco y Díaz de Rada, 1997). Los temas émic o émicos son aquellos que surgen en el transcurso de la investigación,

desde dentro, durante el análisis o incluso en fases posteriores. Es decir, mientras el primero proviene de un planteamiento externo, que tiene en su mente el investigador, el emic, es aquel que va emergiendo del campo de trabajo. El intercambio y reformulación de las categorías de ambos enfoques, son las que va creando el discurso final de la investigación.

A veces la descripción *etic* y *emic* de un mismo fenómeno no coinciden, lo que hace importante atender a ambos tipos de descripciones. Por otro lado las motivaciones para buscar un tipo de descripción u otro pueden estar basadas en el tipo de trabajo: los científicos interesados en la construcción local de significado no podrán dejar de atender a descripciones de tipo *emic*; en cambio los científicos interesados en investigaciones comparativas tratarán de buscar descripciones *etic*.

Por otro lado, y en una búsqueda constante de equilibrio, tampoco se debería sacralizar el discurso *emic* de las personas (Bolívar, 2001):

“La cuestión última es qué estatus se le debe dar a las palabras de la gente o, en otros términos, si lo biográfico es complementario o debe tener autonomía; en cualquier caso cómo re-presentar las voces, en una coyuntura de crisis de la representación. Estas no son transparentes por ellas mismas de la realidad, construyen discursivamente un mundo vivido por los agentes, la entrevista obedece a reglas específicas de producción de sentido. Ni las posturas ilustrativas (extractos de entrevista, citados para ilustrar lo que se dice, en una «apropiación selectiva»), ni en el caso extremo, el textualismo radical (otorgar un gran lugar a la palabra de los entrevistados, restituyendo las palabras como si lo dijeran todo), resultan hoy sostenibles” (p. 570).

Los *análisis categoriales* (con todas las variantes de análisis de contenido, incluidos los programas informáticos) han conducido a un cierto desengaño, pues no estamos ante textos informativos, sino ante relatos biográficos que construyen humanamente (sentir, pensar, actuar) una realidad. El análisis empírico de contenido categorial surgió inicialmente para el tratamiento de textos informativos o periodísticos, donde la dimensión personal-afectiva está ausente (López Noguero, 2002); por ello su aplicación a textos que no describen hechos sino que reconstruyen un mundo/vida en el propio discurso es siempre deficiente, nunca cabe atrapar los matices de la narrativización de una vida bajo una categoría temática. Demazière y Dubar (1997, p. 94) llegaron a afirmar que, en el caso de las entrevistas narrativas, “las diferentes técnicas de análisis de contenido son inadecuadas para el análisis de las significaciones que queremos realizar”.

Valga esta reflexión previa para intentar atemperar el nivel de expectativas de este método de investigación en el que, como solución intermedia, cabría poder combinar análisis cualitativos y hermenéuticos del contenido, con los propios análisis cuantitativos, en una conjunción fructífera aun cuando su equilibrio sea inestable y con altas probabilidades de romperse por alguno de sus extremos.

Las categorías de análisis que hemos identificado, en consecuencia, han sido:

1. Geográficas y entorno físico
2. Genéticas
 - a. Subcategoría herencia.
 - b. Subcategoría sexo.
3. Hábitos de vida.
 - a. Subcategoría descanso.
 - b. Subcategoría dieta.

- c. Subcategoría ejercicio físico.
- 4. Estado civil.
- 5. Nivel económico y condiciones de vida.
- 6. Acceso a los avances farmacológicos.
- 7. Nivel de estudios.
- 8. Nivel de ocupación en actividades de trabajo y de ocio.
- 9. Nivel de participación en la vida social y cultural.
- 10. Tipo de personalidad.

La mayoría son categorías “etic” (geográficas y entorno físico, genéticas, estado civil, nivel económico y condiciones de vida, acceso a los avances farmacológicos, nivel de estudios) pero es de las “emic” (hábitos de vida, nivel de ocupación en actividades de trabajo y de ocio, de participación en la vida social y cultural o tipo de personalidad) de donde hemos podido extraer los datos más reveladores.

Deseo precisar, finalmente, como la categoría “hábitos de vida” podría englobar como subcategorías prácticamente al resto si se concibiera además, en sentido amplio como “estilo de vida”. Así el nivel de estudios, el de ocupación en actividades de trabajo y de ocio, la participación en la vida social y cultural o el tipo de personalidad (categorías 7-10) serían determinantes a la hora de explicar el particular modo de envejecer de las personas. Hasta podríamos hacer depender de una opción personal el propio estado civil o el nivel económico y acceso a determinados avances como los farmacológicos (categorías 4-6). Pero aun reconociendo esta íntima interrelación y dependencia hemos optado por su desglose para poder identificar un mayor número de matices.

6.4.1.- Geografía y entorno físico

La categoría “geografía” nos permite conocer si la conquista de la longevidad está ligada a ubicaciones concretas en razón de su altitud, latitud, configuración orográfica y fluvial, distancia al mar, clima o temperatura. Un incremento significativo en los porcentajes de concentración de personas centenarias en un determinado lugar (región, provincia o localidad) hacen activarse alarmas tanto periodísticas como de proyectos de investigación que, en algunos casos, vinculan claramente y sin reservas un lugar físico con el incremento de la esperanza de vida.

Para el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” a partir de un análisis categorial (capítulo 7) aun compartiendo unas características generales similares (procedencia del medio rural y contexto sociocultural modesto) con las poblaciones a las que se refiere el “Informe del análisis categorial de los ocho lugares del mundo con mayor concentración de personas longevas” (capítulo 8), en nuestra muestra de treinta personas longevas hemos querido precisar:

- El lugar de nacimiento:
 1. Valladolid provincia (lo más frecuente, dado que se trata de un centro dependiente de una institución provincial)
 2. Valladolid capital
 3. Otras provincias de Castilla y León: rural
 4. Otras provincias de Castilla y León: urbano
 5. Otras provincias de España

- El lugar/lugares en donde vivió:
 6. Valladolid provincia (lo más frecuente, dado que se trata de un centro dependiente de una institución provincial)
 7. Valladolid capital
 8. Otras provincias de Castilla y León: rural
 9. Otras provincias de Castilla y León: urbano
 10. Otras provincias de España
- El lugar de procedencia antes de ingresar en la residencia “Cardenal Marcelo”
 11. De su domicilio
 12. Del domicilio de sus hijos
 13. De otra residencia
 14. De un hospital

6.4.2.- Genéticas: herencia y sexo

La opinión generalizada de que la propia naturaleza de las personas es determinante para optar o no a cumplir años por encima de la media de su entorno, es un eco lógico de muchos estudios que vinculan una determinada configuración genética de una persona con la predisposición o no a que ésta padezca determinadas patologías.

Incluimos en esta categoría el factor “sexo” dado que los humanos, en cuanto mamíferos, presentan una determinación sexual cromosómica. La diferenciación sexual en humanos, sin embargo, es algo más compleja dado que el desarrollo de todas las características sexuales que acompañan tanto a una mujer como a un hombre, están influenciadas no solo por el componente cromosómico sexual, sino también por algunos genes y hormonas que son definitivos en la determinación sexual del individuo. En cualquier caso, muchos estudios vinculan una mayor longevidad al hecho de ser, en concreto, mujer (en algún caso es lo contrario pero no en la mayoría).

Es interesante conocer la existencia de factores endogámicos por lo que preguntarlo nos pareció una interesante cautela. Dada la homogeneidad de la misma, en nuestra muestra no ha habido que determinar diferencias raciales ni tampoco hemos recopilado datos sobre los distintos grupos sanguíneos por si pudieran aportar alguna diferencia significativa; sin embargo sí hemos compilado:

1. La existencia de antecedentes de personas longevas en la familia tanto directa como extensa.
2. Datos sobre el sexo, filiación y parentesco

6.4.3.- Hábitos de vida: descanso, dieta y ejercicio

El aprovechamiento del tiempo de descanso, junto con la dieta o el ejercicio físico dependen fundamentalmente de las necesidades de consumo energético y éste viene está determinado por el tipo de ocupación (capítulo 5). Más sencillo es valorar la calidad y la cantidad de las ingestas realizadas a través de la determinación de:

- Número y horario de las comidas.
- Origen y distribución de la cantidad de proteínas, hidratos de carbono y grasas.
- Tipo de bebidas.
- Consumo de cigarrillos.

En todos los casos, tanto en los estudios sobre longevidad localizada en determinados puntos del planeta como de la muestra de personas longevas en “Cardenal Marcelo”, hemos apreciado un equilibrio entre los aportes y los consumos energéticos que se han traducido en vidas activas, comidas frugales y complexiones delgadas. Los trabajos desempeñados han requerido por lo general de una actividad física regular e intensa.

Aunque nos hemos limitado a vincular la triada “descanso-alimentación-ejercicio” dentro de la categoría “hábitos de vida”, el caso es que a medida que hemos ido avanzando en nuestra investigación nos hemos dado cuenta que estos ámbitos, en la medida que tienen un componente de opción personal (aunque para elegir adecuadamente sea necesaria una determinada formación pedagógica previa), determinan todas las categorías restantes y que, por esa razón, deberían estar agrupadas también aquí aunque tal vez denominándolas “actitudes de vida”:

- Estado civil: en muchas ocasiones el estado civil no es el resultado de una elección personal, pero sin embargo sí que está en manos de la persona el poder elegir cómo vivir su soltería, su viudedad o su vida en pareja.
- Nivel económico y condiciones de vida: de nuevo diversos estudios avalan que la longevidad está ligada a unas condiciones de vida que, al menos, no dificulten la supervivencia. Pero la persona puede elegir entre sentir satisfacción o, por el contrario, alimentar una insatisfacción generalizada que acabe por tiznar todas las percepciones tanto del presente, como del futuro e incluso del pasado.
- Acceso a los avances farmacológicos: muy unido a lo anterior, muchas patologías son fácilmente curables con farmacología que no está a disposición de todo el mundo. La preocupación sin embargo por cuánto vivir evita que muchas personas apenas reparen en cómo viven y en cómo poder mejorar la calidad de su existencia. Y ello sin insistir demasiado en el mal uso de muchos medicamentos, tanto en su prescripción como en su administración, que hacen que se haya instalado una cultura del mínimo esfuerzo cuando se prefiere una pastilla a, por ejemplo, a practicar relajación, restringir las calorías de las ingestas o a hacer ejercicio.
- Nivel de estudios: también el nivel económico y las condiciones de vida parecen influir sobre el nivel de estudios pero no resulta determinante. Cada persona puede determinar, en muchos casos, el nivel de esfuerzo que es capaz de comprometer en el logro de un objetivo académico.
- Nivel de ocupación en actividades de trabajo y de ocio: las actividades son el material con el que se estructura el tiempo disponible. Además de las actividades de autocuidado y de las actividades productivas asociadas a una vida laboral activa, es necesaria una adecuada educación para el ocio durante el tiempo libre que contribuya a conseguir que las personas consigan experiencias satisfactorias al servicio de su crecimiento personal.
- Nivel de participación en la vida social y cultural: la participación es una “actividad avanzada de la vida diaria” (AVDA) que precisa de unas habilidades sociales también avanzadas. También para ello es necesaria una pedagogía. No se nace sabiendo participar. Hay personas con una mayor predisposición a desarrollar este tipo de habilidades, pero otras deben hacer el esfuerzo de aprenderlas. En un porcentaje importante de este esfuerzo depende la clave del éxito.
- Tipo de personalidad: también es posible educar la personalidad (moldearla, formarla, configurarla... prefieren algunos) hasta que determinadas actitudes sean un hábito. Se ha puesto de moda, en los ambientes en los que se promocionan las terapias no farmacológicas, muchos principios y técnicas provenientes de la psicología positiva. Parece alejado de toda duda que las personas con buen humor, optimistas, con un carácter jovial

que le hacen vislumbrar y encarar proyectos de futuro... son personas más eficientes a la hora de afrontar los episodios adversos (pérdidas, enfermedades...) inherentes a la biografía humana. En esta razón subjetiva residiría, pues, la clave del envejecimiento exitoso.

Indagaremos más adelante en lo determinante de la personalidad a través del análisis de dos historias de vida. Así y todo y mientras tanto, proseguimos con la descripción normal del resto de categorías.

6.4.4.- Estado civil y vida familiar

No sólo es interesante saber si la persona examinada es soltera, casada, viuda o divorciada y cuántos hijos ha tenido o tiene, sino que es importante determinar si se considera satisfecha con este estado y en qué medida. A este respecto, la percepción de su situación actual nos puede dar una muestra también del tipo de personalidad de la persona en cuestión (punto 10)

6.4.5.- Nivel económico y condiciones de vida

Diferentes autores (Clement, 1962; Schreider, 1964) han puesto de relieve como la descripción lo más objetivamente posible de las características económicas y sociales de una muestra objeto del estudio facilitaría la generalización de sus resultados al mayor número de contextos posibles. En nuestro estudio, sin embargo, hemos querido poder demostrar precisamente si el nivel económico y las condiciones de vida tanto de un país como de los individuos influyen de manera determinante en la longevidad de los pueblos o las personas. Así, en el capítulo 2.4, cotejábamos diversos datos de los países con mayor tasa de esperanza de vida

- Renta per cápita
- Porcentaje del PIB en sistemas de salud y bienestar social

Por otra parte, los datos de los individuos de la muestra de Cardenal Marcelo, aun respondiendo a unas características bastante homogéneas (6.1.2) han tenido en cuenta aspectos como:

- Nivel de estudios
- Modalidad laboral
 - En Casa
 - Por cuenta propia
 - Por cuenta ajena
- Ámbito laboral
 - En casa
 - Sector primario
 - 1.1.-Agricultura
 - 1.2.- Ganadería
 - 1.3.- Pesca
 - Sector secundario
 - 2.1.- Industria
 - 2.2.- Construcción
 - 2.3.- Sector energético

- Sector terciario
 - 3.1.- Función pública
 - 3.2.- Comercio
 - 3.3.- Transporte
 - 3.4.- Tecnologías de la información/comunicación
 - 3.5.- Turismo y hostelería
 - 3.6.- Sector financiero

6.4.6.- Avances farmacológicos

Las personas de nuestra muestra se han beneficiado de los importantes avances experimentados en materia médica y farmacológica. A lo largo del siglo XX (Rivero y Tanimoto, 2005), los progresos médicos se han manifestado fundamentalmente en la reducción de la mortalidad derivada de diversas enfermedades, muchas de ellas ya curables (como las de naturaleza infecciosa, como las neumonías que a principio del siglo pasado tenían una mortalidad del 40%) o minimizando sus secuelas (como, por ejemplo, tratando las enfermedades cardiovasculares o reforzando el sistema inmunológico). Por poner un ejemplo, hasta que Louis Pasteur o Roberto Koch desarrollaron la teoría bacteriana, la gente no conocía el origen ni el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, la viruela o el paludismo.

6.4.7.- Nivel de estudios

Hubiera sido interesante haber dispuesto de una variedad más amplia de resultados en lo referente a los años de escolarización efectiva en las distintas etapas del sistema educativo de los individuos de la muestra. Por la edad de estos individuos, esta escolarización estaba regulada por la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como Ley Moyano (Dirección General de Instrucción Pública, 1857), que en su articulado establece:

- Art 7: “La primera enseñanza elemental es obligatoria para todos los españoles. Los padres o tutores o encargados enviarán a las escuelas públicas a sus hijos y pupilos desde la edad de seis años hasta la de nueve; a no ser que les proporcionen suficientemente esta clase de instrucción en sus casas o en establecimiento particular”
- Art. 17. Para principiar los estudios generales de la segunda enseñanza se necesita haber cumplido nueve años de edad y ser aprobado en un examen general de las materias que abraza la primera enseñanza elemental completa.
- Art. 18. Para pasar a los estudios de aplicación correspondientes a la segunda enseñanza se requiere haber cumplido diez años y ser aprobado en un examen general de las materias que comprende la primera enseñanza superior.
- Art. 23. Terminados los estudios generales de segunda enseñanza, y probados los seis cursos, podrán los alumnos ser admitidos al examen del grado de Bachiller en Artes.

Consecuentemente, la mayoría de los encuestados o no han tenido instrucción alguna o, a lo sumo, han podido cursar la primera enseñanza elemental. En el caso de las personas longevas de los ocho lugares del planeta con mayor concentración de centenarios, apenas nada se dice de los niveles de escolarización salvo en los habitantes de Loma Linda (California, EEUU).

6.4.8.- Nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio

Tradicionalmente se suele vincular “el nivel económico y las condiciones de vida” con el “nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio”, como si la longevidad viniera determinada por el tipo de actividades desempeñadas a lo largo de toda la vida. Sin embargo, hemos pretendido demostrar que no se trata tanto de lo que se haga sino de cómo se haga... Una vez más, la actitud, el tipo de personalidad, nos ha parecido determinante a la hora de concebir una longevidad satisfactoria (punto 10).

6.4.9.- Nivel de participación social y cultural

Otra cuestión original en el presente trabajo es la importancia concedida al nivel de participación en la vida social y cultural de la persona en su comunidad. Diversos estudios han demostrado las mejoras en la calidad de vida y en la percepción de la propia salud en las personas más implicadas en la vida social y cultural de su comunidad (Cuypers, 2011^{1y2}), pero además en el estudio sobre población centenaria en Loma Linda (Roblin y Balin, 2010) se ha apreciado, por ejemplo, que da la sensación de que la religión les permite tomar decisiones a largo plazo que, a la vez, les alejan de un modelo de vida basado en la satisfacción inmediata: la gente que forma parte de una iglesia tiene mayor autoestima lo que les da un sentimiento de plenitud que les hace mucho bien.

6.4.10.- Tipo de personalidad

Llegados a esta última categoría, es de vital importancia determinar qué dolencias tienen un origen somático claro y cuáles son somatizaciones de afecciones emocionales. Muchos de los trastornos más frecuentes (de sueño, gastrointestinales, hipertensión...) pueden precisar de un abordaje más holístico e integrador, comprensivo con la complejidad de la personalidad humana que releguen los tratamientos farmacológicos en estos casos a un último recurso.

Por otra parte, el buen humor, el optimismo, la jovialidad... son rasgos de personalidad resiliente que puede llegar a inmunizar contra el modo de afrontar los episodios adversos (pérdidas, enfermedades...) inherentes a la biografía humana.

Para el “Estudio de la Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” sobre la muestra de 30 residentes, hemos tenido en cuenta, lógicamente, las categorías de análisis identificadas en el “análisis de los ocho lugares del mundo con más longevos” descrito en el capítulo 4. Sin embargo, el desglose de aquellas diez categorías principales en nuevas subcategorías nos ha permitido analizar los datos desde la óptica de treinta y cinco variables en un intento por hacer posible una aproximación más minuciosa:

1. Edad
 - (1) De nacimiento
 - (2) De ingreso en la residencia
 - (3) De fallecimiento
2. Geográficas
 - (4) Lugar de nacimiento
 - (5) Lugar en donde vivió
 - (6) Lugar de procedencia

3. Genéticas (herencia y sexo)
 - a. Información relativa a los padres
 - (7) Edad de fallecimiento
 - (8) Causas de defunción
 - b. Información relativa a los hermanos
 - (9) Número de hermanos nacidos
 - (10) Número de hermanos vivos cuando el sujeto cumple 100 años
 - (11) Edad media de fallecimiento de los hermanos
 - (12) Causas de defunción
 - c. (13) Sexo
4. Hábitos de vida antes de cumplir 100 años
 - a. (14) Descanso
 - b. (15) Dieta
 - c. (16) Ejercicio
 - d. (17) Alcohol
 - e. (18) Tabaco
 - f. (19) Índice de Masa Corporal
 - g. (20) Nivel cognitivo
 - h. (21) Autonomía funcional
5. Estado civil
 - a. (22) Estado civil a los 100 años
 - b. (23) Fecha de fallecimiento del cónyuge
 - c. (24) Edad del cónyuge a su fallecimiento
6. Hijos
 - a. (25) Número de hijos
 - b. (26) Número de hijos vivos cuando el sujeto de la muestra cumple 100 años
7. Acceso a los avances farmacológicos
 - a. (27) Diagnósticos médicos
 - b. (28) Número de medicamentos prescritos
8. (29) Nivel de estudios
9. Nivel de ocupación en actividades de trabajo y de ocio antes de cumplir 100 años
 - a. (30) Modalidad laboral
 - b. (31) Ámbito laboral
 - c. (32) Disfrute del ocio
10. Nivel de participación en la vida social y cultural
 - a. (33) Participación en la vida social
 - b. (34) Participación en la vida cultural
11. (35) Tipo de personalidad

Para facilitar las respuestas e interpretarlas más fácilmente, hemos construido una tabla de doble entrada conforme a la cual hemos ido consignando todos estos datos (Tabla 54).

Tabla 54: Categorías y subcategorías para el análisis de la muestra de los 30 residentes más longevos en la Residencia “Cardenal Marcelo” (1994-2014) con las claves de interpretación de las respuestas posibles.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
EXPEDIENTE	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO EN C MARCELO	FECHA FALLECIMIENTO	GEOGRÁFICAS			GENÉTICAS			HABITOS DE VIDA ANTES DE LOS 100			INDICE DE ASA CORPORAL	AUTONOMÍA FUNCIONAL A LOS 100 AÑOS (BARTHEL) DETERIORO COGNITIVO (LOBO)	ESTADO CIVIL		Nº DE HIJOS	FARMA- COLOGIA	ESTU- DIOS	OCUPACION ANTES DE LOS 100		PARTICIPA CION		PERSONALIDAD (ANTES DE LOS 100) TRASTOR- NO EN ESTADO DE ANIMO									
					LUGAR DONDE VIVIO	LUGAR PROCEDENCIA	LUGAR NACIMIENTO	PADRES	HERMANOS	DESCANSO	DIETA	EJERCICIO	ALCOHOL			TABACO	E.C. A LOS 100 AÑOS				FECHA FALLECIMIENTO CONYUGE	EDAD CONYUGE A SU FALLECIMIENTO	MODALIDAD LABORAL	AMBITO LABORAL		CULTURAL	SOCIAL							
					1.- Valladolid provincia. 2.- Valladolid capital 3.- Otras provincias de CyL rural 4.- Otras provincias de CyL urbano. 5.- Otras provincias de España	1.- de su casa. 2.- de casa de los hijos 3.- de residencia 4.- de hospital	CAUSA DEFUNCION	CAUSA DEFUNCION	CAUSAS DEFUNCION	SEXO	DESCANSO	DIETA	EJERCICIO	ALCOHOL	TABACO	1.- Soltero 2.- Viudo 3.- Casado 4.- Divorciado/a o Separado/a					0.- En casa 1.- cuenta propia 2.- cuenta ajena	0.- En casa 1Primario 2.- Secunda 3.- Tercario	1.- no 2.- si	1.- no 2.- si									1.- no 2.- si	

CATEGORÍA 4 y 5	CATEGORÍA 6	CATEGORÍAS 8, 12 y 27						CATEGORÍA 21 (o Índice de Barthel)				CATEGORÍA 31					
1.- Valladolid provincia. 2.- Valladolid capital 3.- Otras provincias de CyL rural 4.- Otras provincias de CyL urbano. 5.- Otras provincias de España	1.- de su casa. 2.- de casa de los hijos 3.- de residencia 4.- de hospital	1. Enfermedades isquémicas del corazón 2. Enfermedades cerebrovasculares 3. Cáncer bronquios/pulmón 4. Insuficiencia cardiaca 5. Demencias 6. Enf crónicas de las vías respiratorias inferiores	7. Enfermedad de Alzheimer 8. Cáncer de colon 9. Enfermedad hipertensiva 10. Diabetes mellitus 11. Neumonía 12. Insuficiencia renal 13. Cáncer de mama 14. Cáncer de páncreas 15. Cáncer de próstata 16. No especificado	1.- Autónomo 2.- Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. 3.- Grado II. Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador. 4.- Grado III*. Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.	0 EN CASA 1 SECTOR PRIMARIO 11 Agricultura 12 Ganadería 13 Pesca 2 SECTOR SECUNDARIO 21 Industria 22 Construcción 23 Sector energético						3 SECTOR TERCIARIO 31 Función pública 32 Comercio 33 Transporte 34 Tecnologías de la Información/Comunicación 35 Turismo y Hostelería 36 Sector financiero						

6.5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR DEL ESTUDIO

A nadie se les escapa que los enfoques cualitativos generan complejos contextos de relaciones, compromisos, conflictos, colaboraciones, reflexiones, lecturas, encuentros y desencuentros... que pueden precisar de dosis adicionales de consideraciones éticas y de cierta flexibilidad en torno a los fines que se perseguían dado que, en ocasiones, los resultados pueden no ser los previstos. En estos casos, no debe perderse de vista que lo primordial siguen siendo los deseos y valores de las personas (Sandín, 2003) así como la interpretación que ellas mismas hacen de su propia vida.

Como consecuencia de ello, una de las críticas más frecuentes que suele hacerse a la investigación cualitativa es su dudoso rigor científico. Esto sería lo mismo que afirmar que sólo cabe una única forma de acercamiento a la realidad y supondría poner en duda el valor de las historias, aspiraciones, motivaciones, valores y anhelos de las personas más allá de lo mensurable y de lo material.

Para corregir este error de percepción, debemos prever dos tipos de consideraciones que contribuyan a dotar de calidad a nuestra investigación (Rodríguez, Gil y García, 1999, p. 277):

1. por un lado, una aproximación ética que nos permita identificar los valores y los principios rectores que orientan el desarrollo de una investigación como la nuestra;
2. por otro, unos criterios de credibilidad de común aceptación en el campo de la investigación cualitativa apoyadas sobre el necesario rigor metodológico inherente a todo proceso de construcción de nuevos conocimientos.

6.5.1.- Consideraciones éticas

Mucchielli (2001, p. 107) ha identificado tres tipos de relaciones éticas de los investigadores con la propia investigación, con los informantes y/o participantes y con los datos:

- Nuestra relación con la propia investigación ya ha quedado suficientemente explicitada. Responde a una antigua y profunda aspiración estrechamente vinculada con el ámbito laboral al que más tiempo y esfuerzo he dedicado en mi vida y pretende contribuir a poner en valor los conocimientos, las enseñanzas de vida y los testimonios de muchas personas que no tienen voz.
- Todos los participantes forman ya parte de mi personal patrimonio emocional: me vincula a ellos la amistad. Ya he reconocido que el tipo de observación llevada a cabo ha sido una observación participante. Juntos hemos construido saberes que no sabíamos antes que pudieran existir. Les he pedido a todos, no obstante, que me dieran por escrito su consentimiento y he informado a las familias sobre las conclusiones de muchos de los datos procesados. La confidencialidad debida me ha obligado a no utilizar determinados datos que no aportan nada sustancial a la investigación pero podrían incomodar a las posibles personas aludidas.
- Nuestra relación con los datos ha intentado ser en todo momento lo más científica posible, demostrando lo mejor de todo lo aprendido a lo largo de los últimos años. Mediante adelantos de alguno los informes, hemos ido compartiendo algunos de los resultados, de manera que pudieran ser revisados... y la extraordinaria buena acogida ha superado las expectativas iniciales.

6.5.2.- Rigor del estudio

Lo que tradicionalmente se ha asociado a la calidad de cualquier investigación son los conceptos positivistas de fiabilidad y validez. Goetz y LeCompte (1984) proponen que para dotar de rigor científico a la investigación cualitativa se utilice esa misma terminología. Sin embargo, la tesis defendida por Lincoln y Guba (1985) sería la de desarrollar un sistema alternativo que valorara el rigor científico apoyándose sobre la veracidad, la aplicabilidad, la consistencia y la neutralidad. Para ello, Guba (1983) aborda estas dimensiones o enfoques mediante la definición de cuatro estrategias:

1. La Credibilidad se refiere a la capacidad de poder demostrar que se han conseguido los resultados que se perseguían haciendo uso de los métodos más coherentes y adecuados. Guba (1983) habla de presentar datos aceptables para lo cual propone haberlos podido contrastar. En nuestro caso, hemos pedido opinión a otros investigadores y expertos sobre el tema, hemos contrastado constantemente la información sometiéndola a actualizaciones continuas, hemos llevado a cabo una persistente observación y hemos comprobado la coherencia estructural de nuestra investigación sometiéndola a incoherencias o contradicciones e, incluso, a la búsqueda de evidencias negativas, esto es a preguntarnos por la inconsistencia de las conclusiones o a si hay datos que podrían demostrar lo contrario.
2. La Transferibilidad vendría a ser un concepto similar al de “generalización” en el paradigma positivista pero sin la obligatoriedad éste. Aquí es el lector el que saca sus propias conclusiones sobre si los resultados obtenidos en el contexto de estudio podrían aplicarse total o parcialmente en otros contextos. Nosotros hemos intentado realizar una minuciosa descripción del nuestro.
3. La Dependencia estaría relacionada con la consistencia de los resultados y se demostraría si otros investigadores llegaran a obtener resultados muy similares realizando este mismo estudio en las mismas condiciones. Para facilitar esta posibilidad, hemos incluido una amplia revisión de la bibliografía existente sobre el tema y hemos detallado los métodos utilizados y los procedimientos seguidos. Hemos llevado a término un minucioso registro audiovisual y documental de las experiencias.
4. La Confirmabilidad consiste en un proceso de análisis reflexivo y de reconstrucción de las interpretaciones coincidentes desde varios puntos de vista y tiene que ver con la independencia de los descubrimientos frente a las inclinaciones, intereses, motivaciones o concepciones teóricas del investigador (Rodríguez Gómez y otros, 1996). Ello se demuestra poniendo los medios necesarios para evitar que los prejuicios del investigador puedan contaminar o tergiversar los resultados y las conclusiones: consultas a expertos, explicitación de los intereses y perspectivas del investigador, acopio documental...

Otra estrategia que nos asegura el rigor de esta investigación es lo que Torrego (2014) denomina “mirada sobre la propia investigación” y que consiste en reflexionar de manera crítica tanto sobre las intenciones del investigador como sobre su práctica que, en definitiva, debe construirse a sí misma mediante un proceso abierto y crítico.

Además, nos hemos planteado garantizar la participación en todo momento de los sujetos, de sus familiares, de los demás residentes e, incluso de los trabajadores del centro, de algunas de las transcripciones de estas historias de vida a partir de los cuales generar un diálogo que nos permita avanzar hacia nuevos procesos tanto de indagación como de interpretación y que Rivas y Leite (2011) denominan “devolución en los procesos de construcción interactiva de los relatos”.

En todo caso, una tesis doctoral es precisamente una exposición pública, para su evaluación, tanto del proceso seguido como de la consistencia de las conclusiones de la investigación: existen unos hechos objetivos en torno a la existencia de unas personas muy longevas y nos hemos limitado a describir estos hechos y a aventurar hipótesis acerca de por qué creemos que es así más allá de la mera coincidencia o de la casualidad.

Finalmente, el hecho de haber trabajado directamente con las personas a quienes hemos evaluado lejos de hacernos parecer poco objetivos debería ser garantía del grado de conocimiento acerca de las cuestiones objeto de estudio. Hemos observado a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo para poder dar respuesta a preguntas de muy diversa índole sobre distintos aspectos de su vida y, cuando estos aspectos han necesitado ser contrastados, hemos solicitado el concurso de otras personas, tanto de otros profesionales como de familiares o amigos. Nuestra responsabilidad ha estado en contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores, para llegar a la redacción final de nuestras percepciones, tras un análisis meditado de los datos.

Capítulo 7: Principales Resultados

“Enseñaría al ser humano a concentrarse en los instantes singulares de una vida que no es en sí misma más que un instante” (Wilde, 1890, p. 124).

La labor de recopilación, organización y análisis de información se ha prolongado a lo largo de los últimos veintidós años, lo que lo ha traducido en un proceso nada exento de dificultades. Hemos tenido que elegir entre varios enfoques posibles e incluso, tras habernos decantado por un hilo argumental concreto, nos hemos encontrado con vacíos que han sugerido nuevas líneas de investigación. Desde un principio tuvimos claro que deseábamos centrarnos en el análisis de las treinta personas más longevas de “Cardenal Marcelo” durante el periodo 1994-2014: constituía la investigación que queríamos y podíamos llevar a cabo. Como parte de este estudio central, entendimos que el análisis de las historias de vida de dos personas en concreto podía aportar nuevos datos y enfoques. Pero también se nos presentó la ocasión de abordar otras cuestiones menores que nos permitieran despejar dudas. A ellos nos hemos referido como algunos estudios previos:

1. Un estudio sobre “percepciones relacionadas con la edad” efectuado a partir de la aplicación de un cuestionario a 150 personas de edades comprendidas entre los 18 y los 101 años en los meses de marzo y abril de 2015.
2. Otro estudio sobre “preferencias y expectativas vitales en la Residencia Cardenal Marcelo” a partir de los datos de 105 entrevistas realizadas a residentes en Cardenal Marcelo durante los meses de mayo y junio de 2015.
3. Un tercer estudio sobre hábitos realizados nutricionales en el año 2011 sobre una muestra de 201 residentes.

Estos estudios previos, a su vez, junto con aquel estudio central realizado a partir de 30 personas longevas y que hemos denominado “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)”, constituyen el marco general para poder comprender e interpretar las historias de vida de Rosina y Victoriano (capítulo 8) en el contexto de aquel estudio más amplio y como antesala de tres proyectos que son la base de nuestras recomendaciones: “Pedagogía de Preparación a la Jubilación” (capítulo 9.2.1), “Proyectar la Vida” (capítulo 9.2.2) y “Escuela de Longevos” (capítulo 9.2.3).

Además, antes hemos tenido que diseñar algunos instrumentos:

1. Un cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad” (Instrumento 9).
2. Un cuestionario para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales” (Instrumento 10).
3. Un cuestionario para la estimación de la edad biológica (Instrumento 11).
4. Un Instrumento para determinar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria avanzadas (Instrumento 12)
5. Un “Cuestionario sobre Longevidad” (Instrumento 13).
6. Además de modelos de entrevistas y guiones para la elaboración de historias de vida (Instrumento 14) que sirvan de fundamento y justificación de los proyectos de vida (Instrumento 15).

Como ya se dijo, la elaboración de proyectos de vida se ha convertido en obligatoria, al ser regulada reglamentariamente para que todos y cada uno de los beneficiarios de una plaza residencial en Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2016, p. 5971) dispongan del suyo propio. Disponer de un Proyecto de Vida, sin embargo, no es garantía de bienestar subjetivo ni de calidad de vida objetiva, como tampoco es garantía de felicidad disponer de salud, de ahorros en el banco o de una red de apoyo socio-familiar suficiente.

El proceso de elaboración de un proyecto de vida debe ser algo meditado y bien asentado sobre las convicciones del sujeto de ese proyecto. En caso de ser elaborado de una manera delegada por otra persona (la legislación vigente en Castilla y León se refiere el auxiliar de referencia en connivencia con la familia y/o quien ostente la tutoría legal) ha de apoyarse sobre un conocimiento profundo de la historia de vida de esa persona: de los valores que profesó y de sus más íntimas aspiraciones.

El esquema sugerido para su realización, así y todo, recogerá varias propuestas complementarias:

1. Biografía básica (biograma)
2. Álbum de orientación personal o libro de vida (compendio de material gráfico y/o audiovisual)
3. Caja de recuerdos, con objetos significativos con los que abordar el tema de las reminiscencias o iniciar una conversación.
4. Mandamientos (una especie de “líneas rojas” con los espacios y tiempos que pueden ser garantía de placer y felicidad)
5. Una guía personal con los gustos y sentimientos, las elecciones, los sueños y miedos, la forma de proceder ante conductas especiales (disruptivas, mayormente) y el planning de las actividades del centro.

Nos proponemos hacer ahora un breve balance de los principales resultados obtenidos en la presente investigación. Para ello nos fijaremos en primer lugar en algunos informes nacidos de estudios previos que ha sido necesario realizar al tiempo que fundamentábamos teóricamente la presente tesis doctoral. También nos referiremos a algunos instrumentos de valoración que hemos diseñado a medida que se precisaba obtener determinados elementos de análisis. El conjunto de este balance podría expresarse gráficamente (Gráfico 22):

Gráfico 22: Relación secuenciada de informes integrantes de la investigación.

Fuente: Elaboración propia

7.1.- DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Las distintas líneas de investigación han precisado del diseño de algunos instrumentos originales. Otros se nos han ido sugiriendo para poder llegar a término la investigación principal ya a partir de datos cuantitativos en el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” (capítulo 7.3) ya a partir de los datos cualitativos contenidos en las “Historias de Vidas de Rosina Rodríguez y Victoriano Mucientes” (capítulo 8).

Inventariaremos aquí los instrumentos diseñados y utilizados en nuestra investigación:

1. Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad” (Instrumento 9)
2. Cuestionario para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales” (Instrumento 10).
3. Cuestionario para estimación de la edad biológica (Instrumento 11).
4. Instrumento para determinar el grado de autónoma en actividades de la vida diaria avanzadas (Instrumento 12).
5. “Cuestionario sobre longevidad” (Instrumento 13).
6. “Guión para la elaboración de Historias de Vida” (Instrumento 14).
7. “Guión para el diseño de Proyectos de Vida” (Instrumento 15).

Nos centraremos ahora en los cinco primeros de estos instrumentos, dejando los dos últimos para ser desarrollados en el apartado de “Conclusiones y recomendaciones”.

7.1.1.- Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad”

Para demostrar la debilidad del argumento del uso generalizado de la edad cronológica como criterio para clasificar a las personas, diseñamos este sencillo instrumento (Instrumento 9):

Instrumento 9: Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionales con la edad”

Intenta asignar un valor un valor numérico en el cuatro de la derecha a cada una de las siguientes cuestiones	
1. Mejor edad para casarse el hombre	
2. Mejor edad para casarse la mujer	
3. Edad en la que la mayoría de la gente debería convertirse en abuelos	
4. Mejor edad para acabar el colegio y empezar a trabajar	
5. Edad para tener una profesión estable	
6. Edad en la que se alcanza el nivel profesional máximo	
7. Edad en que se debería estar preparado para jubilarse	
8. Hombre joven hasta los...	
9. Hombre de mediana edad a partir de...	
10. Hombre mayor a partir de...	
11. Mujer joven hasta los...	
12. Mujer de mediana edad a partir de...	
13. Mujer mayor a partir de...	
14. Los niños tienen que ir obligatoriamente a la escuela a partir de los...	
15. La edad para poder ir a la cárcel debería ser a partir de...	
16. La edad para poder votar debería ser a partir de...	
17. La edad para poder conducir un coche debería ser a partir de...	
18. La edad para dejar de conducir un coche debería ser...	
19. Debería estar prohibido casarse antes de los...	
20. Las relaciones sexuales consentidas deberían ser a partir de los...	
21. Para abrirse una cuenta en Facebook hay que tener como mínimo...	
22. Para asistir a un concierto de El Canto del Loco	
23. Para ver (o leer) “50 sombras de Grey”	
24. Para asistir a un partido de fútbol de primera división habría que tener	
25. Para asistir a una corrida de toros habría que tener como mínimo...	
26. Para tirarse en paracaídas habría que tener como mínimo...	
27. Para tirarse por una tirolina habría que tener como mínimo...	
28. Para fumar habría que tener como mínimo ...	
29. Para tomarse un vodka naranja habría que tener como mínimo ...	
30. Para enamorarse habría que haber cumplido al menos los...	

Fuente: elaboración propia a partir de Neugarten (1999)

Los resultados de este cuestionario dan forma al “Estudio sobre percepciones relacionadas con la edad” que aparece en el apartado siguiente y en el que, partiendo de una investigación de Neugarten (1999) en la que planteaba responder a 13 ítems, añadimos otros 17 fácilmente contrastables con respuestas extraíbles de la legislación vigente. Demostramos de

esta manera lo arbitrario de muchas respuestas y las limitaciones del uso de la “edad cronológica” (la determinada por el año de nacimiento) como criterio para el ejercicio de determinados derechos.

7.1.2.- Cuestionario para el “Estudio sobre preferencias y expectativas vitales”

Para este otro estudio, que también integra los resultados preliminares que figuran en el apartado siguiente de resultados, diseñamos, aplicamos y analizamos los datos obtenidos a partir de un cuestionario original (Instrumento 10).

Instrumento 10: Cuestionario para el “Estudio sobre percepciones relacionales con la edad”

ENTREVISTA PARA ELABORACIÓN DE “HISTORIAS DE VIDA”	
Residente.....Fecha de Ingreso.... /...../.....	
Datos biográficos	
Nombre. Fecha de nacimiento. Estudios (años). Trabajos desempeñados a lo largo de su vida. Familia (hermanos, pareja, hijos, nietos...) Cómo y con quién ha vivido a lo largo de su vida. Amigos (antes y ahora).	
.....	
.....	
Datos relativos a costumbres, gustos, personalidad...	
Horario que hacía antes de venir a “Cardenal Marcelo”. Horario que hace ahora. Comidas favoritas. Comidas que no le gustan. Opinión sobre la comida del centro. ¿Fuma o ha fumado?. ¿Bebe o ha bebido?. ¿Qué es capaz de hacer relativo a...? <input type="checkbox"/> ducha <input type="checkbox"/> afeitado <input type="checkbox"/> maquillaje <input type="checkbox"/> lavado de pelo <input type="checkbox"/> peinado <input type="checkbox"/> cuidado de uñas <input type="checkbox"/> tintes <input type="checkbox"/> colonias <input type="checkbox"/> costumbre de ir a la peluquería...Tipo de ropa que le gusta ponerse. Tipo de calzado. ¿Qué le gustaría celebrar, dónde y con quién? ¿Utiliza de manera autónoma el teléfono? <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí (<input type="checkbox"/> cabina, <input type="checkbox"/> móvil...)	
.....	
.....	
OBSERVACIONES sobre el carácter y forma de ser (abierto, tímido, conversador, le gusta estar acompañado o prefiere la soledad...	
Datos sobre aficiones...	
Ver/practicar deporte. Ver televisión (qué programas). Escuchar la radio (qué programas/diales). Leer (<input type="checkbox"/> periódico <input type="checkbox"/> revistas <input type="checkbox"/> libros <input type="checkbox"/> poesía <input type="checkbox"/> novela <input type="checkbox"/> historia...). Le gusta estar informado. Pasear. Música (qué tipo). Pintura. Manualidades. Juegos de mesa. Jardinería. Cine. Tertulias. Tareas del campo. Tareas de casa. Viajar. Ir de compras. Bailar. Otras... Actividades que conoce de entre las que se ofertan en la residencia. ¿En cuáles participa?.	
.....	
.....	
Vivencias relevantes	
Momentos más importantes de su vida	Los mejores recuerdos (que volvería a vivir si pudiera)

Instrumento 11: Cuestionario para estimación de la edad biológica

1- Datos generales

1. Edad..... Fecha de nacimiento.....
 - 0 puntos: Menos de 35 años
 - 1 puntos: Entre 35-44 años
 - 2 puntos: Entre 45-54 años
 - 3 puntos: Entre 55-64 años
 - 4 puntos: Más de 64 años
2. Sexo: hombre mujer
3. Estado civil: soltero/a casado/a viudo/a divorciado/a
4. Nivel de estudios: sin estudios estudios primarios estudios superiores estudios universitarios

2.- Antecedentes familiares

5. ¿Sus padres y abuelos han sobrepasado la esperanza de vida estimativa según su año de nacimiento? (ver “Tabla para estimar la esperanza de vida por edad y sexo 1900-2030):
 - 5 puntos: No
 - 5 puntos: Sí: abuelos, tíos o primos hermanos (pero no: padres, hermanos o hijos)
 - 5 puntos: Sí: padres, hermanos o hijos propios

Tabla para estimar esperanza de vida por edad y sexo 1900-2030

Años	Al nacer				A los 65 años			
	Total	Varones	Mujeres	Diferencia	Total	Varones	Mujeres	Diferencia
1900	34,8	33,9	35,7	1,8	9,1	9,0	9,2	0,2
1910	41,7	40,9	42,6	1,7	10,0	9,8	10,1	0,3
1920	41,2	40,3	42,1	1,8	10,2	9,7	10,6	0,9
1930	50,0	48,4	51,6	3,2	11,0	10,4	11,5	1,1
1940	50,1	47,1	53,2	6,1	11,0	9,9	11,9	2,0
1950	62,1	59,8	64,3	4,5	12,8	11,8	13,5	1,7
1960	69,9	67,4	72,2	4,8	14,4	13,1	15,3	2,2
1970	72,4	69,6	75,1	5,5	14,7	13,3	15,9	2,6
1980	75,6	72,5	78,6	6,1	16,5	14,8	17,9	3,1
1990	76,9	73,4	80,5	7,1	17,5	15,5	19,2	3,7
1994	77,9	74,4	81,5	7,1	18,1	16,0	19,8	3,8
1996	78,3	74,7	81,9	7,2	18,2	16,1	20,0	3,9
1998	78,7	75,3	82,2	6,9	18,3	16,1	20,1	4,0
2000	79,4	76,1	82,8	6,8	18,8	16,7	20,7	3,9
2001	79,7	76,3	83,0	6,7	19,0	16,9	20,8	3,9
2002	79,7	76,4	83,0	6,6	18,9	16,8	20,7	3,9
2003	80,0	76,7	83,2	6,5	19,1	17,0	20,9	3,9
2004	80,2	77,0	83,5	6,5	19,3	17,2	21,1	3,9
2010*	81,6	78,3	84,8	6,5				
2015*	82,4	79,2	85,5	6,3				
2020*	82,9	79,8	86,0	6,2				
2025*	83,4	80,4	86,5	6,1				
2030*	83,9	80,9	86,9	6,0				

(*) Proyecciones.
 Fuente: Años 1900-1998. INE. *Anuario estadístico de España 2004. Demografía.*
 Años 2000-2004. INE. *Tablas de mortalidad de la población de España.*
 Años 2010-2030. INE. *Área de Análisis y Previsiones demográficas.*

6. ¿Ha habido un diagnóstico de enfermedad coronaria, cáncer o diabetes en, al menos, un miembro de su familia?
 - 0 puntos: No
 - 3 puntos: Sí, en mis parientes (abuelos, tíos o primos)
 - 5 puntos: Sí, en mi familia directa (padres, hijos o hermanos)

3.- Estado de salud

7. ¿Cuál de estas respuestas define mejor su percepción de tu situación actual? (estrés)
 - Nunca me he angustiado ni agobiado por nada.
 - Me encuentro bien. He aprendido a no angustiarme con lo que pueda pasar.
 - Normal. Aunque consigo enfrentarme a los problemas sin perder los nervios, a menudo no puedo dejar de pensar en esos problemas.
 - No me encuentro bien. Todos los días vivo situaciones que me agobian.
8. ¿Ha discutido con alguien o se ha llevado recientemente algún disgusto?:
 - Nunca En el último año En el último mes En la última semana
9. Presión arterial habitual en reposo:
 - Desconocida Baja Normal Alta Controlada con medicación
10. Niveles de colesterol habituales:
 - Desconocido Baja Normal Alta Controlado con medicación
11. ¿Ha tomado Usted medicación para la hipertensión con regularidad?
 - 0 puntos: No
 - 2 puntos: Sí
12. ¿Le han encontrado alguna vez niveles altos de colesterol, por ejemplo, en un examen médico, durante una enfermedad, durante el embarazo?
 - 0 puntos: No
 - 5 puntos: Sí
13. Índice de masa corporal o I.M.C.(ver “Tabla de correspondencias para determinar el IMC”):
 - 0 puntos: Menos de 25
 - 1 punto: Entre 25-30
 - 3 puntos: Más de 30

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2(\text{m})}$$

Tabla de correspondencias para determinar el Índice de Masa Corporal

		PESO (Kilogramos)																		
		45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
ALTURA (Centímetros)	145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
	147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
	150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
	152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.5	37.6	38.7
	155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
	157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
	160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
	162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
	165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
	167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
	170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
	172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
	175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
	177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
	180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
	182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3	
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6	
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9	

DELGADO
 Menos de 18,5

ADECUADO
 De 18,5 a 24,9

SOBREPESO
 De 25 a 29,9

OBESO
 De 30 y MÁS

14. Perímetro de la cintura (medido por debajo de las costillas, normalmente a la altura del ombligo)

Puntuaciones para estimación del riesgo en salud

Hombres	Mujeres
<ul style="list-style-type: none"> 0 puntos: Menos de 94 cm 3 puntos: Entre 94 - 102 cm 4 puntos: Más de 102 cm 	<ul style="list-style-type: none"> 0 puntos: Menos de 80 cm 3 puntos: Entre 80 - 88 cm 4 puntos: Más de 88 cm

Suma los puntos de las respuestas contestadas.
 El riesgo de desarrollar enfermedades coronarias, diabetes tipo 2... durante los próximos 10 años es:
 Menos de 7 puntos: BAJO – Estimación de riesgo: 1%
 • 7-11 puntos: LIGERAMENTE ELEVADO - Estimación de riesgo: 4%
 • 12-14 puntos: MODERADO - Estimación de riesgo: 18%
 • 15-20 puntos: ALTO - Estimación de riesgo: 33%.
 • Más de 20 puntos: MUY ALTO - Estimación de riesgo: 50%.
 Si el resultado del test supera los 7 puntos sería recomendable reformular el propio Proyecto de Vida con la ayuda de un profesional de referencia; en cualquier caso, a partir de los 50 años años, con puntuaciones por encima de los 14 puntos, es recomendable realizar una valoración médica más exhaustiva y recibir información más detallada de cómo evitar o retrasar posibles problemas de salud.

FUENTE: elaboración propia a partir de OMS, 2003

4.- Estilo de vida

Hábitos de consumo:

	Nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)	Siempre (3)
Tabaco				
Frituras				
Azúcar blanca				
Bollería				
Alcohol				
Refrescos				
Respira aire que no se renueva				
Sufre estreñimiento				
Pasa más de tres horas frente al TV				
Sufre de miedos o enfados				
Lo que le pasa es culpa de otros				
	Nunca (3)	A veces (2)	A menudo (1)	Siempre (0)
Respira aire puro				
Frutos secos				
Cítricos				
Legumbres y verduras				
Ensaladas				
Practica actividad física				
Va al baño con regularidad				
Disfruta del campo o de la playa				
Se siente feliz y en paz				
Se responsabiliza de sus actos				

Tabla para relacionar potencial de vida y hábitos de consumo

Edad cronológica	Puntuación obtenida	Edad biológica	Comentarios
20-25 años	66-46 puntos	40-45 años	<i>Vives al límite, como si no hubiera futuro</i>
	45-26 puntos	35-44 años	<i>Urgente cambiar de hábitos</i>
	25-16 puntos	30-34 años	<i>Está envejeciendo: cuídese</i>
	15-05 puntos	25-30 años	<i>Puede mejorar</i>
	04-00 puntos	20-25 años	<i>Felicidades: siga así</i>
30-35 años	66-46 puntos	50-55 años	<i>Le queda poco tiempo</i>
	45-26 puntos	45-49 años	<i>Cambie de vida</i>
	25-16 puntos	40-48 años	<i>Corrija errores</i>
	15-05 puntos	30-35 años	<i>Puede superarse</i>
	04-00 puntos	25-30 años	<i>Ha ganado 5 años</i>
40-45 años	66-46 puntos	60-65 años	<i>Lo tiene muy difícil</i>
	45-26 puntos	55-59 años	<i>Mejore su estilo de vida pronto</i>
	25-16 puntos	45-49 años	<i>Hay fallos en su estilo de vida</i>
	15-05 puntos	40-55 años	<i>Puede cuidarse más</i>
	04-00 puntos	30-35 años	<i>Ha ganado más de 5 años</i>
46-55 años	66-46 puntos	70-75 años	<i>Urge cambio de vida</i>
	45-26 puntos	65-74 años	<i>Piense en su familia</i>
	25-16 puntos	55-60 años	<i>Puede cambiar</i>
	15-05 puntos	46-55 años	<i>Puede mejorar sus hábitos</i>
	04-00 puntos	30-40 años	<i>Ha ganado más de 10 años</i>
56-65 años	66-46 puntos	76-80 años	<i>Es un milagro que siga vivo</i>
	45-26 puntos	70-75 años	<i>Le queda poco tiempo</i>
	25-16 puntos	67-70 años	<i>Todavía está a tiempo</i>
	15-05 puntos	56-65 años	<i>Puede cuidarse más</i>
	04-00 puntos	40-50 años	<i>Siga disfrutando</i>
66-75 años	66-46 puntos	86-90 años	<i>Su tiempo se agota</i>
	45-26 puntos	80-85 años	<i>La vida es un regalo para Ud.</i>
	25-16 puntos	75-80 años	<i>Hoy es siempre todavía</i>
	15-05 puntos	66-75 años	<i>Puede mejorar</i>
	04-00 puntos	50-60 años	<i>Disfrute de la vida</i>
76-85 años	66-46 puntos	96-100 años	<i>Despidase de sus amigos</i>
	45-26 puntos	90-95 años	<i>Acepte cada día como un regalo</i>
	25-16 puntos	85-90 años	<i>¿No desea vivir más?</i>
	15-05 puntos	76-85 años	<i>Podría aspirar a lo óptimo</i>
	04-00 puntos	60-70 años	<i>Ha ganado más de 15 años</i>
86-95 años	66-46 puntos	106-110 años	<i>Lo suyo no tiene explicación lógica</i>
	45-26 puntos	100-105 años	<i>Cada segundo es un regalo</i>
	25-16 puntos	90-99 años	<i>Ha llegado hasta aquí... siga adelante</i>
	15-05 puntos	86-95 años	<i>Podría hacer pequeños cambios</i>
	04-00 puntos	70-80 años	<i>Es un modelo para los demás</i>
96-105 años	66-46 puntos	116-120 años	<i>Lo suyo es suerte...</i>
	45-26 puntos	110-115 años	<i>Ha batido un récord de supervivencia</i>
	25-16 puntos	106-109 años	<i>Es Ud. un/a maestro/a: célebrelo</i>
	15-05 puntos	96-105 años	<i>Es Ud. un/a gran maestro/a: cuéntelo</i>
	04-00 puntos	80-90 años	<i>Es el modelo ideal de longevidad exitoso</i>

5.- Proyectos de vida

Quedaría por determinar la incidencia de la ocupación del tiempo y el modo de percibir su asociación a la mejora, o no, de la calidad de vida para concluir este método para estimación de la edad biológica. Para ello habrá que tener en cuenta, al menos estos tres aspectos:

15. Actividades realizadas en el último año (Instrumento 12)
16. Actividades que desea realizar a lo largo del próximo año
17. Resultados obtenidos de la Escala Fumat (Instrumento 8)

Fuente: elaboración propia

Este instrumento no consiguió ni la utilidad ni la especificidad de los demás. Pero permitió reflexiones como a las que dedicaremos más tiempo en el capítulo de Recomendaciones.

7.1.4.- Instrumento para determinar el grado de autonomía en las actividades avanzadas de la vida diaria (AVDA)

La enumeración de 92 actividades concebidas y formuladas por Ezequiel Ander-Egg (1987 y 2000) y que ha sido reproducida por numerosos autores después, podrían fácilmente implementarse hasta 100 actividades con las que disponer de un instrumento (Instrumento 12) con el que comparar fácilmente los hábitos de ocupación de dos individuos.

Instrumento 12: Instrumento para determinar el grado de autonomía en las actividades avanzadas de la vida diaria (AVDA)

1	ACTIVIDADES DE FORMACIÓN: actividades que favorecen la adquisición de conocimientos y el desarrollo del uso crítico e ilustrado de la razón.		
1.	Jornadas	2. Talleres	3. Cursos
4.	Seminarios	5. Conferencias	6. Mesas Redondas
7.	Debates	8. Reuniones de trabajo	9. Círculos de Cultura
10.	Educación de Adultos	11. Audio-Forum	12. Vídeo-Fórum
2	ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN: actividades que favorecen el acceso a determinados bienes culturales ya sea del patrimonio heredado o fruto de una creación colectiva (o "cultura viva").		
	2.1.- Del Patrimonio Heredado:		
13.	Rutas	14. Monumentos	15. Galerías de Arte
16.	Bibliotecas	17. Fonotecas	18. Videotecas
19.	Museos: arte, ciencia, técnica, tradiciones, culturales, etc.		
	2.2.- De la Cultura Viva (cultura generada por el propio grupo).		
20.	Libro colectivo	21. Pintura colectiva	22. Manifiesto
3	ACTIVIDADES LÚDICAS: actividades físicas, deportivas y de aire libre que favorecen fundamentalmente el desarrollo físico y corporal.		
23.	Esparcimiento	24. Medio Ambiente	25. Excursiones
26.	Viajes	27. Deporte	28. Juegos
29.	Gimnasia	30. Educación Física	31. Yoga, tai chi...
32.	Aire Libre: Marchas, paseos...		
4	ACTIVIDADES SOCIALES: actividades que favorecen la vida asociativa y la atención a necesidades grupales y la solución de problemas colectivos.		
33.	Fiestas	34. Encuentros	35. Movilizaciones
36.	Formar parte de una asociación	37. Votar en las elecciones	38. Ejercer de anfitrión
39.	Acciones conjuntas de concienciación, promoción de valores...	40.	Participar en comunidad de vecinos
5	ACTIVIDADES ARTÍSTICAS: actividades que favorecen la expresión y que constituyen formas de iniciación o de desarrollo de los lenguajes creativos y de la capacidad de innovación y búsqueda de nuevas formas expresivas; con subcategorías como artesanías, artes visuales, artes escénicas, música y canto, lenguaje y literatura y, finalmente, arte y tecnología.		
	5.1.- Artesanías o Arte popular		
41.	Talla de madera	42. Cerámica	43. Barro
44.	Máscramé, encaje, ganchillo...	45. Tejido, bordado...	46. Cestería
47.	Trabajo en piel	48. Tapiz	49. Forja
50.	Trabajos en piedra	51. Vidrio	52. Cerería
53.	Juguetes y muñecos	54. Abanicos	55. Bisutería
56.	Trabajos en hueso, conchas...	57. Minitarurismo	58. Modelismo
	5.2.- Artes Visuales		
59.	Pintura	60. Escultura	61. Grabado
62.	Dibujo artístico y funcional	63. Serigrafía	64. Litografía

65. Cartografía	66. Bricolage	67. Cartelismo
68. Ilustraciones de Libros	69. Caracterización	70. Tatuaje
5.3.- Artes Escénicas		
71. Títeres, marionetas, guiñol...	72. Teatro	73. Mimo
74. Animación de calle	75. Juglares, Trovadores...	
5.4.- Danza		
76. Danza Folclórica	77. Ballet	78. Jazz
79. Expresión Corporal	80. Moderna	81. Libre
5.5.- Música y Canto		
82. Tradicional	83. Coral	84. Clásica
85. Zarzuela	86. Opera	87. Bandas
88. Grupos Musicales	89. Tunas	90. Rondallas
5.6.- Lenguaje y Literatura		
91. Periódico Popular	92. Periódico Mural	93. Talleres Literarios
94. Producción de panfletos, trípticos, folletos, revistas...		
5.7.- Arte y Tecnología		
95. Diseño por Ordenador	96. Programación	97. Internet
98. Taller de Montajes Audiovisuales	99. De Fotografía	100. De Radio

Fuente: elaboración propia a partir de Ander-Egg (1987 y 2000)

Con esta escala tratamos de inventariar aquellas actividades en las que el sujeto participa habitualmente o haya participado al menos una vez en el último año. Al tratarse de cien actividades nos ofrece un indicador en forma de tanto por ciento que permite compararlas con sus respectivos tramos etarios de referencia. Apenas pudimos llevar a cabo esta comparación pues carecíamos de datos de un gran número de las personas participantes en el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)”.

7.1.5.- Cuestionario sobre longevidad.

Este cuestionario (Instrumento 13) fue diseñado como base del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” para poder ser cumplimentado con el concurso, además del interesado, de otros profesionales, familiares y/o amigos.

Instrumento 13: “Cuestionario sobre longevidad”

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	RESPUESTAS
DATOS IDENTIFICATIVOS	Expediente	
	Apellidos y nombre	
DATOS BIOGRÁFICOS	1. Fecha de Nacimiento	
	2. Fecha de Ingreso en CM	
	3. Fecha Defunción	
VARIABLES GEOGRÁFICAS	4. Lugar Nacimiento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	5. Lugar donde vivió	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	6. Lugar de procedencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
VARIABLES GENÉTICAS	7. Edad defunción padres	
	8. Causa defunción padres	
	9. Nº hermanos nacidos	
	10. Nº hermanos vivos a los 100	
	11. Edad media defunción	
	12. Causas de defunción	
HÁBITOS DE VIDA	13. Sexo	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
	14. Descanso	<input type="checkbox"/> Insatisfactorio <input type="checkbox"/> Satisfactorio
	15. Dieta	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

	16. Ejercicio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	17. Alcohol	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	18. Tabaco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
INDICE DE MASA C.	19. Delgado/Normal/Sobrepeso/Obeso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
DETER. COGNITIVO	20. MMSE Folstein	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
AUTONOMÍA	21. Nivel de autonomía a los 100	Barthel:
ESTADO CIVIL	22. E.C. a los 100	
	23. Fecha defunción del cónyuge	
	24. Edad conyugue a su fallecimiento	
	25. N° hijos nacidos	
	26. N° hijos vivos a los 100	
FARMACOLOGIA	27. Diagnósticos	
	28. N° de medicamentos	
ESTUDIOS	29. Estudios	
OCUPACIÓN	30. Modalidad laboral	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	31. Ámbito laboral	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	32. Ocio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
PARTICIPACION	33. Cultural	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	34. Social	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
PERSONALIDAD	35. Trastorno estado de animo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

LEYENDAS:

CATEGORIAS 8, 12 y 27	
17. Enfermedades isquémicas del corazón	24. Cáncer de colon
18. Enfermedades cerebrovasculares	25. Enfermedad hipertensiva
19. Cáncer bronquios/pulmón	26. Diabetes mellitus
20. Insuficiencia cardiaca	27. Neumonía
21. Demencias	28. Insuficiencia renal
22. Enf crónicas de las vías respiratorias inferiores	29. Cáncer de mama
23. Enfermedad de Alzheimer	30. Cáncer de páncreas
	31. Cáncer de próstata
CATEGORIAS 4 y 5	
1.- Valladolid provincia. 2.- Valladolid capital 3.- Otras provincias de CyL rural 4.- Otras provincias de CyL urbano. 5.- Otras provincias de España	
CATEGORIA 6	
1.- de su casa. 2.- de casa de los hijos 3.- de residencia 4.- de hospital	

CATEGORIA 21			
1.- Autónomo			
2.- Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.			
3.- Grado II. Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.			
4.- Grado III*. Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.			
CATEGORIA 31			
0 EN CASA	1 SECTOR PRIMARIO	2 SECTOR SECUNDARIO	3 SECTOR TERCIARIO
	11 Agricultura	21 Industria	31 Función pública. 32 Comercio
	12 Ganadería	22 Construcción	33 Transporte. 34 Tecnologías de la Información/Comunicación
	13 Pesca	23 Sector energético	35 Turismo y Hostelería
			36 Sector financiero

Fuente: elaboración propia.

Este ha sido, con diferencia, el instrumento que mejores resultados ha facilitado al ser la base de la comparativa de los datos integrantes tanto del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” como de las historias de vida de Rosina y Victoriano (capítulo 8).

7.2.- RESULTADOS PRELIMINARES

Al tiempo que íbamos realizando la revisión bibliográfica y documental sobre la que se ha ido asentando la presente Tesis Doctoral, advertíamos algunos vacíos sobre los que decidimos investigar. El resultado han sido algunos estudios preliminares que han propiciado unos primeros resultados acerca de tres cuestiones: lo arbitrario de conceptualizar a las personas desde únicamente la edad biológica, la importancia de determinar las preferencias y expectativas vitales de las personas y lo adecuado de llevar a término estudios sobre los hábitos nutricionales de las personas mayores.

7.2.1.- Estudio sobre “Percepciones relacionadas con la edad”

El primero de estos estudios nos ha permitido reflexionar sobre la ausencia de un consenso en torno al tema y, en consecuencia, de lo relativo de muchas opiniones. Neugarten (1999) ya había publicado hace 27 años los resultados de una encuesta realizada en tres localizaciones distintas de Estados Unidos a un grupo, respectivamente, de 50, 60 y 40 personas.

Nosotros hemos comparado estos datos con los resultados de una encuesta similar realizada expresamente en el año 2015 como parte de esta investigación y en la que hemos pedido a 150 personas, de edades comprendidas entre los 18 y los 97 años de edad y todas ellas residentes en diferentes comunidades autónomas de España, que nos respondieran a un cuestionario. Nuestro cuestionario fue cumplimentado en los meses de marzo y abril de 2015 por 70 jóvenes menores de 25 años, 40 adultos entre 26 y 70 años y 40 personas mayores de 70 años. Estas 150 personas podrían agruparse de la siguiente manera:

1. Un 60% eran personas residentes en las comunidades de Castilla y León, un 20% en La Rioja, a Madrid correspondía un 10% mientras que Galicia y el resto de Comunidades Autónomas se repartían el 10% restante.
2. 40 personas mayores eran residentes en la Residencia “Cardenal Marcelo” de Valladolid y 110 personas de edades comprendidas entre los 18 y los 50 años eran participantes en 4 cursos diferentes de animación juvenil (monitores de tiempo libre, coordinadores de tiempo y libre y dos promociones de la especialidad “jóvenes con necesidades especiales” en las localidades de Navalunga (Ávila) y Miranda de Ebro (Burgos) los días 27, 28 y 31 de marzo y 2 de abril.

El cuadro de doble entrada resultante de haber tabulado sus opiniones queda reflejada en la tabla 55:

Tabla 55: Edades cronológicas asignadas a distintas variables relacionadas con la edad por promedios y tramos etarios

Variables relacionadas con la edad	A Tramo etario considerado apropiado o esperable en el estudio de Neugarten (1999) N = 150	B Promedio considerado apropiado o esperable en jóvenes < 25 años (2015) N = 70	C Promedio considerado apropiado o esperable en mayores 26-70 años (2015) N = 40	D Promedio considerado apropiado o esperable en mayores > 70 años (2015) N = 40	E Promedio considerado apropiado o esperable B+C+D <25- >75 (2015) N = 150
1. Mejor edad para casarse el hombre	20-25	30,2	33,3	26,3	29,9
2. Mejor edad para casarse la mujer	19-24	29,8	32,7	23,9	28,8
3. Edad en la que la mayoría de la gente debería convertirse en abuelos	45-50	60,5	56,3	46	54,3
4. Mejor edad para acabar el colegio y empezar a trabajar	20-22	22,1	23	17,5	20,9
5. Edad para tener una profesión estable	24-26	26,9	28,7	23,8	26,5
6. Edad en la que se alcanza el nivel profesional máximo	45-50	40,7	41,7	35,8	39,4
7. Edad en que se debería estar preparado para jubilarse	60-65	62	60,3	63,7	62
8. Hombre joven hasta los...	18-22	36,5	40,2	32,7	36,5
9. Hombre de mediana edad a partir de...	40-50	38	42	44,7	41,6
10. Hombre mayor a partir de...	65-75	56,2	68	67,2	63,8
11. Mujer joven hasta los...	18-24	37	38,4	32	35,8
12. Mujer de mediana edad a partir de...	40-50	38,2	41,9	41,8	40,6
13. Mujer mayor a partir de...	60-75	57,7	67,3	67,6	64,2
14. Los niños tienen que ir obligatoriamente a	-	4,5	4,8	5,3	4,9

la escuela a partir de los...					
15. La edad para poder ir a la cárcel debería ser a partir de...	-	17,7	17,4	33,3	22,8
16. La edad para poder votar debería ser a partir de...	-	18,3	18,1	18,0	18,1
17. La edad para poder conducir un coche debería ser a partir de...	-	17,3	18,1	18,7	18,0
18. La edad para dejar de conducir un coche debería ser...	-	71,3	71,5	69,3	70,7
19. Debería estar prohibido casarse antes de los...	-	19,2	19,6	18,5	19,1
20. Las relaciones sexuales consentidas deberían ser a partir de los...	-	15,6	15,9	19,1	16,9
21. Para abrirse una cuenta en Facebook hay que tener como mínimo...	-	15,5	15,3	18,6	16,5
22. Para asistir a un concierto de El Canto del Loco	-	13,5	14,9	16,2	14,9
23. Para ver (o leer) "50 sombras de Grey"	-	16,5	17,2	28,8	20,8
24. Para asistir a un partido de fútbol de primera división habría que tener	-	9,9	12,3	13,8	12,0
25. Para asistir a una corrida de toros habría que tener como mínimo...	-	14,2	18,8	13,5	15,5
26. Para tirarse en paracaídas habría que tener como mínimo...	-	16,0	17,4	23,3	18,9
27. Para tirarse por una tirolina habría que tener como mínimo...	-	10,5	12	17,6	13,4
28. Para fumar habría que tener como mínimo ...	-	17,1	18,3	18,4	17,9
29. Para tomarse un vodka naranja habría que tener como mínimo ...	-	16,7	17,7	17,1	17,2
30. Para enamorarse habría que haber cumplido al menos los...	-	15,3	12,8	17,7	15,3

Fuente: Elaboración propia (2015) a partir de Neugarten (1999).

Una primera valoración se refiere a que, en términos relativos, existe una disparidad de los datos obtenidos que evidenciaría el escaso rigor del criterio cronológico más allá de poder aportar una mera orientación.

Bastantes encuestados se resistieron inicialmente a asignar una edad a determinadas atribuciones y, sin embargo, al insistirles en que los datos se tratarían en conjunto, acabaron por cuantificar respuestas. El porcentaje de personas que respondieron a todas las preguntas ha sido más alto en las personas más jóvenes:

- Un 93% de los menores de 25 años
- Un 87 % entre los comprendido entre 26 y 70 años
- Un 72 % de los mayores de 70 años

La opción por no responder se apoyaba, precisamente, en la opinión de que determinadas variables dependían de cada persona sobre todo en cuestiones como "edad en la que se alcanza el nivel profesional máximo", "una mujer es joven hasta...", "mejor edad para casarse"... (Tabla 56).

Tabla 56: Porcentajes de respuestas asignadas a distintas variables relacionadas con la edad por promedios y tramos etarios

Variables relacionadas con la edad	B Porcentaje de respuesta del tipo "depende de cada persona" en jóvenes < 25 años (2015) N = 70	C Porcentaje de respuesta del tipo "depende de cada persona" en mayores 26-70 años (2015) N = 40	D Porcentaje de respuesta del tipo "depende de cada persona" en mayores > 70 años (2015) N = 40	E Promedio de respuesta del tipo "depende de cada persona" B+C+D <25- >75 (2015) N = 150
6.- Edad en la que se alcanza el nivel profesional máximo	16,5 %	17%	17 %	16,8 %
11.- Mujer joven hasta los...	6 %	22 %	21 %	16,3 %
1.- Mejor edad para casarse el hombre	6 %	30 %	12,5 %	16,2 %
2.- Mejor edad para casarse la mujer	6 %	30 %	8 %	14,7 %
12.- Mujer de mediana edad a partir de...	3 %	17 %	23 %	14,3 %
8.- Hombre joven hasta los...	7,5 %	17 %	17 %	13,8 %
9.- Hombre de mediana edad a partir de...	3 %	17 %	19 %	13 %
13.- Mujer mayor a partir de...	6 %	22 %	4 %	10 %
10.- Hombre mayor a partir de...	6 %	17 %	4 %	9 %
3.- Edad en la que la mayoría de la gente debería convertirse en abuelos	6 %	13 %	4 %	7,7 %
5.- Edad para tener una profesión estable	6 %	4 %	12,5 %	7,5 %
7.- Edad en que se debería estar preparado para jubilarse	4,5 %	0 %	17 %	7,2 %
4.- Mejor edad para acabar el colegio y empezar a trabajar	1,5 %	4 %	8 %	4,5 %

Fuente: Elaboración propia (2015)

En términos absolutos no se han apreciado demasiadas diferencias entre las respuestas obtenidas en 2015 y las publicadas por Neugarten (1999) veintiséis años antes en cuestiones relativas a "edad para acabar el colegio y empezar a trabajar", "edad para tener una profesión estable", "edad para estar preparado para jubilarse", "edades en las que entra en la que se entra en la medianía de edad" o "edad en la que se comienza a ser mayor". Pero en valores como "edad hasta la que se es joven" los valores se han incrementado 14,5 puntos en el caso de los hombres y casi 12 en el de las mujeres. En otras cuestiones como "mejor edad para casarse o ser abuelos" el incremento ha sido de en torno a 4 puntos. El único promedio que ha decrecido ha sido el relacionado con "la edad en la que se alcanza el nivel profesional máximo" que de los 45-50 años de 1999 pasaría al 39,4 de 2015.

En términos relativos se aprecian sobre todo diferencias significativas en la "edad más adecuada para casarse": la respuesta de los mayores de 70 años se parece a la recogida por Neugarten pero se aleja en 5 y 8 puntos, respectivamente, de las dadas por los menores de 25 años y los comprendidos entre los 26 y 70 años. Esta proporción se mantiene en "la edad apropiada para convertirse en abuelos". Las respuestas en torno a "edad para acabar el colegio y comenzar a trabajar", "mejor edad para tener una profesión estable" o "para estar preparado para jubilarse" no muestran diferencias relevantes. En donde no existe consenso es en torno a la consideración de cuando alguien se encuentra dentro de las categorías de "joven" o "de mediana edad": la dispersión de las respuestas evidencia múltiples opiniones en torno al tema. La opinión sobre "La edad en que mujeres y hombres son mayores", aunque con una desviación significativa por parte de los menores de 25 años (56,2 y 57,7 años, respectivamente), la opinión se mantendría dentro de los otros dos segmentos de edad en 65-75 y 60-75 años de la investigación del año 1999.

Hemos añadido diecisiete ítems más (Tabla 57) al cuestionario de Neugarten precisamente para intentar verificar si se impondría un cierto nivel de acuerdo en cuestiones ya reguladas por las leyes (edad de escolarización, penal, de ejercicio del derecho al voto, para conducir...) o bien de disensión entre personas de distintas edades en aquellos aspectos más

sensibles y sujetos a opinabilidad (asistencia a determinados espectáculos...). Nos ha sorprendido, sin embargo, el consenso alcanzado incluso en cuestiones en las que deberían primar criterios como la “autonomía funcional” o los “niveles madurativos” de cada persona (“edad para dejar de conducir”):

Tabla 57: Edades fijadas por la legislación vigente y normativa de referencia a distintas variables relacionadas con la edad

Variables relacionadas con la edad	EDAD FIJADA POR LA LEGISLACION VIGENTE EN ESPAÑA	Promedio considerado apropiado o esperable <25- >75 (2015) N = 150	NORMATIVA DE REFERENCIA
14.- Los niños tienen que ir obligatoriamente a la escuela a partir de los...	6	4,9	Art. 4.1 de la LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación en el BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006.
15.- La edad para poder ir a la cárcel debería ser a partir de...	18	22,8	LEY ORGÁNICA 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores en el BOE nº 11 de 13 de enero de 2000.
16.- La edad para poder votar debería ser a partir de...	18	18,1	Real Decreto-ley 33/1978, de 16 de noviembre, sobre mayoría de edad en el BOE de 17/11/1978
17.- La edad para poder conducir un coche debería ser a partir de...	18	18,0	Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores en el BOE núm. 138, de 08 de junio de 2009
18.- La edad para dejar de conducir un coche debería ser...	No existe restricción	70,7	En España, la Ley vigente no establece ningún límite de edad para conducir, pero el carné está sometido a revisiones periódicas. Los carnets tipo B, A1 y A2 se deben renovar cada 10 años hasta que el conductor cumpla 65 y a partir de entonces tiene que ser renovado cada cinco. En cuanto a los carnets especiales o profesionales BTP, C1, C1 + E, C, C + E, D1, D1 + E, D y D + E- tienen una vigencia de cinco años hasta que el titular cumpla los 65. A partir de entonces se tendrán que renovar cada tres. A estos datos hay excepciones y es que los centros médicos pueden reducir los tiempos de vigencia del carné (desde 2007) e imponer una velocidad máxima de circulación o, incluso, la obligación de ir acompañado por otra persona con carné si el conductor.
19.- Debería estar prohibido casarse antes de los...	16	19,1	Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria aprobada en la reunión de Consejo de Ministros de 1 de agosto de 2014 y refrendada por el Congreso el 5 de septiembre.
20.- Las relaciones sexuales consentidas deberían ser a partir de los...	16	16,9	Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en BOE nº 77 de 31 de marzo de 2015 (se eleva de 13 a 16 años)
21.- Para abrirse una cuenta en Facebook hay que tener como mínimo...	14	16,5	Condiciones del servicio de Facebook. (se eleva de 13 a 14 años). Última actualización de fecha 30 de enero de 2015 disponible en https://es-es.facebook.com/legal/terms?locale=es_ES
22.- Para asistir a un concierto de El Canto del Loco	La que se establezca según la naturaleza de cada espectáculo	14,9	Son las comunidades autónomas las que regulan la edad mínima de acceso a los eventos, así que esto puede cambiar de una región a otra. Por regla general, "se prohíbe la entrada, participación y permanencia de los menores de edad en establecimientos, instalaciones y espacios abiertos cuando en los mismos se desarrollen espectáculos públicos o actividades recreativas calificadas como reservadas para mayores de edad. Igualmente, queda prohibida la entrada de menores de edad a las salas de exhibiciones especiales definidas en el Catálogo previsto en esta Ley cuando las proyecciones, exhibiciones o actuaciones en directo sean de naturaleza pornográfica o de extrema violencia o estén dirigidas por razón de su contenido a mayores de edad" (art. 23.1.a de la Ley 7/2006 de 2 de octubre, de espectáculos públicos y actividades recreativas de la Comunidad de Castilla y León). En cualquier caso, cabe la posibilidad de acudir acompañado de algún tutor legal o prever una autorización paterna.
23.- Para ver (o leer) "50 sombras de Grey"	18	20,8	En España su visionado ha sido catalogado como "no recomendada para menores de 18 años" lo que conlleva la posibilidad de ser vista por menores siempre y cuando

24.- Para asistir a un partido de fútbol de primera división habría que tener	A criterio de la autoridad competente	12,0	vayan acompañados por sus padres. La competencia de acceso a espectáculos deportivos recae en las comunidades autónomas. Cuando no existe esta normativa, se aplica la regulación nacional lo que hace en la práctica que la restricción por edad quede a criterio de las diferentes delegaciones del Gobierno.
25.- Para asistir a una corrida de toros habría que tener como mínimo...	A criterio de la autoridad competente	15,5	La competencia de acceso a espectáculos taurinos recae en las comunidades autónomas. Cuando no existe esta normativa, se aplica la regulación nacional lo que hace en la práctica que la restricción por edad quede a criterio de las diferentes delegaciones del Gobierno. En el País Vasco, los menores de 16 años están obligados a entrar en una corrida de toros acompañados por algún mayor de edad; en Galicia, se ha tramitado el veto a los que tengan menos de 12 años mientras que la prohibición total de la práctica de la tauromaquia funciona en Canarias (desde 1991) y Cataluña (2010).
26.- Para tirarse en paracaídas habría que tener como mínimo...	16	18,9	La edad mínima para hacer paracaidismo son 16 años. <i>Para salto en tandem la edad mínima es 7 años. En cualquier caso, todos los menores de 18 años necesitan el permiso por escrito de sus padres o tutores legales para saltar.</i>
27.- Para tirarse por una tirolina habría que tener como mínimo...	Depende de un permiso administrativo	13,4	Se necesita una autorización administrativa del gobierno de cada Comunidad Autónoma. Para obtenerla hay que adjuntar una solicitud y diversos justificantes: autorización del propietario de la finca donde se ubica la instalación en la que se va a realizar la actividad, seguros correspondientes de responsabilidad civil y accidentes, permiso del ayuntamiento donde se lleva a cabo la actividad, listado y titulación del personal que va a desempeñar las diferentes tareas, relación de los participantes y edades de los mismos, y un largo etc que varía dependiendo de cada Comunidad, de las ubicaciones concretas y de las actividades a desarrollar. En este sentido la normativa sobre evaluación de riesgos en Castilla y León es la más exhaustiva y la que ha dado un salto en cuanto a legislación a se refiere, ya que incluye nuevas figuras que velan por la seguridad de los participantes, principalmente en las actividades de multiaventura como rappel, tirolina, piragua, etc...
28.- Para fumar habría que tener como mínimo ...	18	17,9	Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco en BOE» núm. 318, de 31 de diciembre de 2010.
29.- Para tomarse un vodka naranja habría que tener como mínimo ...	18	17,2	En la actualidad no hay una norma común en todas las CCAA aunque coinciden en la prohibición de su venta a los menores de edad. No acaba de ver la luz una legislación definitiva a nivel estatal y se sigue trabajando en anteproyectos como el de 2007 (Anteproyecto de Ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores) o el más reciente de 2015 (Anteproyecto de Ley para prevenir y reducir el consumo de alcohol entre los menores de edad)
30.- Para enamorarse habría que haber cumplido al menos los...	No existe restricción	15,3	Afortunadamente, la ley no ha entrado en este aspecto que forma parte del ámbito estrictamente privado de las personas.

Fuente: Elaboración propia (2015)

Este análisis nos ha permitido precisar los conceptos relativos a los diferentes tipos de edades de la persona, más allá de la edad cronológica, esto es de la edad que viene determinada por la fecha de nacimiento:

- La edad biológica: edad en relación con el grado de envejecimiento celular. Aunque no se haya diseñado hasta el momento ninguna prueba definitiva capaz de determinar la edad biológica de una persona, existen cuestionarios orientativos frente a unos estudios genéticos

- que se perfilan como los más aproximativos. Unas personas envejecen con más rapidez que otras, por lo que esta edad es quizás la que más se acerca a la edad real de una persona.
- La edad funcional: se refiere al grado de autonomía con la que una persona se relaciona con su entorno, esto es a su capacidad para realizar una vida autónoma (mantiene su capacidad de decisión) e independiente (no necesita de una persona para realizar las actividades básicas, de relación y sociales de la vida diaria). La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) ha contribuido a organizar los criterios por los cuales se reconoce la autonomía y/o grado de dependencia de cada persona.
 - La edad psicológica: viene determinada por los niveles madurativos que se corresponden con unos grupos de edad estandarizados. A cada edad se le atribuyen unos determinados rasgos que conllevan considerar que una persona de 80 años no tiene los mismos conocimientos o destrezas que otra de 40 o 20. Lo que sí resulta acertado y posible es la eliminación de los rasgos psicológicos negativos que pudieran asociarse a la edad. A este concepto de edad se le concede mucha importancia dado que, por ejemplo, una persona es mayor si se siente mayor. El hecho de que compartir un pasado no sea garantía de éxito para poder compartir una convivencia en común, nos lleva a poner de relieve que es la afinidad en torno a un proyecto de vida en común lo que une a las personas: no es tanto el pasado (evidente, cierto y objetivo para cada persona) cuanto la afinidad en torno a la percepción y el deseo de un futuro similar (posible, probable e intangible).
 - La edad social: es la edad marcada por circunstancias económicas, laborales y familiares. Determinados hitos en el ciclo vital (escolarización, matrimonio, empleo, jubilación...) determinan la pertenencia a un grupo social concreto con importantes cambios en diferentes aspectos (laboral, económico y/o de recursos).
 - La edad exitosa o edad en la que mejor se es consciente de las propias capacidades y éstas son desarrolladas de una manera satisfactoria.

La existencia de una correlación entre las edades cronológica, biológica, funcional, psicológica y social es lo habitual, sin que exista una subordinación entre ellas. Las personas mayores, sin embargo, cuando son preguntadas a propósito de su relevancia, sitúan a la edad cronológica como la menos importante (Abellán y Esparza, 2009). Lo fundamental no es tener una edad determinada, sino sentirse y vivir de acuerdo con cada edad, con su salud, con su rol social y ser consciente, de manera realista y serena, de las propias capacidades y de ser capaz de desarrollarlas en plenitud y de una manera satisfactoria: es lo que denominaremos “edad exitosa”. En el momento actual cabe la opción de influir de forma positiva o negativa en este abanico de edades, con la excepción de la edad cronológica, la única que no se puede modificar.

La edad cronológica se ha erigido en el principal criterio para estimar la longevidad. Nuestra misma investigación parte de personas que han alcanzado la frontera de los cien años de vida. Muy estrechamente ligadas a la edad que se mide en años del calendario se encuentran las edades social y funcional, en un intento por simplificar la cuestión. De aquí a vincular longevidad y dependencia, y su búsqueda de consecuencias sociales y económicas (Guillén, 2006) hay muy breve recorrido. Las edades psicológica y biológica son modificables, incluso reversibles, pero hemos planteado que no se trata tanto de una cuestión cuantitativa cuanto cualitativa: no es de cantidad de tiempo de lo que hay que preocuparse sino de la calidad del mismo.

7.2.2.- Estudio sobre “preferencias y expectativas vitales”

Ha sido de una importancia fundamental conocer qué mueve a las personas de “Cardenal Marcelo” y en torno a qué propósitos han organizado sus vidas. Existía un vacío en el conocimiento acerca de las expectativas, sentimientos, vivencias y problemas de estas personas.

Para el reto de tratar de conocer las preferencias y expectativas vitales que tienen las personas mayores que sirven de contexto de la presente investigación, entrevistamos a 105 residentes de la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid durante el primer semestre de 2015 con el objetivo de conocer sus hábitos, ocupaciones, aficiones, expectativas vitales, percepción del clima residencial y también sus propuestas de mejora y poder compararlas con nuestra muestra de las 30 personas más longevas que ha habido en la residencia entre los años 1994 y 2014.

Estas 105 entrevistas a residentes (de un total de 204), durante el periodo comprendido entre el 16 de mayo y el 16 de junio de 2015, nos han permitido analizar datos relativos a:

1. edad y sexo
2. estado civil
3. apoyo socio-familiar
4. ocupaciones (laborales y de ocio) antes de ingresar en la residencia
 - a. ocupaciones laborales
 - b. ocupaciones en el tiempo libre
5. preferencias de ocupación actuales
 - a. evolución de los intereses dentro de Cardenal Marcelo
 - b. nivel actual de ocupación (aficiones)
6. vivencias relevantes
7. expectativas vitales
8. percepción del clima residencial
 - a. valoración de la convivencia entre residentes
 - b. aspectos positivos de la residencia
9. propuestas de mejora

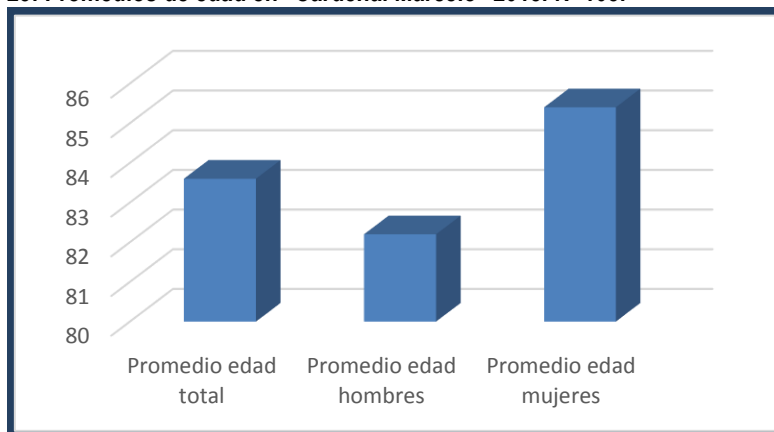
Dentro de cada variable hemos determinado, a su vez, algunos indicadores que nos permitieran valorar cuantitativa y cualitativamente las aportaciones de los residentes.

7.2.2.1.- Edad y sexo

Las edades medias de la muestra permiten determinar su significatividad en el contexto de la edad global. En cuanto al sexo, hemos intentando agrupar el resto de variables en función de dos indicadores (hombres y mujeres) para intentar mostrar preferencias, gustos y/o ocupaciones de una manera selectiva.

La edad media global de la muestra es 83,6 años. La edad media de los hombres es 82,2 y de las mujeres: 85,4 (Gráfico 23).

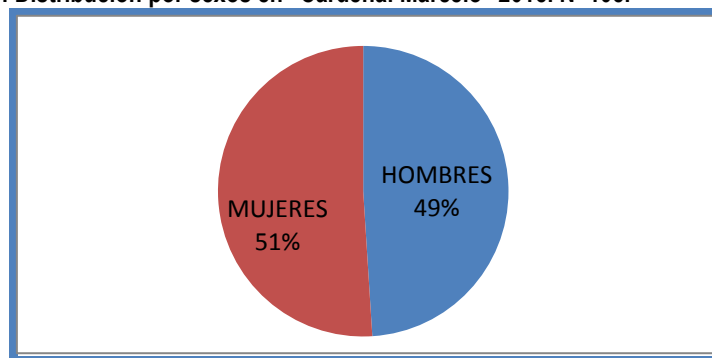
Gráfico 23: Promedios de edad en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

En cuanto al reparto por sexos (Gráfico 24), la equiparación del porcentaje de varones y mujeres (aunque en la residencia exista una proporción mayor de mujeres) permite incrementar la significatividad de la muestra de la población masculina.

Gráfico 24: Distribución por sexos en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

7.2.2.2.- Estado civil

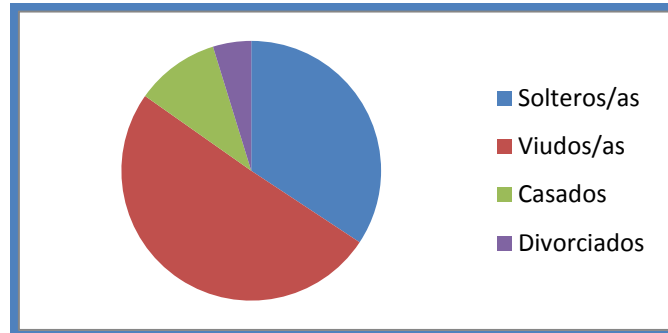
Tabla 58: Estado civil en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

TOTAL RESIDENTES SOLTEROS	36
<i>Hombres solteros</i>	28
<i>Mujeres solteras</i>	8
TOTAL RESIDENTES VIUDOS/AS	53
<i>Hombres viudos</i>	14
<i>Mujeres viudas</i>	39
TOTAL RESIDENTES CASADOS/AS	11
<i>Hombres casados</i>	6
<i>Mujeres sin hijos</i>	5
TOTAL RESIDENTES DIVORCIADOS/AS	5
<i>Hombres divorciados</i>	3
<i>Mujeres divorciadas</i>	2

Fuente: elaboración propia.

En términos absolutos el número de viudos y viudas en la residencia es significativamente mayor que el de solteros/as y el dato se halla muy alejado del de los casados/as y divorciados/as (Gráfico 25). Así y todo, los solteros y solteras también integran un grupo muy significativo al que hay que considerar.

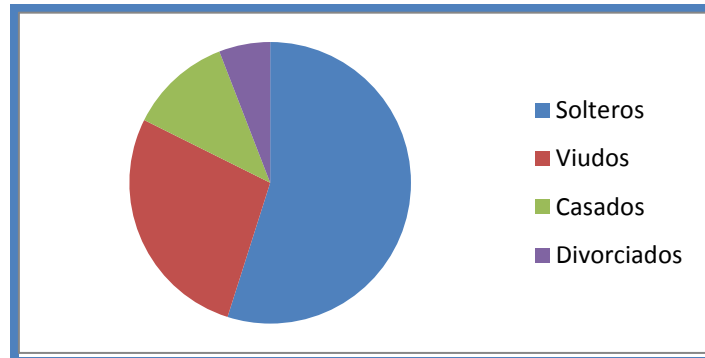
Gráfico 25: Estado civil en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

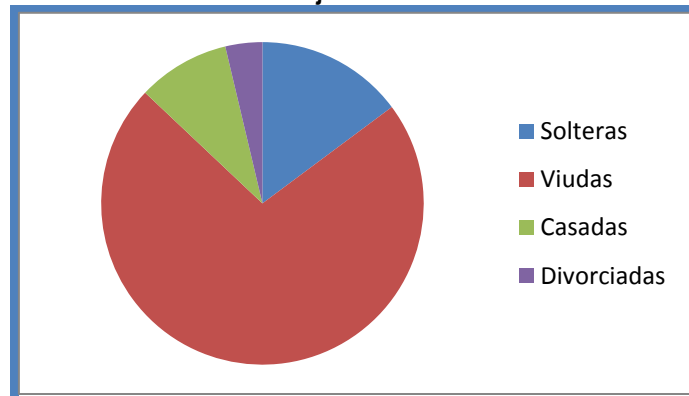
Por sexos, la variable "Estado Civil" es diferente en hombres y en mujeres (Gráficos 26 y 27). Mientras en el grupo de los varones predominan los solteros, en el grupo de las mujeres son más frecuentes las viudas:

Gráfico 26: Estado civil de los hombres en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 27: Estado civil de las mujeres en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

7.2.2.3.- Apoyo socio-familiar

Otro dato significativo es que el número de residentes sin hijos es prácticamente similar al de residentes con hijos (Tabla 59). Lo que cambia es que “hombres sin hijos” y “mujeres con hijos” guardan una proporción parecida. Lo mismo, que con las mujeres sin hijos y los hombres con hijos.

Tabla 59: Posibilidades de apoyo familiar en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

TOTAL RESIDENTES SIN HIJOS	48
Hombres sin hijos	31
Mujeres sin hijos	17
TOTAL RESIDENTES CON HIJOS	57
Hombres con hijos	21
Mujeres con hijos	36

Fuente: elaboración propia.

La existencia o no de hijos debería poder correlacionarse con un mayor o menor nivel de apoyo sociofamiliar traducido en el número de visitas mensuales que recibe el/la residente, número de veces que el/la residente se ausenta de la Residencia para participar en celebraciones familiares, etc. Pero este dato no ha sido obtenido de manera objetiva porque la demanda de un mayor número de visitas o la satisfacción con el grado de apoyo socio-familiar recibido depende tanto de la percepción subjetiva de cada residente como de los datos manejados por la trabajadora social.

7.2.2.4.- Ocupaciones previas al ingreso en “Cardenal Marcelo”

Nos ha parecido interesante conocer cómo estructuraba el tiempo cada residente antes de ingresar en la Residencia, para ello, hemos intentado agrupar algunas áreas de actividad por sexos.

7.2.2.4.1.- Ocupaciones laborales

En este apartado, nos fijaremos en 5 indicadores (Tabla 60):

1. Trabajaba en su casa (cuidando o recibiendo cuidados, tareas de hogar...)
2. Trabajaba en casa de otros (servicio doméstico, limpieza...)
3. Trabajaba en el sector primario (agricultura y ganadería)
4. Trabajaba en el sector secundario (industria y construcción)
5. Trabajaba en el sector terciario (función pública, comercio, transporte, hostelería...)

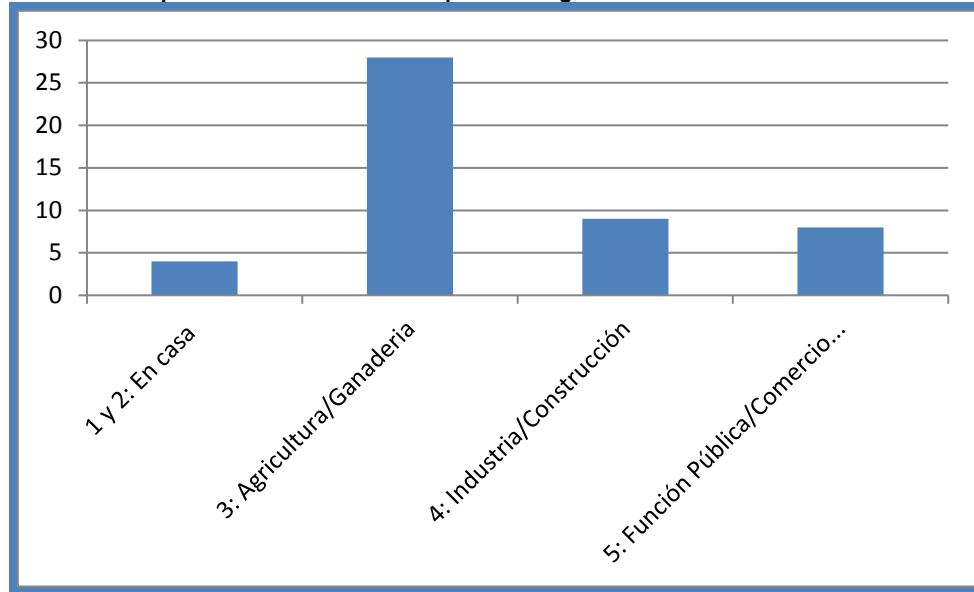
Tabla 60: Áreas de ocupación laboral previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

AREA DE OCUPACION LABORAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1: En casa	4	27	31
2: En casa de otros	-	11	11
3: Agricultura/ganadería	28	10	38
4: Industria, construcción...	9	0	9
5: Función Pública, comercio...	8	6	15

Fuente: elaboración propia.

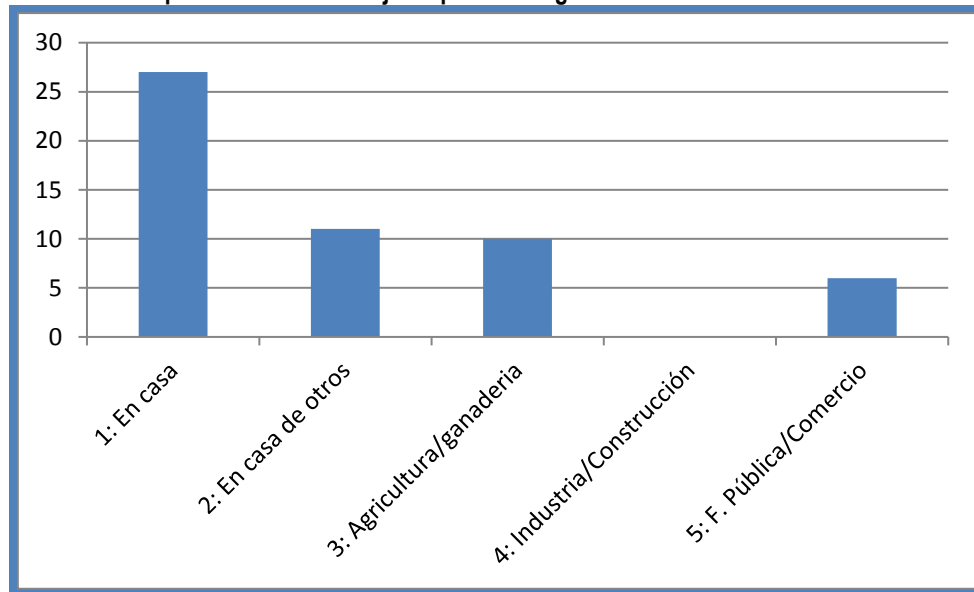
Los datos obtenidos por sexos arrojan diferencias evidentes y significativas (Gráficos 28 y 29, respectivamente):

Gráfico 28: Ocupación laboral en hombres previa al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 29: Ocupación laboral en mujeres previa al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

7.2.2.4.2.- Ocupaciones en el tiempo libre

Las actividades susceptibles de haber sido realizadas durante el tiempo libre por los residentes entrevistados con carácter previo a su ingreso en el centro han sido de muy diversa índole. Las enumeradas con mayor frecuencia (tabla 61) se refieren a costumbres habituales de nuestro entorno cultural y geográfico, con diferencias idiosincráticas con respecto a otros sectores de población como los niños y jóvenes pero similares a las de otros emplazamientos en los que hemos localizado a personas muy longevas. Así, por orden alfabético figurarían por ejemplo las actividades religiosas, o el baile o la actividad física:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Actividades Religiosas | 12. Ir al Centro de Personas Mayores |
| 2. Baile | 13. Jugar a las cartas |
| 3. Bicicleta, deporte... | 14. Leer la prensa |
| 4. Cuidar a algún familiar | 15. Leer libros |
| 5. Cuidar animales | 16. Manualidades |
| 6. Cultivar un huerto, plantas... | 17. Participar en tertulias, charlas... |
| 7. Escribir | 18. Pasear |
| 8. Estar con amigos | 19. Toros/Futbol |
| 9. Estar en casa (tareas del hogar) | 20. TV/Radio |
| 10. Hacer recados | 21. Viajar |
| 11. Ir al bar | 22. Otros |

Algunas de estas actividades suelen vincularse tradicionalmente a las características de las personas mayores (actividades religiosas, cuidar a algún familiar, cuidar animales, cultivar un huerto, ir al centro de mayores o jugar a las cartas). Las mayores diferencias, sin embargo, surgirían dentro de esta misma enumeración al precisar las frecuencias de preferencias de ocupación (Tabla 61 y Gráfico 30) atendiendo a roles de género (Gráficos 31 y 32).

Tabla 61: Preferencias de ocupación previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

OCUPACIONES EN EL TIEMPO LIBRE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Estar en casa (tareas del hogar)	6	19	25
Pasear	11	8	19
Estar con amigos	9	4	13
Viajar	6	6	12
Actividades Religiosas	3	7	10
Jugar a las cartas	6	3	9
Toros/Futbol	7	1	8
Leer la prensa	6	1	7
Leer libros	3	4	7
TV/Radio	5	2	7
Baile	4	2	6
Ir al Centro de Personas Mayores	4	1	5
Cuidar a algún familiar	1	3	4
Manualidades	3	1	4
Otras (hombres: clubes; mujeres: zarzuela, teatro...)	2	2	4
Escribir	2	1	3
Hacer recados	2	1	3
Ir al bar	3	0	3
Participar en tertulias, charlas...	0	3	3
Bicicleta, deporte	0	1	1
Cuidar animales	0	1	1
Cultivar un huerto, plantas...	0	1	1

Fuente: elaboración propia.

Comprobamos como, globalmente, las actividades desarrolladas más frecuentemente han sido estar en casa, pasear, estar con amigos o viajar:

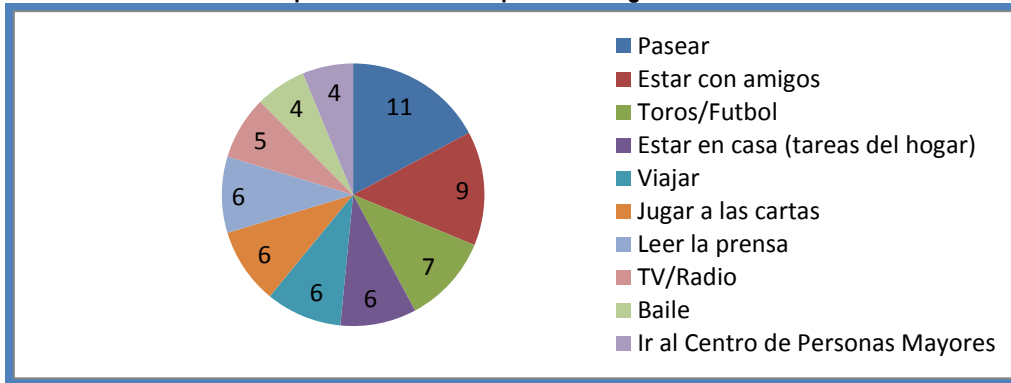
Gráfico 30: Preferencias de ocupación absolutas previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Por sexos, los hombres han preferido pasear, estar con los amigos y ver toros o fútbol.

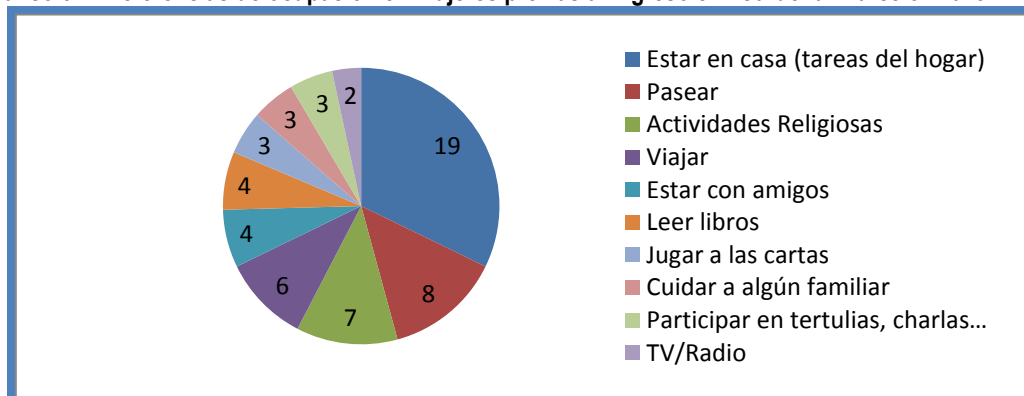
Gráfico 31: Preferencias de ocupación en hombres previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Las preferencias de las mujeres para su tiempo de ocio se han centrado más en estar en casa (en un porcentaje altísimo) además de en pasear o participar en actividades religiosas:

Gráfico 32: Preferencias de ocupación en mujeres previas al ingreso en "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

7.2.2.5.- Preferencias de ocupación actuales

Para valorar las preferencias de ocupación actuales, esto es, a partir del ingreso en la Residencia "Cardenal Marcelo", hemos planteado una pregunta previa (Tabla 62 y Gráfico 33):

- 1.- si conoce las actividades ofertadas por el centro y participa en ellas
- 2.- si conoce las actividades pero no participa en ellas
- 3.- si ni conoce ni participa en las actividades ofertadas por el centro.

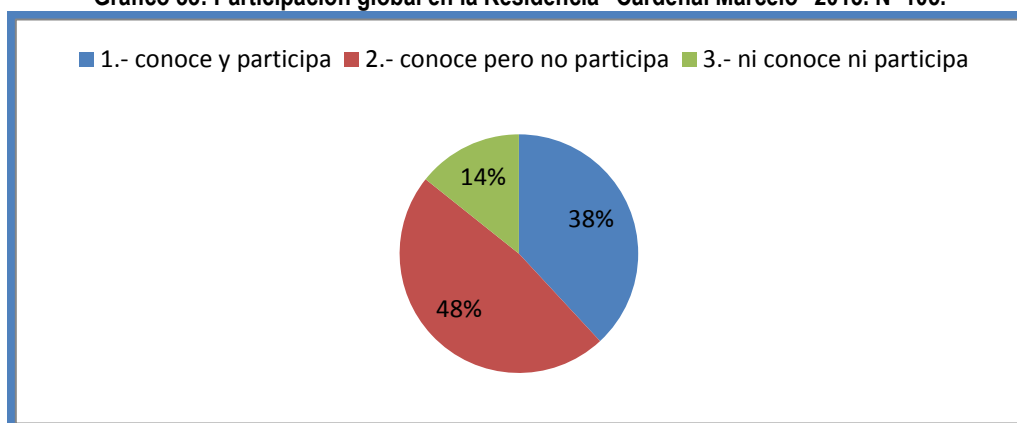
Los resultados son altamente ilustrativos:

Tabla 62: Preferencias de ocupación actuales en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

	Hombres	Mujeres	TOTAL
1.- conoce las actividades ofertadas por el centro y participa en ellas	12	28	40
2.- conoce las actividades pero no participa en ellas	33	17	50
3.- ni conoce ni participa en las actividades ofertadas por el centro.	7	8	15

Fuente: elaboración propia.

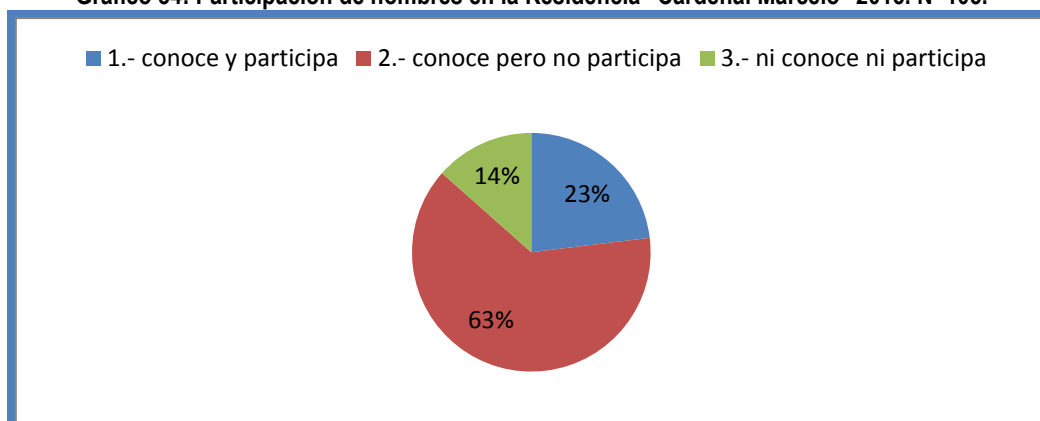
Gráfico 33: Participación global en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



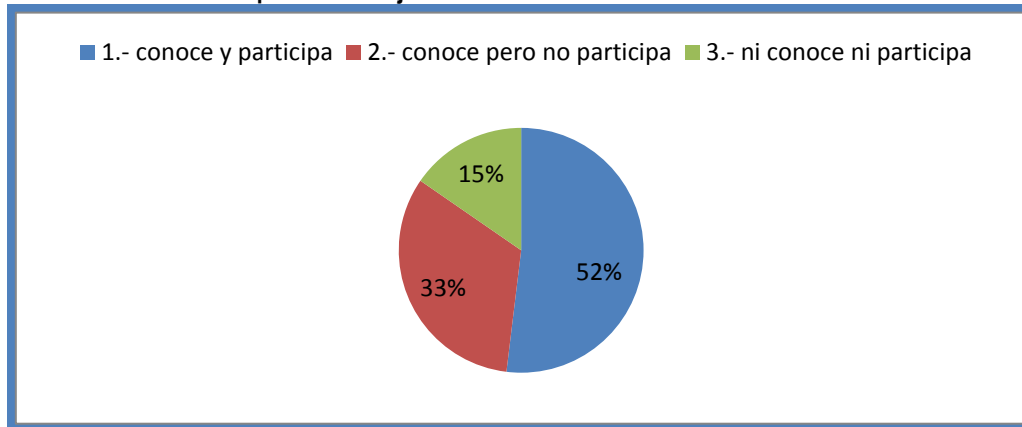
Fuente: elaboración propia.

En términos absolutos la oferta de actividades de la residencia es conocida por un 86% de los/las residentes (Gráficos 33, 34 y 35). La respuesta a la invitación a participar es desigual en función de si se trata de hombres (23%) o de mujeres (52%) con lo que la residencia sería un reflejo de lo que ocurre en la sociedad en la que las personas de sexo femenino responden en mayor número a participar en actividades sociales, culturales o educativas.

Gráfico 34: Participación de hombres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 35: Participación de mujeres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

Fuente: elaboración propia.

7.2.2.5.1.- Evolución de los intereses dentro de Cardenal Marcelo

Este estudio longitudinal sería muy interesante, pero apenas posemos datos de la evolución de los gustos e intereses de los residentes desde su ingreso en el centro. Muchos residentes refieren que han dejado de participar en actividades por las limitaciones funcionales que han ido padeciendo con el tiempo fundamentalmente de orden sensorial (pérdida de visión y audición, fundamentalmente) ya que las pérdidas en la movilidad pueden verse subsanadas con el desplazamiento a los lugares de actividad con el apoyo del personal de atención directa.

Lo que sí apreciamos es que se mantienen alguno de los hábitos anteriores a la institucionalización, como la participación en actividades de carácter religioso, los paseos o las partidas de cartas.

7.2.2.5.2.- Nivel actual de ocupación, aficiones...

El inventario, por orden alfabético, de las actividades que los residentes conocen y en las que participan ofrece interesantes resultados sobre los hábitos relacionados con la ocupación del tiempo libre en el centro (Tabla 63):

Tabla 63: Ocupaciones durante el tiempo libre en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.

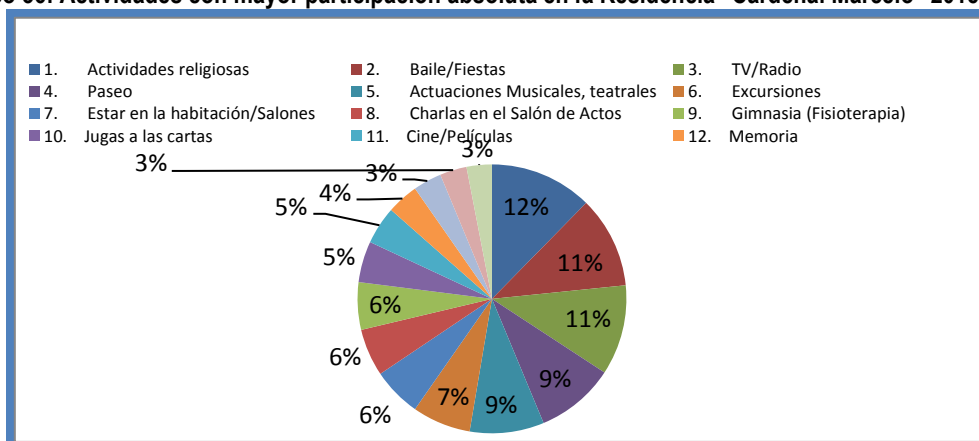
OCUPACIONES EN EL TIEMPO LIBRE	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Actividades religiosas	30	35	65
Actuaciones Musicales, teatrales	20	27	47
Baile/Fiestas	27	31	58
Bingo	3	15	18
Centro de Personas Mayores del Barrio	2	0	2
Charlas en el Salón de Actos	7	23	30
Cine/Películas	4	20	24
Escribir	3	1	4
Estar en la habitación/Salones	22	9	31
Excursiones	12	25	37
Futbol/Toros	8	0	8
Gimnasia (Fisioterapia)	9	21	30
Hacer recados	2	1	3

Ir al bar	9	2	11
Jugas a las cartas	14	12	26
Laborterapia	8	4	12
Leer la prensa	11	5	16
Leer libros	3	1	4
Manualidades / Aficiones	3	14	17
Memoria	3	17	20
Paseo	31	19	50
TV/Radio	32	25	57
Visitas de/a familiares	5	10	15

Fuente: elaboración propia.

Según esto, las quince actividades con mayor participación global, en términos absolutos, serían (Gráfico 36):

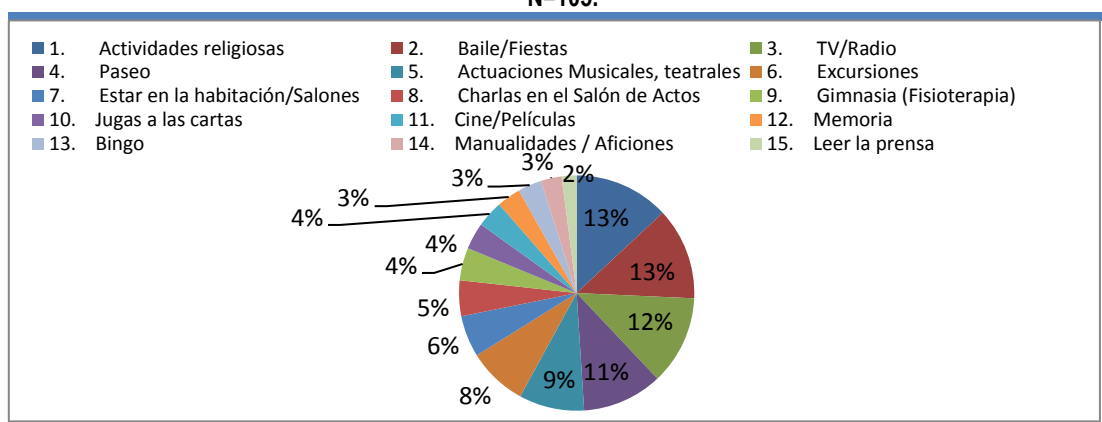
Gráfico 36: Actividades con mayor participación absoluta en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

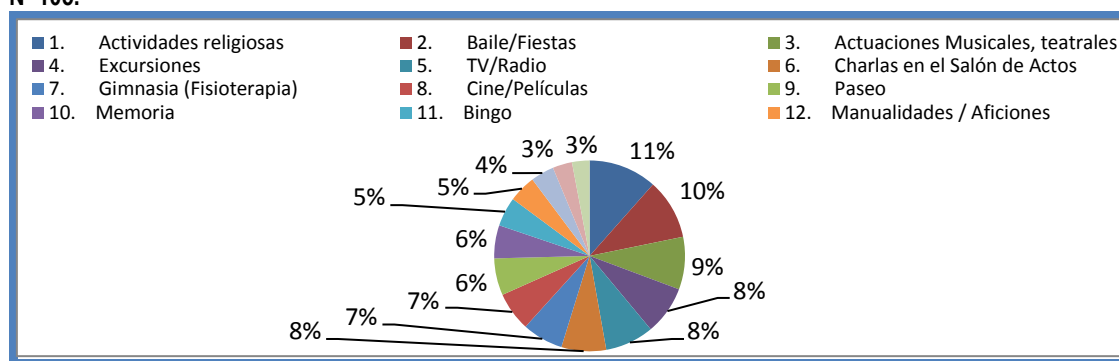
Por sexos, la discriminación de intereses es significativa. Mientras que los hombres (Gráfico 37) siguen la tendencia general de centro -en términos globales- las mujeres (Gráfico 38) manifiestan unas preferencias diferentes:

Gráfico 37: Actividades con mayor participación de hombres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 38: Actividades con mayor participación de mujeres en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Hay que precisar que hablamos en términos globales, cuantitativos. Cualitativamente, habría que precisar cuestiones tales como, por ejemplo, la frecuencia en que tiene lugar estas actividades:

- Diarias: como la memoria, la fisioterapia, las charlas en el Salón de Actos, estar en la habitación, practicar manualidades/aficiones, jugar a las cartas, pasear, leer la prensa o ver la TV o escuchar la radio...
- Semanales: como las actividades religiosas, el cine o el bingo.
- Mensuales: como los Bailes y Fiestas.
- Trimestrales: como las actuaciones musicales o teatrales o las excursiones.

7.2.2.6.- Vivencias relevantes

Las vivencias relevantes forman parte de la biografía de cada residente y sólo arrojan información útil en caso de:

1. Conocer la historia de vida del residente a través de acontecimientos que han jalonado su existencia y, en gran medida, hayan contribuido a forjar los rasgos de su carácter y su personalidad actuales.
2. Desear establecer un hilo argumental que propicie el inicio de una conversación o que permitan abordar una intervención cognitiva utilizando la técnica de las reminiscencias (en este caso, sería interesante contrastar la información facilitada por el propio residente con la de otros informadores cercanos como familiares y/o amigos así como de disponer de material gráfico, como fotografías o vídeos).
3. Intentar conocer su nivel de autonomía funcional a nivel cognitivo
4. Intentar precisar el nivel anímico de la persona.

En este sentido, la información facilitada por los residentes en términos absolutos es también muy interesante (Tabla 64) en lo referente a lo que ellos han considerado como vivencias significativas (por orden alfabético):

Tabla 64: Vivencias más relevantes de los residentes, 2015. N=105.

VIVENCIAS RELEVANTES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Boda	9	23	32
Nacimiento de los hijos	3	19	22
Viajes	10	14	24

Acontecimientos familiares	3	10	13
Recuerdos de juventud	7	6	13
Vida actual en la residencia	1	3	4
Vida en una ciudad concreta	5	2	7
Celebración cultural y social	3	2	5
Amigos	4	1	5
Vida laboral	2	1	3
Noviazgo	4	0	4
Estudios	1	0	1

Fuente: elaboración propia.

Las vivencias más relevantes para ambos sexos han sido, por este orden:

1. El día de la boda
2. Viajes realizados (por placer)
3. El nacimiento de los hijos
4. Determinados recuerdos de juventud
5. La celebración de acontecimientos familiares.

Para los hombres, las 5 vivencias más significativas son algo distintas:

1. Viajes realizados (por placer)
2. El día de la boda
3. Recuerdos de juventud
4. El tiempo pasado en una ciudad concreta (por trabajo, fundamentalmente)
5. El tiempo de noviazgo

Mientras que las mujeres han dado una mayor importancia a:

1. El día de la boda (en una aplastante mayoría)
2. El nacimiento de los hijos
3. Viajes realizados (por placer)
4. La celebración de acontecimientos familiares.
5. Determinados recuerdos de juventud

7.2.2.7.- Expectativas vitales

La enumeración de aquello que esperan de su futuro debería ser muy revelador del grado de compromiso de los residentes con la propia vivencia del momento presente (esperanzador, conformista o negativo) y debería proporcionar indicadores del mejor modo para encarar el futuro a través del diseño de un “Proyecto Personal de Vida” (una de las dos piedras angulares, junto con la “Historia de Vida”, del Modelo de Atención Centrado en la Persona).

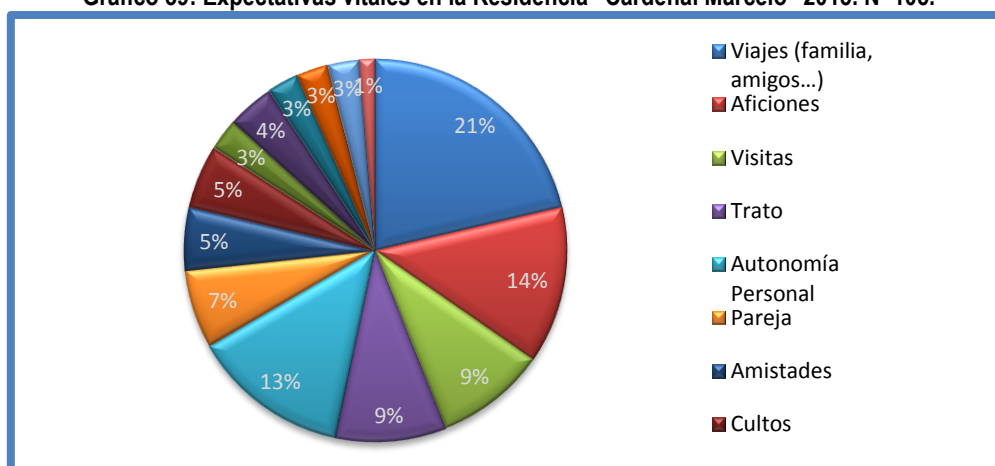
Sin embargo, este trabajo ha revelado que las expectativas forman parte del patrimonio íntimo de cada residente en una medida mayor, si cabe, que las experiencias vitales recogidas en el apartado anterior. Prueba de ello es la enorme dispersión de los datos aportados y que, con el ánimo de facilitar su consecución y con el recordatorio de la discreción debida en el uso de este dato obligado por el sigilo profesional, aparecen enumerados junto con un número relativo al código correspondiente a la persona que así lo ha demandado (en Anexo 5):

1. Hacer algún **viaje, visitar a amigos...** (2, 15, 21, 24, 26, 35, 49, 50, 60, 70, 78, 82, 98, 101, 104) y seguir participando en **celebraciones familiares** (79)

2. Mantener o iniciar alguna **afición**: escribir, mecánica, dominó, reparaciones, costura, huerto, ganchillo, cruetilla, ordenador, punto, pintar con acuarela... (19, 26, 30, 47, 49, 52, 56, 85, 70, 103, 104)
3. Cambiar a una **habitación** individual o más grande o no perder lo conseguido o tener una TV en la habitación (10, 23, 53, 65, 67, 69, 70, 77, 83, 98)
4. Recibir más **visitas** (45, 57, 74, 83, 98, 101, 104)
5. Recibir un **trato** adecuado (22, 58, 88, 90)
6. Mantener la **autonomía personal** (22, 28, 30, 38, 60)
7. Recuperar la **salud** / No padecer dolores (6, 9, 45, 54, 70)
8. Conservar a la **pareja** (18, 82, 84, 97, 105)
9. Hacer nuevas **amistades** para paseo, tertulias... (25, 33, 44, 105)
10. Poder asistir a **cultos diferentes** a los católicos (25, 39, 74, 104,)
11. Practicar más deporte / Participar en **gimnasia** (1, 11)
12. Practicar algún **hábito** en contra de la propia salud o la convivencia (3, 4)
13. Volver a su **casa** (94, 96)
14. Tener Canal + para ver los toros (16) o ver más **cine** (4)
15. Mayor **flexibilidad** de horarios para acostarse, levantarse...(94, 99)
16. Participar en el taller de **Memoria** (26)

Gráficamente, podría expresarse así (Gráfico 39):

Gráfico 39: Expectativas vitales en la Residencia "Cardenal Marcelo" 2015. N=105.



Fuente: elaboración propia.

Estas expectativas (dignas de la mayor de nuestras consideraciones) podrían verse completadas con un apartado de preferencias y gustos expresados por nuestros residentes y cuya consecución podría resultar mucho más sencilla pues tienen que ver con platos favoritos o actividades:

1. No le gusta el pescado de la residencia (15)
2. Le encanta el cocido de la residencia (15, 101, 102)
3. Le encanta la carne a la brasa (25)
4. Le gustaría que hubiera callos (50, 56)
5. Le gustaría arreglar cosas (47, 52)
6. Le gustaría tener la llave de su habitación (52)
7. Le encanta el bacalao (18)
8. Le encantan las manitas de cordero (55)

9. Le encantan los macarrones (77)
10. Le encanta el chicharro, el pollo asado y la lubina (98)
11. Le gustan las sopas de ajo bien arregladas (103)
12. Le gusta la paella, aunque no la de la residencia (43)
13. Le encanta el conejo (80)
14. Le encanta el lechazo (104)

7.2.2.8.- Percepción del clima residencial

Para la valoración de la percepción del clima residencial existen otros muchos instrumentos como “buzón de sugerencias” (existe uno pero no se usa), “las aportaciones de los residentes a través del Consejo de Residentes o de las Asambleas de frecuencia trimestral” así como cuestionarios estandarizados. En nuestra entrevista hemos pedido una respuesta a dos preguntas muy concretas:

- 1.- ¿El ambiente es cordial entre los residentes?: 1 (muy malo), 2 (malo), 3 (regular), 4 (bueno) y 5 (muy bueno)
- 2.- Indique aquello que considere que el Centro realiza especialmente bien.

7.2.2.8.1.- Valoración de la convivencia

El promedio de las respuestas dadas por el grupo de hombres ha sido: 3,29 (por encima del regular), mientras que las mujeres puntuado 3,34 sobre 5. Deberíamos matizar que la respuesta más frecuente ha sido que el ambiente entre los residentes es entre “regular” y “bueno”, si bien en las respuestas de tipo “bueno” podríamos haber intentado precisar entre “bueno” o “muy bueno”.

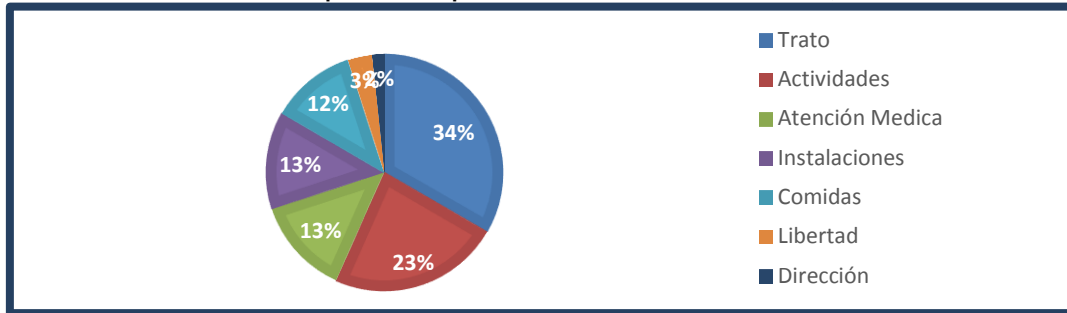
Independientemente de que se hubiera podido inducir otras respuestas, creo que se plantea el reto de mejorar la convivencia o, al menos, de percibir este hecho como un problema.

7.2.2.8.2.- Aspectos más positivos de la residencia

La percepción de lo que el centro realiza especialmente bien resulta altamente ilustrativo por el grado de concentración de las aportaciones de los residentes frente a la habitual dispersión de este tipo de respuestas (Gráfico 40):

1. **Trato**, fundamentalmente del personal de atención directa (3, 4, 6, 19, 23,41, 42, 45, 46, 49, 57, 60, 62, 63, 72, 74, 79, 91, 99, 100)
2. **Actividades** de Fisioterapia/Memoria/Ocio (6, 7, 9, 10, 14, 23, 64, 65, 66, 73, 74, 77, 90, 95)
3. **Atención médica** y de enfermería (44, 48, 72, 74, 83, 97, 98, 101)
4. **Instalaciones**, referente a reformas realizadas, habitaciones individuales, limpieza, jardines... (31, 52, 55, 67, 72, 84, 104, 105)
5. Desayuno, **comidas** (1, 5, 19, 31, 52, 72, 74)
6. **Libertad** (1, 33)
7. **Dirección** (50)

Gráfico 40: Aspectos más positivos de la vida en la Residencia, 2015. N=105



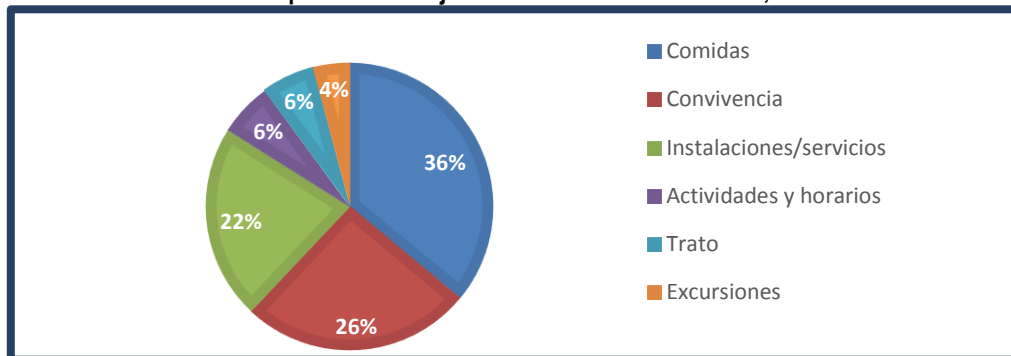
Fuente: elaboración propia.

7.2.2.9.- Propuestas de mejora

Como muestra de la pluralidad de las opiniones expresadas por los residentes recogemos, para finalizar, las distintas propuestas de mejora (identificados con el número de referencia que figura en el Anexo 5) aunque agrupadas para facilitar su interpretación:

1. Preparación de las **comidas** (7, 14, 21, 28, 31, 35, 48, 51, 55, 64, 66, 68, 71, 76, 85, 95, 98, 103)
2. **Convivencia** entre los residentes (11, 15, 23, 38, 45, 50, 64, 67, 70, 71, 81, 83, 92)
3. Mejoras en las **instalaciones** y/o de los **servicios** (15, 16, 23, 25, 26, 29, 36, 52, 60, 81, 86)
4. **Actividades** adaptadas y **horarios** flexibles (58,96, 99)
5. **Trato** recibido del personal de atención directa (7, 96, 98)
6. Más **excursiones** (17, 35)

Gráfico 41: Propuestas de mejora de la vida en la Residencia, 2015. N=105



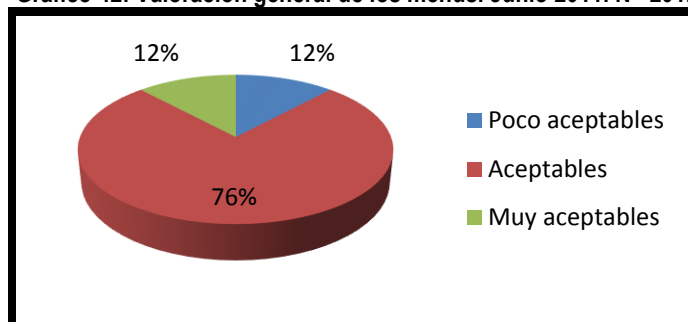
Fuente: elaboración propia.

7.2.3.- Estudio sobre “hábitos nutricionales”

Para el estudio anterior habíamos aprovechado también algunos datos de un estudio nutricional previo realizado en junio de 2011 y que fue realizado a partir de la opinión de 201 residentes. Tras el análisis de las respuestas a una sencilla encuesta sobre satisfacción, a propósito de los menús servidos durante ese mes en la residencia, las conclusiones fueron:

- De forma general los menús son valorados por los residentes como aceptables (Gráfico 42) siendo por tanto mejorables en algunos de los aspectos que identificaremos a continuación.

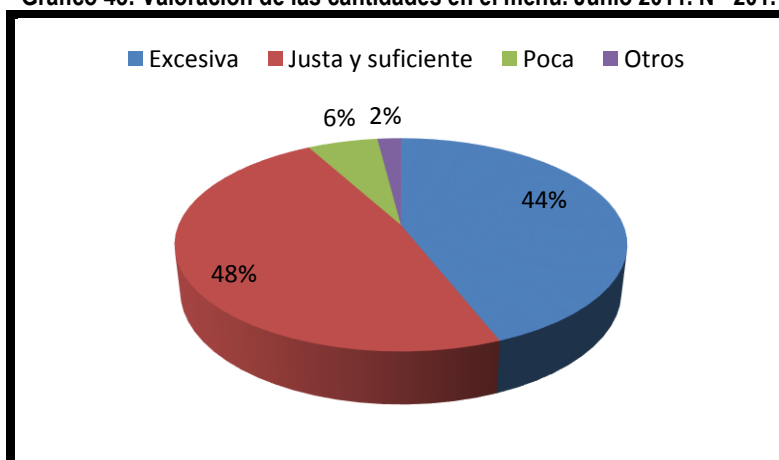
Gráfico 42: Valoración general de los menús. Junio 2011. N= 201.



Fuente: elaboración propia.

- La mayoría de los encuestados afirma que modificaría la manera de cocinar los alimentos y la condimentación quejándose especialmente de las especias y colorantes utilizados en algunos platos como por ejemplo en el caso de la paella. Por el contrario el aspecto que más valoran es la presentación de los platos.
- A la pregunta sobre cómo se sienten a la hora de bajar al comedor la gran mayoría dice sentirse bien y que le resulta agradable, lo mismo sucede con el hecho de comer acompañado por otras personas, les gusta esta situación y además es un valor positivo que favorece sus relaciones sociales aunque alguno destaca que dicho sentimiento varía según la compañía.
- De forma general también podemos afirmar que los menús si se adaptan a sus gustos, costumbres y hábitos, aunque también hay residentes que confirman que si les gustan a pesar de no formar parte de sus preferencias previas.
- Otro de los aspectos valorados en esta encuesta ha sido las cantidades de comida que se sirven. Existe unanimidad en casi un 50% de las respuestas que consideran que la cantidad es o excesiva o justa, como vemos en el gráfico 43. Nuestra percepción al respecto es que la comida sobrante varía mucho en función de menús concretos y de los gustos personales de cada uno de los residentes, por lo que posiblemente sea ésta la causa de dicha diversidad de opinión. Las personas que han preferido responder "otros" han hecho referencia también al tipo de plato.

Gráfico 43: Valoración de las cantidades en el menú. Junio 2011. N= 201.



Fuente: elaboración propia.

6. Al 70% de las personas encuestadas afirma que los menús son variados y equilibrados y al otro 30% le aburren y le parecen monótonos y muy repetitivos. Por otro lado, a la gran mayoría, les sientan bien tanto las comidas como las cenas y realizan la digestión de forma normal.

De manera general sí pueden comer de todo pero es importante identificar alguno de los alimentos que no son aceptados o tolerados por determinados residentes y su causa. Ésta suele ser, en muchas ocasiones, la deficiencia parcial o total de la dentadura, problemas de tolerancia o alergia e incluso problemas gástricos o renales. Si esto se valorara se podría disminuir la insatisfacción de las personas afectadas y las cantidades de comida sobrantes. De todas las personas encuestadas solo una tomaba suplemento nutricional y decía que aunque le gustaba no le ayudaba a sentirse mejor.

Por último también se preguntó por los platos y alimentos que más y menos gustan y sugerencias de los mismos. Los platos que de forma general gustan más son: el cocido (aunque dicen que los garbanzos suelen estar algo duros), los macarrones, la verdura, el lechazo, las patatas a la importancia, las sopas de ajo y el pescado (más concretamente el granadero). Los platos que menos gustan son: las alubias (tanto blancas como pintas), el pescado, el arroz, los purés, las albóndigas, las especias y colorantes y los pasteles salados. Les gustaría que se mejorara el aliño de las ensaladas y se incluyeran otros alimentos como el chicharro, las aceitunas, setas e incluso otra variedad de frutas como el melón o la sandía.

7.2.4.- Estudio sobre “edad biológica”

En este apartado hemos de reconocer una importante limitación. Cuando ya habíamos iniciado las entrevistas a alguna de las 30 personas más longevas de la Residencia durante el periodo 1994-2014, bien directamente o bien a partir de informantes indirectos (familiares, amigos o conocidos), a partir de un instrumento que habíamos diseñado y que identificamos con el nombre de “Cuestionario para estimación de la edad biológica” (Instrumento 11), accedimos a dos importantes recursos online accesibles a través de los Códigos QR 1 y QR2 que, por su facilidad de aplicación, hacen desaconsejable otros modos de cálculo de la edad biológica más allá de que nuestro instrumento permita ver los entresijos de la vinculación entre hábitos de vida saludables y antecedentes familiares y perspectivas de una vida longeva.

Por otra parte, deseamos también referirnos a otros sencillos estudios realizados en este año y propiciados por el programa informático Resiplus® (2016) que nos han permitido referenciar los datos de las investigaciones tanto preliminares como principales:

- hemos cuantificado mediante porcentajes el origen geográfico de la totalidad de los residentes (N=204) por los lugares de nacimiento adscribiéndolo a las zonas que figuran delimitadas por los Centros de Acción Social (CEAS) dentro de la provincia de Valladolid (Gráfico 47);
- y hemos podido comparar los datos del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” con los de edades medias y esperanza de vida al ingreso de una muestra de 175 residentes durante el periodo 2010-2015 (Tabla 66).

7.3.- RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE “LONGEVIDAD EN CARDENAL MARCELO 1994-2014”

Este estudio representa la parte central de nuestra investigación porque no podemos olvidar que el análisis de las historias de vida de Rosina y de Victoriano nace de este contexto. Son 30 casos cuyo resumen en imágenes integra sumariamente el Anexo 4, que es la base del vídeo al que se puede acceder siguiendo el Código QR 3, y cuyos datos principales aparecen en las tablas que conforman el Anexo 5.

Código QR 3: Longevidad en Cardenal Marcelo 1994-2014



Fuente: elaboración propia

Trataremos además de ir comparando sus principales resultados con los de los informes anteriores, sobre todo con dos ellos:

1. El informe sobre “geografía y longevidad” (capítulo 4.4)
2. El estudio sobre el estudio general sobre “preferencias y expectativas vitales en Cardenal Marcelo 2015” (capítulo 7.2.2).

7.3.1.- Categoría contextual (subcategorías 1-3)

Hemos denominado categoría contextual a esta primera categoría que agrupa, de manera introductoria, las subcategorías (entre paréntesis) referidas a tres momentos importantes en las vidas de las personas que hemos estudiado:

- a. (1) Fecha de nacimiento
- b. (2) Fecha de ingreso en la residencia
- c. (3) Fecha de fallecimiento

Nos referíamos a estos datos en el apartado 6.1.2 al describir las características diferenciales de las treinta personas más longevas de “Cardenal Marcelo” durante el periodo 1994-2014. Nos preguntamos ahora (Tabla 65) por los promedios de vida de estas personas (“edad al fallecer”), el tiempo que las personas han permanecido en sus domicilios antes de ingresar en el centro (“edad al ingresar”) y, consiguientemente, sobre el tiempo de estancia en “Cardenal Marcelo” (“años en el centro”).

Tabla 65: Muestra de 30 residentes más longevos en “Cardenal Marcelo” (1994-2014), ordenados por año de nacimiento, con especificación de edad al fallecer, ingresar y de permanencia en el centro.

Nº	Expediente	EDAD AL FALLECER	EDAD AL INGRESAR	AÑOS EN EL CENTRO
1.	302	102,17	85	17,17
2.	489	106,33	87,88	18,42
3.	342	100,83	81,08	19,75

4.	487	99,33	93,08	6,25
5.	858	99,42	92,66	6,76
6.	1097	104,84	100,42	4,42
7.	1001	99,83	95,25	4,58
8.	1041	101,08	96,25	4,83
9.	74	100,50	71,75	28,75
10.	793	99,17	88,25	10,92
11.	523	99,5	82,16	17,35
12.	832	105,5	89,5	16,00
13.	287	100,33	74,25	26,08
14.	926	101,33	89,5	11,83
15.	740	99,58	84,58	15,00
16.	773	101,75	84,58	17,17
17.	911	104,00	87,58	16,42
18.	928	100,17	88,08	12,09
19.	709	99,17	82	17,17
20.	1033	100,58	89,66	10,92
21.	1177	102,00	95	7,00
22.	813	103,92	82,66	11,26
23.	885	100,08	85,33	14,75
24.	1215	99,66	95,66	4,00
25.	972	99,42	85,88	13,54
26.	1185	102,25	93,25	9,00
27.	920	99,75	82	17,75
28.	1024	100,67	85,84	14,83
29.	1279	100,83	95,58	5,25
30.	1309	102,83	96,5	6,33
Σ	-	3036,82	2641,21	385,59
\bar{X}	-	101,23	88,04	12,85

Fuente: elaboración propia

Ya hemos señalado que la residente más longeva de “Cardenal Marcelo” alcanzó los 106 años y cuatro meses de edad en el año 2001, tras 18 años y cinco meses de estancia en el centro residencial en el contexto de los siguientes promedios (Tabla 66):

Tabla 66: Promedios de los 30 residentes más longevos en “Cardenal Marcelo” (1994-2014) en comparación con una muestra de 175 residentes (2010-2015)

PROMEDIO N= 30 (1994-2014) ⁽¹⁾ .	PROMEDIO N = 175 (2010-2015) ⁽²⁾ .
<ul style="list-style-type: none"> • 88 años de edad en el momento de ingresar el centro. • 13 años de promedio de duración de la estancia en el centro residencial. • 101 años de edad al fallecer 	<ul style="list-style-type: none"> • 84 años de edad media al ingresar en el centro. • 11 años de esperanza de vida al ingreso • 95 años de edad es la edad media de los residentes al fallecer.

Fuente: ⁽¹⁾ “Informe sobre Longevidad en Cardenal Marcelo, 1994-2014” ⁽²⁾ “Estudio sobre Esperanza de vida al ingreso en Cardenal Marcelo” a partir del Resiplus © (2016)

En términos absolutos, hablamos de una muestra (N=30) cuya suma de edades cronológicas alcanza los 3037 años de edad de los cuales 395 años han transcurrido dentro de un centro residencia, esto es, un 13% de sus vidas. Hemos tenido que compararla con otra muestra integrada por las 175 personas fallecidas entre los años 2010 y 2015 (ambos incluidos) para poder estimar si las edades de ingreso y deceso así como la duración del tiempo de estancia arrojan datos significativos.

En España la esperanza de vida, recordamos, se encontraba en 83,3 años en el 2014 (Expansión, 2016) cuando, precisamente, esa es prácticamente la edad media en el momento de ingreso en la Residencia “Cardenal Marcelo”.

7.3.2.- Categoría geográfica (subcategorías 4-6)

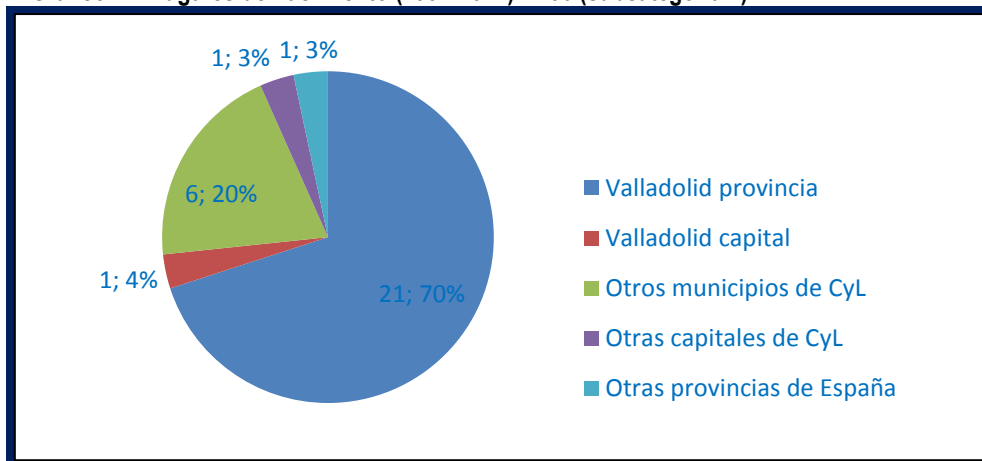
Al analizar la “categoría geográfica” nos proponemos analizar el espacio físico en el que ha transcurrido la mayor parte del tiempo de estas personas. Por eso nos hemos preguntado por el lugar de nacimiento, por los lugares en donde vivieron la mayor parte de sus vidas y por el lugar de procedencia previo al ingreso en el centro.

En cuanto a los dos primeros aspectos, “lugar de nacimiento” y “lugares en donde transcurrió la mayor parte de sus vidas”, hemos consignado si éstos han sido:

- 1.- Valladolid provincia, es decir, alguna de las localidades comprendidas dentro del área de influencia de la Diputación de Valladolid, entidad titular del centro residencial.
- 2.- Valladolid capital
- 3.- Otras localidades del ámbito rural del resto de provincias de Castilla y León.
- 4.- Otras localidades del ámbito urbano del resto de provincias de Castilla y León.
- 5.- Otras provincias de España

Y los resultados han sido que el 93% era originario del ámbito rural (gráfico 44), como no podía ser de otra manera al tratarse de un centro cuyo titular es una Diputación, por definición entidad pública dedicada al gobierno y la administración autónoma de la provincia según el artículo 31.3 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local (Ministerio de Administraciones Públicas, 1985):

Gráfico 44: Lugares de nacimiento (1994-2014) N=30 (subcategoría 4)

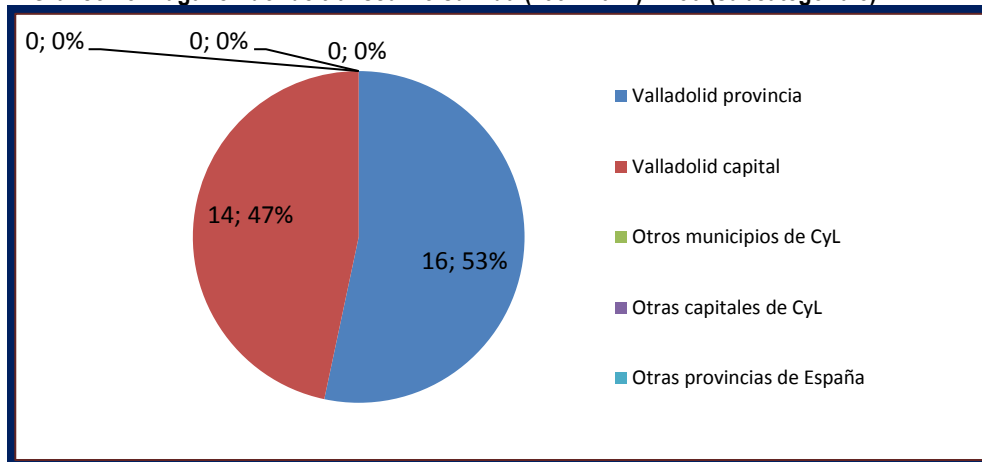


Fuente: elaboración propia

Hemos podido observar que en casi un 50% de los casos, y aunque el lugar de nacimiento haya ocurrido mayoritariamente en el medio rural, en algún momento de la vida de estas personas se ha producido un traslado a la capital (gráfico 45). La tendencia migratoria del campo a la ciudad, aunque en términos absolutos produce un saldo negativo en Castilla y León a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, es positivo en el caso concreto de Valladolid y

particularmente desde el año 1966 como consecuencia de las iniciativas de desarrollo de la ciudad (Romero Valiente, 2004, p. 218).

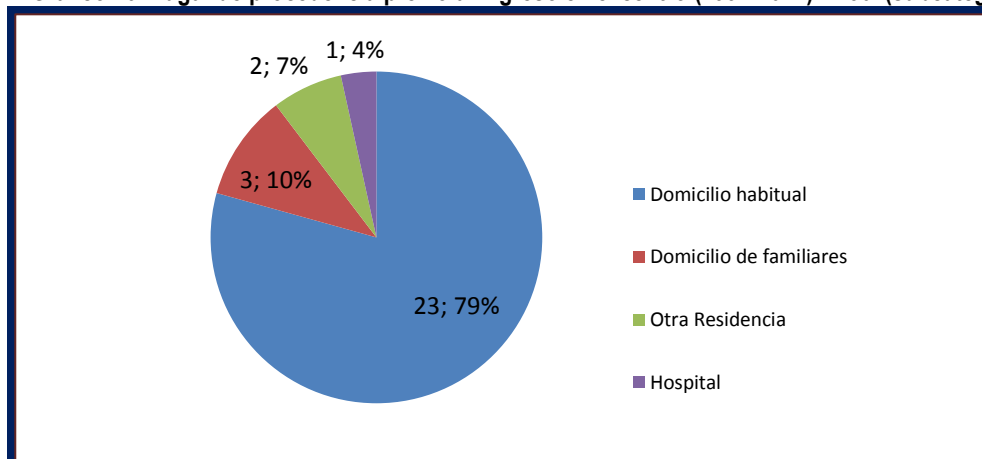
Gráfico 45: Lugar en donde transcurrió su vida (1994-2014) N=30 (subcategoría 5)



Fuente: elaboración propia.

En cuanto al lugar de procedencia, previo al ingreso del centro, hemos querido tener en cuenta si provenían de su domicilio habitual casas, de casa de alguno de los hijos o familiares, de otra residencia o bien de una plaza hospitalaria. Y significativamente, la mayor parte de las personas de la muestra (recordemos que con una edad media en torno a los 88 años en el momento del ingreso) provenían del propio domicilio habitual (gráfico 46):

Gráfico 46: Lugar de procedencia previo al ingreso en el centro (1994-2014) N=30 (subcategoría 6)



Fuente: elaboración propia.

En la imagen siguiente (imagen 32) hemos querido consignar, finalmente, cómo la mayor parte de los residentes han nacido y han permanecido en un ámbito territorial muy próximo a la capital. Aun dándose el caso de lugares de nacimiento un tanto alejados de Valladolid, la gran mayoría de los residentes han nacido y/o vivido a menos de 60 kilómetros de la residencia, esto es en altitudes en torno a los 700 metros. Curiosamente, y sin embargo, esta provincia destaca por poseer uno de los Índices de Desarrollo Humano (IDH de 0,978 en 2012) más altos del mundo (el sexto lugar en España), resaltando como la provincia con mejor índice de nivel educativo de España (ICAL, 2012).

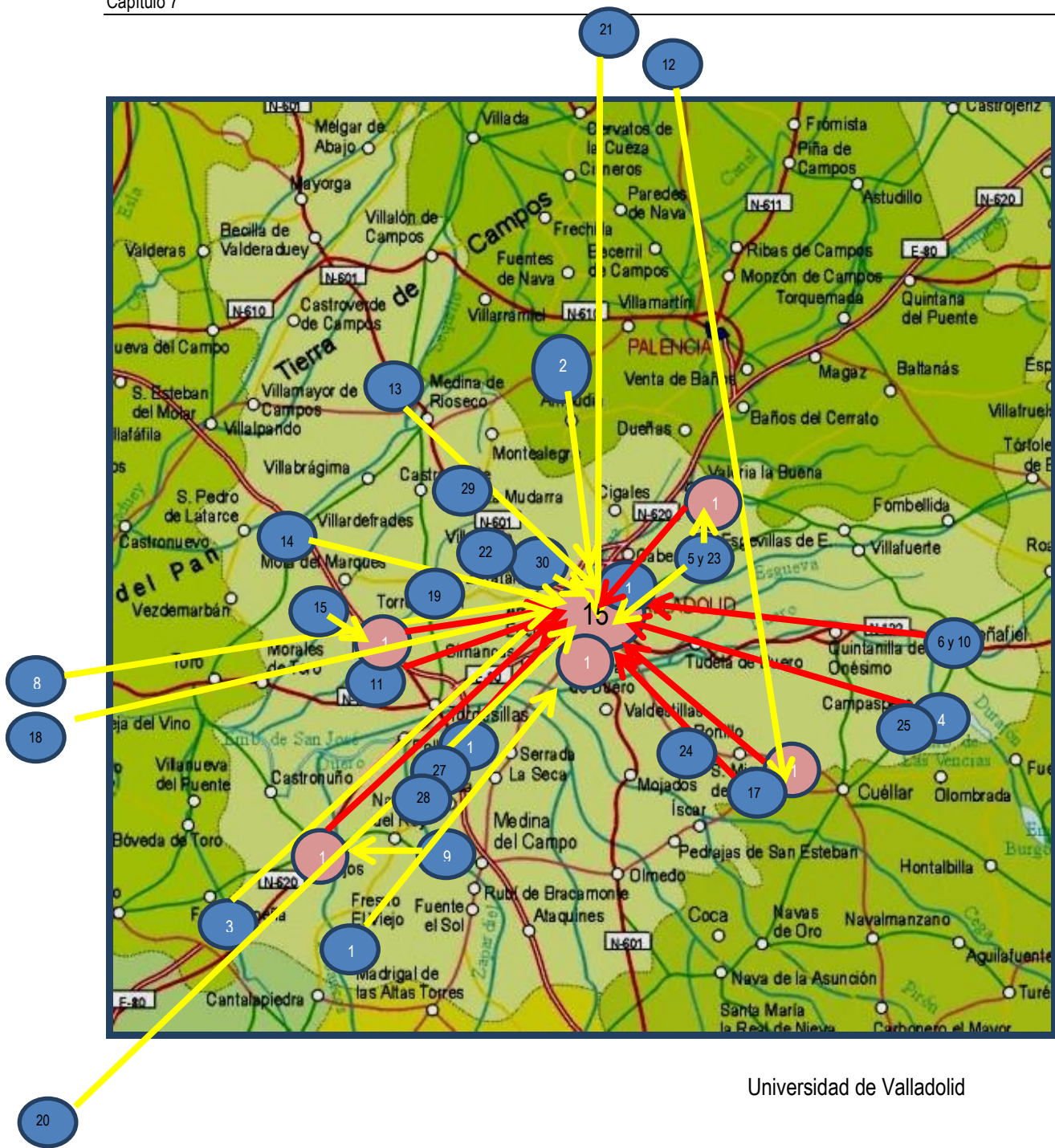






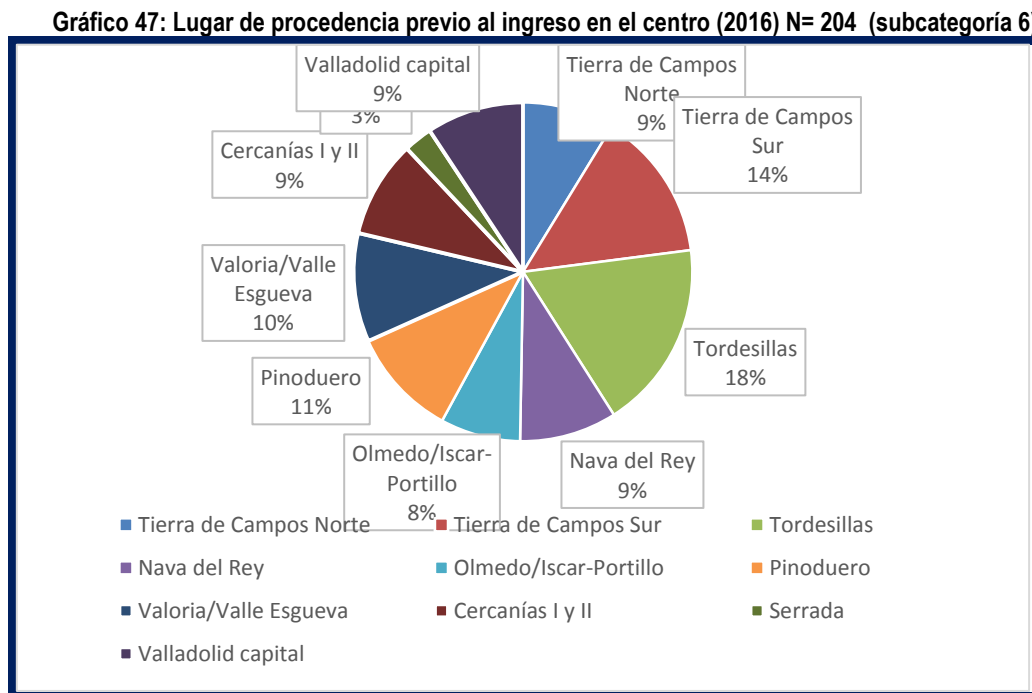
Imagen 32: Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014). N=30 (categoría geográfica)

Leyenda:

-  Lugar de Nacimiento (nº de referencia)
-  Del lugar de nacimiento al lugar de residencia
-  Lugar de Residencia (nº de personas)
-  De lugar de residencia a "Cardenal Marcelo"

Fuente: elaboración propia.

De igual modo, en el gráfico 47 hemos cuantificado los porcentajes actuales (Resiplus®, 2016) de la totalidad de los residentes (N=204) por las zonas geográficas de la provincia de Valladolid que figuran delimitadas por los Centros de Acción Social (CEAS):



Fuente: elaboración propia a partir de Resiplus® (2016)

7.3.3.- Categoría genética (subcategorías 7-13)

En esta categoría hemos intentado indagar sobre el grado de significatividad o determinación de la influencia de los antecedentes genéticos en la longevidad de los sujetos de nuestra muestra. Por ello, en esta categoría hemos aglutinado subcategorías tan diferentes como la búsqueda de alguna correlación entre las edades de defunción y las causas de fallecimiento de padres y hermanos o si ser hombre o mujer ha podido ser determinante para haber llegado hasta estas edades tan avanzadas. En concreto hemos intentado recabar información relativa a:

- (7) Edad de fallecimiento de los padres
- (8) Causas de defunción de los padres
- (9) Número de hermanos nacidos
- (10) Número de hermanos vivos cuando el sujeto de la muestra cumple 100 años
- (11) Edad media de fallecimiento de los hermanos
- (12) Causas de defunción de los hermanos
- (13) Sexo de los sujetos

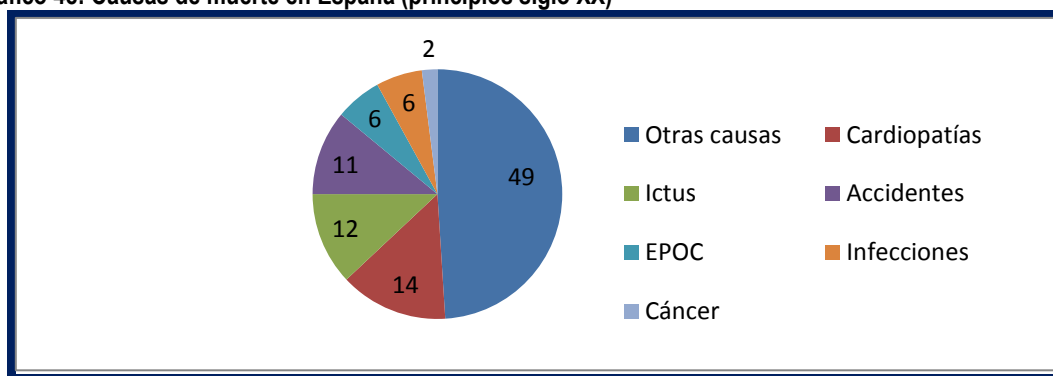
Sin embargo, aunque los factores genéticos parecen estrechamente ligados a los casos de longevidad en los humanos (Crespo, 2006; Perls, 2002), apenas hemos podido validar esos extremos dado que no nos ha sido posible completar todos los datos requeridos bien porque esta información no constaba en ningún registro bien por la vaguedad de la respuesta de los informantes, bien por desconocimiento u olvido, en la mayoría de los casos. En cualquier caso,

pensamos que estos datos deberán ser tenidos en cuenta en ulteriores investigaciones. Veámoslo con detenimiento.

7.3.3.1- Edad y causa del fallecimiento de los padres

Los datos recogidos no nos permiten cuantificar este dato (13,3% de respuestas). Los testimonios, en cualquier caso, no han relatado una especial longevidad en sus progenitores. Al contrario, tanto Rosina como Victoriano coinciden en vivir una temprana experiencia de orfandad. Rosina pierde a su padre en 1911: ella tiene 9 años y su padre apenas 29. Victoriano pierde a su madre en 1915: él tiene 4 años y su madre 35. Al ser preguntados por la causa de muerte, la respuesta es vaga: “pues de lo que se moría antes... enfermó y se murió de repente” –cuenta Rosina-; “a mi padre le entraron unas fiebres” –relata Victoriano-. Sigue la tónica general de algunos estudios (Blanes, 1997) sobre las causas de muerte a principios del siglo pasado en nuestro país (gráfico 48) en donde, efectivamente, éstas no eran muy precisas:

Gráfico 48: Causas de muerte en España (principios siglo XX)



Fuente: Elaboración propia a partir de Blanes, 1997

7.3.3.2.- Número de hermanos nacidos, vivos cuando el sujeto cumple 100 años, edad media de fallecimiento y sus causas

Preguntados por este dato, el porcentaje de respuestas sólo alcanza un 26,66% (8 repuestas). La media del número de hermanos resulta muy alta: más de 8 hijos en cada matrimonio. Ello responde a una tónica general de principios del siglo XX, etapa en la que se produce una paulatina reducción de la mortalidad (Blanes, 1997):

- En 1900 la supervivencia a los 20 años era del 57%, en 1930 del 76% y en 1950 del 95%.
- De igual modo la mortalidad infantil pasó del 18,6% en 1901 al 13,7% en 1925 y al 64% en 1950.

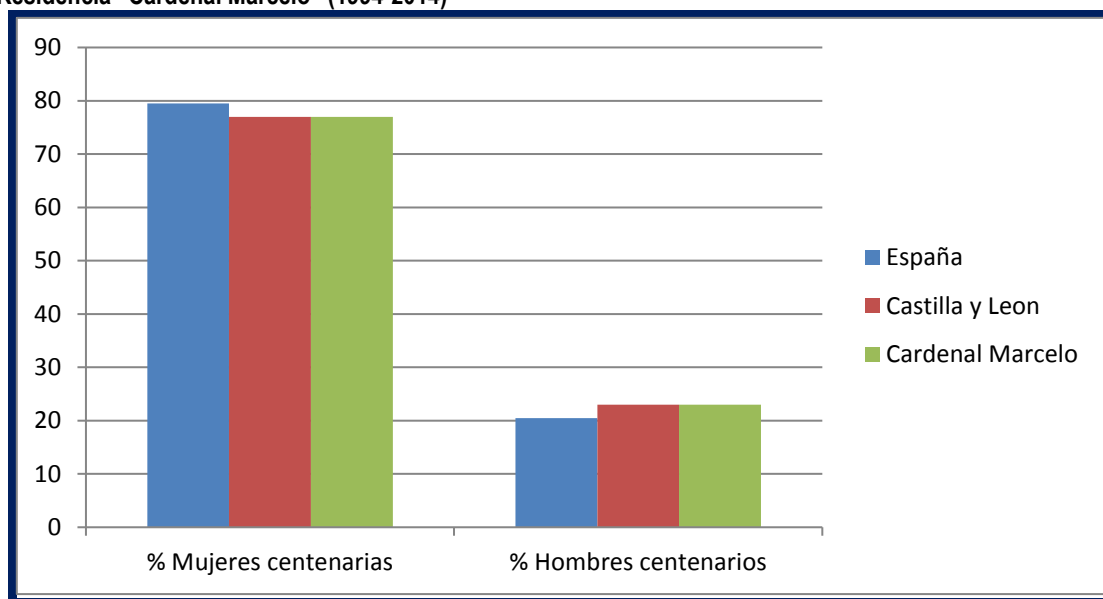
Sólo dos de los residentes longevos encuestados han podido celebrar su cien cumpleaños acompañado por alguno de sus hermanos (6,66%). La primera lectura de este dato es la excepcionalidad de haber alcanzado los 100 años y que, de existir alguna razón genética, ésta no se ha transmitido horizontalmente entre hermanos, ni tampoco – a tenor de los datos anteriores- de padres a hijos, desafortunadamente. Los datos sobre la edad media del fallecimiento de los hermanos así como sobre sus causas, tampoco han podido alcanzar relevancia dado que sólo hay constancia de datos contrastados en uno de los residentes

estudiados. Deberá cuidarse su consignación en caso de desear llevar a término investigaciones similares o de dar continuidad a ésta.

7.3.3.3.- Sexo de los sujetos

Ya habíamos señalado que el porcentaje de hombres y mujeres en la muestra (23% de hombres y 77% de mujeres) es representativo de la distribución por sexos de las personas longevas en Castilla y León documentadas en el año 2012 (INE, 2012^b) y también en España (gráfico 49):

Gráfico 49: Distribución comparativa de personas centenarias por sexos en España, Castilla y León (2012) y Residencia “Cardenal Marcelo” (1994-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de (INE, 2012^b)

Que la proporción de mujeres por encima de los 100 años supere sensiblemente a la de los hombres ocurre en todos los países de Europa. Según datos de Eurostat, (2011) las mujeres de la UE-27 viven 21 años más después de cumplir los 65 años y los hombres 17,4 años. En este contexto España ocuparía el segundo lugar en longevidad dado que las mujeres vivirían, después de los 65 años, 22,7 años y los hombres 18,6 años.

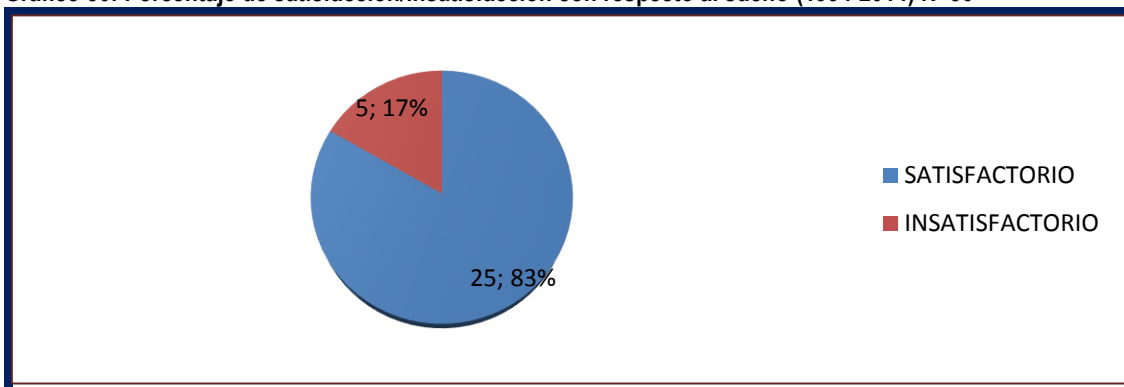
7.3.4.- Categoría “hábitos de vida antes de cumplir 100 años” (Subcategorías 14-18)

Esta categoría comprende los datos clásicamente asociados a la longevidad. Ya nos hemos referido a ellos suficientemente en el capítulo 4 en el sentido de su estrecha relación con el estilo de vida pero deseamos verificar si en nuestra muestra de personas mayores longevas se mantiene esta misma valoración. Las subcategorías resultantes se refieren al grado de satisfacción/insatisfacción al descansar, en el momento de las comidas, en la práctica continuada de ejercicio físico o por consumo de alcohol y tabaco. Deseamos señalar que los datos obtenidos no se refieren tanto al seguimiento de determinadas pautas cuanto al modo de percibir estos momentos como satisfactorios o no.

7.3.4.1- Grado de satisfacción con respecto al tiempo de descanso

Utilizamos aquí los conceptos de tiempo de sueño y de tiempo de descanso prácticamente como sinónimos cuando sabemos perfectamente que se trata de dos conceptos distintos. Pero nos interesa conocer la importancia que las personas mayores le conceden a estos tiempos. Apenas se refieren a la preocupación por el descanso (lo que sería, por otra parte, normal en periodos relacionados con algún proceso de intranquilidad o de enfermedad. Su valoración global (gráfico 50) es buena hasta el punto de alcanzar proporciones de un 83,3% de satisfacción:

Gráfico 50: Porcentaje de satisfacción/insatisfacción con respecto al sueño (1994-2014) N=30



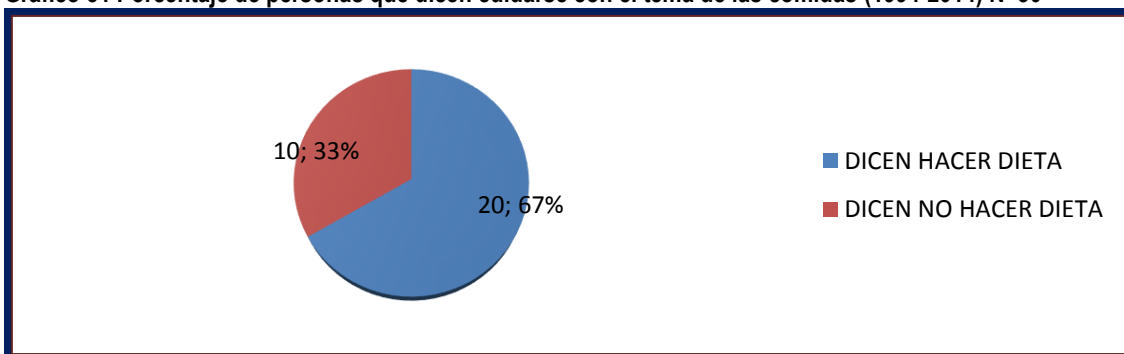
Fuente: Elaboración propia

Nos estamos refiriendo además a personas que a los cien años poseen ritmos de sueño muy estables ligados a hábitos que les llevan a estar en la cama a medianoche y a no levantarse hasta las ocho de la mañana y que, además, suelen reposar la siesta. Independientemente de que estas ocho o nueve horas hayan sido de sueño real, darían la razón a estudio de Kripke (2002) según el cual viven más tiempo las personas que duermen entre seis y media y siete horas y media a lo largo de la noche y menos quienes alteran habitualmente su sueño.

7.3.4.2- Satisfacción con las dietas

Al preguntar si se han cuidado habitualmente con el tema de las comidas, dicen haber hecho dieta comiendo de todo pero en pocas cantidades un 67% (gráfico 51). El resto (un 33%) confiesa que ahora las comidas no son un motivo de preocupación habitual. Si lo fueron en el pasado en el que un 79% reconoce haber pasado hambre durante su infancia e, incluso, adolescencia.

Gráfico 51 Porcentaje de personas que dicen cuidarse con el tema de las comidas (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia.

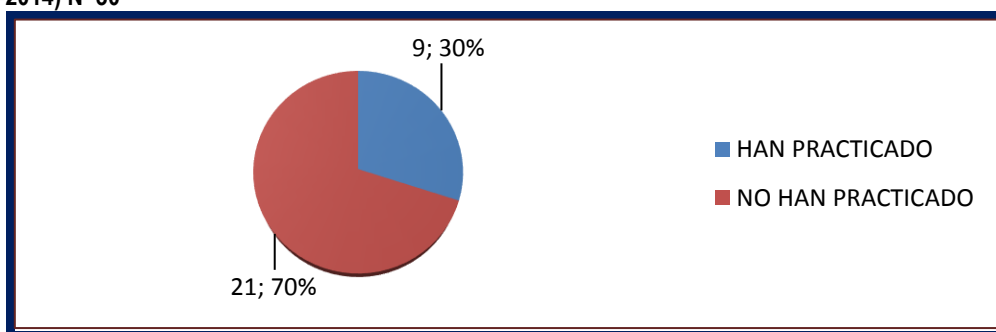
El tema de las comidas es un tema amplia y frecuentemente debatido en el centro residencial hasta el punto de centrar la mayoría de las asambleas convocadas para debatir las propuestas de mejora de los residentes. Para poder aportar un cierto grado de objetividad en los debates, estas asambleas suelen ir precedidas de encuestas. Ya nos hemos referido a la realizada, por ejemplo, en junio del año 2011 y de la que se obtuvo respuesta de un total de 201 residentes.

7.3.4.3- Práctica de actividad física

La práctica de la actividad física ha ido asociada tradicionalmente a los hábitos ocupacionales de este tipo de personas, aunque no exactamente de la mano del ocio. La mayor parte de las personas nacidas a principios del siglo XX trabajaron aprovechando las horas de luz, esto es con “jornadas de sol a sol”, e hicieron uso de una gran inversión diaria de gasto energético.

La llegada de la jubilación redujo gradualmente la necesidad de practicar actividad física lo cual es lógico que provocara una reducción también de los aportes energéticos con la consiguiente pérdida tanto del gasto energético total como de la masa muscular. Varios estudios apuntan en este sentido hacia una disminución de un 10% por década a partir de los 60 años (Capo Pallas, 2002: 9) pero, en cualquier caso, siempre ello estará en función de los hábitos de actividad de cada persona. En nuestro caso, les hemos preguntado sobre si han realizado una actividad física moderada y de manera continuada a lo largo de sus vidas. Las respuestas han sido (gráfico 52) que sólo un 30% reconocen haber practicado actividad física continuada.

Gráfico 52: Porcentaje de personas longevas que reconocen haber practicado actividad física continuada, (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia

Sorprende que sólo 9 personas reconozcan el mantenimiento de este hábito pero nos estamos refiriendo a personas que, por lo general:

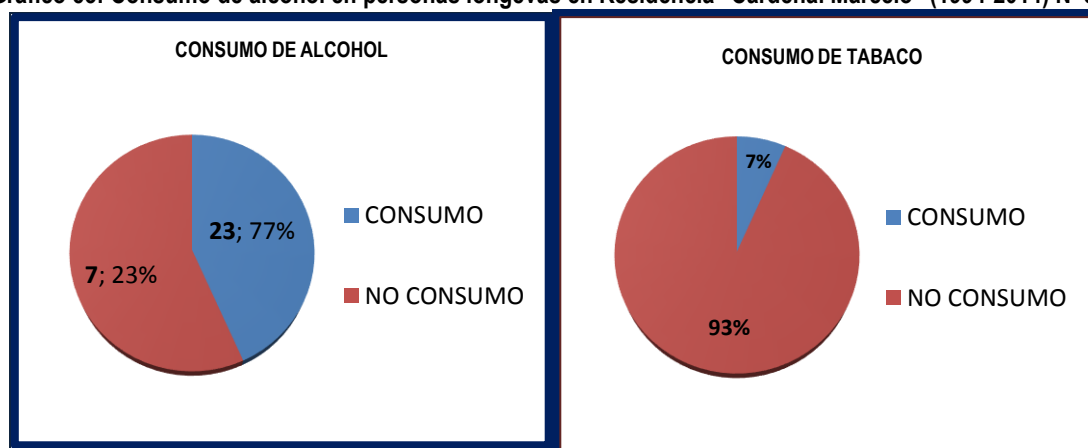
- Han vivido en el medio rural, en entornos medioambientales sanos.
- Han solido caminar (éste era el medio habitual de desplazamiento).
- Han trabajado haciendo uso de un gran desgaste físico en tareas del campo como veremos en el apartado 7.3.10.
- han sabido ajustar perfectamente sus aportes nutricionales a la necesidad de gasto energético, tal como veremos cuando nos refiramos en el apartado siguiente a sus Índices de Masa Corporal.

La clave habría que buscarla en que ellos suelen vincular la práctica de la actividad física al ejercicio físico ligado al ocio y no al trabajo.

7.3.4.4- Consumo de alcohol y de tabaco

El consumo de alcohol y de tabaco (gráfico 53) va ineludiblemente asociado a un hábito nocivo y dañino para el organismo. En el contexto de las personas participantes en este estudio, el alcohol se ha solido limitar al consumo de un vaso de vino en las comidas y no ha existido dependencia tabáquica más allá de que dos personas fumen o hayan fumado de manera ocasional.

Gráfico 53: Consumo de alcohol en personas longevas en Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia

7.3.5.- Categorías “Índice de masa corporal” y “autonomía funcional al cumplir 100 años” (subcategorías 19-21)

Tradicionalmente se ha asociado sobrepeso con una mayor propensión a padecer determinadas enfermedades (Planas, 2010):

- La tasa de mortalidad de las personas con obesidad severa es un 29% mayor en comparación con personas de peso normal.
- El exceso de peso está estrechamente relacionado con determinadas enfermedades que pueden llegar a ser mortales como la diabetes, el cáncer o las enfermedades cardiovasculares
- Los pacientes con obesidad mórbida tienen un riesgo entre 2 y 3 veces mayor que las personas normales de padecer enfermedades graves como el infarto de miocardio.
- La mortalidad cardiovascular aumenta progresivamente a medida que lo hace el índice de masa corporal.

Ello ha llevado a concluir que la esperanza de vida comienza a disminuir de manera significativa desde los primeros indicios de exceso de peso. Para determinar el peso adecuado a cada persona en función de su tamaño se utiliza el índice de masa corporal (I.M.C.) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros. En consecuencia,

- Se considera normal tener un IMC de 20-25 kg/m².

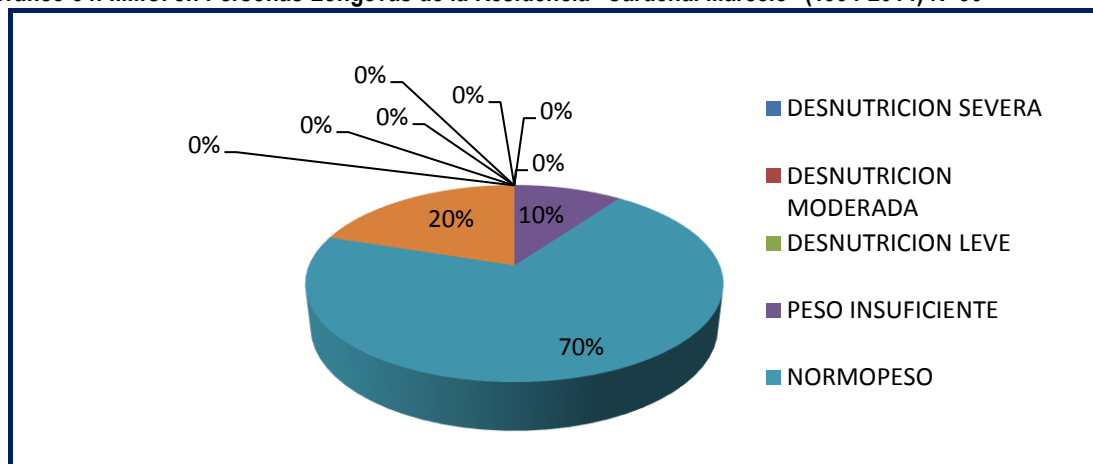
- El sobrepeso comienza cuando el IMC es superior a 25 kg/m²
- La obesidad simple cuando el IMC supera los 30 kg/m²
- Se considera obesidad mórbida si se tiene un índice de masa corporal superior a los 35 kg/m².

El equipo médico de la Residencia "Cardenal Marcelo", integrado por dos médicos y once enfermeras, además de por otro personal de apoyo como nutricionistas y dietistas en prácticas, es muy metódico en la recogida de datos relativos al estado de salud en general y, particularmente, también al estado nutricional. En personas mayores estos datos se cuantifican de una manera ajustada:

- Desnutrición severa: < 16 Kg/m²
- Desnutrición moderada: 16 – 16,9 Kg/m²
- Desnutrición leve: 17 – 18,4 Kg/m²
- Peso insuficiente: 18,5 – 22 Kg/m²
- Normopeso: 22 – 26,9 Kg/m²
- Sobrepeso: 27 – 29,9 Kg/m²
- Obesidad Grado I: 30 – 34,9 Kg/m²
- Obesidad Grado II: 35 – 39,9 Kg/m²
- Obesidad Grado III: 40 – 49,9 Kg/m²
- Obesidad Grado IV (extrema): ≥ 50 Kg/m²

Del análisis de los datos contenidos en los historiales clínicos de los residentes (Resiplus®, 2016), hemos podido realizar una comparativa entre el Índice de Masa Corporal (I.M.C.) de las 30 personas longevas del estudio transversal 1994-2014 (Gráfico 54) y de 201 residentes del estudio nutricional realizado en junio de 2011 (Gráfico 55).

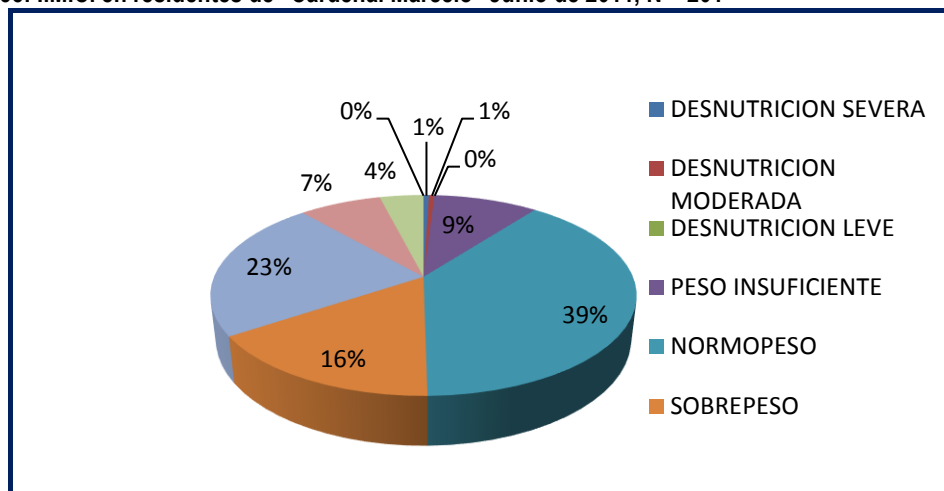
Gráfico 54: I.M.C. en Personas Longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia

Según estos datos hablamos de peso normal en siete de cada diez residentes longevos y sólo dos de cada diez mostrarían sobrepeso (gráfico 51), lo cual desdeciría los resultados de los estudios de la Fundación Orbegozo (Hernández, 1988) sobre prevalencia de la obesidad en España que la estimaba en un 35% en personas mayores de 65 años elevándola al 36% en población anciana no institucionalizada. Estos estudios señalaban también que la prevalencia de obesidad en personas mayores institucionalizadas era del 21% mientras que se tipificaban como individuos con sobrepeso un 44% de los mayores no institucionalizados y el 32% de los institucionalizados.

Gráfico 55: I.M.C. en residentes de "Cardenal Marcelo" Junio de 2011, N = 201



Fuente: elaboración propia

En conclusión, podemos observar que la proporción de personas con normopeso, o peso equilibrado, es abrumadoramente mayor en el grupo de las personas más longevas (N = 30): 70% frente a un 39%. La cifra de personas con sobrepeso, entre las personas más longevas, es de un 20% mientras que en el estudio de 201 personas, del año 2011, la suma entre personas con sobrepeso y obesidad en sus distintos grados alcanza el 50% de la muestra (gráfico 55 y tabla 67):

Tabla 67: Comparativa entre valoraciones nutricionales en estudios transversal (1994-2014) y nutricional (2011)

Valoración nutricional	ESTUDIO TRANSVERSAL PERSONAS LONGEVAS EN CARDENAL MARCELO 1994-2014. N = 30	ESTUDIO NUTRICIONAL PERSONAS MAYORES EN CARDENAL MARCELO JUNIO DE 2011. N = 201
Desnutrición severa	0	1
Desnutrición moderada	0	1
Desnutrición leve	0	0
Peso insuficiente	3	19
Normopeso	21	79
Sobrepeso	6	32
Obesidad Grado I	0	46
Obesidad Grado II	0	15
Obesidad Grado III	0	8
Obesidad Grado IV (extrema)	0	0

Fuente: elaboración propia

Más sorprendentes resultan, si cabe todavía, los resultados del estado funcional de las personas participantes en el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo” durante el periodo 1994-2014 en el momento de valorar la funcionalidad o disfuncionalidad mediante la aplicación del “Índice de Barthel” (Duch et al, 1999). Según estos datos, ningún residente habría alcanzado la discapacidad severa, 3 estarían comprendidos en el tramo diagnosticado como “incapacidad grave”, pero el grueso de los residentes (90%) podría calificarse como autónomo al estar adscrito un grupo de 12 personas dentro de una “incapacidad funcional moderada” y otro grupo de 15 personas mayores dentro de “incapacidad ligera” que, en sentido positivo, ambas se conciben como con autonomía funcional:

Tabla 68: Estado funcional del estudio sobre longevidad en "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30

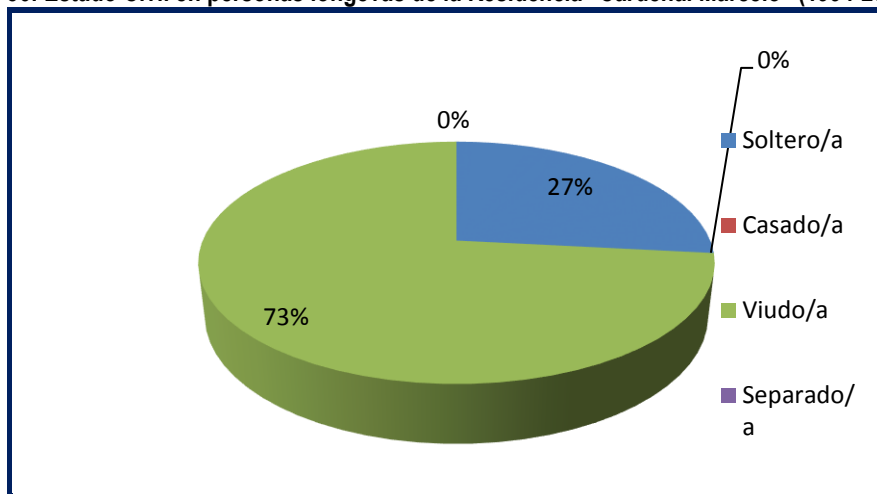
Grado de incapacidad	ESTUDIO TRANSVERSAL N° DE PERSONAS LONGEVAS EN CARDENAL MARCELO 1994-2014. N = 30		Diagnóstico
Severa: < 45 puntos.	0	-	DEPENDIENTE (ASISTIDO/A)
Grave: 45 - 59 puntos.	3	10%	DEPENDIENTE (ASISTIDO/A)
Moderada: 60 - 80 puntos.	12	40%	AUTÓNOMO (VÁLIDO/A)
Ligera: 80 - 100 puntos.	15	50%	AUTÓNOMO (VÁLIDO/A)

Fuente: elaboración propia

7.3.6.- Categoría "Estado civil" e influencia, en su caso, del fallecimiento del cónyuge (subcategorías 22-24)

El estudio de este dato (gráfico 56) nos vino sugerido por la geriatra y miembro del equipo de trabajo de atención sanitaria en residencias de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, D^a Rosa López Mongil, a raíz de la formulación de la hipótesis sobre el influjo del estado de ánimo en la longevidad. Una primera lectura, por ejemplo, nos lleva a valorar el porcentaje de personas viudas y cómo el sobrevivir al cónyuge puede ser determinante a la hora de desencadenar una depresión o, por el contrario, actuar como factor resiliente.

Gráfico 56: Estado Civil en personas longevas de la Residencia "Cardenal Marcelo" (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia.

Efectivamente, sobrevivir hasta los cien años comporta llegar solo. No hay casados ni separados en el grupo de treinta personas estudiados sino que hay tres veces más viudos o viudas que solteros y solteras. Y sólo eso: personas que han alcanzado edades longevas en soledad. De las entrevistas no hemos podido obtener datos significativos sobre si para llegar a los cien años es relevante el tiempo que haya pasado desde el fallecimiento del cónyuge o la edad de éste o el tiempo que llevaban casados. Lo que sí parece importante es que han tenido que superar el periodo de duelo y no hayan desarrollado duelo patológico. Porque hablamos de personas de las que tenemos constancia que han estado casadas en un 43% de los casos y han sobrevivido a sus cónyuges.

7.3.7.- Categoría “número de hijos” (subcategorías 25-26)

Tampoco hemos podido deducir información relevante en las entrevistas sobre lo determinante de poder disfrutar de la compañía de los hijos, en el caso de haberlos tenido. Ya hemos indicado que se trata de un grupo con unas particularidades inherentes a la institucionalización entre las cuales figura, por lo general, un insuficiente apoyo familiar por inexistencia o claudicación de ésta.

7.3.8.- Categoría “farmacología” (subcategorías 27-28)

Las patologías más frecuentes en las personas mayores son las relacionadas con problemas cardiovasculares, del aparato locomotor, trastornos neuropsiquiátricos y alteraciones metabólicas. Consecuentemente, los fármacos de uso más frecuente por la población geriátrica son, en general, los antihipertensivos, los diuréticos, analgésicos, antidiabéticos, hipnóticos, y neurolépticos. Algunos de estos fármacos son de uso continuado como lo utilizados para tratar la hipertensión arterial o la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus o los trastornos del estado de ánimo (Ruipérez y Llorente, 1996.).

En “Cardenal Marcelo” (Resiplus, 2016) destacan por su prescripción los analgésicos, diuréticos, inhibidores de la enzima conversor de angiotensina (IECA), los antiulcerosos, los bloqueadores de los canales de calcio, los antidiabéticos, los hipnóticos, los neurolépticos y los antidepresivos, por este orden. La implantación del sistema informático “Resipuls ®” ha facilitado el acceso a este tipo de datos.

Lo que parece evidente es que el acceso a fármacos cada vez más eficaces por su especificidad ha contribuido a una mejora sustancial de la calidad de vida de las personas en general y de la población geriátrica en particular.

7.3.9.- Categoría “nivel de estudios” (subcategoría 29)

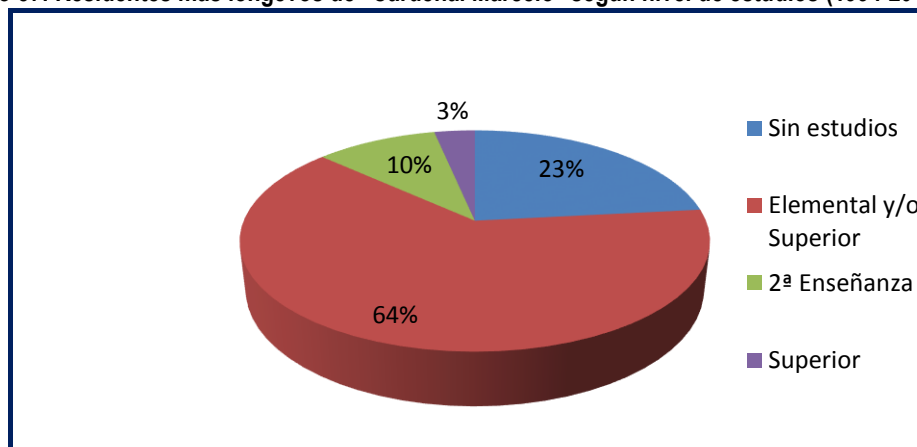
Los valores de referencia que hemos establecido para esta categoría son cuatro: sin estudios, primera enseñanza (elemental o superior), segunda enseñanza (estudios generales o de aplicación) y estudios superiores (gráfico 57). Para esta clasificación nos hemos basado en la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857, conocida como Ley Moyano, dado que, por la edad de los participantes en este estudio, se hallaban afectados por esta norma educativa (Dirección General de Instrucción Pública, 1857) que concebía cada opción de la siguiente manera:

- Sin estudios: se refiere aquellas personas no escolarizadas o que habiendo acudido a la primera enseñanza elemental no lo hicieron con el aprovechamiento debido al no quedar demostradas las competencias en las capacidades básicas de lectura, escritura o cálculo elemental. Siete personas estarían comprendidas en este nivel.
- Estudios de 1ª enseñanza (6-9 años) que podía ser elemental (obligatoria) y/o superior y comprendía las nociones rudimentales de más general aplicación a los usos de la vida y podía adquirirse en las escuelas públicas y privadas de primeras letras y en el hogar doméstico. “La primera enseñanza elemental es obligatoria para todos los españoles.

Los padres o tutores o encargados enviarán a las escuelas públicas a sus hijos y pupilos desde la edad de seis años hasta la de nueve; a no ser que les proporcionen suficientemente esta clase de instrucción en sus casas o en establecimiento particular” (artículo 7). Era gratuita para quienes no pudieran pagarla. Diecinueve de los treinta residentes estarán en esta opción.

- Los estudios de 2ª enseñanza podían ser estudios generales (9 años) o de aplicación (10 años) y comprendía los conocimientos que ampliaban la primera enseñanza y también preparaban para el ingreso al estudio de las carreras superiores. Se impartía tanto en los establecimientos públicos y privados aunque dejaba a una regulación posterior qué partes o materias podrían cursarse en el hogar doméstico, y con qué formalidades adquirirán carácter académico. La segunda enseñanza comprendía estudios generales y estudios de aplicación a las profesiones industriales. Los estudios generales se dividían en dos periodos: el primero de dos años y el segundo de cuatro. Terminados los estudios generales de segunda enseñanza, y aprobados los seis cursos, los alumnos podían ser admitidos al examen del grado de Bachiller en Artes (artículo 23). Hay un residente que estudió música, otro aprobó una oposición como maquinista de la R.E.N.F.E y otro residente que ha publicado un libro de poemas (Velasco, 1997).
- Finalmente, la enseñanza superior comprendía las enseñanzas que habilitaban para el ejercicio de determinadas profesiones y sólo se podría impartir en establecimientos públicos. Sólo hay un residente de la muestra que se halle en esta categoría.

Gráfico 57: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" según nivel de estudios (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia.

A pesar de que estos datos podrían resultar poco alentadores, no podemos obviar que algunos estudios sitúan la provincia de Valladolid a la cabeza del mejor índice de nivel educativo de España y uno de los Índices de Desarrollo Humano más altos del mundo (Gómez, Vicario y Velasco 2012):

“Los resultados en comunicación lingüística, matemáticas, conocimiento e interacción con el mundo físico y competencia social y ciudadana ubican claramente a Castilla y León en la cabeza de España en cuanto a formación de su alumnado” (p. 165).

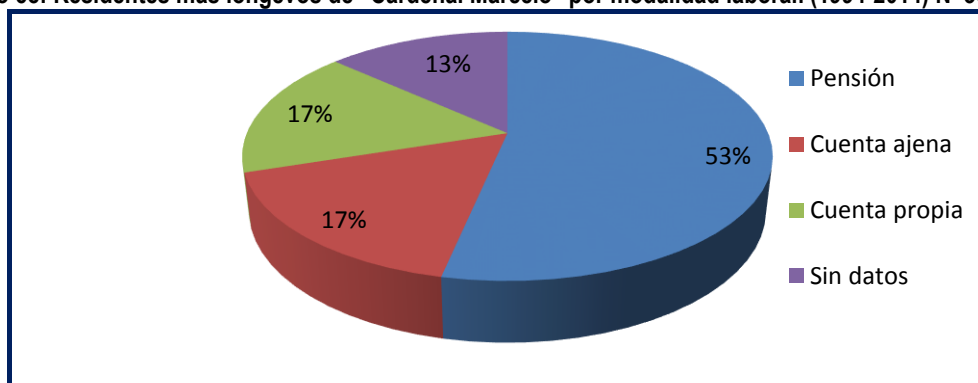
“Castilla y León (0,965) ocupa en 2007 el puesto 4º entre las regiones más desarrolladas de España en términos de desarrollo humano, lo que sitúa a esta Comunidad Autónoma por encima de la media nacional (0,955), y sólo superada por País Vasco (0,990), Comunidad de Madrid (0,983) y Comunidad Foral de Navarra (0,982)” (p. 50).

“Cabe destacar a su vez el índice de esperanza de vida de Castilla y León, pues una de las características demográficas de la Región es el alto grado de envejecimiento de sus pobladores. Este indicador nos muestra que las condiciones de Castilla y León garantizan y permiten que esa población envejecida alcance altos niveles de esperanza de vida, los cuales se sitúan muy por encima de la media nacional, lo que asegura que los castellanos y leones tengan una vida larga” (p. 51).

7.3.10.- Categoría “ocupación” (Subcategorías 30-32)

Deseábamos conocer también si el carácter emprendedor correlaciona con la longevidad y hemos descubierto que no ha sido así en la mayor parte de las personas longevas estudiadas: dicen haber sido receptoras de pensiones (ya sea de viudedad, orfandad o no contributivas) durante la mayor parte de sus vidas lo que, sumado al número de personas trabajadoras por cuenta ajena, alcanzaría un 70%. Los trabajadores por cuenta propia sólo representan al 17% de los encuestados (Gráfico 58).

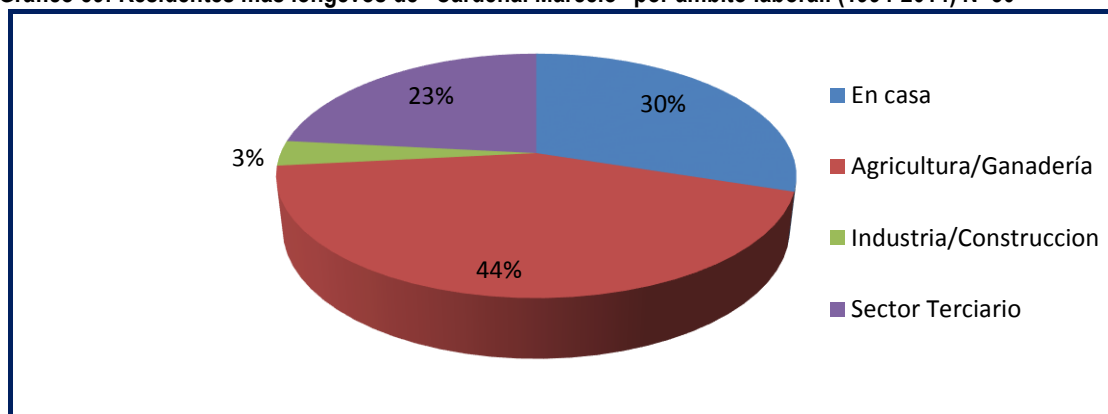
Gráfico 58: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" por modalidad laboral. (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, en este contexto lo frecuente ha sido también haber compaginado la percepción de pensiones con otras ocupaciones, sobre todo con trabajos agrícolas y ganaderos o en tareas del hogar. Un tercio de la muestra ha trabajado en la función pública, hostelería o comercio (sector terciario) y sólo una persona ha trabajado en el ámbito industrial (Gráfico 59).

Gráfico 59: Residentes más longevos de "Cardenal Marcelo" por ámbito laboral. (1994-2014) N=30



Fuente: elaboración propia.

Por lo general nos estamos refiriendo a una generación poco acostumbrada a permanecer pasiva y para la que el ocio no estaba bien considerado, como veremos. Las tareas relacionadas con la agricultura, la ganadería o el cuidado del hogar se han mantenido en el tiempo incluso más allá de la jubilación así, un 75% de los mayores relatan haber cuidado de animales domésticos y el 60% haber seguido cultivando un huerto para autoconsumo.

7.3.11.- Categoría “participación” (subcategorías 33-34)

Estar ocupado es una constante en esta generación para quienes trabajo es sinónimo de virtud y antónimo del ocio. La transgresión de las normas, en forma de celebraciones festivas, es muy puntual y tiene siempre una dimensión comunitaria (celebraciones religiosas, baile...). Como ocio individual sólo se contempla escuchar la radio, ver la televisión, la lectura o el paseo. En el campo las ofertas son más limitadas que en la ciudad en donde existen teatros y casinos y en donde los estímulos culturales encuentran una mayor respuesta de público.

La participación en actividades comunitarias está muy limitada por la dispersión geográfica del medio rural y por lo restrictivo de la legislación vigente. Cualquier posibilidad de iniciativa ciudadana queda en suspenso entre el año 1936 y el 1977 tras un breve periodo de euforia cultural y alta movilización social durante la II República. Las únicas actividades susceptibles de ser secundadas ahora son las organizadas por ayuntamientos y parroquias habitualmente en torno a las fiestas patronales.

La llegada de la radio supuso nuevos espacios de información y también de entretenimiento tras las primeras emisiones a finales de 1923. La aparición de la televisión a finales de los años 50 introdujo otras novedades como la organización de teleclubes que se anticiparon a la propagación de estos aparatos a los domicilios particulares.

Lo habitual hasta ese momento había sido –suelen relatarnos- la reunión de los vecinos en las solanas o en corros a las puertas de las casas aprovechando las horas de luz, y atentos a las demandas que se hicieran a toque de campana o del cornetín del pregonero.

El nacimiento de la animación sociocultural en el periodo de entreguerras, como tecnología social auspiciada por el Consejo de Europa y encaminada a salvar el foso cultural existente entre las élites y el pueblo a través de la educación permanente y de adultos (Quintana, 1985), adquiere matices distintos en España al llegar de la mano de un gobierno más preocupado por preservar el orden establecido que en elevar el nivel cultural y educativo de la población.

Es comprensible que el resultado de cuarenta años de colonización política diera como resultado un tipo de personalidad sumisa y fácilmente acomodable a unas circunstancias externas muy cambiantes y demandantes de un nuevo perfil ciudadano: el de un consumidor de nuevos productos que revolucionan la vida y la costumbre de las personas mediante la generalización de todo tipo de electrodomésticos o vehículos, por poner algún ejemplo.

7.3.12.- Categoría “personalidad” (subcategoría 35)

La ausencia de trastornos en el estado de ánimo es prácticamente una constante en los treinta residentes longevos estudiados. De manera complementaria señalar que se repiten los calificativos, de quienes les conocieron, de personas optimistas, alegres, simpáticas, pacientes, amables, serena, tranquilas, sociables, participativa, con sentido del humor...

Algo que llama la atención es que viven sin preocupación, sin ansiedad, como si hubieran resuelto el problema del sentido de la vida alejándose de toda presión tanto del pasado como del futuro. Al serles preguntado qué es lo más valioso para ellos, responden que sin duda es la salud y, dentro de la salud, valoran no tener dolores, conservar la memoria y valerse por sí mismos. Ello nos lleva a preguntarnos si, además, se trataría de tipos de personalidad resistentes al estrés y con afrontamientos exitosos de situaciones en sí mismo conflictivas, esto es sin consecuencias negativas para la salud. Para ello, nos hemos fijado en seis características concretas de personalidad consideradas potencialmente patógenas (ya definidas en el capítulo 4.3.10) y en sus correspondencias en positivo y hemos preguntado a sus familias y conocidos sobre cuál de ambas conductas ha predominado:

7. Irascibilidad versus serenidad
8. Hiperactividad versus cooperación y adecuada autoestima.
9. Indefensión ante acontecimientos estresantes versus resiliencia.
10. Inhibición de emociones negativas versus espontaneidad a la hora de expresarse emocionalmente.
11. Afectividad negativa versus optimismo y confianza en el futuro.
12. Alexitimia versus empatía y solidaridad con las demás personas.

Tras el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” a partir del análisis de una muestra de las treinta personas más longevas, el retrato resultante es, en general, el de personas serenas, solidarias, amables aunque no exentas de carácter y combatividad en lo fundamental, como a la hora de reivindicar sus derechos o el bienestar de sus seres queridos y, sobre todo, confiadas y optimistas con respecto al futuro. Pero también nos hemos encontrado con personas conformistas en lo accesorio, incluso sumisas ante lo que es imposible cambiar por no depender de su voluntad ni de su esfuerzo. Ello nos lleva a suponer una gran inteligencia para ser capaz de diferenciar lo fundamental de lo accesorio o lo que puede o no ser cambiado.

La diferencia entre envejecer normalmente y hacerlo de una manera exitosa está no tanto en el número de años que se hayan vivido cuanto de la calidad del tiempo vivido: si para vivir más tiempo son determinantes los avances científicos, para hacerlo con éxito es fundamental algo más intangible como el arte, concebido como una actitud, un talante. En cualquier caso, se puede educar en la ciencia o en el arte y, por tanto, ambos son susceptibles de una pedagogía. Estamos convencidos de que la personalidad se hace, se va desarrollando en la continua interacción con el entorno y, por tanto, se puede modificar, desde una actitud intencional, mediante un proceso educativo.

7.4.- RESUMEN DE RESULTADOS

Aunque existen algunas reglas generales, la realidad es que el envejecimiento es un proceso que afecta de manera diferente a cada persona. La diferencia la establecen circunstancias individuales como, fundamentalmente, los antecedentes familiares y los hábitos de vida. Pero ni esos antecedentes determinan la posibilidad de envejecer de una manera exitosa ni los hábitos de vida se circunscriben al ámbito del descanso, la dieta o la práctica de ejercicio físico.

Los antecedentes familiares suelen vincularse a una determinada predisposición genética, pero hemos visto que los genes son actualmente modificables por la ciencia y la tecnología y, por tanto, susceptibles de formar parte de procesos de aprendizaje estructurados. Por otra parte, los hábitos relacionados con el descanso, la dieta o la práctica de una actividad física continuada están estrechamente relacionados con la propia personalidad del individuo. Esta personalidad es la que le predispone para la adopción de determinadas decisiones que pueden afectar a la elección del lugar en dónde vivir (categoría geográfica) y, lo más importante, sobre cómo vivir.

El modo cómo queramos vivir debe anticiparse, diseñarse y materializarse por escrito en un instrumento que es el “proyecto de vida” y en el que tendrán cabida explicitaciones acerca de decisiones muy importantes que afectan, por ejemplo, a las categorías “índice de masa corporal”, “autonomía funcional”, “estado civil”, “número de hijos”, “farmacología”, “nivel de estudios”, “ocupación” o “participación”. Además del talento para dictar esas decisiones, en la personalidad también cabe considerar el talante de cómo afrontarlas y, si existe una capacidad que concilie perfectamente la aptitud y la actitud más adecuada, ésta podría resumirse en el concepto de “serenidad”.

La edad es, en consecuencia, un concepto relativo. No debería medirse en términos de cantidad de años vividos sino en el modo en que éstos han sido vividos y también en tiempo por vivir. La edad biológica determina este potencial y, sin embargo, y a la luz de los estilos de vida más extendidos en nuestro contexto occidental, parece existir un deseo de vivir de espaldas a él. Tampoco se busca medir el tiempo por vivir en términos cuantitativos. Existe un consenso en torno a que es preferible la calidad del tiempo vivido a la cantidad del mismo. La ocupación, el modo en el que invertimos ese tiempo disponible, determina esa calidad del tiempo vivido. En este contexto, es fundamental que los poderes públicos garanticen que las personas tengan opciones y conserven autónomamente su capacidad de elección, primero, y de decisión, después. Para ello resulta de vital importancia la educación. Una pedagogía basada en el diseño de “proyectos de vida” y en la que prevalezca que puedan participar los perfiles profesionales más idóneos, hará viable que las personas no sólo sean longevas, sino que lo sean exitosamente.

Capítulo 8

Historias de Vida de Rosina Rodríguez y Victoriano Mucientes

“Si quiero no me aburro pero, si quiero, me aburro un poco” (Rosina, 6/6/2001)

“A veces para poder ganar hay que comenzar perdiendo” (Victoriano, 26/6/2011)

Nos hemos centrado en Rosina y en Victoriano por representar, a nuestro juicio, dos perfiles complementarios (una mujer y un hombre, con hijos y sin hijos...) y representativos de las personas longevas con las que hemos tenido la fortuna de trabajar a lo largo de los últimos años.

No ha sido fácil elegir sólo a dos de los treinta casos que integraban el Estudio sobre “Longevidad en Cardenal Marcelo 1994-2014”. Las historias de vida de todas ellas eran merecedoras de lograr un lugar destacado en nuestra investigación. Nos hemos decantado por Rosina Rodríguez, en primer lugar, por la empatía con la que conectamos ambos: informante e investigador. La alta frecuencia y la óptima actitud con la que participó siempre en las actividades del centro la convirtieron en un referente para el resto de residentes. Tanto Rosina (Código QR 4) como Victoriano (Código QR 5) depositaron una gran confianza en el investigador y se prestaron a vivir experiencias nuevas como, por ejemplo, aceptar participar en entrevistas periodísticas en un intento por tratar de desentrañar el secreto de su longevidad. Para presentar sus casos, hemos partido de sus “Historias de Vida” muy ricas, por otra parte, en matices merced al número de aportes documentales que hemos podido ir reuniendo para su análisis. Una muestra podría verse, si así se desea, en los vídeos a los que nos remiten los siguientes códigos QR:

Código QR 4: “Rosina y el mar”



Código QR 5: “Victoriano Mucientes”



Fuente: elaboración propia

8.1.- INFORMACIÓN EMPLEADA

De una manera muy esquemática, trataremos de inventariar las técnicas y modos de proceder para reunir la información con la que hemos elaborado estas “historias”.

8.1.1.- Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Tal como señalábamos en el capítulo anterior, fundamentalmente hemos utilizado escalas estandarizadas, cuestionarios y entrevistas. Los hemos inventariado a continuación.

8.1.1.1.- Escalas estandarizadas:

8. Instrumento 2: Índice de Katz para valoración del grado de autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Katz et al, 1963)
9. Instrumento 3: Índice de Barthel para valoración de la autonomía en actividades de la vida diaria básicas o AVDB (Duch et al, 1999)
10. Instrumento 4: Escala de Lawton y Brody para valorar el grado de autonomía en actividades de la vida diaria instrumentales o AVDI (Lawton y Brody, 1969)
11. Instrumento 5: Escala de Yesavage para detección de trastornos de estados de ánimo (Yesavage et al, 1983)
12. Instrumento 6: Mini-Examen cognoscitivo de Lobo (Lobo y Ezquerro, 1997)
13. Instrumento 7: Cuestionario de Pfeiffer (1975)
14. Instrumento 8: Evaluación de la calidad de vida (Fumat)

8.1.1.2.- Cuestionarios:

1. Cuestionarios breve sobre ocio (fechados en 1996, en el caso de Rosina, y en 2008 en el caso de Victoriano)
2. Cuestionario de opinión sobre ocio 2000 (Rosina) y 2010 (Victoriano)
3. Análisis de ocupación en “Cardenal Marcelo” (2006 y 2010, respectivamente)
4. Instrumento 11: Cuestionario para estimación de la edad biológica.
5. Instrumento 12: Instrumento para determinar el grado de autonomía en las actividades avanzadas de la vida diaria (AVDA)
6. Instrumento 13: Cuestionario sobre longevidad para análisis por categorías:
 1. Geográficas y entorno físico
 2. Genéticas (herencia y sexo)
 3. Hábitos de vida (descanso, dieta y ejercicio)
 4. Estado civil
 5. Nivel económico y condiciones de vida
 6. Acceso a los avances farmacológicos
 7. Nivel de estudios
 8. Nivel de ocupación en actividades de trabajo y de ocio
 9. Nivel de participación en la vida social y cultural
 10. Tipo de personalidad

8.1.1.3.- Entrevistas:

A Rosina Rodríguez

1. Para elaboración de historias de vida, celebraciones...
 - a. Al ser elegida Águeda Mayor el 2/2/1998.
 - b. En sus cumpleaños: del 100 al 105 cumpleaños.

- Para la prensa:
 - a. 6/6/2001: Canal 4 de la Televisión de Valladolid
 - b. 13/9/2002: “Castilla y León en Vivo” de TVE en Castilla y León
 - c. 22/11/2002: Canal 4 de la Televisión de Valladolid
 - d. 29/2/2002: El Mundo de Valladolid

A Victoriano de la Fuente

1. Para elaboración de historias de vida
 - a. 21/6/2011: Entrevista biográfica
 - b. 16/9/2011: Sobre la actividad física
 - c. 27/6/2011: Sobre nutrición y relaciones sociales
 - d. 1/8/2013: Monográfico sobre VMF en el “Aula de Mayores”
 - e. 19/9/2013: Entrevista a su familia con motivo del 102 cumpleaños (audio)
2. Victoriano en la prensa:
 - a. 2011: Revista “La Solana”
 - b. 27/6/2011: “A vivir bien” de la Televisión de Castilla y León
 - c. 31/10/2012: Cadena Ser
3. Celebraciones de cumpleaños: 100-102 cumpleaños

8.1.1.4.- Documentos personales:

Completamos la información con una representación gráfica del siglo largo de vida de nuestros protagonistas. Mediante la historiografía o biograma, relacionaremos cada año de sus vidas con un lugar, unos hitos históricos, algún hito personal y el inventario de personas y experiencias (sobre todo celebraciones, viajes...) relevantes.

8.1.2.- Forma de estructurar la información

La información obtenida de las escalas, cuestionarios y entrevistas enumeradas anteriormente nos permitirán agrupar la información en torno a alguno de los aspectos menos abordados por la literatura científica sobre el tema de la longevidad pero que consideramos que su consideración es relevante:

- 1.- Integración en la vida residencial
- 2.- Participación en las actividades
- 3.- Hábitos y habilidades sociales
- 4.- Rosina y Victoriano en los medios de comunicación
- 5.- Su carácter y personalidad
 - de Rosina: “el mar, metáfora de la serenidad”.
 - de Victoriano: “el bar, espacio de significados”

Estos cinco aspectos forman parte de las categorías “ocupación”, “participación” y “personalidad” descritas en el apartado 6.4.

Aunque se ha tratado de una selección intencionada, consideramos tanto a Rosina como a Victoriano ejemplos adecuados para conseguir los objetivos del estudio. No se conocieron entre sí o, al menos, no coincidieron en el tiempo en la Residencia, sin embargo, compartieron el deseo de tratar de profundizar en las razones de haber sido bendecidos con el don de la longevidad. Para alcanzar este objetivo, trataremos de narrar ambas biografías aproximándonos al método descrito por Flecha (1997) en sus sesiones de educación de adultos al tener en cuenta que la información naciera siempre de

diálogos igualitarios, basados en la empatía y en la comprensión y el respeto hacia las cuestiones importantes para nuestros protagonistas:

- La elección de Rosina ha venido propiciada por algo que constan a lo largo de su vida: una actitud serena a la hora de afrontar el paso de los años... Superó los ciento cinco años sin dejar de disfrutar de cada momento ni anticipar preocupación alguna por lo que le podría deparar el futuro. De utilizar alguna metáfora, podríamos referirnos al símil del “mar en calma” que tantas emociones le evocaban. Durante los años que vivió en “Cardenal Marcelo” intentamos facilitarle la recreación frecuente de esta experiencia y en dieciséis años documentamos, de hecho, otros tantos viajes al mar (que sumaron, juntos, una duración total de cuarenta días). El mar era, para ella, una evocación de la forma en que todas las historias acababan por confluír.
- En lo que respecta a Victoriano, nos fascinó que no hubiera modificado en lo esencial sus rutinas tras haber iniciado su proceso de institucionalización, incluso tras haber alcanzado los cien años de edad: siguió paseando por su barrio, acudiendo a los bares, visitando y hablando con sus vecinos y amigos... La metáfora que mejor vendría al caso sería la de la de “jugar a la lotería”. Victoriano decía que para que te toque la lotería no basta con deseárselo, hay que tener alguna papeleta y que cuantas más papeletas se acumulen mayores son las probabilidades de ser afortunado: él mismo fue aprovisionándose de “papeletas” para tener mayores opciones de ser agraciado con una longevidad exitosa.

8.2.- HISTORIA DE VIDA DE ROSINA RODRÍGUEZ

8.2.1.- Datos biográficos de Rosina Rodríguez

Nació en la localidad vallisoletana de Berrueces el 3/6/1902 en donde pasó su infancia y su juventud. Se queda huérfana de padre cuando tiene 9 años, lo que trunca cualquier posibilidad de estudiar. De hecho tuvo que dejar Tierra de Campos para venir a trabajar en una casa de la capital. La familia para la que trabaja es de muy buena posición (vivía en el Palacio de Ortiz Vega, en la Calle Duque de la Victoria de Valladolid) circunstancia que, tal vez, contribuyó a reforzar los modos refinados de Rosina.

Al casarse con Enrique (de profesión taxista) deja de trabajar fuera de casa. No tienen hijos, por lo que dispone de mucho tiempo libre. Sus ocupaciones principales son estar en casa, estar con su marido, pasear o pasar tiempo con familiares o amigas. Le gusta leer novelas, escuchar la radio o ver la televisión. Recuerda el momento en que el televisor entró en las casas por primera vez, tras un breve periodo en que sólo podía verse en los teleclubes. También recuerda la llegada de la electricidad, del agua corriente y de uno de los inventos más importantes del siglo XX: la lavadora. Su marido la inicia en el gusto por viajar, sobre todo en escapadas hasta la costa.

Tres años después de fallecer Enrique, y acuciada por una sensación de soledad, ingresa en la Residencia “Cardenal Marcelo” con 91 años (el 5/12/1991). En la residencia descubre un montón de nuevas posibilidades. Tiene garantizada una correcta atención y, además, la posibilidad de vivir nuevas experiencias o de desarrollar nuevas amistades. Sus mejores amigas son su primera compañera de habitación (Máxima) y un compañero 20 años más joven que ella (Ramón) quien insiste en ser su acompañante, por ejemplo, en todas las excursiones.

Rosina fallece el día de navidad del 2007 a los 105 años. Murió como vivió: serenamente.

8.2.2.- La integración de Rosina en la vida residencial

Imagen 19: Rosina en la Residencia



Foto: Xoán González

El 5 de diciembre de 1991 Rosina ingresa en la Residencia proveniente de la casa de una sobrina. Hace poco que ha enviudado y ella ha aceptado que, al no tener hijos, va a estar bien atendida en un centro como éste.

Tiene 91 años y, como los demás residentes, deja atrás una vida en la que los horarios los establecía ella. Es dócil, por lo que la integración no le resulta difícil a priori pero, como no puede ser de otra manera, tiene su propia forma de ser (que no manías) que provoca algún que otro desajuste, sobre todo cuando, inicialmente, tiene que compartir habitación. Afortunadamente coincide con Máxima Velázquez con quien hace muy buenas migas. La primera foto de ella conservada por el centro el centro nos muestra a una Rosina risueña (imagen 19)

Imagen 20: Rosina nombrada Águeda



Foto: Xoán González

El 2 de febrero de 1997, cuando cuenta con 95 años, es elegida Águeda Mayor (imagen 20) mediante una votación en la que participan casi un centenar de mujeres de la residencia. Es una ceremonia que se acaba de implantar apenas dos años antes en la residencia y pretende destacar los valores de la mediación y el consejo en aquellas mujeres que hayan destacado por su saber hacer. La ha precedido en 1996 Petra Benito (nacida en 1895 y, por tanto, con 101 años de edad) y antes Margarita Gris, una residente que inspiró esta celebración porque encarnaba perfectamente, antes que Petra o Rosina, cuanto pretendía significar ser "Águeda": representar a la Residencia en cuantos actos haya sido invitada, mediar en los conflictos entre residentes –por iniciativa propia o cuando sea reclamada su intervención-, aconsejar a los distintos profesionales y/o servicios de la Residencia cuando se le solicite... "Nunca antes había sido destacada para algo similar" –reconoce- y, sin embargo, acepta encantada aunque nerviosa.

Imagen 21: Rosina el 4/2/1997



Foto: Xoán González

Uno de los actos en los que tuvo que participar, en calidad de Águeda Mayor, fue en la ofrenda floral organizada por la Cofradía Penitencial de la Vera Cruz de Valladolid o, como en la fotografía de la izquierda (imagen 21), en el encuentro provincial de Águedas que tuvo lugar la tarde del 4 de febrero de 1997 en el Polideportivo Pisuerga y a donde acudió acompañada de Margarita Gris (a su derecha) y de otras dos residentes que también llegarían a centenarias: Engracia Roll y Mariana Negro (a su derecha).

Imagen 22: Rosina el 5/2/1998



Fotos: Xoán González

El 5 de Febrero de 1998 traspasa el bastón de mando a María Codorro en una ceremonia presidida por la directora de la Residencia Rosa López Mongil (imagen 22) y, durante el transcurso de la cual, Rosina Rodríguez tuvo que pronunciar unas palabras. Rosina es tímida y no está acostumbrada a hablar en público, sin embargo acierta a decir que espera que a la Águeda entrante le den las mismas muestras de cariño que a ella y que durante el año que dura su mandato disfrute de la suerte de representar a la residencia con el cariño y el orgullo con el que lo ha hecho ella.

Sus palabras sorprenden gratamente a todos pues si hace un año decía que “nunca antes había sido destacada para algo similar” parece haber aprendido las competencias necesarias para su perfecto desempeño.

Imagen 23: Rosina delante de la Residencia con un grupo de residentes

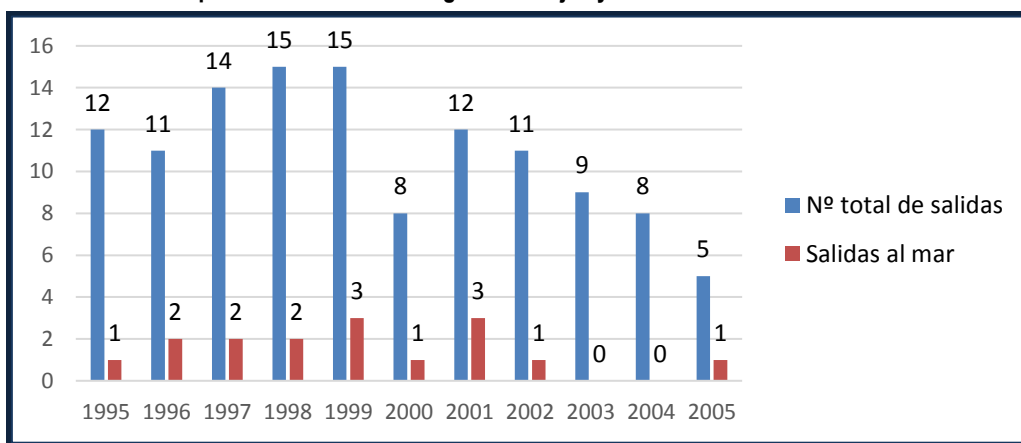


Foto: Xoán González

Rosina descubre el valor de las excursiones al llegar a la Residencia (imagen 23). El encargado de actividades programa una media de 15 salidas al año entre visitas culturales (de mañana o tarde), excursiones (incluye comida) o viaje (incluye pernocta).

Rosina pide ser inscrita siempre a todas. Entre el año 1996 y el año 2004 concentra su máximo nivel de participación en este tipo de actividades (gráfico 60). En este periodo Rosina tiene entre 94 y 102 años. Su destino favorito es el mar (15 salidas en 10 años) que, para ella, representaba mejor que ninguna otra cosa la actitud serena con la que intentaba vivir cada día y que bien podía convertirse en una metáfora de la aceptación de en donde concluyen todas las vidas. A ello le dedicaremos el apartado 8.6.

Gráfico 60: Participación de Rosina Rodríguez en viajes y excursiones 1995-2005



Fuente: elaboración propia

8.2.3.- La participación de Rosina en las actividades del centro

Imagen 24: Rosina el 18/8/1999 en Villalba



Foto: Xoán González

Su participación es continua en las actividades organizadas por la residencia. Cuando los demás opinan que sólo participan los que están bien, Rosina defiende que ella está bien porque participa (13/9/2002). En la foto de la derecha (Imagen 24) la vemos en la excursión a la Granja de Avestruces “El Monte”, en Villalba de los Alcores (Valladolid) el 18 de agosto 1999. Su curiosidad motiva nuevos aprendizajes. Aquí la vemos acariciando a una cría de avestruz para, a continuación, preguntar sobre su alimentación, sobre sus diferencias con otras aves, sobre su país de origen...

Imagen 25: Rosina en el Parque Temático de Olmedo



Foto: Xoán González

Su manera de interesarse por los nuevos lugares que visitábamos la convertían en una persona de conversación fácil. Le gusta estar con personas jóvenes -dice- así ella misma se siente joven. Así, por ejemplo, en la foto de la izquierda (imagen 25) la podemos descubrir en el Parque Temático del Mudéjar (Olmedo) el 12 de octubre de 1999 con su amiga Máxima y Jorge, un alumno de educación social en prácticas.

Antes de ingresar en la residencia no participaba en actividades comunitarias (salvo la misa dominical en la cercana iglesia parroquial de Santa Teresa de Jesús, aunque ella no fuera nunca muy creyente: lo hacía por su marido).

Imagen 26: Rosina en Zaragoza



Foto: Xoán González

Ese año viajamos a Zaragoza del 13 al 16 de Octubre (imagen 26). El viaje incluía también una escapada a Barcelona.

Rosina se define a sí misma como tímida, pero no le gusta la soledad. Le gusta “estar en el corro” pero prefiere no ser interpelada directamente en público. Evita estar inactiva y sola. Sus compañeras y su familia la definen como un poco presumida, y ella lo acepta como un cumplido.

Imagen 27: Rosina en la Feria de Muestras

Foto: Xoán González

Le gusta acudir a todas las actividades culturales y de ocio. No precisa rehabilitación, por lo que sus actividades favoritas son las charlas y aquéllas que le propician encontrarse con personas de otras edades y también de otras culturas.

Mientras otras personas coetáneas prefieren pensar, sentir y comportarse de acuerdo a unos determinados estereotipos culturales, Rosina muestra una mentalidad muy abierta.

Imagen 28: Rosina en el stand del Ayuntamiento

Foto: Xoán González

Las visitas a la Feria de Muestras tenían lugar cada año (imagen 27). La Diputación muestra siempre un stand en donde el grupo es recibido además de otros expositores institucionales (imagen 28).

Además de participar en actividades de ocio, acude todos los días a lavandería para echar una mano en el Programa de Laborterapia: al tiempo que tiene un ocupación diaria con la que estructurar sus rutinas, hace prevalecer el contribuir a un bien común que le consigue una gran estima y consideración por parte de los trabajadores del centro.

Imagen 29: Rosina en Donuts-Panrico

Foto: Xoán González

Lo destacaremos en los apartados siguientes, pero haremos un pequeño adelanto aquí: dice ser amiga de todo el mundo... Aunque, sobre todo en las excursiones, su compañera Máxima no la deja nunca sola, no rehúye la compañía de ningún residente. Desde las navidades de 1999, Ramón López (nacido 23 años antes) insiste en ser su compañero de actividades. Ella no dice que no. Ramón se muestra respetuoso con ella y se esfuerza por mantener una amena conversación. Al preguntarle sobre si algún hombre le gusta en especial responde sin dudarle: "unos me gustan y otros no" (6/6/2001).

En la imagen 29, la podemos ver durante la Visita a la Fábrica de "Donuts-Panrico", en Valladolid, el 13/3/1996 .

8.2.4.- Los hábitos de vidas y las habilidades sociales de Rosina

Imagen 30: La red de apoyo social de Rosina



Foto: Xoán González

Imagen 31: Rosina con su amigo Ramón



Foto: Xoán González

Imagen 32: Rosina con Petra Benito, también centenaria



Foto: Xoán González

Antes de enviudar (en 1990), su vida era similar a la de cualquier persona mayor del barrio de la Rondilla: hace las cosas de casa, sale a hacer la compra a diario, cocina, disfruta de la sobremesa con su marido, que ha pasado la mañana en el Centro de Personas Mayores. Cocina muy bien y sus sobrinas la definen en este sentido como “muy exquisita para comer”.

Tras la siesta dan juntos un paseo por la Ribera de Castilla (su rincón favorito del barrio) o quedan con algún amigo o familiar y tras la merienda (que a veces hacen fuera de casa, pero que la mayor parte de las veces tiene lugar en la cocina) el tiempo suele transcurrir en el salón de casa en donde ven la televisión (antes de que hubiera televisión se hablaba más o, al menos, los silencios estaban también repletos de significados).

Al enviudar todo cambia. Se había hecho a estar acompañada (imagen 30) y comienza a sentirse sola. Sus rutinas ya no tienen tanto sentido. Su familia (sobrinas, fundamentalmente) se preocupan por ella. Le proponen solicitar el servicio de ayuda a domicilio o el de teleasistencia domiciliaria, pero ella no quiere... como tampoco desea ser una preocupación para nadie. Acuerdan solicitar una plaza residencial en un centro público que le es concedida rápidamente pues vive sola y tiene 89 años.

En la imagen número 31 aparece posando con Ramón el 30/11/2000, otro residente también como ella, con quien solía pasar mucho tiempo (por insistencia de éste, reconocen ambos).

No le cuesta adaptarse: sólo un poco al principio. No conoce a nadie pero hay muchas personas a las que va a poder conocer. Al principio observa mucho y habla poco, aunque paulatinamente descubre en las actividades programadas por el centro una nueva fuente de satisfacciones: se inscribe en el Programa de Laborterapia (ayuda en el Servicio de Lavandería del Centro), un programa que busca la ocupación de los residentes en torno a actividades significativas relacionadas con la vida diaria (apoyo en lavandería, costura, cuidado de plantas...) y no se pierde ninguna de las excursiones. De compartir habitación, en algo más de un año pasa a disfrutar de una habitación individual: prefiere no compartir un espacio al que llama su casa. En la foto de la izquierda (imagen 32), aparece con Petra Benito,

Imagen 33: Rosina con sus sobrinas



Foto: Xoán González

también centenaria como ella, y a quien sucede en la encomienda de representar a la residencia en actos oficiales en calidad de “Agueda Mayor”.

Rosina valora relacionarse con todo el mundo y no tener enemistades con nadie. Cuando otro residente le reclama una mayor atención, ella no dice que no: compartir el tiempo con alguien siempre ha sido de su agrado. Confiesa que su secreto es no irse a la cama sin antes reconciliarse con alguien o pudiendo solucionar un enfado (Canal 4, 22/11/2002).

Sus sobrinas (imagen 33) corroboran también este buen carácter, la sonrisa fácil y el buen humor a flor de piel. Vienen a visitarla con frecuencia y dan fe de lo bien integrada que se encuentra y la red de apoyo social con que cuenta.

8.2.5.- Rosina Rodríguez en los Medios de Comunicación

Imagen 34: Rosina en Iscar el 5/6/2001



Foto: Xoán González

En la recogida de premios a las mejores paellas en el Encuentro Gastronómico de Iscar del 5 de Junio de 2001, en presencia del Delegado del Gobierno de Castilla y León en Valladolid, la Gerente Territorial de Servicios Sociales, el alcalde Íscar, el Consejero de Acción Social y el Gerente de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (imagen 34), Rosina Rodríguez representó a la Residencia “Cardenal Marcelo” y agradeció ante todos los presentes las atenciones que se dan a las personas mayores, tanto desde la iniciativa pública como privada... y acabó con una de esas frases que todo el mundo acaba por recordar: **“no somos viejos: viejos son los trapos”**

En la entrevista realizada el 6 de junio de 2001, para un programa del Canal 4 en Valladolid (imágenes 35 y 36), el periodista se interesa por sus relaciones afectivas. Ella poco dada a hablar de esos temas y, sin embargo, contesta a las preguntas:

Imagen 35: Rosina en el Canal 4 el 6/6/2001



Foto: Xoán González

- Periodista: “¿Hay algún hombre en especial dentro de la Residencia”
- Rosina Rodríguez: “Pues hay alguno que me gusta pero otros no”.
- Periodista: “Pero si le gusta, lo normal es que les pida bailar ¿no?”
- Rosina Rodríguez: “No sé bailar... soy muy mala para bailar”

Imagen 36: Rosina en el el Canal 4

Foto: Xoán González

Sin embargo, en los temas, en los que se maneja mejor es en los referentes al modo de ocupar su tiempo:

- Periodista: “Bueno ¿y qué más cosas hace dentro de la Residencia?. Además de doblar toallas algo más hará”
- Rosina: “Pues eso: me hago la habitación, me arreglo, voy a doblar a las toallas, a desayunar primero, desayuno, bajo a doblar toallas, luego subo, me arreglo y salgo a darme un paseo... es todo lo que hago”.
- Periodista: “Pero no se aburre...”
- **Rosina: “No, no... no me aburro. Si yo quiero no me aburro, ahora que si quiero pues me aburro un poco”.**

Imagen 37: Rosina en el Centro Territorial de TVE

Foto: Xoán González

El 13/9/2002, se desplaza con otra residente (Antonia) al Centro Territorial de Televisión Española (TVE) en Castilla y León para ser entrevistada por la periodista Esmeralda Marugán para el programa *Castilla y León en vivo* (imagen 37) Transcribimos una parte de la entrevista:

- Antonia Jiménez: “yo me moriré con muchos años, pero vieja no ¿eh?: a mí me gusta cantar y me gusta la alegría... ¡no, ni hablar!, hay que estar contentas y reír y cantar. A mí me gusta mucho cantar... lo sé”.
- Rosina Rodríguez: “es que una cosa es ser mayor y otra cosa es ser vieja: yo no me considero vieja, me considero mayor, pero cada una tiene su carácter. Yo he sido muy tímida siempre, muy reservada, y me cuesta un poco de trabajo salir de ese ambiente. Pero cuando ahora me dicen que voy a los sitios porque estoy bien yo les contesto que en realidad estoy bien porque voy a los sitios”

Imagen 38: Entrevista a residentes centenarias

Foto: Xoán González

La última de las entrevistas realizadas a Rosina tuvo lugar, precisamente, en el contexto de una serie de acciones para divulgar la longevidad de nuestros residentes. El 22 de Noviembre 2002 el Canal 4 en Valladolid traslada a su equipo e improvisamos un plató en el que están presentes –además de Rosina- otras tres mujeres centenarias (imagen 38):

- Periodista: “¿y cuál es el secreto para llegar a los 100 años?”
- Rosina Rodríguez: “Pues llevar una vida tranquila e intentar no disgustarse con nadie ni por nada”.
- Periodista: “¿qué recomendación harían a nuestros espectadores?”
- Rosina Rodríguez: “que nunca se vayan a la cama enfadados con alguien, pudiéndolo solucionar”.

Unos meses antes (29/2/2002) había tenido lugar la entrevista para el Diario de Valladolid que se reproduce íntegramente como imagen 39.

Deseo destacar algunas de sus ideas principales: el titular “me gusta con locura mirar escaparates” no haría honor al carácter comprometido de nuestra protagonista si no apareciera matizado con una cita textual que aparece justo debajo del nombre de la sección (“Vallisoletanos de perfil. Rosina Rodríguez. Centenaria”) y que pudiéramos considerar como subtítulo:

“Una de las cosas que más lamento es que durante gran parte de mi vida las mujeres de entonces no pudiéramos gozar de la libertad que tienen las de ahora”.

La descripción física –esta vez sí que le hace justicia- rompe con los estereotipos asociados con personas de esta edad: “tacón, andar erguido, aliño indumentario, manicura todas las semanas”.

El periodista se vuelve a permitir licencias en el retrato psicológico para caer en el discurso fácil a pesar de su apariencia poética:

“uno tiene la impresión de que el tiempo hubiera hecho una pirueta, que el calendario marchara hacia atrás y en el reloj de Rosina vejez y niñez fueran dos habitaciones apenas separadas. Casi contiguas.”

No estamos de acuerdo con el dicho popular “el viejo es dos veces niño”. Algunas personas mayores, a lo sumo, tratan de decirnos -como Rosina- que es inútil mantener algunas formas sociales, como el del control de las emociones: ¿qué consecuencias podría tener para una persona centenaria demandar afecto o respeto?:

“Unas veces es dulce e ingenua y en otras le sale el fuerte carácter de Berrueces de Campos”

Condicionantes familiares y socioeconómicos contribuyeron a que su vida haya sido ésta y no otra:

“...vivió al quedar su madre ayudando en las labores de casa y cuidando de sus hermanos menores. (...) Estuve enamorada de un pretendiente del pueblo, pero al no tener tierras no nos pudimos casar”

Sin embargo al preguntarle por el secreto de su longevidad acierta a darnos varias claves:

“Es una mezcla de varias cosas. En primer lugar, la buena naturaleza que me ha dado Dios. Luego, el no haber trabajado demasiado. Y no tener maldad”.

Se ha hablado ya de que la naturaleza, esto es los condicionantes genéticos, son determinantes en la longevidad; el haber o no trabajado no es tan importante cuanto el haberse mantenido activa y ocupada: dedicando tiempo al cuidado y aspecto personal, a arreglarse su propia ropa, a pasear y a mirar escaparates, y a viajar...

“Si Dios quiere, en mayo iré a uno (de los viajes organizados por la Residencia) que vamos a hacer a Asturias”

De los viajes, sobre todo al mar, hablaremos en el epígrafe siguiente. No se trata de un detalle sin importancia, al contrario. Su carácter sereno, no exento de carácter, encuentra en el mar la metáfora de su manera de ser, del modo en que se ha conformado su personalidad.

Imagen 39: Entrevista a Rosina en el Diario de Valladolid el 29/2/2002

EL MUNDO

DIARIO DE VALLADOLID

www.elmundo.es

Redacción, Administración y Publicidad. Avenida de Burgos, 33. 47009 ☎ 983 42 17 00. Fax: 983 42 17 17. Oficina comercial: Calle Es
E-mail de Redacción: redacción.valladolid@el-mundo.es E-mail de Publicidad: publicidad.va@el-mundo.es

VALLISOLETANOS DE PERFIL / ROSINA RODRIGUEZ. Centenaria

«Una de las cosas que más lamento es que durante gran parte de mi vida las mujeres de entonces no pudiéramos gozar de la libertad que tienen las de ahora»

«Me gusta con locura mirar escaparates»

JUAN ALONSO

Con un siglo y casi un año más a sus espaldas, Rosina es una vallisoletana que pisa con garbo: tacón, andar erguido, aliño indumentario, manicura todas las semanas. Coquette-ría. Hablando con ella, con permiso de una incipiente sordera, uno tiene la impresión de que el tiempo hubiera hecho una pirueta, que el calendario marchara hacia atrás y en el reloj de Rosina vejez y niñez fueran dos habitaciones apenas separadas. Casi contiguas. Unas veces es dulce e ingenua, y en otras le sale el fuerte carácter de Berrueces del Campo, en la zona de Medina de Rioseco, donde vivió al quedar viuda su madre, ayudando en las labores de casa y cuidando de sus hermanas menores. De esa época recuerda: «estuve muy enamorada de un pretendiente del pueblo, pero al no tener yo tierras no nos pudimos casar».

Ya en Valladolid, estuvo un corto espacio de tiempo de doncella en el Banco Castellano, y después se casó con su marido, taxista. «Con él llegué a cumplir las bodas de oro y le cuidé los últimos diecisiete años. Tenía una parálisis que le dejó imposibilitado. Guardo muchísimo cariño y aprecio por mi marido. Me dió todos lo caprichos». Y a Rosina se le pone acuciosa la mirada.

Le pregunto si ha hecho un pacto con el diablo para mantenerse así. «Es una mezcla de varias cosas. En primer lugar, la buena naturaleza que me ha dado Dios. Luego, el no haber trabajado demasiado. Y no tener maldad». Rosina, cada mañana, toma plaza en el cuarto de baño y se arregla concienzudamente. «Siempre me ha gustado estar guapa, arreglarme la ropa. Me gusta con locura mirar escaparates». Rosina fue una de las pioneras en usar pantalón y hasta hace bien poco salía ella sola a darse una vuelta por la ciudad y a visitar a la familia.

Agradece enormemente cómo la tratan en la Residencia Cardenal Marcelo, donde vive, y la encantan los viajes organizados. «Si Dios quiere, en mayo iré a uno que vamos a hacer a Asturias». Luego, reflexiona, y pide a sus compañeros de residencia que cuiden su aspecto, que al fin y al cabo es el reflejo del ánimo. Y que se quieran a sí mismos. «Que no pierdan su dignidad como personas».

No duda en apoyar las costumbres de las mujeres de hoy día. «Si acaso, me lamenta de que durante gran parte de mi vida las mujeres de entonces no gozáramos de la libertad que tienen las de ahora».

En cuanto a la religión, cree en un Dios todopoderoso. «Pero no creas, nunca he sido beata». Y en asuntos de hombres, piensa que todos son iguales. «Claro que, para mí, los guapos». Y si le hablas de pareja: «Hijo, ya se me pasó el arroz».



Rosina posa erguida en el bosquecillo de la residencia donde vive actualmente. / FELIPE FERNANDEZ

Fuente: Diario de Valladolid. Contraportada (Alonso, 2002).

8.2.6.- El carácter y la personalidad de Rosina: “el mar como metáfora de la búsqueda de serenidad

Imagen 40: En Tenerife, en 1995



Foto: Xoán González

Imagen 41: En la Isla de La Toja (Pontevedra) en 1997



Foto: Xoán González

Imagen 42: En Almuñécar (Granada) en 1999



Foto: Xoán González

A Rosina le encanta el mar. No pudo conocerlo hasta después de casarse y, desde entonces, ha ido cuando ha podido: recordaba de su juventud Santander, San Sebastián y algunos pueblos costeros de Asturias cuando los visitó con Enrique, su marido.

Pero es en “Cardenal Marcelo” cuando tiene ocasión de dar rienda suelta a este deseo tan anclado en su proyecto de vida. Entre el año 1995 y el 2005 hemos documentado dieciséis viajes al mar importantes para Rosina:

1. Del 3 al 10 de Octubre de 1995: viaje a Tenerife (imagen 40).
2. Del 22 al 29 de Febrero de 1996, estancia en la Villa Termal de Arnoia (Ourense) con excursión a El Grove y a la Isla de la Toja (imagen 41).
3. Del 14 al 18 de Octubre: Viaje a Barcelona.
4. Del 11 al 14 de Marzo de 1997, de nuevo estancia en la Villa Termal de Arnoia (Ourense) pero con excursión a la Playa de Samil, en Vigo.
5. Del 6 al 10 de Junio: Visita a Lisboa.
6. Del 17 al 22 de mayo de 1998, estancia en la Manga del Mar Menor (Murcia)
7. Del 26 al 31 de octubre, viaje a Benidorm.
8. Nueva estancia en la Villa Termal de Arnoia del 24 al 28 de febrero de 1999.
9. Del 4 al 11 de Abril, viaje a Santander
10. Del 10 al 15 de Noviembre, estancia en Almuñécar (imágenes 42 y 43).
11. El 22 de junio del 2000 excursión a Santander.
12. Nueva estancia a la Manga, La Unión y Cartagena del 24 al 29 de Abril de 2001 (imagen 44).
13. El 27 de junio excursión a Gijón.
14. Del 18 al 20 de Septiembre a Laredo (imagen 45).
15. Del 6 al 10 de mayo de 2002 a Llanes (imagen 46).
16. Del 17 al 22 de mayo de 2005, finalmente, viaje a Cantabria

Un apartado del “Informe del Viaje a La Manga del Mar Menor, La Unión y Cartagena”, que formaba a su vez parte de la “Memoria de Ocio y Tiempo Libre” de la Residencia recogía una entrevista realizada a Rosina el 20 de mayo del 2001 y centrada, precisamente, en su forma de percibir el mar:

« (...) Le pregunto a Rosina que por qué le gusta tanto el mar. Ella me contesta que porque le relaja. Gestionamos los silencios. A mí me cuesta, porque soy una persona

Imagen 43: En Almuñécar (Granada) en 1999*Foto: Xoán González***Imagen 44: En La Manga del Mar Menor (Murcia), 2001***Foto: Xoán González***Imagen 45: En Laredo (Cantabria) en el 2001***Foto: Xoán González*

muy inquieta, pero he aprendido que es la única forma de respetar los procesos de las personas mayores en general, acostumbradas a otros ritmos en la conversación, y de Rosina en particular, quien me recuerda a algún líder espiritual que sabe contemplar en donde otros sólo miramos.

El ir y venir de las olas sin un orden aparente dice producirle una sensación muy agradable. También le gusta todo lo que rodea el mar: la arena, pájaros poco habituales en Valladolid y también los peces. Le gusta la expresión como “pez en el agua” para decir que alguien se siente cómodo en algún lugar.

A ella le cuesta al principio encontrarse cómoda en los sitios o con personas nuevas, pero al final consigue estar bien, no sin un poco de esfuerzo por su parte. En el mar, sin embargo, siempre consigue estar bien.

Todos los reencuentros siguen una rutina similar: se la imagina antes, intenta recordar sus olores y esa sensación única del aire salado en la cara. No le cuesta nada adaptarse a una playa nueva y le da lo mismo ir sola que con otra gente (bueno, sola ya no puede ir). Se refiere a que el mar le ayuda a abstraerse y se pasaría horas mirándolo.

El caminar del brazo de alguien es por una cuestión práctica: para evitar alguna desafortunada caída. Le pregunto por si se imagina la vida tan dura que llevan los pescadores y ella me responde que sí. Que conoce una crema muy buena para las manos que utilizan los pescadores, pero que a ella nunca le ha hecho falta. Por eso sabe que es una vida dura: que madrugan mucho y que se pasan mucho tiempo fuera de casa.

Quiero sacarle el tema de la muerte, pero no sé cómo hacerlo. Entonces recorro al poema de Jorge Manrique dedicado al padre que acaba de morir: “nuestras vidas son los ríos que van a dar a la mar que es el morir”. ¿Qué opinas Rosina? –le pregunto-. Y ella responde que entonces el morir tiene que ser algo plácido si es como el mar...

Hay un silencio hasta que me sorprende con un “pero yo vengo al mar a vivir y, si fuera cierto, hasta que llegue ese momento seguirá siendo río”. Y luego recuerda que le contaron que parece que en el mar empezó la vida y que no vaya a ser que todo esté relacionado...» (González, 2001).

Imagen 46: En Llanes (Asturias) en el 2002*Foto: Xoán González*

En el proyecto de vida de Rosina figuraba poder visitar el mar cada año. En el contexto de un centro abierto a este tipo de experiencias no resultó difícil. Al mismo tiempo, poder contemplar el mar a través de la mirada ilusionada de Rosina fue ganando adeptos que paulatinamente también fueron incorporando esta experiencia a sus respectivos proyectos de vida.

8.3.- HISTORIA DE VIDA DE VICTORIANO MUCIENTES

8.3.1.- Datos biográficos de Victoriano Mucientes

Victoriano Mucientes de la Fuente nace en Villalba de los Alcores el 19 de Septiembre de 1911 pero, al enviudar su padre (Higinio) en 1915, su hermano Casto y él son acogidos por la familia de su madre (Valeriana) en San Vicente de Palacio, ya que su padre vuelve a casarse con Lucía quien aporta 4 hijos al matrimonio. Unos años más tarde se produce la reunificación familiar en Zaratán en donde transcurre su juventud: *“éramos 14 en casa por eso al perro le llamamos el quinceno”*.

Se alista a los 20 años en La Legión para poder contribuir –dice- con la modesta economía familiar. A su vuelta se casa con Benita y construye una casita en Zaratán. Se trasladan entonces al Barrio de la Victoria de Valladolid para trabajar en la Fábrica de Harinas “La Flor del Pisuerga” en el solar hoy ocupado por el edificio “Duque de Lerma”.

Tiene 5 hijos además de un montón de hermanos, medio hermanos “además de otros hermanos que no le son nada” porque son hijos de la segunda mujer de su padre (casados en segundas nupcias siendo los dos ya viudos y ambos con sus respectivos hijos a cargo). Da mucha importancia a la educación de sus hijos. Al fallecer su esposa (la cuida durante el tiempo que precisa su larga enfermedad) ha de cuidar a su hijo pequeño “al que no acaba de encarrilar” y a quien, finalmente, deja por imposible.

Conserva una importante red de apoyo social. Pasa tiempo en sus bares favoritos, como el “Disol”, (Imagen 47) o “El Tejadillo”, y le gusta organizar meriendas con los amigos en Fuente el Sol.

Imagen 47: Antiguo Bar “Disol” en la actual Plaza San Bartolomé de Valladolid*Fuente: Moreno, 2010*

Desde el 11 de marzo de 2008 vive en la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid. A los 102 años tiene todavía la memoria intacta, aunque desde hace unos meses han empezado a dolerle las piernas. Mantiene íntegras sus habilidades sociales y una de sus máximas es que *“para ganar también hay que saber perder”* (refiriéndose a que hay saber ceder ante algunos conflictos para evitar así males mayores). Participa en muchas de las actividades del centro como gimnasia, paseo, baile, fiestas... o excursiones (imagen 48) y su secreto –confiesa- es hacer gala siempre de un gran sentido del humor... incluso cuando, tras una caída, le relegan a una habitación de enfermería al tiempo que tiene lugar su rehabilitación. Incluso en estos momentos no pierde su sentido del humor. Fallece dos meses antes de cumplir los 103 años (el 17/7/2014).

Su carácter es muy extrovertido. Le gusta convidar. Le es fácil hacer y mantener amigos. En su barrio le recuerdan con afecto y recibe muchas visitas. Hace nuevas amistades en el centro. Con motivo de su 100 cumpleaños visitamos el plató del Canal 7 de la Televisión de Castilla y León y también respondemos a un periodista de la Cadena Ser para contribuir a desvelar el secreto de su longevidad que él cifra en dos razones: haber trabajado mucho y haber evitado los enfados.

Imagen 48: Secuencia de imágenes de distintos momentos de la vida de Victoriano en la Residencia



Fotos: Xoán González

8.3.2.- La integración de Victoriano en la vida residencial

Victoriano ingresa en la Residencia “Cardenal Marcelo” el 11 de marzo de 2008. La relación con un hijo pequeño, con quien comparte su piso en el Barrio de la Victoria, es difícil por lo que opta por venirse a la residencia. Tiene ya 97 años y quiere evitar preocupaciones.

Al llegar, lo habitual es compartir habitación y a él esto parece no suponerle ningún problema. Su compañero se llama Valeriano: un hombre de campo curtido y de carácter noble como él. Enseguida hacen buenas amistades y Valeriano le inicia en las rutinas del centro presentándole a nuevos compañeros con los que, pronto, organiza paseos, tertulias de café y partidas de cartas.

La vida para Victoriano es como un juego de azar –dice–: primero, hay que jugar y segundo hay que ser listo más que tener suerte... no siempre hay que dejarlo todo a la suerte. Cuantas más papeletas se juegan, más posibilidades hay de que toque la lotería. Y no importa que al principio vayas perdiendo si al final ganas: de lo que se trata es de ganar (1/8/2013).

Esto lo aplicó en muchos momentos de su vida: no discutiendo, privándose de los excesos o exigiéndose caminar todos los días. Algo en lo que también destacó fue en generosidad al convidar con frecuencia en la cafetería lo que le hacía ser muy apreciado y muy estimulado en torno a amenas conversaciones.

Cumplir 100 años le aporta un protagonismo que no se esperaba y para el que –confiesa– no se sentía preparado. Al pedirle, además, que se preste a hablar a los demás de su longevidad y de cómo determinados hábitos y/o formas de pensar han podido influir en haber alcanzado esta edad tan avanzada, él acepta. Al mismo tiempo ello le proporciona una ilusión añadida para seguir cumpliendo años (imagen 49).

Imagen 49: Victoriano el 19/9/2013 en su 102 cumpleaños



Foto: Xoán González

Algo inusual en los residentes que ingresan en la Residencia, es que Victoriano procura no modificar ningún hábito anterior a su institucionalización: sigue relacionándose de manera natural, tanto con los demás compañeros del centro como con antiguas amistades del barrio a los que o bien visita o bien es visitado por ellos. Su estancia en la residencia se limita, no obstante, a sólo seis años y cuatro meses. En este tiempo, su red de apoyo social se ha desarrollado de una manera destacada y sólo atribuible a su carácter extrovertido, amable y generoso con los demás.

8.3.3.- La participación de Victoriano en las actividades del centro

Las 204 personas mayores residentes en “Cardenal Marcelo” participan de manera desigual, como es lógico, en la vida del centro. Si concebimos la residencia como un pequeño pueblo (y en la provincia de Valladolid existen localidades con menos población que la que tiene este centro) en el que se prestan servicios similares a los ofrecidos en cualquier municipio: servicio médico, religioso, educativo, cultural... es lógico que la participación en las actividades de la residencia sea un reflejo de la vida en los pueblos.

“En nuestra residencia viven 125 mujeres y 75 varones con 86 años de edad media para las primeras y 83 para los segundos. Pues bien, todos los días hay consulta médica, un 70% va a Misa los domingos (el mismo porcentaje que al baile del último viernes de mes), los jueves un 10% va a la Escuela, un 25% al cine de los miércoles, todos los días hay residentes en la biblioteca -aunque menos que en el bar-, cuando hace buen tiempo se prefiere la terraza al salón y la fiesta será más animada cuanto más gente haya en el corro... Anualmente hay elecciones a Consejo de Residentes en donde votan en torno al 60% de los residentes, curiosamente la misma proporción representada por los residentes funcionalmente autónomos. Y lo que es más importante, a las asambleas periódicas acuden un número similar de residentes que se incrementa si quien comparece es el director o el responsable de algún servicio a quien se le solicita alguna información” (González, 2004, p. 13).

En un reciente estudio realizado en el centro sobre “gustos, aficiones, expectativas vitales y percepción del clima residencial...” (González, 2015) se mostraba que un 40% de los residentes decía conocer y participar en las actividades ofertadas en el centro, un 48% conocía las actividades pero no participaba en ellas y sólo un 14% decía no conocer ni participar en las actividades del centro. Si comparamos estos datos con los publicados en ese mismo año por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte sobre participación cultural de los españoles en general, nos daremos cuenta que la participación es muy notable en la Residencia “Cardenal Marcelo” dado que sólo un 25,6% de los encuestados había acudido a una biblioteca, un 39,4% visitó algún museo o un 43,5% participó en algún espectáculo de artes escénicas y musicales (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2015, p. 5).

Lo realmente curioso es que en la Residencia la participación de las mujeres ha doblado tradicionalmente a la de los hombres y en esto Victoriano no ha sido una excepción. Victoriano se ha mostrado muy autónomo a la hora de tomar decisiones y ha participado sólo en las actividades que le han apetecido y cuando le han apetecido, sobre todo en excursiones, fiestas o paseos dirigidos. Cuando se lo hemos pedido, se ha prodigado más en participar en actividades culturales dentro del centro tal como ha quedado reflejado en los registros de asistencia (Anexo 2), pero al ser preguntado, sin embargo, sólo relata como rutinas diarias de ocio ver la televisión, dar un paseo, descansar durante la siesta o visitar a algún amigo.

8.2.4.- Los hábitos de vidas y las habilidades sociales de Victoriano

Victoriano ha conservado las amistades del barrio. Sus mejores recuerdos –dice- se corresponden con momentos de meriendas con “Pititi, Dionisio o un buen amigo que vive en San Pedro Regalado”. Todos cuantos le conocen coinciden en destacar su facilidad para entablar una conversación y hacer nuevas amistades. En la Residencia se le describe como una persona extrovertida, a quien le gusta convidar y, tal vez por esto, a quien le es fácil hacer y mantener amigos. También en su barrio es recordado con afecto y es frecuente que vengan a hacerle muchas visitas...

Jesús Recio, director del Centro de Personas Mayores de La Vitoria, habla de él como una persona muy sociable y que se relaciona bien con todo el mundo. Esta vida hacia el exterior no le hace descuidar sus obligaciones hacia el centro en donde pronto encuentra nuevos y buenos amigos.

Contribuye su buen humor y que nunca parece dar muestras de disgusto o contrariedad. Sin duda, comparte con Rosina Rodríguez una similar capacidad para vivir serenamente, sin estrés, sin discutir por nada ni con nadie

8.3.5.- Victoriano Mucientes en los Medios de Comunicación

Imagen 50: Entrevista en “A Vivir bien” de la TV de Castilla y León el 27/6/2011



Foto: Xoán González

El 27/6/2011 es entrevistado en “A Vivir bien” de la TV de Castilla y León (imagen 50), acompañado por Rocío Herrero y por Xoán González. Entre sus frases de este día destacamos: “esta es una felicidad para mí venir a estos sitios”, “nunca había estado en un plató”, “yo me lo hago todo solo (mantengo mi autonomía)”, “vivo de milagro”, “yo lo que he hecho toda la vida es trabajar... he estado en una fábrica 30 años en donde he sido mimado por mi comportamiento y mi trabajo”, “el deporte mío ha sido trabajar (...) y no discutir con nadie: muchas veces es mejor perder para poder ganar”.

Imagen 51: Entrevista para la Cadena Ser el 31/10/2012



Foto: Agustín Albarrán

El 31/10/2012 acude a la Universidad de Valladolid para participar en el Encuentro Intergeneracional y es entrevistado por José M^a de Francisco (P) para los Programas Hora 14 Valladolid (emitido ese mismo día) y “A Vivir Castilla y León”, emitido el 2/11/2012 a las 12:30 horas (imagen 51):

“P: En 1911 nacía Victoriano. Recién cumplidos los 101 años.

V: Yo he trabajado pronto y he tenido provecho. Yo he trabajado en la empresa 30 años y no había nada mecanizado por lo que había que cargar sacos de 100 kilos aquí, sobre las costillas, para cargarlas en un camión ¿qué le parece?. Y soy bien pequeño. De 101 año ¿qué te voy a decir?. Pues que lo he pasado bien y que iremos a más. Las he pasado de todos los colores: pasar hambre los años del hambre... que se ha pasado hambre, no digáis que no”.

Imagen 52 Victoriano responde a las preguntas de sus compañeros



Foto: Xoán González

Además de estas entrevistas formales, en la prensa, Victoriano se presta a ser entrevistado en público cada vez que visita el centro algún centro educativo. Acompañado del consejo de residentes, recibe al grupo y se ofrece a responder a cuantas interpelaciones le sean hechas (imagen 52). También es el protagonista de alguna de las sesiones semanales del “Aula de Mayores”, alguna de las cuales fue grabada y transcrita y figura en el Anexo 2 (1/8/2013).

La colaboración en la Revista “La Solana” de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid (imagen 53) respondía al deseo de contribuir en dar a conocer las claves de la longevidad a partir de la experiencia de Victoriano, quien hace unos meses acaba de cumplir cien años.

Un breve apunte inicial recorre los distintos tipos de edad: cronológica (la que figura en nuestro documento de identidad), biológica (la “escrita” en nuestros cromosomas), la funcional (que está en función de la autonomía), la social (relacionada con los roles atribuidos por la sociedad) y la psicológica (que depende de la capacidad de adaptarse a nuevos contextos y que hace posible o no relaciones exitosas).

Precisamente, se centra en la edad psicológica para realizar un retrato de Victoriano:

- “es un joven de cien años para quien relacionarse no le supone problema alguno”
- “las claves de su joven longevidad (aparte de su envidiable autonomía personal) reside en no cerrarse a vivir nuevas experiencias: sigue practicando diariamente una moderada actividad física, tomándose vinos con los amigos, apuntándose a las excursiones y participando en todas las actividades sociales y culturales programadas en el centro en el que reside...”
- “practica la máxima de *poca cama, poco plato y mucha suela de zapato*”.
- “la otra clave de este éxito personal reside en el mantenimiento de habilidades sociales en cuanto capacidad para relacionarse, para salir...”

Las excelentes habilidades sociales y la amplia red de apoyo social y familiar conservadas por Victoriano le convierten en un buen ejemplo de cómo

“una vida social activa, con una buena red familiar y social, con actividades en la comunidad protege de la mortalidad y predice el mantenimiento funcional y la función cognitiva” (Otero et al, 2006, p. 16).

Pero además, Victoriano es ejemplo de otras muchas cualidades que Vaillant (2002, citado por Tena et al, 2015, p. 125) menciona a propósito de las personas que envejecen de manera satisfactoria:

- Interesarse por los demás, preocuparse y cuidar de otras personas.
- Aceptar la vejez con dignidad, mostrando tolerancia a las afecciones asociadas a la edad.
- Confiar en que se puede seguir creciendo en la vejez, aun sabiendo que ésta es la última etapa de la vida.
- Mostrar interés por nuevas actividades y conservar el sentido del humor.
- Aunque dedican más tiempo a recordar el pasado, están abiertos a nuevas ideas y a aprender de las nuevas generaciones.
- Conservar antiguas amistades además de ser capaz de establecer otras nuevas.

Sus conversaciones son ricas en contenidos y suelen anteponer el hablar del otro antes que de uno mismo, no pone el énfasis en lo que no puede hacer sino en lo que todavía es capaz de realizar, no se compadece de sí mismo sino que, al contrario, agradece lo que la vida le ha regalado, muestra interés por el mundo exterior y se enfrenta a él con curiosidad y con responsabilidad, mantiene el sentido del humor y no se cierra en el pasado: su jovialidad reside en que le interesa el presente, el futuro y el pasado, por este orden.

Imagen 53: Artículo sobre Victoriano publicado en diciembre de 2011 la Revista "La Solana" de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid

COLABORACIONES

Cuestión de edad...

Por Xoán González
Educador y Terapeuta

Los años vividos, los que figuran en el DNI ("edad cronológica"), lo son a título meramente orientativo. Importan más los años que nos quedan por vivir ("edad biológica") que, según investigaciones recientes (BLASCO, 2011), vienen determinados por la longitud de los telómeros de nuestros cromosomas. "Somos el tiempo que nos queda", que decía Caballero Bonald.

Pero la edad es también un factor medible según el grado de autonomía conseguido para el manejo de situaciones de la vida diaria ("edad funcional"), de ello trata fundamentalmente la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia. Independientemente de todas estas edades, la sociedad tiende a encasillar a las personas en determinados roles y espacios ("edad social") de ahí que el trabajo de educadores sociales y terapeutas ocupacionales –entre otros- consista en promover nuevos espacios y tiempos para los encuentros intergeneracionales.

La edad que más me importa, a la que doy una mayor importancia, es la "edad psicológica": la que tiene que ver con la capacidad de adaptación a nuevas situaciones de la vida diaria y que hace posible o no relaciones exitosas. Lo fundamental de una "juventud psicológica" es saber relacionarse con personas de distintas edades y/o culturas. Y, en este sentido, hay "viejos" de veinte años como también hay jóvenes de noventa.

Mi amigo Victoriano Mucientes (Villalba de los Alcores, 1911) es un joven de cien años para quien relacionarse no le supone problema alguno. Las claves de su joven longevidad (aparte de en su envidiable autonomía personal) reside en no cerrarse a vivir nuevas experiencias: sigue practicando diariamente una moderada actividad física, tomándose vinos con los amigos, apuntándose a las excursiones y partici-

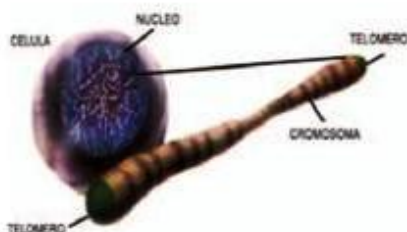


Fotografía cedida por Xoán González.

pando en todas las actividades sociales y culturales programadas en el centro en el que reside, la Residencia "Cardenal Marcelo" de la Diputación de Valladolid.

Victoriano, como otros tantos jóvenes octogenarios, nonagenarios o centenarios, practica la máxima de "poca cama, poco plato y mucha suela de zapato". La otra clave de este éxito personal reside en el mantenimiento de habilidades sociales en cuanto capacidad para relacionarse, para salir... Leí hace algún tiempo que "aprender un idioma a partir de los cincuenta años retrasa el alzheimer"... pues, habrá que ponerse...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
BLASCO, M. y PEREZ DIAZ, J. (2011)
Envejecimiento. Madrid: Los libros de la catarata.



8.3.6.- El carácter y la personalidad de Victoriano: “el bar, espacio de significados”

La idea de presentar la personalidad y el carácter de Victoriano en torno a la imagen de un bar no pretende, en absoluto, sugerir algo que falte al respeto a nuestro entrevistado: el hecho de permanecer largos periodos al día en este tipo de establecimientos suele asociarse a personas que no encuentran el ambiente adecuado en sus casas o, tal vez incluso, adictas al alcohol. Nada más lejos de nuestra intención: deseamos reivindicar la realidad de bares como espacios significativos para la propiciación de encuentros interpersonales de la más diversa índole. Victoriano, en este sentido, ha ejemplarizado la utilización adecuada de estos espacios y da prueba de ello la siguiente conversación transcrita a partir de una sobremesa un día de excursión (González, 2011^c):

“Estamos en Medina del Campo. Hemos venido a esta localidad vallisoletana motivo de la XV edición de “Las Edades del Hombre” (Passio) que se desarrolla simultáneamente en ambas Medinas: en Medina del Campo y en Medina de Rioseco.

Victoriano está a punto de cumplir 100 años y es un excelente embajador de la residencia. Como tal le presentamos y todos cuantos le saludan quedan encantados con él por su carácter amable, optimista y alegre. Estamos en el restaurante “Medina Real” y su dueño es Félix Huerta. Tras la comida tenemos un rato para la sobremesa y, entre otros temas, se plantea la cuestión de la importancia social de los bares.

Félix y Victoriano coinciden en que los bares son como la prolongación de los salones de las casas, aunque en mejor. Las casas no suelen estar acondicionadas para acoger a mucha gente y por eso se inventaron los bares.

Las personas que dirigen estos establecimientos tienen que ser personas muy acogedoras y, en consecuencia, con un buen nivel de competencias comunicativas que comprenden tanto las capacidades de conversar como de saber escuchar. Y los clientes tienen que saber que están en la casa de otra persona por lo que deben comportarse adecuadamente. “A mí nunca me echaron de ningún bar, al contrario, siempre me han hecho sentir como en casa” –dice Victoriano–.

Los bares son un buen lugar de encuentro con los amigos para no tener que dar que hacer en casa y Victoriano recuerda como, incluso, hacía acompañarse a los bares por su esposa, Benita, cuando ésta ya padecía un avanzado deterioro cognitivo y no podía quedarse sola en casa: eran más que un lugar de distracción para los dos... la gente habla y tienes que estar a la conversación” (p. 9).

8.4.- ROSINA Y VICTORIANO, EN COMÚN

Si tomamos conjuntamente los datos de las “Escala de Longevidad” de Rosina y de Victoriano y los comparamos (tabla 69) advertimos que, aunque con diferencias notables en algunas categorías (sexo, número de hijos o tiempo de estancia en la Residencia), existen múltiples similitudes en estudios, personalidad y hábitos de ocupación.

Tabla 69: Comparativas entre las Escalas de Longevidad de Rosina y Victoriano

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ROSINA	VICTORIANO
DATOS IDENTIFICATIVOS	Expediente	832	1309
	Apellidos y nombre	Rodríguez Martín, R	Mucientes Fuente, V
DATOS BIOGRÁFICOS	36. Fecha de Nacimiento	3/6/1902	17/9/1911
	37. Fecha de Ingreso en CM	5/12/1991	11/3/2008
	38. Fecha Defunción	25/12/2007	22/7/2014
CATEGORIAS GEOGRÁFICAS	39. Lugar Nacimiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	40. Lugar donde vivió	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	41. Lugar de procedencia	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
CATEGORIAS GENÉTICAS	42. Edad defunción padres	Benito: 27. Cándida: 83	Higinio:85.Valeriana: 30
	43. Causa defunción padres	-	-
	44. Nº hermanos nacidos	8 chicas y 1 chico (+ pronto)	De padre y de madre: 2
	45. Nº hermanos vivos a los 100	0 (era de las pequeñas)	0
	46. Edad media defunción	~ 90	~ 90
	47. Causas de defunción	-	-
	48. Sexo	<input type="checkbox"/> Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer	<input checked="" type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
HÁBITOS DE VIDA	49. Descanso	<input type="checkbox"/> Insatisf <input checked="" type="checkbox"/> Satisfact	<input type="checkbox"/> Insatisf <input checked="" type="checkbox"/> Satisfact
	50. Dieta	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
	51. Ejercicio	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
	52. Alcohol	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
	53. Tabaco	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
INDICE DE MASA C.	54. Delgado/Normal/Sobrepeso/Obeso	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
DETER. COGNITIVO	55. MMSE Folstein	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
AUTONOMÍA	56. Nivel de autonomía a los 100	Barthel: 100 (autónomo)	Barthel: 100 (autónomo)
ESTADO CIVIL	57. E.C. a los 100	Viuda	Viudo
	58. Fecha defunción del cónyuge	Enrique Vicente R 1990	Benita, 13/5/1996
	59. Edad conyugue a su fallecimiento	86 años	81
	60. Nº hijos nacidos	0	5
	61. Nº hijos vivos a los 100	0	5
VI.- FARMACOLOGIA	62. Diagnósticos	HTA	-
	63. Nº de medicamentos	1	6
VII.- ESTUDIOS	64. Estudios	Básicos	Básicos
VIII.- OCUPACIÓN	65. Modalidad laboral	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	Cuenta ajena
	66. Ámbito laboral	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	3 Industria y transporte
	67. Ocio	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
IX.- PARTICIPACION	68. Cultural	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
	69. Social	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI
X.- PERSONALIDAD	70. Trastorno estado de animo	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

SUBCATEGORIAS 8, 12 y 27	
32. Enfermedades isquémicas del corazón	39. Cáncer de colon
33. Enfermedades cerebrovasculares	40. Enfermedad hipertensiva
34. Cáncer bronquios/pulmón	41. Diabetes mellitus
35. Insuficiencia cardiaca	42. Neumonía
36. Demencias	43. Insuficiencia renal
37. Enf crónicas de las vías respiratorias inferiores	44. Cáncer de mama
38. Enfermedad de Alzhéimer	45. Cáncer de páncreas
	46. Cáncer de próstata

SUBCATEGORIAS 4 y 5	SUBCATEGORIA 6
1.- Valladolid provincia. 2.- Valladolid capital 3.- Otras provincias de CyL rural 4.- Otras provincias de CyL urbano. 5.- Otras provincias de España	1.- de su casa. 2.- de casa de los hijos 3.- de residencia 4.- de hospital

SUBCATEGORIA 21			
1.- Autónomo			
2.- Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.			
3.- Grado II. Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.			
4.- Grado III*. Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.			
SUNCATEGORIA 31			
0 EN CASA	1 SECTOR PRIMARIO	2 SECTOR SECUNDARIO	3 SECTOR TERCIARIO
	11 Agricultura	21 Industria	31 Función pública. 32 Comercio
	12 Ganadería	22 Construcción	33 Transporte. 34 Tecnologías de la Información/Comunicación
	13 Pesca	23 Sector energético	35 Turismo y Hostelería
			36 Sector financiero

Fuente: elaboración propia

De haber considerado en sentido amplio el concepto “estilo de vida”, la categoría “hábitos de vida” podría haber englobado como subcategorías prácticamente al resto. Según esto, el nivel de estudios, el de ocupación en actividades de trabajo y de ocio, la participación en la vida social y cultural o el tipo de personalidad (subcategorías de la 29 a la 35) serían determinantes a la hora de explicar el particular modo de envejecer de las personas. Hasta podríamos hacer depender de una opción personal el propio estado civil o el nivel económico así como el acceso a determinados avances como los farmacológicos (categorías 4-6). Pero aun reconociendo esta íntima interrelación y dependencia hemos optado, de nuevo, por su desglose para poder identificar un mayor número de matices:

1.- Categoría geográfica y entorno físico.

Tanto Rosina como Victoriano provienen del medio rural, aunque finalmente hayan tenido que desplazarse por motivos familiares: ambos pierden a uno de sus progenitores, lo que les obliga a migrar. Rosina llega muy pronto a la capital vallisoletana, mientras que Victoriano lo hace desde otra localidad cuando lo prioritario es poder ofrecer estudios a sus hijos. La vida de ambos, en cualquier caso, tiene lugar dentro de la provincia de Valladolid.

2.- Categoría genética: herencia y sexo

Carecemos de datos relevantes a propósito de la herencia genética con la que parten nuestros protagonistas. Las muertes del padre de Rosina y de la madre de Victoriano son consecuencia de sendos procesos patológicos agudos de los que carecemos de información por haber acontecido siendo ellos muy niños. En cualquier caso, parece que la naturaleza de ambos es resistente a tenor de la medias de edades alcanzadas por sus hermanos en torno a los 90 años. Por otra parte, el género no parece resultar determinante a la hora de alcanzar edades longevas si sólo nos fijamos en las dos historias retratadas. Las estadísticas, sin embargo, inclinarían la balanza en favor de las mujeres.

3.- Hábitos de vida: descanso, dieta y ejercicio

Coinciden en haber mantenido hábitos adecuados de sueño y en lo frugal de su dieta, aunque con matices: mientras a Rosina no le gustaba madrugar (si podía, retrasaba la hora de levantarse hasta las 10), Victoriano no podía permanecer en la cama más allá de las 7 de la mañana. Por otra parte, y aunque ambos coinciden en contar que siempre han solido comer poco, Rosina especifica que siempre ha sido “muy exquisita a la hora de comer” (nos lo ratifican también sus sobrinas), mientras que Victoriano, tal vez por las privaciones padecidas durante su infancia y parte de su juventud, simplemente no es en absoluto amigo de digestiones copiosas.

Su complexión es delgada, pero en el caso de Rosina mantenida a base de comer poco y caminar algo; en el caso de Victoriano de guardarse de comer y haber invertido gran cantidad de energía en trabajos físicos.

4.- Estado civil y vida familiar

Ambos se han casado a los 23 años y han enviudado ella a los 88 años y él a los 85 tras haber estado casados, respectivamente, 65 y 62 años. Rosina no ha tenido hijos mientras que Victoriano ha criado a cinco y todos viven cuando éste celebra su 100 cumpleaños.

5.- Nivel económico y condiciones de vida

La pensión de Rosina no es muy holgada al haber sido autónomo su marido Enrique. Sin embargo le ha quedado el piso por si pudiera precisar de una renta. A Victoriano le ha quedado una pensión algo mayor por haber cotizado en sus años como trabajador en la Harinera, pero el piso lo ocupa ahora el hijo pequeño. En cualquier caso, hablamos de niveles de renta modestos, aunque suficientes como para garantizar su dignidad. No podía ser de otra manera si han optado a una plaza residencial pública: en el baremo de ingreso figura la escasez de recursos tanto materiales, como de apoyo familiar o de salud.

6.- Categoría “avances farmacológicos”

No han padecido enfermedades graves a lo largo de su vida. Rosina presume de no tomar pastillas a los cien años. Victoriano, sin embargo, ha empezado a tomar un laxante, un hipertensivo, un activador del riego sanguíneo, un broncodilatador, un diurético y un analgésico, prescritos todos ellos por el servicio médico del centro (Resiplus, 2015). En cualquier caso, su calidad de vida es alta y así es percibido por ambos.

7.- Categoría “nivel de estudios”

En aplicación de la ley vigente, acuden a la escuela entre los 6 y los 9 años para recibir la primera enseñanza elemental obligatoria. Ambos quedan huérfanos muy temprano por lo que deben priorizar las obligaciones familiares. Con el tiempo han podido completar un nivel suficiente de competencias en lectoescritura y cálculo que les garantiza desempeños adecuados en sus ocupaciones de trabajo u ocio.

8.- Ocupaciones en actividades de trabajo y ocio

Es cierto que Rosina reconoce (entrevista de 29/2/2002) no haber trabajado mucho tras casarse y que Victoriano, sin embargo tuvo que pluriemplearse (entrevista de 21/6/2011) durante algún tiempo. Es éste uno de los aspectos más destacados de nuestro estudio. Rosina y Victoriano se caracterizan por un adecuado equilibrio entre los tiempos dedicados al trabajo y los empleados en ocio. Más importante que el “qué” es el “cómo” ocupan ese tiempo, esto es el talante que les lleva a disfrutar sin estresarse.

9.- Participación social y cultural

Durante una gran parte del siglo pasado, la participación social y cultural en España ha estado muy limitada a actividades fuertemente tuteladas por el gobierno. Consecuentemente, el abanico de opciones se ha visto reducido durante mucho tiempo a las fiestas anuales (por lo general dos: una en invierno, la del patrón, y otra en verano, tras las cosechas), las celebraciones familiares y los actos religiosos. Rosina y Victoriano votan en las elecciones y se declaran católicos de misa dominical. Ahora de mayores tienen ocasión de disfrutar de más actividades y lo hacen con agrado. En la residencia estas actividades además de variadas son accesibles lo cual facilita su participación.

10.- Personalidad

Al final, la personalidad es la que parece determinar en gran medida la predisposición de las personas hacia la práctica de determinados hábitos o conductas. Si ello no es determinante, al menos bien pudiera ofrecernos una explicación. En cualquier caso, hemos querido detenernos en comparar en detalle algunos rasgos de la personalidad de Rosina y de Victoriano (Tabla 70).

Tabla 70: Comparativa entre algunos rasgos de la personalidad de Rosina y Victoriano

ROSINA	VICTORIANO
Huérfana de padre cuando tiene 9 años	Huérfano de madre a los 10 años
Va poco a la escuela	Apenas puede ir a la escuela
Apenas tiene tiempo para divertirse	No tiene tiempo para divertirse
Trabaja en casa y cuidando de sus hermanos	Trabaja fuera de casa desde muy pronto
Trabaja de doncella en Valladolid	Trabaja en una harinera y de transportista
Se casa con 23 años	Se casa con 23 años
Tras casarse trabaja en casa	Se casa con 23 años
Cuida a su marido durante los últimos 16 años	Cuida de su esposa los últimos años
Enviuda a los 88 tras 65 años casada	Enviuda a los 85 tras 62 años casado
Es una persona curiosa	Es una persona extrovertida
No tiene hijos	Tiene 5 hijos
Se muestra serena	Muestra siempre una gran serenidad
Es risueña y optimista	Hace gala de un gran sentido del humor
Huye de las discusiones	No le gusta discutir
Valora su salud	Tener salud es lo más importante
Cuida mucho su aspecto y su cuerpo	Cuida su aspecto
No necesita medicarse	Toma hipertensivos y laxantes...
Come poco aunque de todo	Le gusta todo, pero come poco
Complexión delgada	Complexión delgada
Equilibrio entre trabajo y ocio	Equilibrio entre trabajo y ocio
Dice dormir bien: no le gusta madrugar	Duerme bien (aunque poco)
En su mesa de noche: colonia fresca y pañuelos	En su mesa de noche: el reloj y una radio
Niveles de renta muy modestos	Pensión modesta
Vive 16 años en Cardenal Marcelo	Vive 6 años en Cardenal Marcelo
Un regalo que quisiera recibir: colonia fresca	Un regalo: una "faria"

Fuente: elaboración propia.

Hemos tratado de consignar objetivamente distintos aspectos de la vida de Rosina y de Victoriano que poder comparar con las categorías de análisis utilizados en el "Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)". Trataremos ahora de valorar sustancialmente y punto por punto estos rasgos de personalidad contenidos en la tabla 70:

- La orfandad (como la viudedad) constituye en sí mismo una repentina y fortuita desventaja al verse una persona privada de medios materiales de subsistencia y del apoyo emocional de ser muy querido. Pero lo fundamental en estos casos no es tanto el padecimiento de la pérdida en sí cuanto la capacidad para poder salir reforzados de una situación material y emocional adversa (lo que se conoce como resiliencia); y esta capacidad la dicta un rasgo de la responsabilidad relacionado con la volición: todo se inicia en la voluntad, esto es en el deseo.
- El nivel educativo puede correlacionar con las posibilidades de envejecer exitosamente al suponersele, a una persona cabal y formada, la capacidad de aceptar las decisiones pasadas y adoptar adecuadamente las decisiones respecto a su vida presente y futura. Pero educación y escolarización o nivel de instrucción no significan estrictamente lo mismo. En Rosina y en Victoriano se ha producido una adquisición de las competencias necesarias para alcanzar una longevidad exitosa por méritos propios.
- El concepto de diversión ha cambiado. Las rutinas, como la monotonía, están mal consideradas. Muchas personas optan por estar continuamente entretenidas, distraídas, evadidas... y demandan actividades de este tipo: todo lo contrario a la tesis cada vez más extendida y sostenida actualmente por los defensores del "mindfulness" o la necesidad de vivir concentrados en la

atención y con conciencia plena (Kabat-Zinn, 2009). Nuestros protagonistas se han referido a este neologismo con una palabra de toda la vida: vivir serenamente.

- El trabajo ha constituido el hilo conductor de sus vidas: las ha llenado de sentido y ha contribuido a que se sintieran útiles y partes activas de la comunidad.
- La vida familiar llena el tiempo no ocupado por el trabajo. Coinciden en destacar el tiempo dedicado a prodigar cuidados a sus respectivos cónyuges enfermos. No hablan de sacrificio ni de abnegación cuanto de aceptación serena de algo que es connatural a la vida en pareja.
- La curiosidad y la extroversión colocan a Rosina y a Victoriano en la tesitura de poder relacionarse con el entorno. Ambos rasgos de personalidad, cada uno a su manera, actúan de motores de búsqueda que retroalimentan la personalidad para propiciar nuevos aprendizajes.
- El carácter optimista y risueño de ambos, proclive a evitar confrontaciones y disgustos, parece corresponderse también con el alto valor concedido a la salud y a la búsqueda, sobre todo, de una vida tranquila y serena.
- El gusto por los pequeños placeres junto con la capacidad para disfrutar de los mismos (una radio, una colonia fresca...), en el contexto de unas rentas muy modestas, nos aleja de modelos de sociedad altamente materialistas basadas en un consumo desmedido y en la consiguiente insatisfacción generada por no ver nunca colmados todos los anhelos.

Rosina y Victoriano son, en definitiva, dos personas muy sencillas. Haber sido institucionalizadas les ha supuesto tener que aceptar que, a partir de su llegada al centro, toda su vida deba caber en un armario. No han sido personas materialistas: han debido aprender a deshacerse de recuerdos por una mera cuestión práctica de espacio. Tal vez por ello nos ha resultado tan dificultoso obtener documentos anteriores a su ingreso en el centro. No ha habido ocasión tampoco de explicitar con ellos el oportuno proyecto de vida. Damos fe, no obstante, de que ese proyecto existió siempre de una manera implícita y que el intentar hacer posible aspectos de él cada día fue lo que dio sentido a sus vidas. La nueva legislación, proclive al acopio de testimonios que faciliten la elaboración de historias y proyectos de vida, junto con las nuevas tecnologías que permiten economizar espacios para el almacenamiento de la información, nos habrá de facilitar sin duda esta tarea a partir de ahora.

Capítulo 9

Conclusiones, Recomendaciones y Líneas futuras

"Una persona sabia se creará sus propias oportunidades"
(Francis Bacon, 1908, p. 240)

9.1.- CONCLUSIONES

A pesar de asociarse el concepto de "longevidad" a una conquista individual (frente al de "esperanza de vida" que constituye un motivo de felicitación de toda la sociedad en su conjunto), son necesarias unas adecuadas políticas sociales que incluyan la universalización del derecho a la educación, la cultura, el ocio y, consecuentemente, a la salud con carácter universal para referirnos a un envejecimiento exitoso. Por consiguiente, deseamos poner el acento en la responsabilidad de quienes administran los asuntos públicos para que generen las condiciones por las que se garanticen en todo momento la seguridad y la salubridad comunitarias y se promuevan determinados hábitos positivos para la salud y el bienestar individuales. Y deseamos dejar constancia también, según esto, de que es obligación del legislador establecer el marco favorable para que los ciudadanos puedan involucrarse activamente en la gestión de los asuntos que les conciernan.

Consiguientemente, podría parecer ahora que la probabilidad de envejecer exitosamente es independiente de la buena voluntad de las personas pero deseamos destacar también que gran parte de las condiciones que lo hacen posible se hallan en gran medida bajo la responsabilidad individual como, por ejemplo, al evitar riesgos, al practicar hábitos que preserven e incluso potencien la autonomía funcional y al mantenerse activas y comprometidas socialmente. Habíamos considerado además como crítica al concepto "envejecimiento exitoso" la posible estigmatización de las personas que no alcanzaran el ideal de envejecer bien, por lo que habría que evitar la frágil lógica de que si el individuo es el responsable de la propia gestión de su envejecimiento con éxito, también lo será cuando no alcance este intento.

La Junta de Castilla y León ha venido promoviendo desde el año 2011, y con carácter de proyecto piloto, la implantación de unidades de convivencia basadas en el “modelo de atención centrado en la persona”. Este nuevo modelo europeo de atención residencial aparecían descritos en el Libro Blanco del Envejecimiento Activo (Imsero, 2011) basándose estratégicamente en la promoción de la autonomía de las personas (a la hora de elegir horarios, menús, actividades o aspectos relacionados con la propia imagen), en una planificación centrada en la persona (con dos herramientas fundamentales: la “Historia de Vida” y el “Proyecto de Vida”) y en elementos organizativos (asignación de profesionales de referencia, diseño de actividades significativas, involucración de la participación de las familias...) o arquitectónicos que contribuyan a crear un ambiente hogareño. No en balde, estas unidades se denominan “En mi casa” (Junta de Castilla y León, 2015 y 2016²) y que, en el año 2015, ya sumaban 100 entre las 69 vinculadas a centros residenciales y las 31 ofrecidas como centros de estancias diurnas. Entre ellas, y desde mayo del 2014, figura “El Olmo”, nombre con el que se implanta este modelo en la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid.

Nuestra valoración personal sobre su implantación en nuestro centro de referencia es que:

- Se inaugura en mayo de 2014 con una ratio de 5,5 trabajadores para 15 usuarios (una ratio significativamente inferior a la utilizada en los modelos originales de los países del norte de Europa pero ajustada a las orientaciones de la Junta de Castilla y León).
- Salvo por la existencia de una coordinadora con formación psicológica, se deja prácticamente en manos del personal de atención directa (auxiliares, o personal de primer nivel) la puesta en práctica de este “modelo de atención centrado en la persona” y, consecuentemente, de la gestión de actividades significativas, la involucración de las familias, la facilitación de la puesta en práctica de esos “proyectos de vida” nacidos de la elaboración de una “historias de vida” que, a todas luces, exigen unos altos niveles de competencia.

La solución propuesta por este nuevo modelo es que, para su aplicación, unos profesionales de mayor especialización o de segundo nivel, pero cuyos perfiles formativos y profesionales no aparecen definidos (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores o trabajadores sociales...) “actúen como consultores y formadores de los profesionales de primer nivel, pudiendo intervenir sobre varios recursos y no exclusivamente en un centro o servicio” (Martínez, 2011, p. 183) y ello sin tampoco especificar su ratio por lo que, en el fondo, también parece buscarse la consiguiente apertura a un proceso de racionalización de los recursos y medios técnico-profesionales disponibles en un momento en que todavía resuena la voz de alarma de la inviabilidad de los centros residenciales de menos de 20 plazas (Santiago, 2012).

Así, para la elaboración de “historias de vida” en “Cardenal Marcelo” que habrán de servir de base del diseño de “proyectos de vida” para cada residente, diseñamos un modelo de Entrevista-Cuestionario que aplicamos a 105 residentes en un plazo a contrarreloj (entre el 16 de marzo y el 14 de abril de 2015). A lo largo de este tiempo, constatamos que lo adecuado es que esta “Entrevista-Cuestionario” sea implementada por el personal de atención directa (bajo la supervisión y las orientaciones del “personal de mayor especialización”, al que se refería Martínez) dado que, a pesar de su ratio elevada, se le presupone un conocimiento del contexto sociofamiliar del mayor al tiempo que debería generar un compromiso vinculante con el siguiente paso, el diseño de “Proyectos de Vida” en el que de manera ineludible deben concurrir las aportaciones de un profesional de la orientación vocacional, entendida como un proceso de orientación personal que ayude a tomar decisiones adecuadas e individuales desde el presente.

Deseamos reivindicar en este punto la presencia de profesionales provenientes de áreas de conocimiento como la educación social, la terapia ocupacional, la psicopedagogía y/o el trabajo social, por considerarlas adecuadas para el desempeño de estas funciones.

La oportunidad de la existencia de especialistas en diseño de proyectos de vida debería sugerir la posibilidad de determinadas especializaciones profesionales o de la previsión de entidades validadoras de una estricta observancia ética más allá de los aspectos normativos. Así, por ejemplo, la Fundación Acción Social y Tutela de Castilla y León, u otras organizaciones similares, tienen ante sí la oportunidad de actualizar sus funciones a las nuevas demandas sociales.

El análisis de los datos extraídos de las entrevistas y relativos a actividades significativas de los residentes nos ha permitido verificar cómo cada persona relata una gran riqueza de vivencias previas, experiencias, valores, rasgos de personalidad que se muestran de manera compleja en la manifestación de conductas y en la expresión de intereses y gustos. La riqueza de las conversaciones generadas no debiera quedar reducida al retrato en forma de una “historia de vida”. De ahí que, junto a unos datos estadísticos, nuestro esfuerzo se haya centrado en intentar ahondar en los datos biográficos de estos residentes y en la explicitación de sus intereses actuales, que permitan elaborar también “proyectos de vida”.

De ahí que quede por hacer lo fundamental. Muchas aspiraciones podrían ser fácilmente satisfechas con una política de gestos (incorporar determinados menús, por ejemplo, o esmerarse en su realización); otras precisarán de aportaciones presupuestarias propias de otros tiempo cuando, por ejemplo, existía una partida específica para excursiones y voluntad para respaldarlas; otras harán necesarias acciones formativas tanto para trabajadores (“puesta en práctica del modelo de atención centrado en la persona”, sin ir más lejos) como para residentes (educación en valores, cultura, habilidades sociales...). El trabajo fundamental y más inmediato, sin embargo, será elaborar un “Proyecto de Vida” de cada residente (se propone un modelo, como recomendación, en el apartado siguiente) dirigido por el personal de referencia e involucrando a las familias.

Independientemente de los cambios estructurales y organizativos que la Junta de Castilla y León acaba de regular por Decreto (Junta de Castilla y León, 2016^{1 2}) y que serán de obligada implantación en agosto del año 2017 (Santiago, 2015), lamentar que tal vez el bullicio de las formas invalide la importancia del contenido en el que la elaboración de “historias de vida”, primero, y de sus consiguientes “Proyectos de Vida”, aparte de perfectamente asumibles por cualquier tipo de centro, independientemente de sus características estructurales, son –junto con el profesional de referencia- la mejor garantía a nuestro juicio de un envejecimiento en el que quede asegurada la dignidad de las personas.

La Junta de Castilla y León establece la asignación por ley de un profesional de referencia a cada persona que disfruta de una plaza en un centro de carácter social con tres encomiendas básicas (Junta de Castilla y León, 2016¹, p. 5944):

1. hacer posible la puesta en práctica de ese “proyecto de vida”,
2. ser el interlocutor cualificado y cercano de la persona que recibe los apoyos,
3. garantizar que sus expectativas, deseos y preferencias sean conocidas por los profesionales

En esa misma norma se establece el plazo para que en agosto del año 2017 se apruebe un orden que determine el contenido y la estructura del proyecto de vida de los usuarios. Sorprende la rapidez con la que se ha implantado en Castilla y León un modelo con apenas cuatro años de rodaje (Ical, 2011; Albarrán et al, 2014) cuando los fundamentos conceptuales y metodológicos habían sido prácticamente importados desde otras comunidades autónomas (Martínez, 2011; Martínez et al, 2011 y 2015, Rodríguez, 2013 y 2014). Confiamos en que en ese desarrollo normativo se arbitren también mecanismos que eviten:

- que se simplifique el modelo a sus aspectos más formales,
- que las novedades se centren sólo en la atención directa y no incidan en modificaciones estructurales y organizativas,
- que se confunda el modelo con el fin último que es mejorar la vida de las personas.

Los proyectos de vida no pueden convertirse en un mero aspecto formal, en un trámite. Constituyen la llave de ese empoderamiento que precisa de procesos educativos previos con las miras puestas en horizontes amplios como la aspiración a ser feliz. Consecuentemente, las personas que precisan apoyos deberían poder elegir a sus profesionales de referencia, los proyectos de vida deberían articularse de manera que tuvieran el valor de un contrato que obligara a ambas partes (a la persona demandante de apoyos y a la institución responsable de proporcionárselos) y nadie debería carecer de un proyecto y éste debería ser público o, al menos, poder explicitarse en términos comprensibles.

En nuestra investigación hemos defendido un modelo de “proyecto de vida” basado en la reivindicación del valor de cada momento presente anteponiéndolo al valor del futuro y del pasado, por este orden. Pero dado que el presente es efímero, precisa ser vivido con la intensidad de quien, sabiéndose hijo de un pasado concreto, procura convertirse en responsable de su propio porvenir; y ello de una manera serena como antesala de la felicidad a la que aspira como proyecto vital. De igual modo, hemos percibido que lo que une a las personas no es tanto un pasado en común cuanto el compartir gustos, intereses y expectativas coincidentes en el presente y con ciertos visos de que esta coincidencia se mantenga en el futuro.

Pero, además de éste, nos habíamos planteado otros objetivos. Con carácter general pretendíamos ahondar en el significado de la longevidad tratando de desentrañar las claves sobre cómo envejecer de manera satisfactoria y averiguar si existe algún patrón coincidente entre estas personas relativo a su biografía personal o hábitos de vida a través de la identificación de aquellos indicadores que han podido contribuir a hacer posible el que alcanzaran esta edad y, además, de un modo satisfactorio. Creemos honestamente que sí hemos alcanzado este objetivo. La longevidad sería el resultado de un equilibrio entre una conquista comunitaria y un logro individual: si sólo la alcanzaran excepcionalmente algunos individuos, no se garantizaría la adherencia a los hábitos y compromisos personales que la hacen posible y formaría parte tan sólo de registros anecdóticos; y si no fuera propiciada por unas determinadas políticas sociales, sanitarias, económicas o educativas la longevidad no se consideraría un valor ni deseable ni posible con lo cual no existiría una motivación suficiente para su materialización.

A nivel más específico, deseábamos salvar las limitaciones de la edad cronológica, biológica, funcional, psicológica o social consideradas cada una aisladamente a la hora de determinar las características de una vida necesitada de ser vivida con calidad y dignidad. Introdujimos, para ello, el concepto de “edad exitosa” como el resultado de un proceso de envejecimiento que ha tenido lugar en

las mejores condiciones posibles (a nivel físico, psicológico y social) como fruto de un entrenamiento en el gusto por lo sencillo y en la recuperación del valor de lo importante frente a lo accesorio, esto es en la calidad del tiempo vivido más que en su cantidad merced a una reflexión que recuerda al conocido cuento de “El Buscador” (Bucay, 2012) en el que la edad de los habitantes de Kammir se computaba por la suma del tiempo realmente disfrutado: el único y verdadero tiempo vivido.

También tratamos de indagar precisamente sobre el efecto de la presencia o no de enfermedades y de factores ecológicos al analizar la historia vital (antecedentes de salud, entorno y hábitos) sobre la longevidad de 30 personas centenarias con las que he convivido a lo largo de los últimos 20 años y compararla con las de otros centenarios de distintas emplazamientos geográficos. En este sentido, no hallamos razones de peso para vincular estos factores ecológicos a la consecución de edades longevas más allá de una conquista comunitaria y de un compromiso individual señalado en el objetivo general.

Para profundizar en la realidad de personas que viven esta etapa de su ciclo vital de un modo exitoso nos centramos en las historias de vida de Rosina y de Victoriano. Hubiéramos deseado haber conseguido un mayor grado de profundidad, pero hemos de confesar que tanto estos dos sujetos como los veintiocho restantes que propiciaron el “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” ya habían fallecido antes de concluir la presente tesis doctoral con lo cual no se pudieron implementar algunas de las informaciones sugeridas a medida que avanzábamos en la investigación. Hemos tratado de definir, en cualquier caso, los aspectos esenciales de la longevidad exitosa a partir de la biografía en profundidad de dos personas que han disfrutado de una autonomía funcional plena, libre de discapacidad y, lo que es más importante, de una manera saludable, activa y satisfactoria.

En definitiva, hemos tratado de mostrar los beneficios de la puesta en práctica de programas educativos estructurados (de preparación a la jubilación, de proyectos de vida, de una “escuela de longevos”) que hagan posible la integración de actividades normalizadas dentro de la educación a lo largo de toda la vida, tradicionalmente conceptualizada como educación permanente, también en instituciones. Una adecuada Pedagogía de la Longevidad habrá de implicar, de entrada, no sólo la existencia de una política integral hacia este colectivo de personas, sino también una actitud social positiva hacia el mismo así como una auto-percepción activa, autónoma, responsable e independiente que deberá formar parte de su proyecto de vida.

9.2.- RECOMENDACIONES Y LINEAS FUTURAS

Si nuestra capacidad de aprender estuviera en sintonía con nuestra capacidad de vivir lo aprendido resultaría fácil trabajar la unidad de mente y cuerpo, pero suele ocurrir que, en materia de prevención, ciencia y tecnología van por delante de la educación y muchos avances que se publicitan en foros científicos se anticipen a la propia capacidad de la población en general para ser comprendidos primero y traducidos en hechos, después. Por poner un ejemplo, un reciente titular a propósito de la ponencia inaugural de Eythor Bender, profesor de la Singularity University, en “Retina”, foro de transformación digital, anunciaba que *“en 2025 no existirán los discapacitados. La tecnología hará que se superen todas las barreras”* (El País, 2016). Así visto, podría deducirse que ya existe una fecha clara para derogar (por innecesarias) normas como la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de dependencia (Ministerio de Trabajo y

Asuntos Sociales, 2006) y, lo que sería más grave, alguien podría llegar erróneamente a la conclusión de que es lícito despreocuparse por su seguridad y, por extensión, por la propia salud pues la ciencia tendrá pronto una solución para todos los problemas.

Nuestra propuesta es, por consiguiente, la defensa de una pedagogía en tres momentos:

1. Una pedagogía preventiva de preparación para la jubilación.
2. Una pedagogía basada en proyectos de vida.
3. Una escuela en la que las personas longevas puedan destilar la esencia de su experiencia vital.

Hemos denominado a esta tercera propuesta pedagógica “Escuela de Longevos” porque entre su claustro de profesores hemos contado, y confiamos en poder seguir contando en lo sucesivo, con el testimonio de personas que alcancen esta barrera testimonial de los cien años. A lo largo de las páginas precedentes hemos argumentado los méritos de una treintena de ellas, en general, y de dos en particular en forma de historias de vida, pero proponemos que el acento no se ponga tanto en el pasado como en el futuro y pueda iniciarse, de esta manera, un diálogo a partir de la explicitación de sus respectivos proyectos de vida.

9.2.1.- Pedagogía de preparación a la jubilación

El envejecimiento se inicia en el mismo momento del nacimiento pero prosigue por un acto de voluntad que lo hace posible: desear envejecer. Se puede llegar a viejo por casualidad pero ello sería similar a cuando un reloj parado acierta a dar la hora exacta dos veces al día. Victoriano Mucientes decía que para que te pueda tocar algo bueno hay que comprar primero las papeletas y, es lógico suponer que cuantas más papeletas se posean mayores serán las probabilidades de ser la persona afortunada. Rosina reivindicaba su derecho al aburrimento como parte consustancial al hecho de estar vivo. En un mundo y en una sociedad en donde la baja tolerancia a la frustración es causa de displacer, conflictos, incapacidad para gestionar adecuadamente los problemas e, incluso, antesala de la depresión (Fromm, 1956), resulta adecuado conocer el testimonio de quienes han envejecido exitosamente.

9.2.1.1- El primer objetivo es poder envejecer

A la luz de los datos del “Estudio sobre Longevidad en Cardenal Marcelo (1994-2014)” podría no parecer determinante un determinado nivel socioeconómico para poder alcanzar edades avanzadas, sin embargo una mirada más amplia muestra que, para poder envejecer, partimos de una ventaja o desventaja oficial por el mero hecho pertenecer a una determinada cultura o área sociodemográfica. Es lo que hemos denominado nivel macrosocial (Susser, 1996). Responde a una cuestión de mero azar el haber nacido aquí o al otro lado de una frontera: no lo elige quien nace como tampoco el grado o la calidad de las conquistas en materia de Estado de Bienestar de un país determinado. Aquella ventaja o desventaja se refleja estadísticamente en los índices de esperanza de vida que depende de los años vividos de la media de la población y se expresa en términos de potencial de vida que, como hemos visto, correlaciona también con varios otros indicadores: producto interior bruto, esfuerzo en gasto social y felicidad interior bruta.

A nivel intermedio, el acceso a unos servicios sociales, sanitarios, educativos o al disfrute de una determinada calidad del aire, del agua o de los alimentos están condicionados por el nivel macrosocial anterior pero manteniendo una alta dependencia de la capacidad de elección de cada persona. Las personas migrantes son, en este sentido, las personas más radicales a la hora de cambiar su estilo de vivir para hacer posibles nuevos proyectos de vida.

Pero llegado el caso, las decisiones importantes se juegan en las distancias cortas, esto es, que la decisión la tiene cada persona: sin perder de vista la visión global, la capacidad de elección afecta a cuestiones tan baladíes y al mismo tiempo tan trascendentes como dónde vivir, qué comer, cuánto descansar, qué estudiar, en dónde trabajar, con quién estar, a qué dedicar el tiempo libre, cuánto participar...

La capacidad de elección es, pues, la primera de las competencias imprescindibles. Llegar a la convicción de que tenemos autonomía para elegir que hacer sin que nadie decida por nosotros es un aprendizaje crucial. Hacer realidad nuestras aspiraciones supone abandonar la heteronomía moral, los locus de control externos, para abrazar la propia voluntad reclamada desde nuestro fuero interno. La misma contradicción entre “haz lo que quieras” (Savater, 1991: 19) se presenta en la libertad pues no somos libres de elegirla sino que, como afirmó Sartre (1984: 698) estamos condenados a la libertad. De lo que se tratará será de establecer prioridades ente lo importante y lo urgente, entre la satisfacción de necesidades a largo plazo o de un deseo repentino.

Carecer de posibilidad de elegir, no encontrar salida, es la principal explicación los casos de suicidio (Andrés, 2015). Sólo en España, en el año 2014 hubo 3910 personas, once al día, que se suicidaron. Esta cifra representa el doble de las víctimas de accidentes de tráfico y supone la segunda causa de defunción entre los jóvenes, por detrás de quienes fallecen por enfermedad, y la primera causa de muerte violenta (Corbillón, 2016). Por eso es tan necesario cultivar la esperanza, ese “estimulante vital muy superior a la suerte” (Nietzsche, citado por Palomo, 2013, p. 120) porque mientras haya alternativas existirá alguna esperanza.

9.2.1.2.- El segundo objetivo es envejecer con éxito

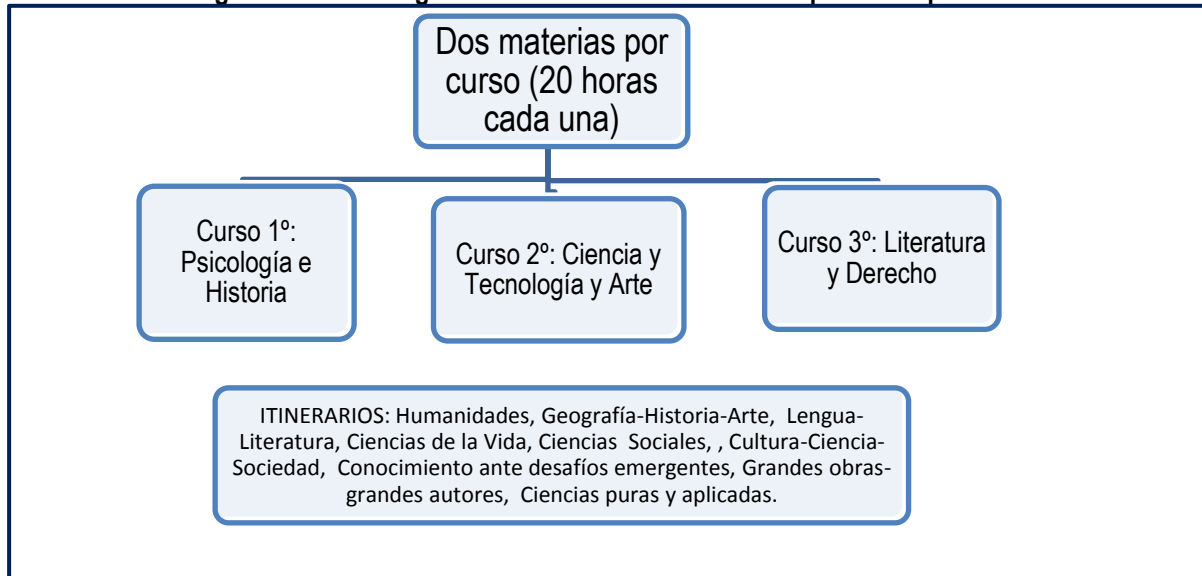
Envejecer bien es envejecer con éxito y envejecer con éxito es ser capaz de percibir este proceso como algo satisfactorio. Habitualmente vinculamos el envejecer bien como el hacerlo sin enfermedades. Envejecer con salud es mucho más que envejecer sin enfermedades: es tomar conciencia de la propia realidad y de su potencial. La salud es bienestar a nivel físico, psíquico y social. Muchas veces la ausencia de uno de estos tres pilares puede tratar de compensarse incrementando la calidad de alguno de los otros dos. La única incompatibilidad con el bienestar es la incapacidad para seguir intentándolo. Igual que la felicidad, el bienestar no se conquista, solo cabe disfrutarlo. Considerarlo fruto de una conquista comporta una tensión incompatible con la esencia de lo inmaterial. Para ello es preciso cambiar la mentalidad:

1. No obsesionarse con la edad, con cumplir años. Debe acabarse con la tiranía de la edad cronológica y no permitir que nadie asigne “etiquetas” sobre lo que puede o no hacerse basándose en el año del nacimiento.

2. Pensar con perspectiva. Hay que aspirar a tener el punto de vista de quien ha alcanzado los cien años para, desde esta particular atalaya, discernir entre lo realmente importante y lo accesorio.
3. No hay que evadirse ni siquiera tratar de desconectar de la realidad en algunos momentos. La vida es tiempo. Ya descansaremos luego. La vida es también compromiso. Precisamos de atención plena, de ser conscientes en plenitud de las múltiples posibilidades del momento presente y de su belleza única: en esto consiste la esencia del mindfulness como concepto reciente y cualidad de la mente que posee infinidad de adeptos y beneficios evidentes (Kabat-Zinn, 2009).
4. Un proyecto de vida es algo dinámico: no es un resultado es un proceso. Siempre está inacabado. Se inicia con el nacimiento cuando apenas es un esbozo y se consolida a los cien años, por fijar alguna fecha en el horizonte.
5. Nadie que no haya explicitado su proyecto de vida debería tratar de liderar el proyecto de vida de los demás. El proyecto de vida es a las personas lo que un proyecto educativo a un centro educativo: debe ser público, debe involucrar a la comunidad, debe reflejar los valores, las convicciones, lo esencial de cada cual.

Es muy importante que se le sigan asegurando las opciones a la persona. Preservar su movilidad deberá ser un derecho lo mismo que el conformismo es enemigo de la actividad. En una de las sesiones de seguimiento de la implantación del modelo “En Mi Casa” la técnico de la Junta encargada de recabar información sobre las excelencias del nuevo sistema trataba de restar importancia a los efectos de la pérdida de movilidad (disminución de la fuerza y tono muscular, incremento del riesgo de infecciones y embolias, problemas respiratorios, urinarios, estreñimiento, úlceras por presión, aumento de la osteoporosis...) asociada a la aproximación operada en los estímulos tradicionales (ya no hay que desplazarse al comedor general, ni a la capilla, ni al bar... porque todo está ahora más cerca... tanto que ya no hay apenas que caminar hacia estos nuevos lugares). Había en ello un efecto Pigmalión, una profecía autocumplida similar a no desear escuchar los profundos deseos de las personas, porque cada persona es diferente y contentar a todo un grupo de personas supone difícil arte de negociación por el que se ha de minimizar el tamaño de las renuncias y se agrandarán los puntos en común.

Necesitamos conocer la realidad dinámica de la persona mayor y sus cambiantes necesidades a nivel físico, psíquico y social. Se precisa formación en materia de biología y biomecánica para poder entrenar el cuerpo para que siga cumpliendo sus funciones. Es necesario instruir en psicología y ética para que la mente colabore en ese funcionamiento autónomo. La terapia ocupacional contribuiría en adecuar el entorno para poder disfrutar de ocupaciones significativas que la educación social propiciaría que fuesen también en grupo. El Programa Interuniversitario de la Experiencia, iniciativa financiada por la Junta de Castilla y León y realizada en colaboración con todas la Universidades públicas y privadas de la Comunidad y destinada a personas de 50 años o más residentes en Castilla y León, que deseen compartir experiencias y conocimientos y actualizar su saber, oferta estos y otros muchos contenidos en su plan de estudios (Gráfico 61):

Gráfico 61: Configuración del Programa Interuniversitario de la Experiencia para el Curso 2016-2017

Fuente: elaboración propia a partir de Prado, 2016.

9.2.1.3.- El tercer objetivo es aprender a envejecer con éxito

Todo comienza por aceptar la propia finitud: *“nacer es únicamente comenzar a morir”*, aseveraba Théophile Gautier (citado por Palomo, 2013, p. 207), un poeta francés que vivió entre 1811-1872 a propósito de una cuestión sobre la que ya había sentenciado mucho antes Epicuro (441-270 a. C.) en su *“Epístola a Meneceo”* (Vara, 1995, p. 35) advirtiéndole que *“la muerte no toca a la vida, por lo que mientras vivimos la muerte nos es extraña, y cuando la muerte es, nosotros no somos. No hay por qué temerla, por consiguiente”*. Concebir que el envejecimiento comienza con el nacimiento y es un proceso que se desarrolla durante toda la vida (Friedan, 1999, p. 379) sería, pues, un buen punto de partida para un adecuado abordaje pedagógico.

Gran parte del éxito de esta empresa dependerá de la confianza que depositemos en nosotros mismos, en nuestro esfuerzo, en nuestra capacidad para adaptarnos a los cambios liderando nuestras propias decisiones. No se trata sólo de abandonarse a la suerte como quien navega a merced del viento, sino que se trata de asir con fuerza el timón para gobernar nuestra vida sabiendo leer los signos que nos rodean sin luchar contra corriente sino aprovechando pacientemente las oportunidades que se nos brinden: *“la misma esperanza deja de ser felicidad cuando va acompañada de impaciencia”* dijo John Ruskin (citado por Mirol, 2005, p. 53). Tener esperanza no es tanto desear que suceda algo que deseamos fervientemente cuanto que acaezca lo que sea mejor para nosotros (Savater, 1991) y que aprender a vivir con incertidumbre nos mostrará un futuro abierto a infinitas posibilidades.

Envejecer ser convierte, como ya hemos dicho, en todo un arte (Schopenhauer, 2010) **en el que es imprescindible mantener una buena actitud vital** que propicie nuevas estrategias para salir bien parado del enfrentamiento con una situación adversa. *“La esperanza es el sueño del hombre despierto”*, dijo Aristóteles (citado por Palomo, 2013, p. 119) aunque ello no sería suficiente; es necesario además lo que Allende (2016) denomina un *“optimismo desafiante”*: *“el tío Ramón me dio los más útiles instrumentos para la vida, como descubrí la terapia a una edad madura: memoria selectiva para recordar lo bueno, prudencia lógica para no arruinar el presente y optimismo desafiante para encarar el futuro”* (p. 17).

Estar activo no sólo es un derecho sino una premisa necesaria para poder lograr un envejecimiento exitoso. En un mundo en continuo cambio, los informes de la Unesco sobre educación de 1972 (Informe Faure) y 1996 (Informe Delors) lograron sentar las bases de una educación asentada sobre cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir juntos.

En cada uno de estos pilares de la educación se hallaba presente el aprender a aprender, competencia transversal tan necesaria en la actualidad. Se atribuye a Séneca (citado por Bataller, 2013, p. 12) que “el maestro aparece en cuanto el alumno está preparado”. Castro (1996) nos regalaba hace veinte años, precisamente, un estupendo libro titulado “aprender a envejecer” estructurado en torno a cuatro partes (Tabla 71).

Tabla 71: Estructura del libro “Aprender a Envejecer”

1. Primera parte: Hoy es siempre todavía	
• Capítulo 1: una etapa de madurez	• Capítulo 8: Las edades del hombre y de la mujer
• Capítulo 2: la jubilación o el comienzo de una etapa	• Capítulo 9: Por favor, un respeto
• Capítulo 3: sobre arrugas y recuerdos	• Capítulo 10: Algunas alternativas
• Capítulo 4: El amor en los tiempos de ternura	• Capítulo 11: Como en casa en ninguna parte
• Capítulo 5: Del ayer al mañana	• Capítulo 12: Vamos a la escuela
• Capítulo 6: El y ella, ella y él	• Capítulo 13: Las goteras de la mente
• Capítulo 7: Sobre viejos, demencias y otras goteras	• Capítulo 14: Aprender a envejecer
2. Segunda parte: Diario de un jubilado anticipado. Año 2020.	
3. Tercera parte: Hogar dulce hogar	
4. Cuarta parte: Ocho años de experiencia.	

Fuente: Castro, 1996

Una primera parte tan conceptual como vivencial, en torno a desmontar prejuicios relacionados con la edad: etapas, arrugas, emociones, juegos, aprendizajes, denuncias, oportunidades... Una segunda parte que es antesala de otras dos obras suyas, “Diario interactivo” (Castro, 2004) y “Diario de un jubilado impaciente” (Castro, 2008), y que comienza con una deliciosa crónica de la noche de la jubilación: *“Jubilado significaba nada más, pero nada menos que ser libre. Y poder alternar la libertad con el gozo-júbilo-alegría de seguir creciendo-disfrutando solidario con los pájaros, los perros, los colegas de 65 y más, los niños, las mujeres y las jóvenes”* (p. 106-107).

En la tercera parte perfila las estrategias sistematizadas para lograr cambiar la realidad de muchos grupos de personas mayores instándoles a organizarse en lugar de reivindicar mejoras individual y estérilmente. El proceso seguido es similar al propuesto por Ander-Egg en su metodología y práctica de la animación sociocultural: informarse, situarse, tomar posición, movilizarse, organizarse, acceder y hacer la cultura y participar activamente (Ander-Egg, 2000). La última parte pretende anticipar el éxito ayudando a visualizar lo que han supuesto en los últimos años el Programa de las Personas Mayores de la Diputación de Valladolid que él creó en 1988 (hoy rebautizado como “Programa de Envejecimiento Activo”): las aulas, los campamentos, el “Libro de las Estaciones Solidarias” (Castro, González, Martín, Tundidor, Añón y González, 1993), la formación en asociacionismo, la feria de la solidaridad o un curso de preparación a la jubilación, todos éxitos

probados. Este libro podría servirnos perfectamente como manual. Precisamente el capítulo 14, el que da nombre a su título, presenta en diez lecciones un resumen de estos aprendizajes:

1. Primera lección: *“Porque sois una escuela profunda de saberes y un pozo sin fondo de experiencias podéis y debéis transmitir a las generaciones que os siguen todo cuanto sabéis (...) Recuperar el sitio en la familia, en la escuela, en la plaza, en el bar... puede ser una tarea a realizar y un desafío que os ayude a salir de vosotros mismos.”*
2. Segunda lección: *“Te dijeron... pero yo te digo. De pequeño te dijeron: no hay nada nuevo bajo el sol. Pero yo te digo: todo puede ser nuevo cada día. Más tarde te desanimaron diciéndote: todo está hecho. Pero yo te digo: nada está concluido. Y ahora te susurran al oído, aves de mal agüero: no vales para nada. Pero yo te digo: demuéstrate y demuéstrales que vales mucho”* (Castro, 1996, p. 90).
3. Tercera lección: *“Me han jubilado y ahora ¿qué hago?. Pues todo menos currar. Todo. Búscate mil tareas y quehaceres, pero no estés quieto (...).”*
4. Cuarta lección: *“Aprender a envejecer es aprender a convivir con los achaques convenciéndose de que lo que pasa a uno ya es suficiente y sobra, por lo que resulta innecesario dar la tabarra a los demás con nuestros males. Conseguir que la procesión vaya por dentro es todo un estilo de perfectos caballeros (...).”*
5. Quinta lección: *“Seguir aprendiendo de la vida es aprender de los más jóvenes que pueden daros sopa con onda en muchísimas cosas (...), porque todos sabemos muy poco y casi lo ignoramos todo (...), es estar a la escucha de todo lo bueno y sabio, que es mucho, y oído sordo a lo malo y lo necio, que no es poco”* (Castro, 1996, p. 91).
6. Sexta lección: *“Porque te considero alumno aventajado, me permito ofrecerte tres lecciones. Primera: Cambiar la imagen (...). Segunda: Asociarte a tus colegas para ser más eficaces y que las personas mayores estén activas y presentes en la sociedad. Tercera: Movilizarse, explotando las muchas posibilidades y potencialidades que tienes y movilizarnos a todos”.*
7. Séptima lección: *“Nadie está marcado de por vida (...). Eres de hoy, con el mismo derecho de los que acaban de nacer o de enamorarse por primera vez. Tú también puedes ser moderno. ¿Quién dijo que ser viejo es quedarse en la estación viendo cruzar los trenes, viendo pasar la vida? (...). Ser viejo es vivir una etapa nueva de la vida. Ser viejo es construir palmo a palo esa vida. Ser viejo es aumentar el nivel de humanidad, sabiduría y buenos modales. Ser viejo es seguir naciendo cada mañana y dejarse deslumbrar por la vida”.*
8. Octava lección: *“Sé rebelde. Di no, a tiempo, a destiempo, a tu yerno y a todos los gilipollas, ejecutivos y posmodernos que te marginan, te trastean, te encierran, te apartan, te recortan el dinero o la pensión y los deseos de ser feliz a tu aire y a tu gusto. Y di sí a tu forma de ser más personal, más pasional e intransferible (...)”* (Castro, 1996, p. 92).
9. Novena lección: *“No todo ha sido oscuro y tenebroso, malo y mezquino, insípido y gris (...). Recoge lo positivo. Recuerda lo bonito y agradable. Lo tuyo y lo de los demás. Deja que los pulmones se esponjen y los labios se entreabran para dejar paso a la sonrisa. Valora lo bueno de la vida, la salud, la familia, los amigos. Practica la respiración profunda, relaja el cuerpo y sonríe. Amate a ti mismo, condición indispensable para querer a los demás”.*
10. Décima lección: *“Sin los otros no eres nada (...). Deja que los demás te enseñen. De todos se puede aprender mucho (...)”* (Castro, 1996, p. 93).

El jefe de programas de animación comunitaria de la Diputación de Valladolid entre 1991 y 2006, deseaba llamar la atención sobre los esfuerzos universales por educar a niños y jóvenes para convertirlos en adultos independientes y responsables pero en los ínfimos esfuerzos, tanto públicos como privados, por educar para disfrutar de la larguísima etapa que se abre tras la jubilación. Por poner otro ejemplo, en la cuarta parte de esta obra (Castro, 1996) nos presenta la síntesis de un Curso de Preparación a la Jubilación, pionero en donde los haya, que tuvo varios desarrollos más dentro del Programa de Personas Mayores (Castro, 2002). En la tabla siguiente (Tabla 72), podemos valorar dos de sus propuestas de contenidos:

Tabla 72: Propuesta de contenidos de los “Cursos de Preparación a la Jubilación” (Castro, 1996 y 2002)

CURSOS DEL 1996	CURSOS DEL 2002
1. La jubilación: proyecto de vida.	1. La historia de mi vida.
2. Salud y bienestar	2. Un programa de vida.
3. Antropología de las personas mayores.	3. Tiempo de aprender.
4. Psicosociología de las personas mayores.	4. Tiempo de crisis, tiempo de superación.
5. La sexualidad en la madurez.	5. Un viaje por el tiempo.
6. Asociacionismo y participación.	6. Aún hay tiempo.
7. Programas de Animación Comunitaria: una alternativa.	7. Un tiempo para la ternura.
	8. Hogar, dulce hogar.
	9. La madurez etapa de plenitud.

Fuente: Castro, 1996 y 2002

Ángel de Castro también suele decir que se envejece como se ha vivido, de ahí que resulte tan importante iniciar cuanto antes este proceso de aprender a envejecer con éxito (Miro, 2005): *“¿Puedo ser feliz después de los 60? Eso depende de muchos factores. Me animaría a preguntarte si fuiste feliz en algún momento de tu vida. Si la respuesta es que no o que lo fuiste muy pocas veces, te diría entonces que no le pidas a la vejez mucho más de lo que te diste en la juventud. No obstante, no todo está perdido y siempre es buen momento para comenzar a ser feliz... incluso después de los 60 años”* (p. 146).

Quizá la empresa primordial de todo ser humano sea descubrir qué queremos realmente en la vida para, a continuación, valorar si ello merece la pena y, de ser así, tomar la decisión de aunar todos los esfuerzos para conseguirlo. Por esa capacidad de decidir acerca de lo importante y valorar lo adecuado de lo conveniente deberíamos ser juzgados: por si fuimos o no capaces de hacerlo. Hay un refrán castellano que dice “genio y figura hasta en la sepultura” al que muchos aluden para hablar de lo difícil que es cambiar a lo largo del tiempo. En este caso, quisiera ahondar en otro matiz: el de la elegancia de quien conoce su final pero se comporta responsablemente sin darle la espalda: *“ser inmortal es baladí; menos el hombre, todas las criaturas lo son, pues ignoran la muerte”* (Borges, 1995: 9). Por eso, aparte de datos sobre “qué queremos” es necesario especificar “cómo lo querremos” y ello será tanto más específico y apropiado cuanto antes lo preveamos.

Es fundamental que se programe la vida, que se disponga de un proyecto que marque una orientación y que recoja las propias aspiraciones personales. Desde niños deberíamos aprender a compartir colaborativamente nuestros proyectos porque la felicidad individual raramente existe: vivimos en comunidad y nos apoyamos sinérgicamente los unos en los otros. Lo que une más a las personas no es un pasado en común cuanto un futuro compartido. Cuando dos personas unen sus vidas en matrimonio están apostando por consensuar su futuro: lo responsable es haberse esforzado en explicitarlo previamente a ese sí quiero.

Nos fijaremos en el siguiente apartado en los aspectos que deberá recoger, en consecuencia, un proyecto de vida. Pero antes, desearíamos aludir a una inspiradora y reciente experiencia que consistió, como parte de una dinámica de grupo que grabamos en vídeo y que editamos bajo el título “¿De dónde nace un proyecto de vida?” (Código QR: 6), en preguntarle a un grupo de jóvenes (participantes en un curso de animación juvenil) acerca de la noticia que les gustaría escuchar en los periódicos un día, al levantarse por la mañana. Plantemos, a continuación, esta misma pregunta a un grupo de personas mayores (esta vez de la Residencia “Cardenal Marcelo”).

A unos y a otros, antes de visualizar su respectivo registro de respuestas, les preguntamos acerca de si consideraban que las preocupaciones de unos y otros serían muy diferentes. Las conclusiones fueron tan sugerentes como reveladoras.

Código QR 6: “¿De dónde nace un proyecto de vida?”



Fuente: elaboración propia

9.2.2.- PROYECTAR LA VIDA

Ya hemos dicho que el proyecto de vida nace de la propia historia personal. Hoy existe la costumbre de confiar en determinadas redes sociales virtuales muchos de los datos e imágenes con los que se podría construir un banco de recuerdos similar al que ya existe merced al Centro Virtual del Envejecimiento (2012) y que funciona como un espacio virtual creado para salvaguardar miles de recuerdos reales de todo el mundo. Este centro virtual es una iniciativa que ya cuenta con 35.000 recuerdos y que se creó con el objetivo de concienciar a la población sobre la importancia de continuar investigando sobre la enfermedad de Alzheimer. A las redes sociales a buen seguro que se les podrá dar un aprovechamiento similar en los próximos años.

Mientras tanto, para este acopio de información personal ofrecemos dos instrumentos fundamentales:

1. Un guion para la elaboración de historias de vida (Instrumento 14) con, a su vez, cuatro partes fundamentales:
 - La biografía básica.
 - La historiobiografía o biograma.
 - El álbum de orientación personal o Libro de Vida.
 - La caja de recuerdos.

2. Un guion para el diseño de Proyectos de Vida (Instrumento 15) estructurado de la siguiente forma:
 - Los diez mandamientos.
 - La guía personal.
 - El testamento vital y las instrucciones previas.

Instrumento 14: Guion para la elaboración de Historia de vida

1. Biografía básica

(Estos datos son los que integran básicamente la “Historia de Vida” pero deben ser manejados con soltura por los profesionales que intervendrán en la elaboración del “Proyecto de Vida”. Los inventariamos, en cualquier caso, a modo de lista de comprobación)

1. NACIMIENTO.

- Lugar:
- Padres:
- Abuelos:
- Calle / barrio de nacimiento:
- Momento histórico (algún momento significativo de la época).

2. INFANCIA Y JUVENTUD.

- ¿Dónde se crio?:
- Hermanos (otros familiares):
- Escuela (estudios/formación):
- Amistades de la niñez
- ¿A qué jugaba?:
- Primeros trabajos y ocupaciones de juventud:
- Amistades de la juventud:
- ¿Cómo se divertía de joven?:

3. VIDA ADULTA.

- ¿Casado/a?:
- ¿Ha formado una familia? (pareja, hijos, etc.):
- Trabajo:
- Aficiones (¿cómo pasaba el tiempo libre?... ¿con qué se divertía?):
- Recuerdos de aquella época (recuerdos buenos y malos):
- ¿Cómo era su casa?:

4. VEJEZ Y VIDA ACTUAL.

- Jubilación :
- ¿Viudo/a?:
- ¿Nietos/as?:
- Aficiones / intereses actuales.
- Proyectos actuales (deseos, sueños, ilusiones...):
- Asuntos pendientes....proyectos futuros:

5. ASPECTOS EXISTENCIALES: (creencias, aspectos religiosos. ¿Hay otra vida al terminar esta? (¿De qué manera condiciona éste aspecto la vida actual y cuáles son las expectativas futuras?).

2.- La historiobiografía o el biograma

El biograma es un sencillo instrumento que, tal como hemos presentado aquí, pretende ubicar en un contexto espacio temporal alguno de los hitos que hayan jalonado la vida de la persona biografiada: lugares en los que vivió, acontecimientos históricos coetáneos, vivencias y personas relevantes en ese periodo, experiencias (viajes, aficiones...). Lo calificamos como sencillo pues muchos de los datos son compartidos por muchas de las personas que hayan coincidido en un mismo espacio y tiempo.

3. El álbum de orientación personal o libro de vida

Hasta que en las próximas generaciones las redes sociales virtuales hayan calado suficientemente o la persona haya hecho la previsión de tener organizado diverso material audiovisual y documental, por ahora es necesario seguir contando con la familia para recopilar fotos del residente y elaborar un libro de vida que contenga fotos personales, fotos familiares y de personas relevantes y significativas de lo que ha sido su vida (Peña Casanova, 1999).

Sería interesante también intercalar fotos de lugares, espacios y sitios especiales para la persona que, de una u otra manera, den mayor sentido a las personas que conforman el álbum. Si el conocimiento de la persona así lo requiere y lo facilita, se pueden agregar fotos de personajes históricos de los que hayan sido coetáneos. Las fotos pueden ir acompañadas con algún título, escrito o pequeña descripción.

La tecnología nos ofrecerá en breve otros recursos que, a buen seguro y con las pautas adecuadas, contribuirán a mejorar capacidades y el confort de la persona en cuestión como las desarrolladas por “Feel in your house” (Escobar, 2016) con aplicaciones para hacer sentir como en casa a personas desplazadas de su entorno.

4. La caja de recuerdos

Una caja que contenga objetos significativos de la persona podrá facilitar reminiscencias evocadas tanto por asociaciones libres como sugeridas mediante conversaciones intencionadas con el profesional. Podrán ser objetos actuales, pero sobre todo objetos que evoquen el recuerdo y emociones del pasado, objetos con apego y gran carga sentimental, objetos con una identidad clara para la persona, que faciliten a la persona la proyección de actitudes y procesos cognitivos.

Por ejemplo, en la caja de recuerdos de Rosina habíamos introducido un abanico, un devocionario, una muñeca de trapo, unos pendientes de su madre, una boina de su padre, cartas de su marido y un calendario antiguo. Muchos objetos podrán irse renovando con la necesaria colaboración de la familia.

Fuente: elaboración propia

Un conocimiento adecuado de la realidad de la persona es la antesala del diseño de su proyecto de vida. La elaboración de la historia de vida, deberá generar una empatía y complicidad que evite cualquier interpretación posterior, y consiguiente riesgo de tergiversación, de sus más profundos deseos y aspiraciones. La parte que se inicia ahora, de hecho, es de una crucial importancia. Se trata de pactar una serie de respuestas a determinadas conductas y de procedimientos o protocolos difícilmente eludibles pues surgen de un proceso dialéctico y muy meditado estrechamente ligado a lo ético. No caben interpretaciones ni justificaciones y su explicitación por escrito tienen el valor de un contrato.

No nos es ajena la dificultad para que las familias, o las instituciones en las que éstas hayan delegado la atención a sus mayores, puedan propiciar la consecución de los compromisos explicitados en un proyecto de vida. Pero no ha de obviarse que para que este proyecto sea significativo debe, precisamente, dar respuesta a unas aspiraciones que serán tanto más terapéuticamente eficaces en la medida en que sean auténticamente personales y no fruto de la proyección de las aspiraciones de otras personas. Con este “Guion para la elaboración de Proyectos de Vida” nos anticipamos al modelo que la Junta de Castilla y León (2016¹) se ha comprometido a publicar normativamente antes de agosto del año 2017.

Instrumento 15: Guion para la elaboración de Proyectos de Vida**1.- Los “diez mandamientos”**

Es necesario identificar y reflejar las diez preferencias del residente en relación con la atención al centro o la institución. Es decir anotar por orden de preferencia las diez atenciones que más desea la persona y que la entidad prestadora de servicios le puede proporcionar. Por ejemplo Victoriano dice que su primer mandamiento es:

1. Poder desayunar algún domingo en la cama con la persiana subida, para ver como entra la luz del sol...
2. Poder comer su comida favorita (conejo al ajillo) un día a la semana.
3. Recibir todos los días los buenos días de su auxiliar de referencia
4. ...
5. (y así hasta 10)

MODELO DE FICHA DE “LOS DIEZ MANDAMIENTOS DE....”

Los 10 mandamientos de Victoriano	
1.	Desayunar los domingos más tarde y en la cama.
2.	Comer conejo al ajillo una vez a la semana.
3.	Recibir la visita de los hijos con frecuencia.
4.	Que le lleven al Barrio de la Victoria .
5.	Ir a una carrera de galgos.
6.	Visitar a su amigo Pirri.
7.	No volver a cansarse haciendo trabajos.
8.	Que le hagan reír y no le cuenten cosas tristes.
9.	Poder estar con gente joven.
10.	

2.- La “Guía Personal”

Esta guía debe ser una ayuda útil para interpretar de una manera práctica conductas particulares de la persona... podrían interpretarse como manías pero nosotros preferimos asignarle un significado idiosincrático: al fin y al cabo es lo que le hace ser diferente: gustos y sentimientos, elecciones, sueños y temores y alguna que otra conducta especial que precise matizaciones.

2.1.- GUSTOS Y SENTIMIENTOS.

Aquí se registran las reacciones positivas o negativas de la persona ante las rutinas diarias en el centro. Es decir los sentimientos positivos y diarios que manifiesta en su vivir diario a la hora de afrontar diferentes actividades. Por ejemplo: Rosina sale a tomar el sol al jardín, se sienta en una silla de madera cruza las piernas cierra los ojos y levanta un poco la cabeza. Su cara dibuja una sonrisa. Se nota que se encuentra muy a gusto y que disfruta del momento.

Recoger en una ficha, los momentos que le hacen sentir bien y los que le hacen sentir mal a través de su lenguaje corporal, su actitud, su pose, sus expresiones, su mirada, las aportaciones de la familia...

MODELO DE FICHA DE “GUSTOS Y SENTIMIENTOS”

Actividad /dinámica/ u ocupación	Bien	Mal
Tomar el sol en mar... o, si no puede ser, en el campo o incluso en una terraza. Pero me encanta el sol.	X	
Excursiones: no quiero perderme ninguna mientras pueda... y si no que me lleven.	X	
Gente joven: tienen conversaciones más divertidas y siempre están alegres.	X	
Amigas: no me importa pasear sola, pero si puede ser con alguien es mejor.	X	
Me gusta la gente que es afectuosa y amable conmigo. Yo suelo corresponder también siempre.	X	
Me gusta el buen tiempo. El mal tiempo me pone triste.	X	
Discusiones, voces y chismorreos: no me gustan nada.		X
Falta de educación: no tolero las groserías ni el mal gusto... nunca he tenido que padecerla.		X
Historias tristes: no las aguanto. Cada uno tiene sus cosas y hay que llevarlas de la mejor manera posible.		X

2.2.- “YO ELIJO”

En este apartado se registra tanto lo que la persona elige en su vivir diario como los aspectos del mismo que no puede elegir. La idea es ver en que dinámicas la persona puede elegir y elige y en qué otras se podría modificar el proceso y las circunstancias para que pudiera hacerlo.

- Primero hay que registrar las situaciones en las que el residente elige.
- Seguidamente hay que registrar las situaciones en las que la persona no elige y el motivo por el cual sucede (falta de oportunidades, compromiso, apoyos...).
- Finalmente propone nuevas situaciones de cotidianas que faciliten que la persona pueda elegir.

Este apartado es la antesala de las decisiones que habrá tomar en el punto 3 (“Instrucciones previas y Testamento vital”) y para el que sirve, de algún modo, de entrenamiento.

MODELO DE FICHA DE “YO ELIJO”

LO QUE ELIJO	Qué ropa ponerme. Actividades para ocupar mi tiempo libre.
LO QUE NO ELIJO	Horario del desayuno, comida y cena. Día del baño semanal supervisado. Con quien sentarme en el comedor.
PROPUESTAS PARA AMPLIAR MI ELECCIÓN	Levantarme más tarde los domingos. Elegir con quién sentarme a la mesa.

2.3.- SUEÑOS Y MIEDOS.

Aquí se registran los sueños de la persona (proyectos, ideales futuros, deseos, aspiraciones, anhelos o ilusiones) además de los miedos de todo tipo que frenen su vivir diario y que no favorezca un adecuado desarrollo. Además de la observación directa, la lectura del lenguaje corporal y el análisis de las manifestaciones verbales, es necesario hablar con otras personas de su entorno (familia, amigos...) para recabar información.

MODELO DE FICHA DE “SUEÑOS Y MIEDOS”

SUEÑO CON:	Reunir a toda mi familia (hermana, sobrinos....) por mi cumpleaños. Ir a un centro comercial de compras. Estrenar ropa.
ME DA MIEDO:	Sentirme sola. Que hagan sentir de menos o me desprecien. La injusticia hacia alguien que no puede responder.

2.4.- CONDUCTAS ESPECIALES.

Pensamos especialmente en personas con deterioro cognitivo aunque no sólo. En ocasiones hay conductas que podrían entrar en la categoría de manías pero que responden a comportamientos automatizados que se han ido fraguando lentamente, con el paso de los años, y que integran eso que hace a cada persona particular, distinta o incluso original.

Hay que distinguir entre lo que conculque alguna norma o dificulte la convivencia y aquella pequeña concesión que marca la diferencia entre comenzar bien el día o tener que remontar una adversidad anímica, consecuencia de haber descuidado una atención personalizada.

Esta dinámica o herramienta pretende que las personas que atienden al residente o los familiares conozcan el significado de determinados comportamientos y tengan pautas de respuesta para proporcionarle un mayor bienestar.

Ejemplo: un residente con deterioro cognitivo que no manifiesta bienestar cuando le duchan por las mañanas cuando se levanta:

MODELO DE FICHA DE “CONDUCTAS ESPECIALES”

Conducta	Cuándo	En	Significa	Y me gusta que me respondas
<i>Nerviosismo, agitación y verbalización de contrariedad.</i>	<i>Por la mañanas</i>	<i>En el baño</i>	<i>Que no acepta y no desea ser duchado cuando se levanta de la cama.</i>	<i>Que me dejes con mi día a día y que me facilites ducharme en otro momento del día.</i>
<i>Fruncir el entrecejo</i>	<i>Al mezclar el vino con gaseosa</i>	<i>El comedor</i>	<i>Que la gaseosa no tiene gas</i>	<i>Sè que te gusta “mezclado, no agitado”</i>
<i>Mutismo</i>	<i>No responde a una pregunta directa</i>	<i>Durante una conversación</i>	<i>Que ha habido algo de la conversación que le ha molestado</i>	<i>Esperar a que se le pase. Respirar.</i>

A lo largo de los capítulos precedentes hemos dado mucha importancia también a la ocupación, a cómo sacarle rédito a la inversión de tiempo y esfuerzo en actividades significativas y satisfactorias. En el contexto del centro en el que nos encontramos, una residencia de personas mayores, las actividades podrán girar en torno a tres ámbitos: las ofrecidas por el centro en sí y las que ya formaba parte del mundo de las aficiones del residente. En el proyecto de vida se deben explicitar.

2.5.- MAPA DE ACTIVIDADES DEL CENTRO.

Al informar sobre normas, horarios, procedimientos, costumbres del centro... sería oportuno distinguir entre aquello que no permite elecciones y lo que sí puede ser elegido. Un aspecto en el que caben opciones es el de la participación y la ocupación del tiempo. El estar activo y el sentirse integrado como parte de una comunidad a través de una variada oferta de actividades que promuevan el envejecimiento activo debe presentarse de una manera atractiva, de modo que se considere ventajoso para la salud en general (en todas sus vertientes física, psíquica y social). Sirvan, como muestra, las actividades inventariadas por la red de centros de “Sanitas Residencial” (Código QR 7). La responsabilidad e importancia de quienes programan actividades queda reflejada en la variedad y calidad de la oferta de actividades estables (las que se repiten semanalmente) y de aquellas especiales (que van jalonando el calendario anual). Además de las actividades grupales organizadas, pueden existir otras actividades nacidas de aficiones (Código QR 8) o del objetivo de contribuir al bien común mediante tareas como las agrupadas dentro de programas de laborterapia (Código QR 9):

Código QR 7: “Oferta de actividades”.



Código QR 8: “Aficiones”.



Código QR 9: “Laborterapia”.



Fuente: elaboración propia

Es importante tener la cautela de llevar actualizado un registro de actividades de la vida diaria, en donde además se especifique la autonomía en el desarrollo de las mismas.

Cada centro elaborará el suyo propio y deberá mantenerlo actualizado en función de la oferta disponible.

El que ofrecemos a continuación es el resultado del inventario realizado en la Residencia “Cardenal Marcelo” para el curso 2014-2015 superpuesto al horario general que suele venir marcado por el horario de las comidas:

MODELO DE FICHA DE “MAPA DE ACTIVIDADES DEL CENTRO”

Hora	ACTIVIDADES	GRADO DE AUTONOMÍA		
		Autónomola	Necesita apoyo	Dependiente
8,00	Levantarse / aseo / vestido			
9,10	Desplazamiento al comedor			
9,30	Desayuno			
10,00	Desplazamiento a las actividades de la mañana			
	<i>Paseo (Jardines, pasillos...)</i>			
	<i>Actividad religiosa (Capilla: Planta 1ª)</i>			
	<i>Gimnasia (Planta Baja)</i>			
	<i>Taller de Memoria (Planta Baja)</i>			
	<i>Manualidades (Planta Baja)</i>			
	<i>Sesiones (Salón de Actos: Planta 1ª) o Bingo (Planta Baja)</i>			
	<i>Biblioteca (Planta 6ª)</i>			
	<i>Cafetería (Planta 1ª)</i>			
13,10	Desplazamiento al comedor			
13,30	Comida			
14,15	Desplazamiento a la habitación, salones, etc.			
17,00	Merienda			
17,20	Desplazamiento a las actividades de tarde			
	<i>Paseo (Jardines, pasillos...)</i>			
	<i>Cafetería (Planta 1ª)</i>			
	<i>Juegos de Cartas (Salones)</i>			
	<i>Talleres... según Programa (Planta Baja)</i>			
	<i>Actuaciones, fiestas, bailes... según Programa (S. de Actos: Planta 1ª)</i>			
19,40	Desplazamiento al comedor			
20,00	Cena			
20,30	Desplazamiento a la habitación, salones, etc.			
22,00	Aseo / Acostarse			

Por lo general, se suele evitar abordar temas tan delicados como herencias, testamentos últimas voluntades sobre si, llegado el caso, ser mantenido artificialmente con vida o no, sedado o consciente, incinerado o enterrado... Es frecuente incluso que se oculten datos y, lo que es peor, se maquillen emociones con la excusa de evitar el sufrimiento a alguien. Por eso, cuando una persona toma decisiones anticipadas sobre cuestiones en donde el derecho y la ética puedan entrar en conflicto, nos está dando una prueba del éxito de su proceso vital, independientemente del momento de éste. Ha comprendido que el final sólo es un trámite en el contexto de un proceso que tiene mucho de arte. Una de estas decisiones se refiere al tipo de cuidados que uno desea recibir cuando la capacidad de discernir y de decidir adecuadamente ha quedado comprometida como consecuencia de alguna enfermedad.

3.- El “testamento vital” y las “instrucciones previas”

Testamento vital, instrucciones previas y voluntades anticipadas son algunos de los nombres con los que en España se conoce al documento que recoge los deseos expresados anticipadamente por una persona acerca de los cuidados que desea o no desea recibir cuando ya no pueda manifestarlos y constituyen una manifestación de la autonomía de la voluntad de los pacientes y, como tal, son expresión de la dignidad de la persona y un ejercicio de responsabilidad (Álvarez, 2012).

Este documento recoge de forma anticipada la voluntad de persona acerca de los cuidados y tratamientos de salud que desea recibir para que sean tenidos en cuenta por el médico o por el equipo sanitario responsable de su asistencia en aquellos momentos en los que se encuentre incapacitado para expresarlos personalmente. Asimismo, en dicho documento puede expresar su voluntad sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado su fallecimiento.

En la comunidad autónoma Castilla y León hay un notable avance en este tema y se ha concretado el procedimiento (Junta de Castilla y León, 2008) para dar forma y registrar este documento:

MODELO DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Yo....., nacido el de de, con DNI/pasaporte/otro documento válido nº con domicilio en..... CP, calle , nº....., con plena capacidad de obrar, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, formulo de forma documental las INSTRUCCIONES PREVIAS que se describen más abajo, para que se tengan en cuenta en el momento en que, por mi estado físico o psíquico, esté imposibilitado para expresar mis decisiones de forma personal sobre mi atención médica, por encontrarme en la siguiente situación (se pide que se haga constar una enfermedad) de cuya evolución y pronóstico he sido adecuadamente informado (*cumplimentar si procede*).

(En esta segunda parte del documento, deberá definir sus preferencias y sus deseos, para cuando se encuentre en alguna de las situaciones descritas anteriormente. Antes de expresar sus instrucciones, es recomendable que solicite opinión y hable con su médico de confianza).

Es mi deseo que los responsables del cuidado de mi salud y, en su caso, mi representante tengan en consideración mi voluntad, si llegara el momento en que hubiese perdido la capacidad para decidir por mí mismo/a y al menos dos médicos lo determinasen así como que me encuentro en la situación definida más arriba, en el sentido que expreso a continuación:

- Que no se dilate mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de soporte vital, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.
- Que se me suministren fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causado por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi agonía.
- Que se me apliquen las medidas médicamente apropiadas para prolongar mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.
- Otros deseos (*especificar*)

Si se produce el fallecimiento:

- Que se donen mis órganos
- Que se donen los órganos siguientes:
- Que no se donen mis órganos
- En cuanto al destino de mi cuerpo

(Alguno de los aspectos importantes que puede ayudar a interpretar y garantizar el adecuado cumplimiento de sus instrucciones, es la expresión de proyecto de vida o de su esquema personal de valores y que puede reflejar en el documento.)

Con el fin de que pueda ayudar a interpretar las instrucciones formuladas más arriba, manifiesto que

(Si quiere podrá designar uno o varios representantes, indicando el orden de prelación entre ellos, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de sus instrucciones previas.)

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE/S

Designo como mi/s representante/s, en el caso de que me vea imposibilitado para expresar mi voluntad, con el fin de que vele/n por el cumplimiento de las instrucciones expresadas en este documento y tome/n las decisiones necesarias para tal fin, con el siguiente orden de prelación a:

Primero.- D./D^a., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono.....

Segundo.- D./D^a., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono.....

Tercero.- D./D^a., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono.....

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

D./D^a....., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono..... mayor de edad y con plena capacidad

DECLARO que D./D^a. , otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D^a....., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono..... mayor de edad y con plena capacidad

DECLARO que D./D^a. , otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

D./D^a....., con D.N.I./pasaporte/otro documento válido n^o....., con domicilio en y teléfono..... mayor de edad y con plena capacidad

DECLARO que D./D^a. , otorgante de este documento, es capaz, actúa libremente y ha firmado el documento en mi presencia.

Firma:.....

DECLARO que los firmantes como testigos en primer y segundo lugar no tienen relación de parentesco en primer ni en segundo grado ni ningún vínculo patrimonial u obligacional con el otorgante de las instrucciones previas. Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Lugar, fecha y firma del otorgante

Fuente: elaboración propia.

Confiamos en que el cuidado por los aspectos formales y legales con el que la Junta de Castilla y León, en consonancia con otras organizaciones nacionales e internacionales, ha previsto la correcta cumplimentación de este “testamento vital” encuentre un nivel de celo similar a la hora de determinar el contenido y la estructura del proyecto de vida de los usuarios de los centros de carácter social para la atención de las personas mayores. Según la disposición final segunda del Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, ello ocurrirá en el plazo de un año a partir de su entrada en vigor el 5 de agosto de 2016 (Junta de Castilla y León, 2016¹, p. 5981).

“Somos el tiempo que nos queda” es el sugerente título elegido por Caballero Bonald para una antología poética (Caballero, 2004). Ser capaz de proyectar la vida es el resultado de un proceso que se inicia con la toma de conciencia del valor del tiempo. El futuro puede ser vivido sin ansiedad si se tiene la previsión de tomarse un tiempo suficiente para descubrir qué es lo realmente importante en la vida, definir aquello que merece la pena y decidirse a alcanzarlo. Tamaña empresa no debería dejarse para cuando las capacidades comiencen a resentirse, antes bien diseñar el propio proyecto de vida podría convertirse en una cuestión prioritaria de los sistemas educativos de cualquier país. En la educación para ser longevo se precisa del concurso de la pedagogía, la psicología, la psicopedagogía, la medicina, la terapia ocupacional, la fisioterapia, la educación social, el trabajo social... en convivencia con las redes de apoyo familiar y sociocomunitario.

Las personas que envejecen con éxito más que haber seguido un estilo de vida concreto han hecho de su manera de envejecer un estilo de vida. Es como si hubieran hecho prevalecer una percepción subjetiva de su bienestar, vinculada a su manera concreta de comprender y relacionarse con el mundo, sobre unas razones objetivas a las que nos tienen tan acostumbrados quienes defienden que ese éxito depende de factores geográficos, genéticos, nivel económico, condiciones de vida...

Hace algunos años editábamos un vídeo (Código QR 10) con el testimonio de un grupo de personas mayores participantes en unas sesiones de trabajo denominadas “Aula de Mayores”. Muchas de las ideas de cómo envejecer con éxito ya se contemplaban entonces. Lo titulamos “Premisas pedagógicas para crecer en la vejez” (González, 2009) y consideramos que sigue constituyendo una buena manera de concluir estas páginas:

“Las personas mayores atesoran vivencias, emociones, experiencias. Hasta tal punto esto es así que en muchas culturas la pérdida de un anciano es sólo comparable al incendio de una biblioteca o al derribo de un árbol centenario. Los mayores esconden mil historias tras sus arrugas ganadas merecidamente, tras el brillo de unos ojos que han visto muchas cosas.

Se envejece como se ha vivido, lo que se haya sembrado en la infancia y en la juventud se habrá de cosechar en la madurez y en la última etapa de la vida. Esta edad es tiempo de ocio y cultura: tiempo para mantener iniciar o mantener aficiones, para cultivarse personalmente, para crecer, para practicar el derecho a la educación permanente, para rodearse de amigos, para disfrutar de la naturaleza, para ejercer el libre ejercicio de gestionar cuantos problemas le sean comunes, para participar solidariamente, para abrirse a vivir sensaciones que nunca antes hubo tiempo de experimentar, para abrirse a la riqueza de las relaciones humanas intergeneracionales, para ocupar activamente el tiempo libre disfrutando del ocio, para vivir de las rentas de las cosas bien hechas, para volver a enamorarse o para enamorarse por primera vez, para educar a las generaciones venideras sobre cómo aprender a envejecer.

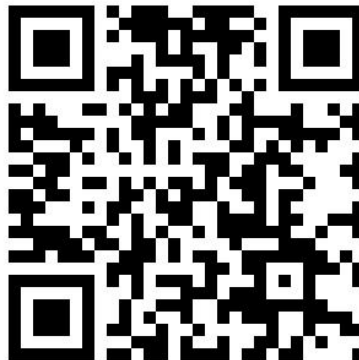
También es tiempo, cómo no, para ser atendido cuando las piernas o la cabeza ya no respondan adecuadamente, pero ello no más de la cuenta ni antes de tiempo para no acostumbrarse mal y hacerse demasiado cómodos.

Caminar es saludable y si es acompañado mucho mejor. Sentirse solo es mucho peor que estar solo. Se puede vivir con alguien y sentir la soledad. Se puede elegir estar solo, pero la soledad no deseada se vive como una pesada carga. La emoción de coronar una cumbre, de llegar a la cima, es mayor y mejor si se tiene a alguien con quien compartirla.

Descansar sobre el trabajo hecho tiene una edad que no suele corresponder con la de la jubilación: va en cada persona. Debe desearse descansar más tarde que pronto. Debe desearse permanecer activos el mayor tiempo posible, no solo posponiendo la edad de jubilación sino estando dispuesto a que, después de ésta, permanezcan abiertas el mayor número de puertas posibles, asistiendo a charlas, debates, expresando las propias opiniones, celebrando con los compañeros, amigos y familiares que merece la pena vivir cada instante, que cumplir años es un motivo para sumar más que restar, de dar gracias más que de lamentar.

Envejecer es un arte, morir un simple trámite. Que mientras haya tiempo hay esperanza y que negarse a vivir el presente, aparte de una pérdida de tiempo, es un insulto para quienes queriendo no pudieron cumplir años: un niño es solo un proyecto: el mayor es el niño, el joven, el adulto que lleva dentro sólo debemos facilitar que ello aflore de una manera ordenada e intencional: envejecer es todo lo bueno que queremos reconocer, no debe ser distinto a como deseamos que sea”.

Código QR 10: “Premisas pedagógicas para crecer en la vejez”



Fuente: González, 2009

9.2.3.- UNA “ESCUELA DE LONGEVOS”

El precedente inmediato de este proyecto ha sido una actividad que podría considerarse una de las aportaciones más importantes de un trabajo continuado a lo largo de los últimos 22 años en la Residencia “Cardenal Marcelo” y que consistió en la instauración y su mantenimiento (hasta su consolidación) de las Fiestas de Fin de Mes, como homenaje a los que hayan cumplido años y como bienvenida a los nuevos ingresos.

Además de lo fundamental, “algo que celebrar”, los tres ingredientes de las “Fiestas de Fin de Mes” han sido la merienda, los regalos y el baile (imagen 54). Conseguir una merienda es algo relativamente sencillo: hemos conseguido involucrar a los servicios de administración, almacén y cocina para que nos provean de lo necesario. Más complicado ha sido que el personal auxiliar se comprometa mensualmente con la labor de ayudar a distribuir adecuadamente los distintos elementos de una merienda: vasos, servilletas, refrescos, zumos, chocolate, pastas...

Imagen 54: Ejemplos de carteles anunciadores de las Fiestas de Fin de Mes.



Fuente: elaboración propia

Pudieran parecer cuestiones baladíes, pero el siguiente reto ha consistido en tratar de involucrar a familiares y voluntarios para conseguir unas fiestas más participativas. En el año 1996, los servicios jurídicos de Diputación desaconsejan la creación de una “Asociación de Familiares y Amigos de Cardenal Marcelo” por si, con el tiempo, surgían problemas de entendimiento con la Dirección del Centro... A cambio, se realizaron gestiones para que diversas entidades de voluntariado contribuyeran a amenizar estas celebraciones con su jovialidad invitando a bailar a los residentes. Las dos entidades que han respondido, de una manera continuada, han sido: “Voluntariado de la Obra Social La Caixa” y “Vaya Tela, Animación”, esta última entidad con la encomienda –además- de dar cobertura legal a cuantos voluntarios colaboran en otras actividades (“Ventana Abierta”, “Aula de Cultura”...)

No suele gustar cumplir años... a no ser que se tenga algo especial que celebrar. Las personas mayores, por regla general, tienen más pasado en el que refugiarse (salvo que la memoria falle) que futuro por compartir. Lo que tenemos en común niños, jóvenes, adultos y mayores es el presente. El presente es igual para todos mientras que el futuro plantea una similar incertidumbre. En la Residencia “Cardenal Marcelo” de la Diputación de Valladolid todos los últimos viernes de cada mes existe una cita para celebrar la vida... unos 18 residentes celebran, de media cada mes, que atesoran entre todos

Imagen 56: "Petra Benito"



CELEBRACION DEL DIA INTERNACIONAL DE LOS ANCIANOS. El alcalde de Valladolid, Javier León, entregó ayer placas conmemorativas a las personas más ancianas de la ciudad, con motivo del Día Internacional de los ancianos, informa Europa Press. El alcalde felicitó a las nueve personas que recibieron el galardón de las que, tan sólo dos mujeres, Petra García y Carmen Chamorro, superan los cien años de edad, mientras que el resto, que vive en residencias de la tercera edad de la ciudad, tiene entre 90 y 95 años.



Petra Benito en el Encuentro Provincial de Aguedas de 1996, organizado por la Diputación de Valladolid.



1/10/1995: Recepción por el Alcalde de Valladolid con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores.



Con Mauro, conocido restaurador de Peñafiel



En la Feria Internacional de Muestras de Valladolid

Fuente: elaboración propia

Imagen 57: "Rosina Rodríguez"





Fuente: elaboración propia

Imagen 58: “Victoriano Mucientes”



Victoriano Mucientes en la Residencia de Sanitas (Mojados) con Diego de la Fuente (el “terapeuta de la ilusión”), en la Universidad de Valladolid y en el Programa “A Vivir Bien” de la TV de Castilla y León.

Fuente: elaboración propia

El protocolo seguido para la celebración de los 100 años de vida de un residente es el que sigue:

1. Se contacta con el/la residente para preguntarle cómo desea celebrarlo: si íntimamente, si con la familia o si en la residencia.
2. Si desea celebrarlo en la residencia, se invita a la familia a que participe:
 - Con el anuncio en la cartelera, en los “buenos días” matinales y una comunicación al Servicio de Prensa de la Diputación: el presidente de la Diputación suele responder con una tarjeta de felicitación personal.
 - Con una sesión de peluquería a cargo de la residencia y una sesión de fotografía.
 - Con una tarta (en ausencia de la familia, el centro se encarga de comprar dulces para todos como postre en la comida)
 - Con una Misa de Acción de Gracias ese día (se habla con el Capellán)
 - Con una proyección audiovisual con los aspectos vitales más importantes del/de la homenajeado/a preparada por el Servicio de Ocio del centro.
 - Con una actuación musical y/o teatral por la tarde.

Automáticamente, el residente que cumple 100 años pasa a integrar el “Club de Centenarios” figurando en una “orla conmemorativa” que se exhibe en el pasillo de comedor-ocio-memoria-fisioterapia (Planta Baja). Precisamente, la circunstancia de que en la Planta Baja un pasillo comunique estos 4 servicios nos ha sugerido que este pasillo podría pasar a denominarse “PASEO DE LA LONGEVIDAD”, por la importancia concedida a los hábitos de vida saludables representados en la “alimentación” (Comedor) y el “ejercicio físico” (Fisioterapia) junto “gimnasia mental” (Memoria) y la participación y la cultura (Ocio). Este paseo se inauguró dentro del Programa de Ferias y Fiestas de la Virgen de San Lorenzo 2015 (Imagen 59):

Imagen 59: “Placa conmemorativa de la inauguración del Paseo de la Longevidad en Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Una exposición conmemorativa ilustra los hitos, año a año, de la coincidencia de centenarios (imágenes de la 60 a la 72):

Imagen 60: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2000 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 61: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2001 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 62: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2002 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 63: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2003 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 64: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2004 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 65: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2005 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 66: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2006 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 67: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2007 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 68: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2008 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 69: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2009 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 70: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2010 en el Paseo de la Longevidad en "Cardenal Marcelo"



Fuente: elaboración propia

Imagen 71: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2011 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Imagen 72: Cartel ilustrativo correspondiente al año 2012 en el Paseo de la Longevidad en “Cardenal Marcelo”



Fuente: elaboración propia

Y ya se encuentran anunciados, en ese mismo lugar, en la exposición permanente situada en el Paseo de la Longevidad, los siguientes candidatos a formar parte de este selecto “Club” (Imagen 73):

Imagen 73: Cartel ilustrativo correspondiente a los próximos candidatos a cumplir 100 años



Fuente: elaboración propia

La novedosa propuesta realizada por desde el Programa de Ocio y Tiempo Libre de la Residencia “Cardenal Martelo” es seguir analizando las claves de por qué estos residentes han alcanzado estas edades tan avanzadas e incorporarles, automáticamente, a una especie de “claustro de profesores” que sirvan de aliciente no sólo para los otros residentes sino también para los trabajadores del centro, sus familias, para las visitas concertadas o apariciones en los medios de comunicación.

La “Escuela de la Experiencia” (Imagen 74), nacida en 1995 a la luz de la colaboración entre la Diputación de Valladolid y la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, para facilitar las prácticas de los alumnos del Grado en Educación Social (antes Diplomatura) sería el germen de esta actividad que podría plantearse, como “Escuela de Longevos”, como una actividad semanal más abierta y que se celebraría en el Salón de Actos, para sustituir a la actual “Escuela de Salud”, nacida con esta denominación en el año 2007.

Imagen 74: "Personas que han llegado a centenarias participando juntas en la misma sesión de la "Escuela de la Experiencia"



Fuente: elaboración propia

A lo largo de estos años, los contenidos impartidos en esta "Escuela de la Experiencia" han tratado temas tan diferentes como nutrición, hábitos y aficiones, nuestros pueblos, cultura tradicional,

juegos de antes, el Camino de Santiago o temas de cultura general además de desarrollar competencias en lectoescritura.

El nuevo diseño resultante para esta nueva etapa concebida como una “Escuela de Longevos” pretende poner en valor los saberes de las personas mayores que, con frecuencia, pasan desapercibidos. Para ello partiremos de las historias de vida de sus protagonistas y, particularmente, de cómo resolvieron los distintos retos que se les fueron presentando a lo largo de sus vidas: sobrevivir a los padres, sobrevivir a algunos hijos, migrar o quedarse, estudiar o trabajar, casarse o quedarse soltero o soltera, enviudar.... Poseemos información acerca de muchos de estos hitos obtenidos de sus biografías y agrupados en torno a su incidencia en la longevidad. Los contenidos a desarrollar, no obstante, se estructuran en torno a tres partes:

1.- Los distintos tipos de edad, en la línea de los conceptos abordados en el capítulo 3:

- 1.1.- Edad cronológica
- 1.2.- Edad biológica
- 1.3.- Edad funcional
- 1.4.- Edad psicológica
- 1.5.- Edad social
- 1.6.- Edad exitosa

2.- Las variables que inciden en la longevidad, tal como se describieron en el capítulo 4:

- 2.1 Factores geográficos: entorno físico
- 2.2.- Factores genéticos: herencia y sexo
- 2.3.- Hábitos de vida: descanso, dieta y ejercicio
- 2.4.- Estado civil
- 2.5.- Nivel económico y condiciones de vida
- 2.6.- Avances farmacológicos
- 2.7.- Nivel de estudios
- 2.8.- Nivel de ocupación en actividades de trabajo y ocio
- 2.9.- Nivel de participación social y cultural
- 2.10.- Tipo de personalidad

3.- Desaprendizajes. Los desaprendizajes (Menchen, 2005; Barth, 2015) suponen aprendizajes previos a partir de los cuales es posible adaptarse a nuevas situaciones. Un cambio de domicilio o la modificación del nivel de autonomía funcional conlleva desaprender. Por poner algún ejemplo susceptible de ser abordado durante un programa de intervención a lo largo de diez sesiones:

- 3.1.- Costumbres de ayer y de hoy: de “santiguarse al salir de casa” frente a “consultar la agenda del Smartphone”.
- 3.2.- Oficios de ayer y de hoy: alabarderos” versus “asistentes personales para la autonomía personal”.
- 3.3.- Sabidurías del ayer y del hoy: “romero y cúrcuma versus ibuprofeno”.
- 3.4.- Cultura del ayer y del hoy: “de las radios a galena a internet”.
- 3.5.- Historias de ayer y de hoy: “de Castilla La Vieja a la nueva Europa”.
- 3.6.- Canciones de ayer y de hoy: de “la Tarara” a “la Macarena”.
- 3.7.- Normas de ayer y de hoy: “el ocio como la madre de todas las virtudes”.
- 3.8.- Cine de ayer y de hoy: “de Paco Martínez Soria a Luis Tosar”.
- 3.9.- Palabras de ayer y de hoy: “del bricolaje al aerobio”
- 3.10.- Personas de ayer y de hoy: “del concepto de familia al concepto de comunidad”.

Ilusionarse con el hecho de cumplir años no es algo sencillo. Cuando se es niño suele existir cierta prisa por hacerse joven. El joven puede adivinar ciertas ventajas en el hecho de ser adulto. Pero, conforme se crece, la percepción general es que el tiempo pasa deprisa, no vuelve atrás y que la vida es lo que nos sucede en cada momento. Tal vez ello constituya una lección previa a desaprender.

Al mismo tiempo, muchas personas mayores con frecuencia se refugian en sus recuerdos olvidándose de lo que les queda por vivir: son, entonces, más pasado que futuro. Mis desempeños como educador, como terapeuta, como dinamizador a lo largo de los últimos más de veinte años han coincidido en tratar de conseguir un mayor compromiso con el presente de las personas con quien he intervenido al tiempo que hemos intentado diseñar juntos el mejor futuro posible; hemos tratado de enseñar a vivir el momento presente que sólo tiene sentido si no se descuida el hilo argumental de “de dónde se viene y a dónde se desea llegar”.

Hemos podido constatar también que, con frecuencia, la diferencia entre longevidad satisfactoria y longevidad insatisfactoria, descansa sobre apoyos muy sencillos: uno de ellos, tal vez el más importante, sea la valoración que cada persona es capaz de realizar de cuáles han sido los hitos más importantes de su vida: nuestra Pedagogía de la Longevidad propone un entrenamiento que reivindique la vuelta al disfrute de lo sencillo y que recupere el valor de lo que es verdaderamente importante frente a modas efímeras, de los procesos frente a políticas de hechos aislados.

Las conclusiones de nuestra investigación tal vez hayan tratado de dar forma a un manual de buenas prácticas dedicado al abordaje interdisciplinar de los procesos de envejecimiento que hagan atractivo el hecho de alcanzar edades longevas. En cualquier caso, la mejor prueba de su validez es que hemos iniciado ya la puesta en práctica de bastantes de los contenidos propuestos.

El tema elegido supone, además, abrir un nuevo ciclo: el resultante de la entrada en vigor de una nueva legislación en Castilla y León (Decreto 2/2016, de 4 de febrero) sobre autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León (Junta de Castilla y León, 2016¹) y que ha supuesto la derogación de otra anterior vigente desde el año 2001 (Decreto 14/2001, de 18 de enero) por la que se regulaban las condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores (Junta de Castilla y León, 2001).

El éxito de este nuevo ciclo dependerá, en parte, de haber sido capaces de realizar reflexiones como las contenidas en la presente tesis doctoral.

BIBLIOGRAFÍA

A

- ABC (2014). “La clave de longevidad está en la expresión” Publicado el 16/12/2013. Recuperado de <http://www.abc.es/salud/noticias/20141215/abci-longevidad-geno-diabetes-201412151223.html> [consulta 20/5/2014]
- ABC (2015). “Myc, el gen de la longevidad y del envejecimiento saludable” Publicado el 22/1/2015. Recuperado de <http://www.abc.es/salud/noticias/20150122/abci-longevidad-mamiferos-201501221430.html> [consulta 20/6/2015]
- ABECASIS, G.R. y CHEN, W.M. (2007). “Family based association tests for genome wide association scans”. *Am J Hum Genet* 81:913-926
- ABELLÁN GARCÍA, A. y ESPARZA CATALÁN, C. (2009). “La imagen de los mayores en Europa. Datos de 2008 y 2009”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 96.
- ABELLÁN GARCÍA, A.; PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. Fecha de publicación: 22/07/2013 [recuperado el 15/04/2014 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>].
- ABELLÁN GARCÍA, A.; PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2013). “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. Publicación: 22/07/2013. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf> [consulta 23/3/2014]
- ABELLÁN GARCÍA, A.; VILCHES FUENTES, J.; PUJOL RODRIGUEZ, R. (2014). “Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 6. Publicación: 14/02/2014. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf> [consulta 23/3/2014]
- AGÜERA, S. (2015^a). “Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales. Módulo I: Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional”. Programa Mixto Medina Social II. Ayuntamiento de Medina del Campo: inédito.
- AGÜERA, S. (2015^b). “Descubre los secretos que te harán vivir más de 100 años”. Publicado 11/4/2015 y recuperado de <http://lomejordelmundo2015.com/?p=39> [consulta: 16/7/2015]
- AGUERRE, C. y BOUFFARD, L. (2008). “Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas”. En *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*. Vol. 22. N 2. 1146-1162. Disponible en <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-22-2.pdf> [recuperado 9/4/2016]
- ALBARRAN, I.; AYUSO, M.; GUILLEN, M. y MONTEVERDE, M. (2001). *Medición del envejecimiento y discapacidad de la población en España a partir de la esperanza de vida residual*. Anales del Instituto de Actuarios Españoles: Colegio Profesional. Madrid: Instituto de Actuarios Españoles, 1943. Número 7 3^a Época, 107-133.
- ALBARRÁN, C.; SALINAS, F.; MÁS, P.; FRANCO, P. y MATEO, C. (2014). *Evaluación del pilotaje del proyecto “nuevo modelo de atención a personas mayores en Castilla y León*. En *Mi Casa. Informe*. UCAV/Cátedra Lares. Recuperado de <http://www.serviciosociales.jcyl.es/>

- ALLENDE, I. (2016). *La suma de los días: Biografía*. Barcelona: Penguin Random House.
- ALONSO, J. (2002) "Vallisoletanos de perfil. Rosina Rodríguez. Centenaria" en *El Mundo. Diario de Valladolid*. 29/2/2002, contraportada.
- ÁLVAREZ, P. (2012). "Testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas" en *Panacea@* 2012; 13 (36): 316-320. Recuperado de http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n36-tribuna_PAlvarez.pdf [consulta 16/5/2016]
- ÁLVAREZ GARCÍA, I. (2006). *Planificación y Desarrollo de Proyectos Sociales y Educativos*. México: Limusa
- ANDER-EGG, E. (2000). *Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural*. Madrid: CCS
- ANDER-EGG, E. (2011) *Aprender a investigar. Nociones básicas*. Córdoba (Argentina): Ed Brujas.
- ANDRE'S, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acantilado.
- ANDREWS, F.M. y WITHEY, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality*. New Yoirk: Plenum.
- ANGUERA, M.T.; ARNAU, J.; ATO, M.; MARTÍNEZ, M.R.; PASCUAL, J. y VALLEJO, G. (1995). *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis.
- ARANCETA-BARTRINA, J; SERRA-MAJEM; FOZ-SALA; MORENO-ESTEBAN y GRUPO COLABORATIVO SEEDO (2007). "Prevalencia de la obesidad en España" en *Med Clin (Barc)*. 2005; 125 (12): 460-6. Recuperado de <http://www.doyma.es> [consulta 25/10/2014]
- ARGYLE, M.; MARTIN, M.; CROSSLAND, J. (1989). "Happiness as a function of personality and social encounters" en FORGAS J P e INNES, J M (eds) *Recent advances in Social Psychology: AN International perspective*. North Holland: Elsevier.
- ARRIBAS CUBERO, H. (2008). *El pensamiento y la biografía del profesorado de Actividad Física en el Medio Natural: un estudio multicaso en la formación universitaria orientado a la comprensión de modelos formativos*. Tesis Doctoral. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- ASILI, N. ed (2006) *Vida plena en la Vejez. Un enfoque multidisciplinario*. México: Ed. Pax México
- AYUSTE GONZALEZ, A. (2005). "Intereducación" en *Teoría de la Educación*, p. 49-80. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/viewFile/3108/3136> [consulta de 20 de Octubre de 2008].

B

- BACON, F. (1908). *Essays*. Nueva York: Oxford University Press.
- BALTES, P. B., & BALTES, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (p. 1-34). New York: Cambridge University Press
- BANCO MUNDIAL (2015.) *PIB per cápita* (en dólares a precios actuales). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD> [consulta de 14/6/2015]
- BANIK, A. y TAYLOR, R. (1960). *Hunza Land: The Fabulous Health and Youth Wonderland Of The World*. Long Beach: Whitehorn Publishing
- BARTH, I. (2015). *Savoir désapprendre por réussir*. Caen: Editions EMS

- BATALLER, C. (2013). *El éxito del jedi interior: el secreto para que la fuerza te acompañe*. Madrid: autor.
- BBC (2011). "Hallan fármaco que revierte el envejecimiento celular". Publicado 30/6/2011. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/06/110629_progeria_farmaco_envejecimiento_men.shtml [consulta 20/5/2014]
- BEARD, J. G. y RAGHEB, M. G. (1980). "Measuring leisure satisfaction" en *Journal of Leisure Research*, n. 12 (1), p. 20-33.
- BEARE, S. (2005). *Los secretos de la eterna juventud. Descubra y practique la dieta de las poblaciones más longevas del mundo*. Barcelona: Amat Editorial.
- BEESON W.L.; MILLS, P. K; PHILLIPS, R. L.; ANDRESS, M.; FRASER, G. E. (1989). "Chronic disease among seventh-day Adventist, a low-risk group" en *Revista Cancer* 64: 570-581. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142%2819890801%2964:3%3C570::AID-CNCR2820640303%3E3.0.CO;2-4/pdf> [consulta 9/6/2014]
- BELENGUER, A.; MOHAMED, K.; AVELLANA, J.A.; BORRÁS, C.; SANCHIS, P. y VIÑA, J. (2015). "El estrés oxidativo como predictor de longevidad; estudio de casos y controles" en *Revista de Geriatría y Gerontología*. Vol. 50. Núm. 01. Enero 2015 - Febrero 2015.
- BERJANO, E. y GARCÍA, E. (2010). *Discapacidad Intelectual y envejecimiento: un problema social del siglo XXI*. FEAPS. Madrid: Colección FEAPS.
- BERMEJO GARCÍA, L (1994). *Viva la jubilación*. Madrid: Editorial Popular.
- BERMEJO GARCÍA, L. (2004). *Educación ambiental para mayores. Un modelo de Educación Gerontológica*. Santander: Consejería Sanidad y Servicios Sociales-CDESC.
- BERMEJO GARCÍA, L. (2005). *Gerontología Educativa. Cómo diseñar programas educativos con mayores*. Colección Gerontología Social SEGG, 5. Madrid: Editorial Panamericana.
- BERMEJO GARCÍA, L. (2006): «Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el empowerment de los mayores. Estrategias pedagógicas», en *Los centros sociales de personas mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social*. Oviedo: Gobierno del Principado Asturias.
- BERMEJO GARCÍA, L. (dir.) (2010). *Envejecimiento Activo y programas socioeducativos con personas mayores. Manual de Buenas Prácticas*. Colección Gerontología Social SEGG, 7. Madrid: Editorial Panamericana.
- BERMEJO HIGUERA, J. C. (2002). *La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento*. Madrid: San Pablo.
- BERNSTEIN, A.M.; WILLCOX, B.J.; TAMAKI, H. y KUNISHIMA, N. (2004). "Autopsy of an Okinawan-Japanese centenarian: absence of many age-related diseases". *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 59(11):1195-9.
- BIRREN, J.E.; BUTLER, R.N. y COTMAN, C.W. (2001). *Achieving and maintaining cognitive vitality with aging*. Institute for the Study of Aging and the International Longevity Center, New York.
- BLANES LLORENS, A. (1997). *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Tesis doctoral dirigida por la Dra. Anna Cabré Pla. Departamento de Geografía de la Facultad de Filosofía y Letras: Universidad Autónoma de Barcelona.
- BLESEDELL, E.; WILLARD, H.S.; SPACKMAN, C.S.; COHN, E.S. y BOYT, B.A (2011). *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Panamericana.
- BOLÍVAR BOTÍA, A. (2001). "El estudio de caso como informe biográfico-narrativo" en *Arbor CLXXI*, 675, 559-78 Recuperado de <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewFile/1046/1053>
- BOLÍVAR, A.; DOMINGO, J. y FERNÁNDEZ, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación enfoque y metodología*. Ed. Muralla
- BLASCO, M. y PEREZ DIAZ, J. (2011). *Envejecimiento*. Madrid: Los libros de la catarata

- BOOTH, M. (2013). "The Okinawa diet – could it help you live to 100?" en *The Guardian*. Publicado 19/6/2013. Recuperado de <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2013/jun/19/japanese-diet-live-to-100> [consulta 5/10/2014]
- BORGES, J. L. (1995). *El aleph*. Madrid: Alianza Editorial.
- BOURLIÈRE, F. (1970). *Métodos para determinar la edad biológica en el hombre*. Ginebra: OMS.
- BRADBURN, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- BRAVO, J. M. y DIAZ-GIMÉNEZ, J. (2014). *¿La longevidad es un riesgo asegurable? Cubriendo lo incubrible*. Documento de Trabajo, 9 Documentos Mi Jubilación. Madrid: Instituto BBVA de Pensiones.
- BRIGEIRO, M. (2005). "Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud" en *Investigación Educativa. Facultad de Enfermería (Universidad de Antioquia)*; 23(1): 102-109. Publicación: Marzo de 2005. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401009> [consulta 25/5/2014]
- BRUNER, J. (1988). *Desarrollo cognitivo y educación*. Ed. Morata, Madrid.
- BUCAY, J. (2012). *Cuentos para pensar*. México D.F.: Océano Express
- BUELA CASAL, G. (1996). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI. 1045-1070
- BUENDÍA, L.; COLÁS, M. P. y HERNÁNDEZ, F. (1997). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw Hill.
- BUETTNER, D. (2008). *The Blue Zones: 9 Lessons for Living Longer from the people who've lived longest*. Washington: National Geographic Society.
- BUTLER, R. N. (1974). "Successful aging". En *Mental Health* 58: 6-12.

C

- CABALLERO BONALD, J. M. (2004). *Somos el tiempo que nos queda*. Barcelona: Seix Barral.
- CABO, R. (2013). "Medicamento utilizado para la diabetes podría aumentar la longevidad de los seres vivos". Publicado: 1/8/2013. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=gaBf3LzYMIE> [consulta 20/5/2014]
- CALLE, R. (2000). *El libro de la serenidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- CALVO SERNA, E. (2013). *Programa de Mejora de la calidad de vida de un grupo de personas con discapacidad intelectual*. Trabajo de Fin de Master en Psicopedagogía. Director: Xoan Manuel González González. Universidad de Valladolid.
- CAMPBELL, A; CONVERSE, P.E. y ROGERS, W.L. (1976). *The quality of American Life: Perceptions, evaluation and satisfaction*. New York: Russel Sage.
- CANTRIL, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick (New Jersey): Rutgers University Press.
- CASTILLO, M. J.; ORTEGA, F. B.; RUIZ, J. (2005). "Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento" en *Medicina Clínica*, 124 (4): 146-155.
- CAPO PALLAS, M. (2002). *Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada*. Barcelona: Novartis.

- CARBAJAL AZCONA, A. (2013). *Manual de Nutrición y Dietética*. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Publicado: 24/7/2013. Recuperado de <https://www.ucm.es/nutricioncarbajal> [consulta 25/10/2014]
- CAREY, N. (2012). *The Epigenetics Revolution: how modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease, and inheritance* Columbia University Press. Nueva York: Paperback edition.
- CASAS JAMBRINO, M. (2007). "Organización de una actividad comunitaria: juegos olímpicos" en FERNANDEZ-HAWRYLAK, M y VALBUENA RUIZ, J. *La Actividad Física en las Personas Mayores*. Madrid: CCS. 27-279.
- CASAS JAMBRINO, M; FERNÁNDEZ-HAWRYLAK, M.; GARCÍA ALONSO, I.; GARCÍA MATE, E.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. y VIVARACHO PASCUAL, C (2009) *Programa de Envejecimiento Saludable, Activo y Satisfactorio con Mayores Institucionalizados P.E.S.A.S.M.I.* Burgos: Universidad de Burgos.
- CASTRILLO ARREDONDO, S. y CABRERIZO DIAGO, J. (2011). *Evaluación de la Intervención socioeducativa. Agentes, ámbitos y proyectos*. Madrid: Pearson Educación S.A. Recuperado de https://issuu.com/hansmejiaguerrero/docs/evaluacion_socioeducativa [consulta 2/4/2015].
- CASTRO, A. de (1990). *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea.
- CASTRO, A. de (1996). *Aprender a envejecer*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- CASTRO, A. de (2002). *La jubilación etapa de plenitud. Cuadernos didácticos*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- CASTRO, A. de (2004). *Diario Interactivo*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- CASTRO, A. de (2006). *Proyectos de vida. A partir de los 50 y más*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- CASTRO, A. de (2008). *Diario de un jubilado impaciente*. Salamanca: Amarú.
- CASTRO, A, GONZÁLEZ, M.A., MARTÍN, P., TUNDIDOR, M., AÑÓN, C., RODRÍGUEZ, C. Y GONZÁLEZ, X.M. (1993). *El Libro de las Estaciones Solidarias (Proyecto Experiencia de Animación Comunitaria)*. Valladolid: La Caixa/Diputación de Valladolid
- CEAPAT (2014) *.Normalización y accesibilidad*. Madrid: IMSERSO.
- CENTRO VIRTUAL DEL ENVEJECIMIENTO (2012). "Banco de recuerdos" en <http://www.cvirtual.org/> [consulta 2/4/2015].
- CIFUENTES, D. (2000). "La epopeya de Gilgamesh y la definición de los límites humanos". Recuperado de <http://www.lacavernadeplaton.com/histofilobis/gilgamesh.htm> [consulta 12.04.2010]
- CLARK, J. (1956). *Hunza. Lost Kingdom of the Himalayas*. New York: Funk & Wagnalls Company
- CLARK, D.H. (1992). *Terapia social en Psiquiatría*. Madrid: Morata. 167 p. 88-89
- CLASIC, C. (1989). *Secret to Hunza Superior Health how people of Hunza stay young with extraordinary health and live longer*. Sherman Oaks, California: Center for Human Natural Nutrition
- CLEMENT, F, (1962), "Variations introduites par des niveaux socio-économiques différents en biométrie et en psychométrie" en *Rev. Psychol. Appl.* 12. 221-231.
- COLER, R, (2008). *Eterna Juventud*. Barcelona: Planeta.
- COMISIÓN EUROPEA (2000^a), *Carta Europea de Derechos Fundamentales de la Unión Europea en Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° 364 de fecha 18.12.2000*.
- COMISIÓN EUROPEA (2000^b), *Directiva 2000/78/ de 27 de Noviembre en Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° 303 de 2.12.2000*
- COMISIÓN EUROPEA (2013), *Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by member states*. Bruselas: Unión Europea.
- COMISIÓN MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE Y DEL DESARROLLO (1988). *Nuestro Futuro Común*. Madrid: Alianza.

- CONGRESO DE LOS ESTADOS UNIDOS (1776). "Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América (1776)" en Documentos del Defensor del Pueblo. Recuperado de <http://hmc.uchbud.es/Materiales/DeclaraUSA.pdf> [consulta 21/5/2015]
- CORBILLON, A. (2016), "La muerte silenciada" en El Norte de Castilla. Suplemento VD. Publicado el 15/05/2016.
- CORNELIS, M.C.; CHIUVE, S.E.; GLYMOUR, M.M.; CHANG, S.C.; TCHETGEN, E.J. y LIANG, L. (2014). "Bachelors, Divorcees and Widowers: Does Marriage Protect Men from Type 2 Diabetes?" *PLoS ONE* 9 (9): e106720. Publicado: 17/12/2014. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0106720> [consulta: 9/6/2015]
- CORTES DE CÁDIZ (1836). *Constitución Española*. Barcelona: Librería Nacional de Sauri (facsimil de Editorial Lex Nova, de Valladolid, 1997).
- CORTÉS MORATÓ, J. Y MARTÍNEZ RIU, A. (1996). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Editorial Herder.
- CRELES (2005). *Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, 2005 (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable)*. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/descripcion.html> [consulta 12/7/2015]
- CRESPO SANTIAGO, D (ed) (2006). *Bioenvejecimiento*. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- CRIONICA (2008). *La conquista científica de la muerte. Ensayos sobre expectativas de vida infinita*. Libros en red: Autor.
- CUYPERS, K.F.; KNUDTSEN, M.S.; SANDGREN, M; KROKSTAD, S.; WIKSTRÖM. B.M. Y THEORELL, T (2011). "Cultural activities and public health: research in Norway and Sweden. An overview" en *Arts & Health*, 3, 1 6-26
- CUYPERS, K.F.; KROKSTAD, S; HOLMEN, T. L.; KNUDTSEN, M.S.; KNUDSTEN, M. S.; BYGREN, L.O y HOKLMEN, J (2011²). ""Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway"" en *Journal of Epidemiology and Community Health Online First*. Publicación: 23/05/2011. En doi:10.1136/jech.2010.113571

D

- DASS, D. (2002). *Aquí todavía. Cambiar, envejecer, morir*. Barcelona: Kairós.
- DAVIES, D. (1975). *The centenarians of The Andes*. London: Barrie & Jenkins.
- DE MIGUEL, J. M (1996) *Autobiografías*. Madrid: CIS.
- DELORS, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones Unesco.
- DEMAZIÈRE, D. y DUBAR, C. (1997). *Analyser les Entretiens Biographiques. L'exemple de récits d'insertion*. París: Nathan.
- DEIANA, L. (2010). *Il progetto AKeA (A Kent' Annos) "L'isola dei centenari"*. Recuperado de <http://www.ara.sardegna.it/index.aspx?m=81&f=3&idf=156> [consulta de 10/10/2014]
- DEMIRJIAN A.; GOLDSTEIN, H. y TANNER J.M. (1973). "A New System of Dental Age Assessment". *Hum Biol.* 1973; 45 (2):211-227 en GARAMENDI, P.M. y LANDA, M.I. (2003)

- “Estimación forense de la edad en torno a 18 años. Revisión bibliográfica” en *Cuadernos de Medicina Forense*, 31, Enero 2003, p. 13-24.
- DENOLLET, J., y BRUTSAERT, D. L. (1998). "Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction". *Circulation* 97 (2): 167–73. doi:10.1161/01.cir.97.2.167. PMID 9445169.
 - DENOLLET, J.; SYS, S.; STROOBANT, N.; ROMBOUITS, H.; GILLEBERT, T.C. y BRUTSAERT, D. L. (1996). "Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease". *Lancet*, vol. 347. Nº 8999, p. 417– 421
 - DENOLLET, J; SCHIFFER, A. y SPEK, V. (2010). "A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: Evidence from research on the Type D (distressed) personality profile" en *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3: 00-00
 - DEPP, C.A. y JESTE, D.V. (2006). "Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies" en *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20. Recuperado de <http://focus.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/foc.7.1.foc137> [consulta: 10/4/2014]
 - DIAZ DIAZ, B (2014). "La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico" en *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72, 1 Enero-Abril, 139-171.
 - DIAZ, D; RODRIGUEZ-CARVAJAK, R; BLANCO, A; MORENO-JIMENEZ, B; GALLARDO, I; VALLE, C y VAN DIERENDONCK, D (2006). "Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff" en *Psicothema*, 18, 3, p. 572-577.
 - DIENER, E; EMMONS, A; LARSEN, RJ; GRIFFIN, S (1985). "The satisfaction with life scale: A measure of life satisfaction" en *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
 - DIESER, R.B. (1999). "Letter to the guest editors of the practice models series" en *Therapeutic Recreation Journal*, 33. 193-194.
 - DIPUTACION DE VALLADOLID (1998). "Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Residencia Cardenal Marcelo" en *Boletín Oficial de la Provincia* de 21 de Febrero de 1998.
 - DIPUTACION DE VALLADOLID (2010). "Normativa reguladora de la organización y funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores de la Diputación de Valladolid, de las condiciones de acceso a los mismos y del régimen aplicable a las personas residentes" en *Boletín Oficial de la Provincia* 22, de 28 de Enero de 2010.
 - DIRECCIÓN GENERAL DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA (1857). *Ley de Instrucción Pública* sancionada por S.M. en 9/9/1857. Madrid: Imprenta Nacional. Recuperada de <http://www.filosofia.org/mfa/e1857ley.htm> [consulta: 13/4/2015]
 - DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, G.; ZALDIVAR PÉREZ, D. y PÉREZ PIÑERO, J. (2006). "Caracterización del estilo de vida de individuos con longevidad satisfactoria" en *Psicología para América Latina*, 6. *Revista electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*. México. Publicación: mayo 2006. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2006000200004&script=sci_arttext [consulta: 13/6/2014]
 - DRIVER, B. L. y BRUNS, D. H. (1999). "Concepts and uses of the benefits approach to leisure". En Jackson, E. L., & Burton, T. L.: *Leisure studies: prospects for the 21st century*. State College, Pa.: Venture Publishing.
 - DRIVER, B.L.; BROWN P. J., y PETERSON, G. L. (Eds.). (1991). *Benefits of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
 - DRUMMOND, A. y WALKER, M. (1996). "Generalisation of the effects of leisure rehabilitation for stroke patients" en *British Journal of Occupational Therapy*, 59 (7), 330-334
 - DRUMMOND, A. y WALTER, M. (1995). "A randomized controlled trial of leisure rehabilitation after stroke" en *Clinical Rehabilitation* 9: 283-290
 - DUCH CAPODARBE, F.R., RUIZ DE PORRAS ROSELLÓ, L. y GIMENO RUIZ DE PORRAS, D. (1999). *Recursos psicométricos utilizables en atención primaria*. Barcelona: Novartis

- DUMAZEDIER, J. (1962). *Vers une société des loisirs?*. Paris: Editions du Seuil.
- DUPUY, H.J. (1978). *Self representations of general psychological well-being of American adults*. Los Angeles: Paper presented by American Public Health Association Meeting.
- DURANTE MOLINA, P. (2003). "La actividad como herramienta en Terapia Ocupacional" en POLONIO LOPEZ, B., DURANTE MOLINA, P. y NOYA ARNAIZ, B. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Cap. XII, p. 153-158. Madrid_ Editorial Médica Panamericana.

E

- EL CONFIDENCIAL (2013). "La píldora que alarga la vida (y te hará vivir hasta los 150 años)". Publicado 13/3/2013. Recuperado de http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013-03-13/la-pildora-que-alarga-la-vida-y-te-hara-vivir-hasta-los-150-anos_202261/ [consulta 20/5/2014]
- EL UNIVERSAL (2014). "Científicos trabajan en una medicina para la longevidad y la salud" Publicado 4/3/2014. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/ciencia/cientificos-trabajan-en-una-medicina-para-la-longevidad-y-la-salud-153325> [consulta 20/5/2014]
- ELLIOT, J. (2000). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.
- ESCOBAR COTÁN, A (2016). "Feel in your house: a VR application that provides telepresence to hospitalized people". Recuperado de <http://www.rtvcyt.es/Noticia/80445D35-02B1-D0BF-6E7F910D319EFC57/estudio/uva/permite/pacientes/recuperarse/hospital/casa> [consulta 24/5/2016]
- ESPARRACH, E (2013). "Sobre senilidad y muerte humana y animal" en Revista Geriatria Clínica Web 2013;7 (02), p. 0048-0051 Recuperado de <http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/imagenes/135/pdf135.pdf> [consulta 23/4/2015]
- ESPINOZA VERGARA, M (1986). *Programación: elementos de programación para trabajadores sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- ESTELLER, M. (2008). "Epigenetics of cancer" en *New England Journal of Medicine*, 358, 1148-59.
- EUROSTAT (2011). "Cambio de la población a nivel regional" Recuperado de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Population_change_at_regional_level/es [consulta de 16/12/2014]
- EUROSTAT (2015). Eurostatistics. Data for short-term economic analysis. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6885748/KS-BJ-15-006-EN-N/9952cda7-b9c4-4cc7-a2fb-fc873d67bbb6> [consulta de 7/1/2015]
- EXPANSION (2015). *Datosmacro* Recuperado de <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud> [consulta de 14/3/2016]
- EXPANSION (2016). *Datosmacro* Recuperado de <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/espana> [consulta de 14/5/2016]

F

- FAO/WHO-OMS/UNU (1985). *Expert Consultation Report. Energy and Protein Requirements*. Technical Report Series 724. Ginebra:WHO/OMS.
- FAROOQI, I .S.; BULMORE, E.; KEOGH, J.; GILLARD, J.; O'RAHILLY, S. y FLETCHER, P. C. (2007). "Leptin regulates striatal regions and human eating behavior". En *Science* 7, 317 (5843). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838941/pdf/ukmss-30319.pdf> [consulta 20/10/2015]
- FAURE, E (1972). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza Editorial.
- FAZIO, AF (1977). *A concurrent validation study of the NCHI general well-being Schedule*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- FEAPS CASTILLA Y LEON (2010). "Yo soy yo mismo y mis aficiones". Disponible en <http://www.plenainclusioncyl.org/index2.php?apartado=actualidad&subapartado=noticia&id=40> [consulta 7/7/2016]
- FERNÁNDEZ HAWRYLAK, M.; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. y CASAS JAMBRINO, M. (2003). *Intervención Socioeducativa con Mayores Institucionalizados*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA, R. (2004). *Gerontología social*. Madrid: Ed. Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.) (2002). *Vivir con Vitalidad*. (5 Volúmenes). Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.) (2006). "Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)". Madrid, IMSERSO, *Estudios I+D+I*, nº 38. Publicación: 01/08/2007. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-38.pdf> [consulta: 10/4/2014]
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir.) (2009). *Psicogerontología: Perspectivas Europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M.D.; DÍEZ-NICOLÁS, J.; LÓPEZ, M.D.; MOLINA, M.A. Y SCHETTINI, R. (2010). "Envejecimiento con éxito: criterios y predictores" en *Psicothema*, 22, 648-653 <http://digital.csic.es/bitstream/10261/83676/1/Envejecimiento%20con%20%20%20C3%A9xito%20criterios%20y%20predictores.pdf> [consulta: 10/04/2013]
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M.D.; RUDINGER, G.; SCHROOTS, J.J.; HEKKINEN E.; DRUSINI, A.; PAUL C.; CHARZEWSKA J. y ROSENMAYR, L. (2004). "Assessing competence. The European Survey on Ageing Protocol" en *Gerontology*, 50, 330-347. Recuperado de http://dspace.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/18271/Fernandes-Ballesteros_Gerontology_50%285%29_2004_u.pdf?sequence=2 [consulta: 10/4/2014]
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R; CAPRARA, M.G. y GARCÍA, L. (2005). "Vivir con vitalidad: A european multimedia programme" en *Psychology in Spain*. Vol. 9, nº1, 1-12.
- FERNÁNDEZ HAWRYLAK, M (dir) (2010). *PESASMI: Programa de Envejecimiento Saludable, Activo y Satisfactorio con Mayores Institucionalizados*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

- FERNÁNDEZ HAWRYLAK, M.; GONZÁLEZ, X.M. y CASAS, M. (2003). *Intervención Socioeducativa con Mayores Institucionalizados*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- FERNANDEZ-RIOS, L. y COMES, J.M. (2009). "Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva" en *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, nº 5, 7-13. Universidad de Sevilla,
- FERNÁNDEZ-TRESGUERRES HERNÁNDEZ, J. (2012). *Medicina estética y Antienvjecimiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- FINLAY, L (1993). *Groupwork in occupational therapy*. Boston: Thornes Stanley.
- FLAHERTY J.H.; PERRY, H.M.; LYBCHARD, G.S. y MORLEY, J.E. (2000). "Polipharmacy and hospitalization among older home care patients" en *The Journals of Gerontology* (2000) 55 (10). Recuperado de <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/55/10/M554.full.pdf+html> [consulta 20/5/2014]
- FLECHA, R (1997). *Compartiendo palabras: el aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FOLSTEIN MF, ROBINS, LE, HELZER, JW (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov; 12(3):189-98
- FORDYCE, M (1986). "The psychap intentyory: a multi-item test to mesure happiness and its concomitants" en *Social Indicators Research*, 18. 1-33.
- FOSTER, A. y PRATT, J. (2003). "Análisis de la Actividad" en TURNER, A.; FOSTER, M. y JOHNSON, S.E. (5ª ed) *Terapia Ocupacional y Disfunción Física*. Madrid: Elsevier.
- FRASER GE; HALLER-WADE T; MORROW S (1997). "Social Support in Seventh-day Adventists and Their Neighbors". En *J of Religion and Health* 36: 231-239. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1027457023903> [consulta 9/6/2014]
- FRASER, G (2008). Pagina web profesional de Gary Fraser. Recuperado de <http://www.llu.edu/pages/faculty/directory/faculty.html?uid=gfraser> [consulta 19/8/2015]
- FREIRE, P. (1971). *Educación como práctica de la libertad*. Montevideo: Tierra Nueva.
- FREIRE, P. (1997). *A la sombra de este árbol*. Barcelona: El Roure
- FRIEDAN, B. (1994). *La fuente de la edad*. Barcelona: Planeta.
- FRIEDMAN, H S y MARTIN L R (2011). *The Longevity Projeet: Surprising discoveries for health and long life from the landmark eight-decade study*. New York: Hudson Street Press.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.H. (1959). "Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings" en *Journal of the American Medical Association*, 169 (12) 1286-1296.
- FRIES, J. F. (1989). *Ageing well. A guide for successful seniors*. Massachussets: Addison-Wesley.
- FROMM, E (1956). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FUENTE PEREDA, D. de la (2014). "Terapia de la Ilusión". Premios corporativos de Sanitas. Convocatoria del año 2013. Madrid: Inédito.

G

- GALBRAITH, J.K. (1989). *Historia de la economía*. México: Ariel.
- GALLUP, G.H. (1976). "Human needs and satisfaction: a global survey" en *Public Opinion Quarterly*, 40, 459-467.
- GARAMENDI, P.M. y LANDA, M.I. (2003). "Estimación forense de la edad en torno a 18 años. Revisión bibliográfica" en *Cuadernos de Medicina Forense*, 31, Enero 2003, 13-24.
- GARCÍA ARMESTO, S.; ABADÍA, M B; DURÁN, A., HERNÁNDEZ, C; BERNAL, E. (2011). *España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición* 12(4) p. 1–269. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Observatorio Español del Sistema Nacional de Salud
- GARCÍA-MARGALLO ORTIZ DE ZÁRATE, P.; SAN JUAN GIMÉNEZ, M.; JORQUERA CABRERA, S.; NAVAS MORALES, I. (2005). *El Análisis y la Adaptación de la Actividad en Terapia Ocupacional*. Madrid: Aytona Editores.
- GARDNER, H (1998). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- GARRIDO CHAMORRO, R.P. (2005) *Manual de Antropometría*. Sevilla: Ed. Wanceulen.
- GASCON, J (2016). "Turismo residencial y crisis de la agricultura campesina. Los casos de Vilcabamba y Cotacachi (Andes ecuatorianos) en *Pasos. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, vol 14, nº 2, p. 309-318.
- GEESAMAN, B. J.; BENSON, E.; BREWSTER, S. J.; KUNKEL, L. M.; BLANCHE, H.; THOMAS, G.; PERLS, T. T.; DALY, M. J. y PUCA A. A. (2003). "Haplotype-based identification of a microsomal transfer protein marker associated with the human lifespan" en *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.*; 100: 14115-14120.
- GIL, E. (2003). *El poder gris*, Barcelona: Mondadori.
- GODEFROY, C. (2001). *Health Secrets of The Hunzas*. Recuperado de http://www.educationalservice.net/ebooks/ebooks-001/eseb20090302_health-secrets.pdf [consulta 22/8/2013]
- GOERLICH GISBERT F.J. y PINILLA PAREJA, R. (2006). *Esperanza de Vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GOERLICH GISBERT F.J. (2012). *Tabla de vida de decrementos múltiples. Mortalidad por causas en España (1975-2008)*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GOETZ, J. P. y LECOMPTE, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- GOLDSMITH, T; BOWLES, J; LIBERTINI; G y MITTELDORF, J (2015). "Programmed aging". Disponible en www.Programmed-Aging.org [consulta 22/8/2015]
- GOMEZ GONZALEZ, F J; VICARIO ALFONSO, M A y VELASCO GIL A (2012). *Progreso y desarrollo: retos para el futuro de Castilla y León*. Valladolid: Consejo Económico y Social de Castilla y León. Recuperado de www.cescyl.es/publicaciones/coleccion.php [consulta 22/8/2015]
- GOMEZ MENA, C (2014) "Científicos identifican los genes que influyen en la longevidad". En *Periódico La Jornada*. Publicado 1/3/2014. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/03/01/sociedad/032n1soc> [consulta 22/8/2013]
- GÓMEZ, L.E., VERDUGO, M.A., ARIAS, B. Y NAVAS, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2008v17n2a7.pdf> [consulta 22/8/2013]
- GONZÁLEZ CABANACH, R. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Ferrol: In Fieri.

- GONZÁLEZ CABANACH, R. y CARAMÉS BALO, R. (2001). *Atención Social y envejecimiento*. Madrid: Ediciones 2010.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (1997). Comunicación “Animación de Personas Mayores en Residencias” en *Actas de las Jornadas de Animación Sociocultural*, Oviedo: La Traviella-Universidad de Oviedo.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2009). “Premisas pedagógicas para crecer en la vejez”. En CASAS JAMBRINO, M; FERNÁNDEZ HAWRYLAK, M; GARCÍA ALONSO, GARCÍA MATE, E; GONZÁLEZ GONZÁLEZ X Y VIVARACHO PASCUAL, C (2009) *Programa de Envejecimiento Saludable, Activo y Satisfactorio con Mayores Institucionalizados P.E.S.A.S.M.I.* Burgos: Universidad de Burgos. Disponible en <https://youtu.be/pnkr5Br-JYo>.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2001). “Informe del Viaje a La Manga del Mar Menor, La Unión y Cartagena” en Memoria del Programa de Ocio y Tiempo Libre 2001. Residencia “Cardenal Marcelo”: inédito.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2003). *Servicios socioeducativos para mayores institucionalizados*. Universidad de Valladolid: Trabajo de Investigación Tutelado.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2004). “Animar en una residencia” en *La Voz del Aula. Revista del Programa de las Personas Mayores de la Diputación de Valladolid*. Nº 56. Primavera 2004, p. 12-13
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2006). “Del Asociacionismo y Voluntariado a la Educación Social: Hacia un proyecto integral de atención a las familias afectadas por discapacidad” en Fernández Hawrylak, M. y García, I. *Familias afectadas por enfermedad o discapacidad (I Jornadas Regionales sobre Orientación Familiar)*. Burgos: Universidad de Burgos.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2007^a). “La animación socioeducativa de mayores institucionalizados en Castilla y León” en FERNANDEZ HAWRYLAK, M y VALBUENA RUIZ, J. *La Actividad Física en las Personas Mayores*. Madrid: CCS, pp 147-162.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2007^b). “Recursos Socioculturales: experiencias de animación terapéutica” en FERNANDEZ HAWRYLAK, M y VALBUENA RUIZ, J. *La Actividad Física en las Personas Mayores*. Madrid: CCS. 251-270.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2007^c). “Ventana Abierta. Un programa de televisión pensado para personas mayores institucionalizadas” en *La Voz del Aula. Revista del Programa de las Personas Mayores de la Diputación de Valladolid*. Nº 69. Verano, 2007.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X. M. (2008). “Abordaje interdisciplinar en mayores institucionalizados” en FERNANDEZ HAWRYLAK, M y GARCÍA ALONSO, I. *Orientación Familiar. Las Personas Mayores*. Universidad de Burgos, p. 139-148.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2010). “La importancia de cultivar aficiones” en *La Solana (Revista de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid)* nº 8, diciembre 2010.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2011^a). “La felicidad como derecho constitucional”. Publicación: 20/5/2011. Disponible en <http://xoanGonzález.blogspot.com.es/2011/05/la-felicidad-como-derecho.html>
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2011^b). “Cuestión de edad” en *La Solana (Revista de la Federación Provincial de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de Valladolid)* nº 9, diciembre 2011.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2011^c). *Memoria 2011 de Actividades. Informe del Encargado de Ocio y Tiempo Libre*. Residencia “Cardenal Marcelo”: inédito.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2015). “Informe sobre gustos, aficiones, expectativas vitales y percepción del clima residencial y propuestas de mejora”. Residencia “Cardenal Marcelo”. Julio de 2015. Inédito.

- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, X.M. (2016). “Acreditación de competencias profesionales: Educar desde la vida y para la vida” en Consejo de la Juventud de España. *Observatorio de Educación, nº 0. Primer Trimestre 2016, 79-84.*
- GOODENOUGH, W (1967). “Componential analysis”, *Science*, vol. 156, 3779, p. 1203-1209.
- GORBEÑA ETXEBARRIA, S. ed. (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- GRANDE-COVIAN, F. (1981). *Alimentación y nutrición*. Barcelona: Salvat.
- GRANDE-COVIAN, F. (2000). *Nutrición y salud. Mitos, peligros y errores de las dietas de adelgazamiento*. Barcelona: Temas de Hoy.
- GREY, A. y RAE, M (2013). *El fin del envejecimiento*. Berlin: Lola Books GbR.
- GRUBE K. y BÜRKLE A. (1992). “Poly (ADP-ribose) polymerase activity in mononuclear leukocytes of 13 mammalian species correlates with species-specific life span” en *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1992 Dec 15; 89 (24), p. 11759-63.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN AVANCE DEL DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA Y ORGANIZACIÓN ESCOLAR (2000). *La Educación de Personas Mayores en Medios Residenciales*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- GRUSHIN, B. (1968). *El tiempo libre (problemas actuales)*. Montevideo: Pueblos Unidos.
- GU, D; SAUTTER, J; PIPKIN, R y ZENG, Y (2010). “Sociodemographic and Health Correlates of Sleep Quality and Duration among Very Old Chinese” en *Sleep*. 33(5): 601–610. Publicado 1/5/2010. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864875/pdf/aasm.33.5.601.pdf> [consulta de 16/11/2012]
- GUASCH, O (2002). “Observación participante”. En *Cuadernos Metodológicos*, 20. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GUBA, E. G. (1983). “Criterios de credibilidad en la investigación naturalista”. En GIMENO, J. y PÉREZ, A. (1983) *La enseñanza: su teoría y su práctica*, p. 148- 165. Madrid: Akal.
- GUILLEN ESTANY, M (2006^a). *Longevidad y estado de salud: medición de la esperanza de vida según grados de discapacidad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GUILLEN ESTANY, M (dir) (2006^b). *Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas*. Bilbao: Fundación BBVA.
- GUIMON, P (2009). “El reino que quiso medir la felicidad” en *El País* de 29 de Noviembre de 2009. Disponible en http://elpais.com/diario/2009/11/29/eps/1259479614_850215.html [recuperado el 23/4/2013]

H

- HAGEDOORN, M; SANDERMAN, R; BOLKS, H.N.; TUINSTRA, J.; COYNE, J.C. (2008). “Distress in couples with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects” en *Psychological Bulletin*, 2008. Vol 134. Nº 1, p. 1-30. Recuperado de <http://core.ac.uk/download/pdf/12927758.pdf> [consulta 23/3/2014]
- HARMAN D. (1991). “The aging process: Major risk factor for disease and death”. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.*; 88, p. 5360-5363.
- HARRIS, M. (1995). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza Editorial.

- HARRISON, J (1973). "Pionners in Shangri-La" en *New Scientist* 58, nº 846
- HAVIGHURST, R. J. (1961). "Successful aging" En *The Gerontologist*, 1,8-13.
- HELIWELL, J; LAYARD, R. y SACHS, J. (ed) (2015). *Word Happiness Report 2015 (estudio a partir de 158 países)* publicado el 23/04/2015 recuperado de <http://www.theglobeandmail.com/news/national/article24073928.ece/BINARY/World+Happiness+Report.pdf> [consulta 9/6/2015]
- HERNÁNDEZ, F; SANCHO, J.M. y RIVAS, J.I. (2011). *Historias de vida en educación: biografías en contexto*. Universidad de Barcelona: Esbrina-Recerca. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/15323> [consulta 22/8/2013]
- HERNÁNDEZ, M.; CASTELLET, J.; GARCÍA, M.; NARVAIZA, J.L.; RINCÓN, J.M. y RUIZ, I. (1988). *Curvas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo*. Bilbao: Fundación Orbeagozo.
- HERODOTO (1987). *Historia. Obra completa. Volumen II: Libros III-IV*. Trad. y notas de C. Schrader. Rev.: M.ª E. Martínez-Fresneda. Madrid: Editorial Gredos.
- HOFFMAN, Jay M (1979). *Hunza 15 secrets of the world's healthiest and oldest living people*. Professional Press Pub. Association.
- HOLZENBERGER M., KAPPELER L., DE MAGALHAES FILHO C. (2004). "IGF-1 signaling and aging" en *Exp. Gerontol.* 2004; 39:1761-1764.
- HOPKINS, H.L. y SMITH, H.D. (1983). *Willard and Spackman's. Occupational Therapy*. En BLESEDELL CLEPEAU, E; WILLARD, H.S.; SPACKMAN, C.S.; COHN, E.S.; BOYT SCHELL, B.A (2011) *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Panamericana.
- HOWE-MURPHY, R. y CHARBONEAU, B.G. (1987). *Therapeutic recreation intervention: an ecological perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.



- IACUB, R (2001). *Proyectar la vida*. Buenos Aires: Manantial.
- ICAL (2011). "Milagros Marcos: Desarrollaremos un modelo europeo de residencias basado en unidades de convivencia" en *El Norte de Castilla*. Publicado el 14/09/2011 y recuperado de <http://www.elnortedecastilla.es/20110924/local/castilla-leon/milagros-marcos-desarrollaremos-modelo-201109241248.html> [consulta 15/10/2014]
- ICAL (2012). "Castilla y León supera en desarrollo humano a Japón, Finlandia o Suecia" en *La Opinión de Zamora*. Publicado el 21/03/2012 y recuperado de <http://www.laopiniondezamora.es/castilla-leon/2012/03/21/castilla-leon-supera-desarrollo-humano-japon-finlandia-o-suecia/588574.html> [consulta 20/10/2015]
- IMSERSO (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Abril 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- IMSERSO (2014). *Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- INE (2000). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos*. <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf> [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2008). *INEBASE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situación de Dependencia 2008*. Fecha de publicación: 4/11/2008 Recuperado de www.ine.es/prensa/np524.pdf. [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2010). *Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad 1900-2001*. Recuperado el 15/12/2014 de <http://www.ine.es> [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2011). “Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011”. Recuperado el 15/12/2014 de <http://www.ine.es> [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2012^a). “Proyecciones de Población 2012. Notas de prensa”. Fecha de publicación: 28/10/2014
- INE (2012^b). “Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia”. Recuperado de <http://www.ine.es> [consulta de 16/12/2014]
- recuperado el 15/12/2014 de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf> [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2013). “2021-2052: Proyecciones de la población a largo plazo”. Recuperado el 15/12/2014 de <http://www.ine.es> [consulta de fecha 10/3/2015]
- INE (2014). “Proyecciones de la Población de España 2014-2065. Notas de prensa” Fecha de publicación: 19/11/2012 [recuperado el 15/12/2014 de <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>]
- INE (2015^a). “Esperanza de vida”. Fecha de actualización: 20/5/2015 recuperado <http://www.ine.es> [consulta de fecha 15/6/2015]
- INE (2015^b). “Defunciones según la causa de muerte. Año 2013”. Publicado 27/2/2015. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf> [consulta de 16/5/2015]
- INE (2015^c). “Cifras de Población a 1/7/2015. Estadísticas de Migraciones. Primer semestre de 2015”. Publicado 4/12/2015. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np948.pdf> [consulta de 16/6/2016]

J

- JASKELIOFF, M.; MULLER, F. L.; PAIK, J-H; THOMAS, E; JIANG, S.; ADAMS, A. C.; SAHIN, E.; KOST-ALIMOVA, M.; PROTOPOPOV, A.; CADINANOS, J.; HORNER, J. W.; MARATOS-FLIER, E. y DEPINHO, R.A. (2010). “Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice” (“La activación de la telomerasa invierte degeneración tisular de los telómeros de edad en ratones”) en *Nature* 469, 102-106, Enero, 2010. Recuperado de <http://www.nature.com/nature/journal/v469/n7328/abs/nature09603.html#supplementary-information> [consulta 20/6/2014]
- JAVALOY, F (coord.) (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud Española*. Madrid: Injuve.
- JEFATURA DEL ESTADO (1999). *Leu Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal*. Publicado en Boletín Oficial del Estado nº 298 de 14/12/1999.

- JEUNE, B ; ROBINE JM ; YOUNG, R ; DESJARDINS, B ; SKYTTHE, A y VAUPEL, JW (2010). "Jeanne Calment and her successors. Biographical notes on the longest living humans" en MAIER, H ; GAMPE, BJ ; ROBINE, JM ; VAUPEL, JW (eds.), (2010) *Supercentenarians*, Demographic Research Monographs, DOI 10.1007/978-3-642-11520-2_16. Berlin: Springer. P 285-323. Recuperado de <http://www.demogr.mpg.de/books/drm/007/3-4.pdf> [Consulta 9/2/2015]
- JIMENEZ HERRERO, F (1998). "Interés y abandono de la preparación a la jubilación en España" en *Revista Española de Geriátria y Gerontología Vol 33. Nº 90 (Octubre 1998)*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-interes-abandono-preparacion-jubilacion-espana-13011655> [consulta 23/4/2014]
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2001). *Decreto 14/2001, de 18 de Enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores* en Boletín Oficial de Castilla y León nº 17 de 24 de Enero.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2003). *Ley 5/2003, de 3 de Abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León* en Boletín Oficial de Castilla y León nº 67, de 8 de Abril.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2008). "Guía sobre instrucciones previas para los usuarios". Valladolid: autor. Recuperado de http://www.comsor.es/pdf/actuaciones/Guia_Usuarios_definitiva._21-4.pdf [consulta 16/5/2016]
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON (2015). *Personas mayores. Situaciones de dependencia. Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores "en Mi Casa"*. Recuperado de http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/_ [consulta de 18/6/2015]
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON (2016¹). *Decreto 2/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León*. BOCyL, 5/2/2016, 24, 5942-5981.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON (2016²). *Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León*. BOCyL, 5/2/2016, 24, 5982-5990.

K

- KABAT-ZINN, J. (2009) *Mindfulness en la vida cotidiana: como descubrir las claves de la atención plena*. Barcelona: Paidós-Ibérica.
- KAMMAN, R y FLET, R (1983). "Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness" en *Australian Journal of Psychology* 35, 259-265
- KANT, E (1999 ^{8ed}). *Crítica del juicio (Kritik der Urteilskraft, 1790, Traducción de Manuel García Morente)*. Madrid: Espasa-Calpe.
- KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A., JAFFE, M.A. (1963). *The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 185, 914-19
- KELLY, J.R. Y GODBEY, G (1992). *The sociology of leisure*. State College. PA: Venture Publishing Inc.
- KEY, T J; FRASER, G E; THOROGOOD, M; APPLEBY, P N; BERAL, V; REEVES, G; BURR, M L; CHANG-CLAUDE, J; FRENTZEL-BEYME, R; KUZMA, J W; MANN, J; MCPHERSON, K (1999).

“Mortality in vegetarians and nonvegetarians: detailed findings from a collaborative analysis of 5 prospective studies “ en *The American Journal of Clinical Nutrition*

- KIRKWOOD, T. (1977). “Evolution of ageing” en *Nature* 170 (5635) 201-204
- KOTMA, A y STONES, MJ (1980). “The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH)” en *Journal of Gerontology*, 35, 906-912.
- KRAUSE, M. (1995). “La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos” en *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
- KRIPKE, D.F. (2002). “Mortality associated with sleep duration and insomnia”. *Archives of General Psychiatry* 2002 Feb; 59 (2):131-6. Publicado 7/2/2002. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11825133> [consulta 12/12/2013]
- KRUEGER, P.M.; TRAN, M.K.; HUMMER, R. A. y CHANG V.W. (2015). “Mortality Attributable to Low Levels of Education in the United States” en *PLoS ONE* 10 (7): e0131809. Publicado: 8/7/2015 Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131809> [consulta 16/5/2015]

L

- LATORRE, A.; DEL RINCÓN, D. y ARNAL, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- LAWS, G. (1995). Understanding ageism: Lessons from feminism and postmodernism, *The Gerontologist*, 35, 112-118
- LAWTON, M.P. y BRODY, E.M. (1969). “Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living” en *Gerontologist* 9, 179-86
- LAWTON, M P; MOSS, M; FULCOMER, M y HLEBAN, M H (1982). “A research and service oriented multilevel assessment instrument” en *Journal of Gerontology* 37, 91-99.
- LAZARO CARRETER, F. y TUSON, V. (1985). *Curso de Lengua Española*. Madrid: Anaya.
- LAZARO FERNÁNDEZ, Y. (2009). “Aprender disfrutando: una experiencia de ocio para adultos/ayore en la Universidad” en *Revista Mal-Estar e Subjetividade (Brasil: Universidad de Fortaleza)*. Vol IX- Nº 3. 751-782.
- LEAF, A; WALKER, M; ASHMEAD, H; CUTLER, R; PEDERSEN M (2004). *Vilcabamba: The sacred valley of the centenarians*. CIS Publishing Company. Recuperado de <http://vilcabamba.co/pdf/VilcabambaBook.pdf> [consulta 22/8/2013]
- LEAF, A. (1973). "Every Day Is a Gift When You Are Over 100." *National Geographic* (January 1973), 92-119.
- LEAF, A. (2001). “Medicine or Physiology: my personal mix” en *Annu. Rev. Physiol.* 63: 1-14. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.physiol.63.1.1> [consulta 9/6/2014]
- LEE, J. W. (2014). “Religión, Estilo de Vida y Salud: Perspectivas de la Religión Adventista y el Estudio de la Salud”. 2ª Conferencia Mundial sobre Salud y Estilo de Vida. 09 de julio 2014. Ginebra, Suiza.
- LEGATUM INSTITUTE (2014). *The 2014 Legatum Prosperity Index*. Recuperado de www.prosperity.com [consulta: 23/6/2015]

- LHER, U. (1982). "Socio-psychological correlates of longevity" en *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, p. 102-147.
- LIBRO GUINNESS DE LOS RÉCORDS (2012). "Meet the incredible Melis family - brothers and sisters with a combined age of 818!" en *Guinness World Records News* Recuperado de www.guinnessworldrecords.com/news/2012/8/meet-the-incredible-melis-family-brothers-and-sisters-with-a-combined-age-of-818-44404 [consulta 19/8/2015]
- LIMON MENDIZÁBAL, M.R. (2007). "Ocio, derecho de la tercera generación: algunos valores para vivir una vida plena en la vejez" en www.ateiamerica.com/doc/Articulo_Limon_Atei.doc [consulta 16.08.09]
- LINCOLN, Y. S. y GUBA, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- LIPSIT, L.P. (1981) *Métodos de investigación en psicología evolutiva: enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata.
- LOBO, A., EZQUERRA, J. (1979). "Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos" en *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202
- LOMBARD, D. B.; CHUA, K. F.; MOSTOSLAVSKY, R.; FRANCO S.; GOSTISSA, M. y ALT, F. W. (2005). "DNA repair, genome stability, and aging". *Cell*; 120: 497-512.
- LÓPEZ MONGIL, R. (1987). *Consideraciones epidemiológicas y sociales con un grupo de la 3ª edad*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- LÓPEZ MONGIL, R. (2000). *Valoración Geriátrica en Residencias de Ancianos*. Valladolid: Diputación de Valladolid.
- LÓPEZ NOGUERO, F (2002). "el análisis de contenido como método de investigación" en *Revista de Educación*, 4; 167-179. Universidad de Huelva.
- LORDE, (2003). *La hermana, la extranjera: artículos y conferencias* Madrid: Horas y Horas.

M

- MAGRIS, C. (2001). *Utopía y desencanto. Historias, esperanzas e ilusiones de la modernidad*. Barcelona: Anagrama.
- MAHONEY, D.J. y RESTAK, R. (1998). *La estrategia de la longevidad: cómo alcanzar la edad madura en plena forma*. Barcelona: Kairós.
- MAHONEY, F.I. y BARTHEL, D.W. (1965). "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md Med J* 1965; 14: 61-65
- MAÑÓS, Quico (1998). *Animación Estimulativa para las Personas Mayores Discapacitadas*. Madrid: Narcea.
- MARIN, C (2015). "La falta de educación mata" en *El Mundo* de 9/7/2015 pp 32-33.
- MARINOFF, L (2011). *El poder del Tao*. Barcelona: Ediciones B.
- MARTÍNEZ, M. (2000). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México: Trillas.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, S. (2002). *Ocio y Formación en la edad adulta*. Tesis Doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto

- MARTINEZ RODRIGUEZ, T (2011). "La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia" en *Documentos de Bienestar Social*, 76. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MARTINEZ RODRIGUEZ, T; DIAZ-VEIGA, P; SANCHO, M; RODRIGUEZ, P (2011). *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos prácticos. 9 Vida cotidiana. Realizar actividades*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Fundación Matia.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T; DÍAZ-VEIGA, P; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P y SANCHO CASTIELLO, M (2015). "Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos." *Informes Envejecimiento en red*, nº 12. Madrid: Imsero. Recuperado de <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>> [Consulta: 30/09/2015]
- MASLOW, A (1975) *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Madrid: Kairós.
- MATTONETTI, M L (2009). "Population and social conditions. Net expenditure on social protection benefits" en *Eurostat*, 102/2009 Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistics-in-focus/-/KS-SF-09-102> [consulta de 14/6/2015]
- McCARRISON, R. (1921). *Studies in Deficiency Disease*. London: Oxford Medical Publications
- McCARRISON, R. (1953). *Nutrition and Health: Being the Cantor Lectures to the Royal Society of Arts in 1936, together with two earlier Essays*. London: Faber and Faber
- McCAY, C. M.; CROWELL, M. F. y MAYNARD L.A. (1935). "The effect of retarded growth upon the length of life span and upon the ultimate body size" en *Journal of Nutrition* 1935, 10: 63-79. Recuperado de <http://www.wealthandhealth.ltd.uk/over100/C.%20M.%20McCAY%201935.pdf> [consulta de 10/10/2014]
- MEDINA TORNERO, M.E. Y RUIZ LUNA, M.J., (2000). *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo siglo*. Murcia: Universidad de Murcia.
- MEDINA, M.E. y RUIZ, M.J. (2000). *Políticas Sociales para las personas mayores en el próximo siglo (Actas del Congreso, Murcia, 10-12 de noviembre de 1999)*. Murcia: Universidad de Murcia.
- MENCHEN BELLON, F. (2005). *Descubrir la creatividad: desaprender para volver a aprender*. Madrid: Pirámide.
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (1985). *Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local*. En BOE núm. 96 de 22 de abril de 1986.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (2015). *Encuesta de hábitos y prácticas culturales en España 2014-2015. Síntesis de resultados*. Madrid: autor.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). *Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España, 2011-2011/2012*. Madrid: autor.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. En BOE núm. 299 de 15 de Diciembre de 2006.
- MIROL, E. (2005). *¿Puedo ser feliz después de los 60?*. Buenos Aires: Bonum.
- MOBILY, K.E. (1999). "New horizons in models of practice in therapeutic" en *Therapeutic Recreation Journal*, 33. 174-192.
- MONTEAGUDO, M.J. (2008). "Consecuciones satisfactorias de la experiencia psicológica del ocio" en *Revista Mal-estar e Subjetividade. Fortaleza. Vol. VI. Nº 2. p. 307-325*. Jun-2008.
- MOODY, H. R. (1976). "Philosophical presuppositions of education for old age" en *Educational gerontology*, 1-16
- MORA, F. (2015). *¿Es posible una cultura sin miedo?* Alianza Editorial: Madrid.

- MORENO, A. (2014). “¿Quiere usted vivir 100 años?” en *El País*. Publicado 19/9/2014. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2014/09/17/buenavida/1410942267_076986.html [consulta de 10/10/2014]
- MORENO, J. (2010). “El bar donde paró Gutiérrez Mellado” en *El Norte de Castilla* de 4/12/2010. Recuperado de <http://www.elnortedecastilla.es/v/20101204/valladolid/donde-paro-gutierrez-mellado-20101204.html> [consulta de 10/9/2014]
- MORENO JIMENEZ, B y XIMENEZ GOMEZ, C (1996). “Evaluación de la calidad de vida” en BUELA CASAL, G. y col (Eds) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI. p. 1045-1070.
- MORRIS, T. y GREER, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstract No. 102.
- MORROW-HOWELL, N; HINTERLONG, J; SHERRADEN, M (eds) (2001). *Productive aging. Concepts and challenges*. Baltimore & London: The John Hopkins University Press.
- MORUNO MIRALLES, P. y ROMERO AYUSO, D.M. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. Madrid: Masson Elsevier.
- MUCCHIELLI, A. (2001). *Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Humanas y Sociales*. Madrid: Síntesis.
- MUIRAS, M.L.; MULLER, M.; SCHACHTER, F. y BÜRKLE, A. (1998). “Increase poly (ADP-ribose) polymerase activity in lymphoblastoid cell lines from centenarians” en *Journal of Molecular Medicine* 76, p. 346-354.
- MURGA, V. (1971). *Juan Ponce de León, fundador y primer gobernador del pueblo puertorriqueño, descubridor de la Florida y del estrecho de las Bahamas*. Universidad de Puerto Rico: Editorial Universitaria.

N

- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1989.) *Recommended Dietary Allowances*. 10^a ed. Washington, DC: National Academy Press.
- NAVARRO, V. (coord) (2004). *El Estado de Bienestar en España. Observatorio Social de España*. Barcelona: Programa en Políticas Públicas y Sociales – Universidad Pompeu Fabra. Fundación Francisco Largo Caballero y Tecnos.
- NAVARRO, V. (dir) (2009). *La situación social en España, Vols, I, II y III. Observatorio Social de España*. Barcelona: Programa en Políticas Públicas y Sociales – Universidad Pompeu Fabra. Fundación Francisco Largo Caballero y Biblioteca Nueva.
- NES, B.M; JANSZJY, I; VATTEN, L.J; NIELSEN, T.I.; ASPENES, S.T y WISLOFF, U. (2011). “Estimating VO_{2peak} from a non-exercise prediction model; the Hunt Study, Norway” en *Medicine & Science in Sports & Exercise*, DOI: 10.1249 / MSS.0b013e31821d3f6f . Recuperado de

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/Content/178531/Article_HUNT_model_for_VO2peak.pdf
[consulta de 10/10/2014]

- NEUGARTEN, B.L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder
- NEUGARTEN, B.L.; HAVIGHURST, R.J. y TOBIN, S. (1961). "The measurement of life satisfaction" en *Journal of Gerontology* 16, 134-143.
- NOGUEROL, N. (2014). "Melide resiste el paso del tiempo" en *La Voz de Galicia* de 4/10/2014. Recuperado de http://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/galicia/2014/10/04/melide-resiste-paso-tiempo/0003_201410G4P14991.htm [consulta de 10/10/2014]

O

- OCDE (2014). "Social spending is falling in some countries, but in many others it remains at historically high levels" Insights from the OECD Social Expenditure database (SOCX). Publicación: Noviembre 2014. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-Social-Expenditure-Update-Nov2014-8pages.pdf> [consulta 9/6/2015]
- OECD (2013). *Health Statistic*. Recuperado de WHO Health Expenditure Database <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> [consulta 14.5.2014].
- OECD (2014^a). *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en [consulta 1/3/2015]
- OCDE (2014^b). "Social spending is falling in some countries, but in many others it remains at historically high levels" Insights from the OECD Social Expenditure database (SOCX). Publicación: November 2014. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-Social-Expenditure-Update-Nov2014-8pages.pdf> [consulta 9/6/2015]
- OMS (1997). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_%28p1-158%29.pdf [consulta 6/3/2014]
- OMS (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Ginebra: Autor. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295> [consulta 5/10/2014]
- OMS (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf?ua=1 [consulta 25/10/2014]
- OMS (2004). *Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: Autor. Recuperado de [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf) [consulta 25/10/2014]
- OMS (2006). *Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: autor.
- OMS (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación*. Ginebra: autor.
- ONU (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas. Recuperada de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf [consulta: 13/6/2015]
- ONU (2002). *Una sociedad para todas las edades. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: autor.

- ONU (2015). *World Population Prospects*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Recuperado de http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm [consulta 9/6/2015]
- ORLICH, M. J.; SINGH, P. N.; SABATÉ, J.; JACELDO-SIEGL, K.; FAN, J.; KNUTSEN, S.; BEESON, W. L.; FRASER, G. E. (2013). "Vegetarian dietary patterns and mortality in adventist health study 2". En *JAMA Intern Med.* 2013; 173 (13): 1230-1238. Recuperado de <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1710093> [consulta 9/6/2014]
- OTERO LOPEZ, J.C. (coord) (2009). *La pedagogía del ocio: nuevos desafíos*. Lugo: Axac.
- OTERO PUIME, A.; ZUNZUNEGUI PASTOR; M.V.; BÉLAND, F.; RODRIGUEZ LASO, A.; GARCÍA DE YÉBENES, M.J. (2006). *Relaciones Sociales y envejecimiento saludable*. Documentos de trabajo 9. Bilbao: Fundación BBVA.

P

- PALACIOS CHECA, A. (2011). *El sector de los productos de higiene y cosmética en Alemania. Estudio de Mercado*. Madrid: Consejería de Economía e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid.
- PALMORE, E. (1990). *Ageism, negative and positive*. New York, Springer.
- PANCORBO SANDOVAL, A.E. y PANCORBO ARENCIBIA, E.L. (2011). *Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis del ejercicio cardiosaludable*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- PANI, A.; BAGG-GRESHAM, J.; MASALA, M.; PIRAS, D.; ATZENI, A. (2014). "Prevalence of CKD and its relationship to eGFR-Related Genetic Loci and Clinical Risk Factors in the SardiNIA Study Cohort" en *J Am Soc Nephrol.* 2014 Jul; 25(7): 1533–1544. Published online 2014 Feb 7. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073426/> [consulta 19/8/2015]
- PAPPAGALLO, M (2008). "Il cacciatore di centenari «scopriremo il loro segreto»". En *Il Corriere della sera*, 8/4/2008. Recuperado de http://www.corriere.it/cronache/08_aprile_08/pappagallo_cacciatore_centenari_1cb34e5c-0538-11dd-8738-00144f486ba6.shtml?refresh_ce-cp [consulta 18/8/2015]
- PEEL, N.M.; MCCLURE, R.J. y BARTLETT, H.P. (2005). "Behavioral determinants of health ageing" en *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 298-304. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/7967265> [consulta: 10/4/2014]
- PEÑA ACUÑA, B. (2011). *Métodos científicos de observación en educación*. Madrid: Visión.
- PEÑA-CASANOVA, J. (1999). *El Libro de la memoria (Historia de vida)*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- PERALES PALACIOS, F.J. (1992). "Desarrollo cognitivo y modelo constructivista en la enseñanza" en *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* nº 13, Enero-Abril 1992, p. 173-189.
- PEREZ FRUCTUOSO, M.J. (2006), "Cobertura alternativa de riesgo de longevidad a través de bonos y swaps de los mercados de capital". Recuperado de http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1028498. Madrid: Mapfre.

- PERLS, T.T.; BOCHEN, K.; FREEMAN, M.; ALPERT, L. y SILVER, M.H. (1999), "The New England Centenarian Study: validity of reported age and prevalence of centenarians in an eight town sample". *Age and Ageing* 28(2):193-197.
- PERLS, T. T.; WILMOTH, J.; LEVENSON, R., DRINKWATER, M.; COHEN, M.; BOGAN, H.; JOYCE, E.; BREWSTER, S.; KUNKEL, L. y PUCA, A. (2002). "Life-long sustained mortality advantage of siblings of centenarians" en *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*; 99: 8442-8447
- PES, G; TOLU, F; SECHI, G; POULAIN, M (2014). "Male longevity in Sardinia, a review of historical sources supporting a causal link with dietary factor". En *European Journal of Clinical Nutrition*. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/267864042> [consulta de 10/10/2014]
- PETERSON, C.A. y GUNN, S.L. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principles and practices*. (2ª ed) Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- PFEIFFER, E.A. (1975). "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients". En *J Am Geriatr Soc* 22, 433
- PINAZO, S.; LORENTE, X.; LIMÓN, R.; FERNÁNDEZ, S. y BERMEJO, L. (2010). "Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida". En BERMEJO, L. *Envejecimiento Activo y programas socioeducativos con personas mayores. Manual de Buenas Prácticas*. Colección Gerontología Social SEGG, 7. 3-11. Madrid: Editorial Panamericana.
- PINOS, T.; FUKU, N.; CAMARA, Y.; ARAI, Y. y ABE, Y. (2014). "The rs1333049 polymorphism on locus 9p21.3 and extreme longevity in Spanish and Japanese cohorts" *Age (Dordr)* 2014 April; 36 (2), p. 933–943. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039251/pdf/11357_2013_Article_9593.pdf [consulta de 15.10.2014]
- PITTMAN; M.A. Y MAXWELL, J. A. (1992). Applications of qualitative and ethnographic research. En LECOMPTE, M.D; MILLROY, W. L. Y PREISSLE, J (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- PLANAS, M (2010). *Recomendaciones nutricionales en el anciano*. Documentos de consenso de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Madrid: SENPE/SEGG.
- PONFERRADA-MARÍN, M. I.; ROLDÁN-ARJONA, T. y ARIZA, R. R. (2009). "ROS1 5-methylcytosine DNA glycosylase is a slow-turnover catalyst that initiates DNA demethylation in a distributive fashion" en *Nucleic Acids Research*, 37: 4264-4274
- POULAIN, M; HERM, A; PES, G (2013). "The blue zones: areas of excepcional longevity around the world" en *Vienna Yearbook of Population Research*, vol 11 pp 87-108. Recuperado de http://musiklexikon.ac.at/0xc1aa500e_0x00307bb6.pdf [consulta 10/7/2014]
- POULAIN, M.; HERM, A.; PES, G. (2015). "Extreme Longevity in the Past: Validation of Centenarians Who Died before WWI" Conference Paper. Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/275656674> [consulta de 10/7/2015]
- PRADO NUÑEZ, R. (2016). "Acto de clausura del Programa Interuniversitario de la Experiencia". 20/5/2016. Salón de Grados de la Facultad de Educación y Trabajo Social. Universidad de Valladolid: inédito.
- PRICE WATERHOUSE COOPERS (2010^a). *Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia*. Publicado Julio 2010. 40 p. Recuperado el 15/12/2014 de http://www.amma.es/pdf/situacion_atencion_residencial_pwc_aeste_2010.pdf [consulta de fecha 10/3/2015]
- PRICE WATERHOUSE COOPERS (2010^b). *Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia*. Publicado 10/10/2010. 33 p. Recuperado el 15/12/2014 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ondategui-situacion-01.pdf> [consulta de fecha 10/3/2015]
- PUGA, M.D. (2014). *Cien años y más. Las claves de una longevidad exitosa*. Madrid: CSIC.

- PUJADAS, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vidas en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Q

- QUINTANA CABANAS, J. M. (coord.) (1985). *Fundamentos de la Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea.

R

- REGÁS, R (2004). *Diario de una abuela de verano*. Barcelona: Planeta.
- REQUES VELASCO, P (2008). "Longevidad y territorio. Un análisis geodemográfico de la población centenaria en España" en *Revista de Geriátría y Gerontología*. Vol. 43. Núm. 02. Marzo 2008
- RESIPLUS ® (2016). *Software Gestión de Residencias*. En <http://www.addinformatica.com/> [consulta 10/4/2016]
- RIVAS, J. I. (dir) (2003). *La Cultura profesional de los docentes en enseñanza secundaria*. Grupo de Investigación HUM619. Málaga: Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.hum619.uma.es/CulturaProfesional/CulturaProfesional.pdf> [consulta 22/5/2016]
- RIVAS, J. I. y HERRERA, D. (Coords.) (2009). *Voz y Educación. La narrativa como enfoque de interpretación de la realidad*. Barcelona: Octaedro.
- RIVAS, J.I. y LEITE, A.E. (2011). "La devolución en los procesos de construcción interactiva de los relatos". En HERNÁNDEZ, F; SANCHO, J.M. y RIVAS, J.I. (2011). *Historias de vida en educación: biografías en contexto*. Universidad de Barcelona: Esbrina-Recerca. pp 75-80.
- RIVAS, J.I.; LEITE, A.E. y PRADOS, E. (coord.) (2014). *Profesorado, escuela y diversidad. La realidad educativa desde una mirada narrativa*. Málaga Aljibe.
- RIVERO SERRANO, O. y TANIMOTO, M. (coord.) (2005). *El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del siglo XX (tercera parte)*. Madrid: Siglo XXI.
- ROBBINS, J. (2007). *Healthy at 100: The Scientifically Proven Secrets of the World's Healthiest and Longest-Lived Peoples*. New York: The Random House.
- ROBINE, J.M.; JAGGER, C. y EGIDI, V. (2000). *Selection of a Coherent Set of Health Indicators. Final draft. A First Step Towards A User's Guide to Health Expectancies for the European Union*. Montpellier (Francia): Euro-REVES.

- ROBLIN, E. (dir) y BALIN, N. (prod) (2010) *El misterio de los centenarios*. Francia: Adamis Production. Recuperado de www.rtve.es/documentos/tv [consulta 22/8/2013]
- RODALE, J. I. (1956). *The Healthy Hunza*. USA: Rodale Editions. Emaus PA
- RODRIGUEZ GOMEZ, G.; GIL FLORES, J. y GARCIA JIMÉNEZ, E. (1999) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- RODRIGUEZ VICENTE (coord.) (2010). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos*. Madrid: Organización Médica Colegial de España / Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, P. (1998). "El problema de la dependencia en las personas mayores". En *Revista de Documentación Social*, 112, 33-61.
- RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, P. (2000). *Residencias para personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares.
- RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, P. (2014). *Modelos de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Tecnos.
- RODRIGUEZ-PARDO DEL CASTILLO, J.M. (2011^a). "La dinámica de la longevidad y su efecto en el negocio de rentas vitalicias". En *Análisis Financiero* n° 116, p.: 16-22
- RODRIGUEZ-PARDO DEL CASTILLO, J.M. (2011^b). "La incertidumbre bioactuarial en el riesgo de longevidad. Reflexiones bioéticas". En *Cuadernos de la Fundación Mapfre*, 161. Madrid: Fundación Mapfre.
- RODRIGUEZ-PARDO DEL CASTILLO, J.M. (Coord.); ALBARRÁN LOZANO, I; ARIZA RODRÍGUEZ, F.; CÓBRECES JUÁREZ, V.M. y DURBÁN REGUERA, M.L. (2014). *El riesgo de longevidad y su aplicación práctica a Solvencia II: modelos actuariales avanzados para su gestión*. Madrid: Fundación Mapfre.
- RODRIGUEZ-PARDO DEL CASTILLO, J.M. (2011) "La dinámica de la longevidad y su efecto en el negocio de rentas vitalicias" en *Análisis Financiero* n° 116, pp: 16-22
- ROELFS, D.J.; SHOR, E.; KALISH, R. y YOGEV, T. (2011). "The rising relative risk of mortality for singles: meta-analysis and meta-regression" en *American Journal of Epidemiology* 174, n° 4. Publicado: 29/06/2011. Recuperado de <http://aje.oxfordjournals.org/content/174/4/379.full.pdf> [consulta 23/3/2014]
- ROMERO AYUSO, D. M. (2007) "Actividades de la Vida Diaria" en *Anales de Psicología* 2007, vol 23, n° 2 (diciembre), 264-271. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/22291> [consulta de fecha 16 de Mayo de 2009]
- ROMERO AYUSO, D y MORUNO MIRALLES, P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- ROMERO VALIENTE, J M (2004). "Migraciones" en ARROYO PÉREZ, A (Coord) *Tendencias demográficas durante del siglo XX en España*. p. 209-253. Madrid: INE.
- ROSERO-BIXBY, L.; FERNÁNDEZ, X y DOW, W (2010). "CRELES: Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study, 2005 (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable)". Inter-university Consortium for Political and Social Research.
- ROTT, C.; D'HEUREUSE, V.; KLIEGEL, M.; SCHÖNEMANN, P. y BECKER G. (2001). "Heidelberg Centenarian Study: theoretical and methodological principles for social science research of the oldest old" *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(5):356-64
- ROUSSEAU, J J (2000). *Las ensoñaciones del paseante solitario*. Madrid: Alianza Editorial.
- ROWE, J.W., y KHAN, R.L. (1987). "Human aging: Usual and successful" en *Science*, 237, 143-149.

- ROWE, J.W., y KHAN, R.L. (1997). "Successful aging" en *The Gerontologist*, 37, 433-440. Recuperado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/37/4/433.full.pdf+html> [consulta: 10/4/2014]
- RT (2013). "Vivir hasta los 150 años: el vino tinto escondería un componente antienvjecimiento". Publicado 11/3/2013. Recuperado de <http://actualidad.rt.com/ciencias/view/88694-vino-envejecimiento-medicamentos-enfermedades> [consulta 20/5/2014]
- RUIPÉREZ, I y LLORENTE, P. (1996). *Guía para Auxiliares Cuidadores del Anciano*. Madrid. McGraw-Hill-Iberoamericana.

S

- SALUD, NUTRICIÓN Y BIENESTAR (2012). "El increíble descubrimiento para rejuvenecer". Publicado 1/10/2012. Recuperado de <http://www.saludnutricionbienestar.com/el-increible-descubrimiento-para-rejuvenecer/> [consulta 20/6/2015]
- SALVADOR, M (1972). *Vilcabamba, tierra de longevos: realidad y ficción de una leyenda*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- SALVAREZZA, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- SAMUELSSON SM, ALFREDSON BB, HAGBERG B, SAMUELSSON G, NORDBECK B, BRUN A, GUSTAFSON L, RISBERG J. (1997) "The Swedish Centenarian Study: a multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100". *International Journal of Aging & Human Development*, 45(3), p. 223-53.
- SANDERS, BS (1964). "Measuring community health levels" en *American Journal of Public Health*, 54:1063-70
- SANDÍN, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- SANDOVAL, M. P. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá: ICFES.
- SANTAYANA, J. (1993). *Interpretaciones de poesía y religión*. Madrid: Cátedra.
- SANTIAGO, A (2012). "Las exigencias de personal hacen inviables las residencias de menos de 20 plazas" en *El Norte de Castilla de 2 de Enero de 2012*. Recuperado de <http://www.elnortedecastilla.es/v/20120102/castilla-leon/exigencias-personal-hacen-inviales-20120102.html>
- SANTIAGO, A (2016). "La reconversión de las 687 residencias en hogares será obligatoria desde 2017. La Junta tramita el decreto para regular el proyecto «En mi casa», tras su fase experimental" en *El Norte de Castilla de 5 de Agosto de 2015*, pp 24-25.
- SARTRE, J P (1984). *El existencialismo es un humanismo*. Barcelona: Orbis
- SAVATER, F (1991). *Ética para amador*. Barcelona: Ariel
- SCHAIE, K. W. (1988). Ageism in psychological research, *American Psychologist*, 43, p. 179-183.
- SCHIRRMACHER, F. (2004). *El complot de Matusalén. ¡Que no te frene el miedo a envejecer!*. Madrid: Taurus Ediciones.
- SCHOPENHAUER, A. (2010). *El arte de envejecer*. Madrid: Alianza Editorial.
- SCHREIDER, E. (1964). "Recherches sur la stratification sociale des caractères biologiques" en *Biotypologie*, 26, pp 105-135.

- SCOTT LITTLETON, C. (2004). *Mitología. Antología ilustrada de mitos y leyendas del mundo*. Barcelona: Blume.
- SEMANA (2014). La proteína de la longevidad: SIRT1. Publicado 23/9/2014. Recuperado de <http://www.semana.com/educacion/articulo/el-secreto-de-la-longevidad/403687-3>. [consulta 20/5/2014]
- SENECA, L. A. (2010). *Sobre la brevedad de la vida*. Colección: una galería de lecturas pendientes. Granada: Junta de Andalucía.
- SERNA, E.; GAMBINI, J; BORRAS, C.; ABDELAZIZ, K.M.; BELENGUER, A; SANCHIS, P; AVELLANA, J.A; RODRIGUEZ-MAÑAS, L Y VIÑAS, J (2012). "Centenarians, but not octogenarians, up-regulate the expression of microRNAs" en *Scientific Reports*, 2: 961. DOI: 10-1038. Publicado 11/12/2012. Recuperado de <http://www.nature.com/srep/2012/121211/srep00961/full/srep00961.html> [consulta de 11/10/2014]
- SHINYA, H. (2013). *La enzima prodigiosa. ¡Una forma de vida sin enfermedad!* Madrid: Aguilar.
- SCHMIDT R. M. (1994). "Healthy aging into the 21st century". *Contemporary Gerontology* 1:3-6.
- SIDK, M H (1994). "Shamans and Mountain Spirits in Hunza" en *Asian Folklore Studies*, Volume 53, p. 67-96
- SCHULZ, R y HECKHAUSEN, J (1996). "A life span model of successful aging" en *American Psychologist*, vol 51. 7: 702-714. American Psychological Association. Recuperado de https://socialecology.uci.edu/sites/socialecology.uci.edu/files/users/heckhaus/schulzheck_ampscy96.pdf [consulta: 10/4/2016]
- SIEGRIST, J.; KNESEBECK, O. y POLLACK, C.E. (2004). "Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration". *Social Theory and Health*, 2, 243-263. Recuperado de <http://www.palgrave-journals.com/sth/journal/v2/n1/abs/8700014a.html> [consulta: 10/4/2014]
- SLOTERDIJK, P. (2001). *Eurotaoísmo*. Barcelona: Seix Barral.
- SOLOCIENCIA (2014). "¿Está ya la píldora de la longevidad en el horizonte científico humano?" en Revista SoloCiencia. Publicado: 9/7/2014. Recuperado de <http://www.solociencia.com/medicina/09081206.htm> [consulta 20/5/2014]
- SOU (2001). *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Estocolmo: autor. Publicado: 1/10/2000. Recuperado de <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2000/12/sou-200091/> [consulta: 3/9/2012]
- STARICOFF, R.L. (2004). "Arts in health: a review of the medical literature" en *Research Report*, 36. Londres: Arts Council England. Publicación: Agosto 2004. Recuperado de <http://www.artsandhealth.ie/wp-content/uploads/2011/08/AHReview-of-Medical-Literature1.pdf> [consulta: 3/9/2012]
- STAYING AGELESS (2014). *Jeanne Calment: the woman god forgot*. Publicado 12/5/2014. Recuperado de <http://staying-ageless.com/?tag=jeanne-calment> [Consulta 9/2/2015]
- STEFANADIS, C.I. (2011). "Unveiling the secrets of longevity: The Ikaria Study". En *Hellenic J of Cardiology*, 479-480. Recuperado de http://www.hellenicjcardiol.com/archive/full_text/2011/5/2011_5_479.pdf [consulta 10/7/2014]
- STIPP, D. (2012). "Un nuevo camino hacia la longevidad" en *Revista Investigación y Ciencia*. Publicado Marzo 2013. Recuperado de <http://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/numero/426/un-nuevo-camino-hacia-la-longevidad-9284> [consulta 20/5/2014]
- SULLIVAN, D.F. (1971). "A Single Index of Mortality and Morbidity". *HSMHA Health Report*, 86, 4, 347-354 en GUILLEN ESTANY, M (2006a) *Longevidad y estado de salud: medición de la esperanza de vida según grados de discapacidad*. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado de <http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/publicaciones/libros/fichalibro/index.jsp?codigo=204> [consulta 15/12/2014]

- SUSSER M. y SUSSER E. (1996). "Choosing a future for epidemiology: eras and paradigms" En *Am J Public Health* 86: 668-673. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380474/pdf/amjph00516-0062.pdf> [consulta 15/4/2015]

T

- TAYLOR, S.J. y BOGDAN R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Editorial Paidós Básica.
- TAYLOR, R (1974). *Hunza Health Secrets for Long Life Happiness*. United Kingdom: Tandem Publishing Company
- TENA, A.; CORNONADO, M.A.; ZAREBSKI, G.; ARÉCHIGA, M.E.; COLUNGA, P.; ERWIN, K.; MORALES, A,L.; PADILLA, J.E. y QUINTANAR, F. (2015). *Temas selectos en orientación psicológica, vol IX. Orientación y retos ante el envejecimiento*. México: Editorial El Manual Moderno.
- TEÓFILO, J.; GONZALEZ, A.N.; DIAZ, P. y RODRIGUEZ, V. (2011). *Estudio Longitudinal Envejecer en España: Proyecto ELES*. Madrid: Imserso.
- TINAO MARTIN-PEÑA, F. (2005) y "El envejecimiento de la población: de los problemas a las oportunidades" en *Revista de Historia Actual, Vol 3, nº 3, 127-143*
- TINSLEY, H. E. A. y ELDREDGE, B. D. (1995). "Psychological benefits of leisure participation: A taxonomy of leisure activities based on their need-gratifying properties" en *Journal of Counseling Psychology, Vol 42(2), Apr 1995, 123-132*.
- TÓJAR, J. C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: La Muralla.
- TORRALBA, F. (2003). *Cien valores para una vida plena*. Lleida: Milenio.
- TORREGO EGIDO, L.M., (2014). ¿Investigación difusa o emancipatoria? Participación e inclusión en investigación educativa. *Magis, Revista Internacional de investigación en educación, 7(14), 113-124*.
- TREPANOWSKI, J.F.; CANALE, R.E.; MARSHALL, K.E.; KABIR, M.M. y BLOOMER, R.J. (2011). "Impact of caloric and dietary restriction regimens on markers of health and longevity in humans and animals: a summary of available findings" en *Nutrition Journal, 10:107* doi: 10.1186/1475-2891-10-107. Publicado 7/10/2011. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21981968> [consulta 12/12/2013]
- TRIADÓ, C. y VILLAR, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Girona: Aresta.
- TURNER, A; FOSTER, M. y JOHNSON, S. (2003). *Terapia Ocupacional y Disfunción Física*. Madrid: Elsevier Ciencia.
- TYLOR, E. B. (1977). *Cultura primitiva 1: Los orígenes de la cultura*. Madrid: Ayuso.

U

- UNAMUNO, M. de (2005). *Del sentimiento trágico de la vida*. Madrid: Alianza Editorial.
- UNESCO (2007). *Estrategia a Plazo Medio para 2008-2013*. París: Autor.
- UNESCO (2013). *Estrategia a Plazo Medio para 2014-2021*. París: Autor.
- UNICEF (2002). "El registro de nacimiento. El derecho a tener derechos" en *Innocent Digest*, 9, marzo de 2002.

V

- VAILLANT, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark study of adult development*. Boston: Little, Brown and Company.
- VAILLANT, G. E. y MUKAMAL, K. (2001). "Successful Aging", *American Journal of Psychiatry* 158:839-847. En http://www.massgeneral.org/psychiatry/assets/published_papers/Vaillant-2001-AJP.pdf [consulta 29/6/2015]
- VALLE LLORENTE, O. (2015). Estudio transversal de diseño mixto sobre la pérdida de la autonomía y la dependencia en la ancianidad. TFG. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de Cataluña. Recuperado de http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/252378/TFG_Oihana_del%20Valle_Lorente.pdf?sequence=1 [consulta 29/6/2015]
- VARA, J. (ed) (2012). *Epicuro. Obras completas*. Madrid: Cátedra. Letras Universales.
- VARELA MOSQUERA, G.; NÚÑEZ MARTIN, C.; MOREIRAS TUNY, O. y GRANDE COVIÁN, F. (2009) *Dieta y productos mágicos*. Madrid: Fundación Española de Nutrición.
- VÁZQUEZ, C. Y HERVAS, G. (Eds.) (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- VELA CHIRIBOGA, G. y ALARCON DE VELA, M.C. (1989). *Secretos de Vilcabamba para vivir siempre joven*. Quito: Corporación de estudios y Publicaciones.
- VELASCO, F. (1997). *Poesías de un alma viloriana*. Recopilación prologada por Xoán Manuel González. Valladolid: Diputación de Valladolid
- VERDUGO, M. Á; GÓMEZ, L. E. y ARIAS, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- VERDUGO, M. Á.; GÓMEZ, L. E.; ARIAS, B.; SANTAMARÍA, M., NAVALLAS, E., FERNÁNDEZ, S. e HIERRO, I. (2014). *Escala San Martín. Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas*. Santander: Fundación Obra San Martín.
- VERLARDE-JURADO, E. y ÁVILA-FIGUEROA, C. (2002). "Evaluación de la calidad de vida" en *Salud Pública de Mexico*, 44, 4, 349-361
- VILLAR POSADA, F. (2005). "Enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento" en PINAZO HERNANDIS, S y SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M (dir) *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- VILLAR, F. y TRIADÓ, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica*. Barcelona: Departamento de Psicología Evolutiva i de l'Educació.

W

- WAGERS, A. (2013). "...new model of leukemia development". *Departamento de Células Madre y Biología Regenerativa de la Universidad de Harvard*. Recuperado de <http://hsci.harvard.edu/news/cross-country-collaboration-leads-new-model-leukemia-development> [consulta de fecha 22.05.2014]
- WALPOTH B. H.; WALPOTH-ASLAN B. N.; MATTLE H. P.; RADANOV B. P.; SCHROTH G.; SCHAEFFLER L.; FISCHER A. P.; VON SEGESSER L. y ALTHAUS U. (1997). "Outcome of survivors of accidental deep hypothermia and circulatory arrest treated with extracorporeal blood warming" en *N. Engl. J. Med.* 1997; 337: 1500-1505.
- WEINER, M.F.; MARTIN-COOK, K.; SVETLIK, D.A.; SAINÉ, K.; FOSTER, B. y FONTAINE, C.S.; (2000). "The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale". En *J Am Med Assn*; 2000; 1: 114-116. Recuperado de http://www.dementia-assessment.com.au/quality/qualid_instructions_scale.pdf [consulta de 12/6/2016]
- WHITE, L.A. (1982). *La ciencia de la cultura: un estudio sobre el hombre y la civilización*. Barcelona: Paidós.
- WILDE, O. (2000). El retrato de Dorian Gray. En *Obras Completas vol 1*. liderazgoymecenazgo.com Recuperado de <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Libro/Obras%20Completas%20Vol%201-libro-Oscar%20Wilde.pdf> [consulta de 24/5/2016]
- WILLARD y SPACKMAN (eds); BLESEDELL CREPEAU, E; COHN, E. S.; BOYT SCHELL, B. A. (2011, 11ª ed). *Terapia Ocupacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- WILLCOX, B.J.; WILLCOX, D.C. y SUZUKI, M. (2002). *The Okinawa Program. How the World's Longest-Lived People Achieve Everlasting Health--And How You Can Too. Learn the secret to healthy longevity*. New York: Random House
- WILLCOX, B.J.; WILLCOX, D.C. y SUZUKI, M. (2004), *The Okinawa diet*. New York: Random House.
- WILLCOX, D.C.(2005). Okinawan longevity: where do we go from here? *Nutr Dietetics*. 2005; 8, p. 9–17
- WILLCOX, C.; WILLCOX, B.J.; HE, Q.; CURB, J.D. y SUZUKI, M. (2006ª). "Siblings of Okinawan Centenarians share lifelong mortality advantages". En *Journal of Gerontology: Biological Sciences*. Vol 61A, 4, p. 345-354. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/bjw_jgbs_sibling.pdf [consulta de 10/10/2014]
- WILLCOX, C.; WILLCOX, B.J.; HSUEC, W. y SUZUKI, M. (2006b). "Genetic determinants of exceptional human longevity: insights from the Okinawa Centenarian Study". En *AGE*, 28: 313-332. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/geneticshumanlongevity_age_2006.pdf [consulta de 10/10/2014]
- WILLCOX, D.C.; WILLCOX, B.J.; TODORIKI, H.; CURB, J.D. y SUZUKI, M. (2006c). Caloric restriction and human longevity: what can we learn from the Okinawans? *Biogerontology*. 2006; 7, p. 173–177.
- WILLCOX, C.; WILLCOX, B.J.; HE, Q.; WANG, N-Ch. y SUZUKI, M. (2008ª) "They really are that old: a validation study of Centenarian Prevalence in Owinawa". En *Journal of Gerontology: Biological Sciences*. Recuperado de http://www.okicent.org/docs/age_validation_in_okinawa_jgbs_2008.pdf [consulta de 10/10/2014]
- WILLCOX, C.; WILLCOX, B.J.; TODORIKI, H.; FUJIYOSHI, A.; YANO, K.; HE, Q.; CURB, J.D. y SUZUKI, M. (2008b) "The diet of the world's longest-lived people and its potential impact on morbidity and life span". En *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 1114, p. 434-455. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1396.037/pdf> [consulta de 10/10/2014]

- WILLCOX, C.; WILLCOX, B. J.; TODORIKI, H.; SUZUKI, M. (2009). "The okinawan diet: health implications of a low-calorie, nutrient-dense, antioxidant-rich dietary pattern low in glycemic load". En *Journal of the American College of Nutrition*, 28. 4: 5008-5168. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234038> [consulta de 10/10/2014]
- WILMORE, J.H. y COSTILL, D. (2007). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Badalona: Paidotribo.
- WILSON, R.S.; BOYLE, P.A.; YU, L.; BARNES, L.L.; SCHNEIDER, J.A.; BENNETT, D.A. (2013). "Life-span cognitive activity, neuropathologic burden, and cognitive aging" en *Neurology* 2013 Jul 23; 81 (4), p. 314-21. Publicado: 23/7/2013. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772831/> [consulta 23/3/2014]
- WITMAN, J. (1999) "Letter to the guest editors of the practice models series" en *Therapeutic Recreation Journal*, 33. 342-343.
- WOOD, V.; WYLIE, M.L. y SHAEFOR, B. (1969). "Analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgments" en *Journal of Gerontology*, 24, 465-469.
- WORLD HEALTH ORGANITATION (WHO) (2003). *Screening for Type 2 Diabetes*. Ginebra: Report of a WHO/IDF meeting.
- WRENCH, G. (1938). *The Wheel of Health: A Study of de Hunza People and de Keys to Health*. London: The C.W. Daniel Company Ltd.

Y

- YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L. y ROSE, T.L. (1983). *Development and validation of a geriatric depression screening care: a preliminary report*. J Psychiatry Res 73.
- YOUNG, A. (2013). "Top 10 drinks tips for living to 100" en *The drink business*. Publicado: 8/5/2013. Recuperado de <http://www.thedrinksbusiness.com/2013/05/top-10-drink-tips-for-living-to-100/> [consulta 20/5/2014].
- YOUNG, R. D.; DESJARDINS B.; McKAUGHHLIN, K.; POULAIN, M. y PEARLS, T. T. (2010). "Typologies of Extreme Longevity Myths" en *Current Gentology and Geriatrics Research*. Vol 2010, article Id 423087. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062986/> [consulta 18/6/2015].
- YUBERO, S.; LARRAÑAGA, E.; MORALES, J.F. (coord) (2009). *Exclusión: nuevas formas y nuevos contextos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

