

Gestionar el envejecimiento.

La vida que se administra cuando el cuerpo cambia.

1. Una etapa sin manual.

Nadie nos enseña a envejecer. Para ser niño hay escuela, para ser adolescente instituto, para ser adulto y trabajar formación profesional o universidad y para ser padre libros y cursos. Para envejecer no hay nada, ni un curso, ni un manual, ni una guía práctica. La sociedad invierte miles de millones en preparar a los jóvenes para la vida adulta y no dedica un solo euro a preparar a los adultos para la vejez.

Y, sin embargo, envejecer exige una gestión activa. No basta con dejar pasar los años, hay que hacer revisiones médicas, ajustar hábitos, adaptar la casa, cambiar la forma de moverse y renunciar a cosas que ya no se pueden hacer. La vejez no es solo una condición, es una tarea y, como tal, se hace mejor o peor según cómo se afronte.

El problema es que nadie nos ha dicho cómo. Aprendemos a base de golpes, cuando un médico nos prescribe una analítica y se descubre una anomalía, la vista falla, la rodilla duele o ya no podemos subir las escaleras. Vamos reaccionando a los problemas en lugar de anticiparlos y esa falta de preparación tiene consecuencias en forma de enfermedades que se podrían tratar de manera más eficaz, caídas que cabría evitar o dependencias que se podrían retrasar.

La paradoja es que, ante el volumen de personas que envejecen, no exista una oferta estructurada para gestionar esta etapa de la vida. Hay servicios dispersos, profesionales aislados e iniciativas puntuales, pero ningún sistema que aborde el envejecimiento como lo que es, un proceso complejo que requiere planificación, seguimiento y ajustes.

Esa ausencia no es un vacío menor, es una de las grandes asignaturas pendientes de nuestra sociedad. Y esa es, precisamente, la cuestión en la que se centra este ensayo.

2. La prevención como rutina.

La primera tarea de la gestión del envejecimiento es la prevención. A partir de los 60 o 65 años, las recomendaciones médicas se multiplican. Revisiones anuales o semestrales, analíticas de sangre y orina, control de la tensión arterial, revisiones de la vista y del oído, cribados de cáncer de colon, de próstata en los hombres y de mama en las mujeres. Vacunas: la gripe y el COVID cada año, el neumococo cada cinco, el herpes zóster una vez y el tétanos cada diez.

La lista es larga y cumplirla requiere tiempo y organización. No es un capricho. La detección precoz de muchas enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, colesterol alto, etc.) permite tratarlas antes de que causen daños mayores. Unas gafas nuevas evitan caídas, un audífono mejora la comunicación y reduce el aislamiento, y una vacuna previene una neumonía que, a cierta edad, puede ser mortal.

La prevención no es solo médica, también es una cuestión de hábitos. La alimentación importa: más frutas, verduras y proteínas de calidad, menos ultraprocesados, menos sal y menos azúcar. El ejercicio físico, adaptado a las capacidades de cada uno, es fundamental: caminar, nadar, etc. Mantener la masa muscular es una de las mejores formas de prevenir la fragilidad y retrasar la dependencia.

El sueño también se gestiona. Con la edad se vuelve más ligero y fragmentado. No se trata de dormir más horas, sino de dormir mejor a través de rutinas estables, menos pantallas por la noche y menos cafeína por la tarde. Y la mente requiere mantenerla activa, leer, aprender cosas nuevas y, desde luego, socializar. El aislamiento es uno de los mayores factores de riesgo para el deterioro cognitivo.

Esta gestión preventiva no puede depender exclusivamente del paciente. Requiere profesionales que la prescriban, expliquen y supervisen. Requiere tiempo de consulta, coordinación entre especialistas y acceso a recursos muy variados. Requiere, en definitiva, un sistema que trate la prevención como parte de la atención sanitaria y no como un lujo o una afición.

3. La fragilidad que se anticipa.

Hay un concepto que la geriatría ha desarrollado en las últimas décadas y que conviene conocer, la fragilidad, que no es lo mismo que la dependencia. Una persona frágil todavía es autónoma, pero tiene menos reservas para afrontar una enfermedad, una caída o una cirugía. La fragilidad se puede detectar y revertir en sus primeras fases.

Entre el 10% y el 20% de las personas mayores de 65 años presentan fragilidad. A partir de los 80, el porcentaje se eleva hasta el 50%. Detectar la fragilidad a tiempo permite aplicar medidas que retrasan la dependencia, previenen las caídas y mejoran la calidad de vida: ejercicio, nutrición adecuada y revisión de medicamentos. Son medidas sencillas, pero requieren que alguien las prescriba y que el paciente las cumpla.

Aquí aparece una de las paradojas de nuestro sistema sanitario. La medicina está diseñada para tratar enfermedades, pero no para gestionar el envejecimiento. Los médicos atienden lo urgente y no siempre dedican tiempo a lo preventivo. Las consultas duran diez minutos. No hay espacio para hablar de hábitos, ejercicio, nutrición o fragilidad. Así, muchos mayores llegan a la dependencia sin haber pasado por una fase de prevención que podría haberla retrasado.

La gestión del envejecimiento no es solo responsabilidad del individuo, es también responsabilidad del sistema, que debe ofrecer los medios para que esa gestión sea posible. Un sistema que solo reacciona ante la enfermedad, pero no anticipa la fragilidad, condena a muchas personas a una dependencia evitable.

4. La pérdida de autonomía.

Con el tiempo, algunas cosas dejan de ser posibles. Primero se renuncia a los viajes largos, luego a conducir de noche, después a conducir en general y, más tarde, a subir escaleras. Un día, a bañarse solo, otro, a salir a la calle sin compañía. La lista de renunciaciones es larga y cada renuncia es una pequeña pérdida.

La autonomía no es un concepto binario. No se es autónomo o dependiente sin más, hay grados. Una persona puede necesitar ayuda para la compra, pero no para vestirse, o para la ducha, pero no para comer.

La dependencia no siempre significa una pérdida total de autonomía y aquí es donde la gestión se vuelve crucial para adaptar el entorno y disfrutar de las ayudas para mantener la mayor autonomía posible durante el máximo tiempo posible.

Las adaptaciones son concretas: una barra en el baño, una alfombra antideslizante, una cama motorizada, un mando de la tele más grande, un pastillero semanal para no equivocarse con la medicación, una lista en la nevera con los teléfonos importantes, un bastón, un andador o una silla de ruedas. Cada ayuda es una forma de mantener la independencia. Y, sin embargo, muchas veces no se piden hasta que ya no hay remedio.

La escala de Lawton y Brody mide precisamente eso, las actividades instrumentales de la vida diaria: cocinar, hacer la compra, gestionar la medicación, usar el teléfono o manejar el dinero. Son las primeras cosas que se deterioran y son también las que más afectan a la sensación de autonomía. No poder gestionar tus propias pastillas es una pérdida que va más allá de lo práctico, es una pérdida de control sobre la propia vida.

Gestionar esa transición requiere planificación y apoyo, que alguien evalúe las capacidades, proponga adaptaciones y supervise la evolución. Requiere, en definitiva, un servicio que acompañe el proceso en lugar de esperar a que se produzcan las crisis.

5. La mirada de los demás.

Hay otro aspecto del envejecimiento que no depende de la propia persona, sino de cómo la tratan los demás. El edadismo es una forma de discriminación tan extendida que a menudo pasa desapercibida. El 70% de los mayores de 55 años ha sufrido edadismo en forma de invisibilidad, menosprecio o infantilización.

La infantilización es la forma más común. Hablar a los mayores con un tono exagerado como si fueran niños, darles instrucciones demasiado simples como si no pudieran entenderlas o decidir por ellos sin preguntarles. El 69% de los mayores cree que los medios de comunicación los infantilizan y los muestran como frágiles o incapaces.

Esa mirada condescendiente tiene consecuencias. Se les quitan responsabilidades, se les aparta de las decisiones y se les deja de consultar. Los mayores, poco a poco, acaban creyendo que realmente ya no pueden. La profecía se cumple. La autonomía se pierde no solo por el cuerpo, sino también por la mirada de los demás.

Gestionar el envejecimiento implica también resistir a esa mirada, reclamar el derecho a decidir sobre uno mismo incluso cuando se necesite ayuda, reclamar el derecho a equivocarse, a hacer las cosas a su manera y a no ser tratado como un objeto de cuidado. La autonomía no se pierde solo cuando el cuerpo falla, se pierde también cuando los demás dejan de reconocerla.

Aquí la gestión profesional puede ser un aliado. Un servicio que trate a la persona mayor como sujeto activo, le ofrezca información y opciones, respete sus decisiones y le ayude a mantener el control sobre su propia vida. No se trata de sustituir la voluntad del mayor, sino de apoyarla.

6. La gestión integral como oportunidad.

Hay una paradoja en la forma en que la sociedad afronta el envejecimiento. Se han desarrollado servicios para casi todo: residencias, ayuda a domicilio, teleasistencia o centros de día. Sin embargo, estos servicios están fragmentados. Cada uno cubre una parte del problema y ninguno lo aborda en su conjunto.

La persona mayor y su familia tienen que coordinar médicos, cuidadores, gestores, obras de adaptación de la vivienda, trámites bancarios y decisiones patrimoniales. Una tarea que, en muchos casos, excede sus fuerzas y, desde luego, sus conocimientos y experiencia.

La oportunidad está en crear un servicio que gestione el envejecimiento de forma integral. Un servicio que no se limite a una sola dimensión, sino que abarque todo lo que implica esta etapa de la vida. Prevención y seguimiento sanitario, con acceso a los recursos de la sanidad pública, de las mutualidades como MUFACE o de la medicina privada. Gestión doméstica: limpieza, cocina, mantenimiento y movilidad. Ayuda a la autonomía personal: acompañantes, cuidadores, adaptación de la vivienda, ayudas técnicas y apoyo en trámites. Y gestión patrimonial: asesoramiento sobre la vivienda, ahorros, inversiones o patrimonio familiar.

Esa gestión integral no puede construirse de espaldas a la "economía del cuidado", ese trabajo invisible que sostiene la vida, pero no se remunera y recae mayoritariamente sobre las mujeres. O se reconoce y organiza ese cuidado o recaerá sobre las familias una tarea que debería ser responsabilidad colectiva. La gestión integral del envejecimiento es, en el fondo, una forma de reconocer y reorganizar ese cuidado.

Este servicio no tiene por qué ser público o privado; podría combinar la gestión pública de los recursos con la prestación de servicios tanto públicos como privados. El Estado ya garantiza la atención sanitaria y las prestaciones de dependencia, aunque no ofrece una gestión integral para la que existe una necesidad evidente y creciente.

7. Cómo hacerlo posible.

La clave para que esa combinación funcione es la gobernanza. No se trata de que las administraciones diseñen los servicios de espaldas a los mayores, sino de que estos participen en su definición, diseño y evaluación. Las asociaciones de jubilados no pueden ser meras receptoras de servicios, han de participar en su organización y prestación.

Existen modelos que funcionan. En Finlandia, los Consejos de Mayores son órganos estatutarios de participación ciudadana que asesoran a los municipios en todas las políticas que les afectan. En Japón, los Clubes de Ancianos, con millones de miembros, no solo participan en actividades de ocio, sino que prestan servicios de apoyo a la vida diaria en coordinación con el sistema público de cuidados.

En España, el municipio de Villadangos del Páramo, en León, ha sido reconocido por la OMS por su modelo de gobernanza compartida, en el que el Ayuntamiento, la asociación de jubilados, el círculo de mayores y las empresas locales coordinan recursos para mantener la autonomía de los mayores. No son utopías, son realidades que funcionan.

Las asociaciones pueden asumir la función de formar a sus propios miembros como agentes de prevención y apoyo mutuo, siguiendo el modelo del programa Salvia Roja, que prepara a personas mayores para prevenir la soledad y fomentar la inclusión digital de otros mayores. Pueden gestionar servicios ligeros de acompañamiento, compras o pequeñas reparaciones. Pueden colaborar con los servicios sociales en la detección de situaciones de fragilidad. Y pueden participar en la evaluación de los servicios existentes, aportando la perspectiva de quienes los utilizan.

El mercado también ha empezado a moverse. Hay empresas de ayuda a domicilio, aseguradoras que lanzan productos para seniors y SOCIMIs (Sociedades Anónimas Cotizadas de Inversión en el Mercado Inmobiliario) que invierten en residencias. Son, sin embargo, piezas sueltas de un puzzle que nadie termina de armar. La gobernanza compartida permitiría integrar esas piezas en un sistema coherente, donde lo público y lo privado se complementen en lugar de competir.

La gestión integral no debería consistir en decidir por la persona mayor, sino en darle herramientas para que siga decidiendo. Se trataría de mantener su autonomía, no de sustituirla, de poner a su disposición un servicio que le ayudara a organizar la vida cuando las fuerzas disminuyen, pero que respetara su voluntad, sus ritmos y sus decisiones. En eso se diferenciaría de la tutela o de la institucionalización prematura.

El envejecimiento es un proceso largo que puede durar décadas y, como todo proceso, requiere planificación, seguimiento y ajustes. No se ha de esperar a que llegue la dependencia para actuar; conviene anticiparse, gestionando la prevención, adaptando la vivienda a tiempo y organizando las ayudas antes de que sean urgentes. La gestión integral sería, en el fondo, una forma de cuidar la autonomía y con ello la dignidad de las personas.

8. La vida que se administra.

Envejecer es, en gran medida, aprender a renunciar a actividades, hábitos e independencia. No obstante, renunciar no es lo mismo que rendirse y la diferencia estriba en la gestión. Se puede renunciar a conducir y seguir siendo autónomo si se organizan alternativas, se puede renunciar a viajar lejos y seguir disfrutando de lo cercano, o se puede renunciar a la ducha independiente y aceptar ayuda sin sentir que se pierde dignidad.

La clave es la actitud. La gerontología crítica ha señalado que el paradigma del "envejecimiento activo" puede convertirse en una nueva forma de opresión en forma de obligación a mantenerse joven, activo y productivo, como si envejecer fuera una falla moral. Aunque resulte evidente que la pasividad no ayuda, de lo que se trata es de encontrar el punto medio entre la negación de la vejez y la resignación ante ella.

Ese punto medio requiere gestión, tomar decisiones, adaptarse, pedir ayuda cuando se necesita, mantener lo que se puede y soltar lo que ya no. No hay una fórmula única, porque cada persona envejece a su ritmo y cada vida tiene sus circunstancias. Sin embargo, hay un principio que se repite: conviene gestionar pronto porque, cuanto antes se hagan las revisiones, antes se detectarán los problemas, cuanto antes se adapte la casa, antes se prevendrán las caídas, y cuanto antes se acepte la ayuda, antes se preservará la autonomía.

Envejecer no es una enfermedad, es una etapa de la vida que requiere preparación, herramientas y acompañamiento. El objetivo no es alargar la vida a cualquier precio, sino vivirla bien hasta el final, gestionar la vida que queda con la misma atención con la que gestionamos la que pasó.

Si hemos sido capaces de crear sistemas para educar, curar o producir, ¿por qué no somos capaces de crear un sistema para envejecer? ¿Por qué la etapa que todos vamos a vivir, si tenemos suerte, sigue siendo la gran olvidada de nuestras instituciones y nuestros servicios?

La respuesta no está en los geriátricos, sino en la voluntad de mirar de frente una etapa que preferimos no ver.