

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

SUCCESSFUL AGING

DR. M. DOMINGO CASTILLO S.
MÉDICO GERIATRA UNIVERSIDAD DE CHILE.
PROFESOR ASISTENTE.
JEFE UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA).
HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE .
domingo678@vtr.net

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todas las especies. En nuestro caso, los humanos, nos afecta de una manera particular, pues somos conscientes y nos perturba, pues es un tránsito hacia el desmedro y merma, que culmina con la muerte. Para conservar la especie, la naturaleza se vale, por un lado, del paso del tiempo y el envejecimiento, y, por otro, de la enfermedad, que tarde o temprano irrumpe y da paso a la muerte, la cual permite que otros vivan, y así persiste la vida.

De la misma manera en que ha progresado la ciencia y la medicina, esto ha redundado en que la gente vive mucho más, y se enferma y muere de otras causas con respecto a otras épocas de nuestra historia remota y reciente. No obstante, el proceso de envejecer no está exento de contradicciones y paradojas.

Si bien, producto del avance de la ciencia y la medicina, la gente vive más que antes, particularmente en los países desarrollados, esta extensión de la vida puede darse a expensas de senescentes discapacitados por enfermedades que afectan su desempeño físico y/o mental. De tal manera que vivir más, el tener una vida aún más larga, no implica necesariamente vivir bien. Y frente a lo anterior emerge la discusión de qué significa envejecer bien, discusión a la que convergerán distintas miradas y disciplinas, que trascienden a la exclusivamente biomédica.

Palabras claves: Envejecimiento exitoso.

SUMMARY

The aging is a universal process that affects all the species. In our case, the humans, affect to us of a particular way, because we are conscious and he disturbs to us, because it is a transit towards the decline and decreases, that culminates with the death. In order to conserve the species, the nature is worth, on the one hand, of the passage of time and the aging, and, by another one, of the disease, that sooner or later bursts in and gives passage to death, which allows that others live, and thus persists the life. In the same way in which it has progressed science and the medicine, this has resulted in which people live much more, and she becomes ill and she dies of other causes with respect to other times of our 1remote and recent history. However, the process to age is not free of paradoxical contradictions and paradoxes. Although, product of the advance of science and medicine, people live more than before, particularly in the developed countries, this extension of the life can occur to expenses of disabled senescents by diseases that affect their physical and/or mental performance. In such a way that to live it more does not imply necessarily to live well. And as opposed to the previous thing the discussion emerges of what means to age well, discussion to which will converge different looks and disciplines, that extend to the exclusively biomedic alone.

Key words: Successful Aging.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso universal que afecta a todas las especies. En nuestro caso, los humanos, nos afecta de una manera particular, pues somos conscientes y nos perturba, pues es un tránsito hacia el desmedro y merma, que culmina con la muerte. Para conservar la especie, la naturaleza se vale, por un lado, del paso del tiempo y el envejecimiento, y, por otro, de la enfermedad, que tarde o temprano irrumpe y da paso a la muerte, la cual permite que otros vivan, y así persiste la vida.

Es un hecho que actualmente la gente vive más, lo cual se documenta en los estudios demográficos, incluidos los de nuestro país, produciéndose una tendencia progresiva y exponencial, al aumento cuantitativo y en mayor proporción de este sector. Entre las razones, se cuentan los avances de la ciencia y, particularmente, la medicina conteniéndose, aplacándose o aplazando causas de muerte de antaño, como las enfermedades infecciosas, cardiovasculares y neoplásicas, siempre en un marco que lo permite, que es el desarrollo social.

Sin embargo, la visión natural y espontánea de la medicina, incluida la medicina geriátrica, tiende a favorecer la extensión de la vida, a ultranza, pero como es finita, vale la pena pensar si es posible mejorar la calidad de la vida. Y precisamente esto se hace visible y patente con los adultos mayores actuales, pues si bien son más longevos, lo son a expensas de cargar con varias enfermedades o condiciones adversas simultáneas, y muchos conducen derechamente hacia la **discapacidad y dependencia**, que corresponde al centro o meollo de la preocupación de la medicina geriátrica.

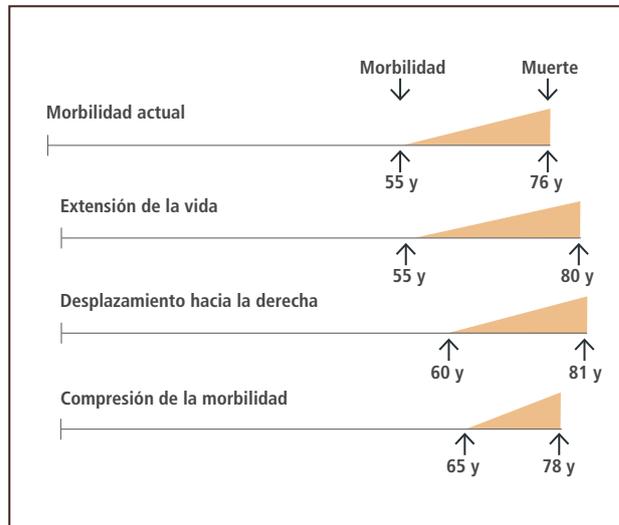
Frente a lo anterior, surge en la comunidad médica internacional la preocupación acerca de qué significa envejecer bien, acuñando diversos nombres o términos.

Lo que se mostrará a continuación es una especie de tránsito del concepto de envejecimiento exitoso, que va del inicio en la década de los cincuenta, desde una visión biológica o médica, parcial, referida a tener o no tener enfermedades, hasta los últimos trabajos y visiones, en que se capta **desde** los propios ancianos, que la percepción del envejecer bien está matizado por hechos, valores y situaciones que se relacionan con ámbitos diferentes a los médicos, como la inserción social, el poder hacer cosas, factores culturales, etc., a través de estudios cualitativos, observándose que la extensión de la vida per se, no es la primera prioridad de los senescentes.

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Desde que James Fries (1) planteó a la Sociedad Americana de Gerontología, en 1955, la tesis de "la compresión de la morbilidad" en que la medicina moderna va dando más vida a los años, más tiempo y extensión sin discapacidad, para diferir o aplazar la patología (enfermedad) hacia el final de los años (Fig 1), se expresa y visualiza la paradoja de vivir más, pero a expensas de qué. El debate si la discapacidad pueda

FIGURA 1. POSIBLES ESCENARIOS PARA LA FUTURA MORBILIDAD Y LONGEVIDAD



Adaptado de Fries, NEJM 1980 ; 303 : 130-5.

ser diferida continuará, aunque hay un par de estudios, entre otros, el estudio sobre envejecimiento de Berlín (2) y el estudio US MacArthur (3), que han mostrado que la mayor longevidad ha resultado, al contrario de lo supuesto, en menos años de discapacidad.

I. VISIÓN BIO-MÉDICA

Desde la visión médica, influenciada por los conocimientos científicos que aporta el desarrollo de la medicina, se da importante valor a la presencia o ausencia de enfermedad, por un lado, y a conceptos más geriátricos como la capacidad funcional o su pérdida, la discapacidad. Los diferentes autores, evidentemente, intentan interpretar a los gerontes o senescentes, captando que hay un terreno vacío e inexplorado, más allá de lo estrictamente médico, que con los años siguientes sí se ha ido abordando, hasta hoy.

Concepto

Si bien hace 50 años que comenzó a hablarse de **Envejecimiento Exitoso** (Baker, 1958; Butler, 1974; Pressey y Simcoe, 1950), el término pasa desapercibido hasta que en 1987 es popularizado en un artículo de la revista Science por John Rowe y Robert Kahn (4), en que distinguen cuánto de lo que se ve en la persona que envejece se debe a los efectos de la **enfermedad**, y cuánto al **envejecimiento** "per se". Estos conceptos, los replantean en 1997 (5) realizando una definición más acuciosa.

Rowe y Kahn hacen la distinción entre "envejecimiento habitual" y "envejecimiento exitoso" (EE) como estados o procesos no patológi-

cos. Según estos autores, el envejecimiento exitoso incluye *tres* componentes, a saber:

a) La ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad.

b) Alta capacidad cognitiva y funcional.

c) Un activo compromiso con la vida (Fig 2 y Fig 3).

Los tres términos son relativos, tienen entre sí cierta jerarquía, pero EE es más que carecer de enfermedades o que mantener la capacidad funcional y mental, reconociendo la importancia de ambos elementos. Sin embargo, es la combinación o integración con el activo

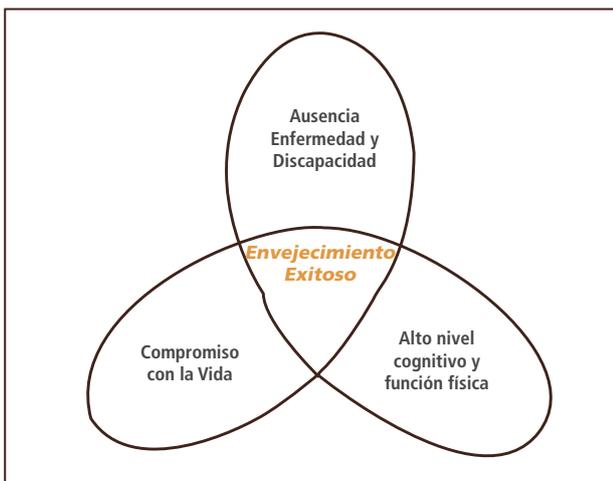
compromiso con la vida lo que da la totalidad del concepto de Envejecimiento Exitoso. Es decir, se incluye un elemento cualitativo, que se refiere al tener actividades que desarrollar, mediante un compromiso con la vida.

Cada uno de estos términos o componentes del concepto de EE, tiene también sus características, por ejemplo, la baja probabilidad de enfermedad se refiere también a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, con los cuales colinda o limita ésta. Traspasado cierto límite, por factores ambientales, médicos, genéticos, etc., ese riesgo aumenta, se transforma y convierte en enfermedad. El hecho de tener indemnes capacidades físicas y cognitivas, se relacionan con la potencialidad de la *actividad*. Mientras el activo compromiso con la vida, el tercer componente del concepto de EE, puede tomar distintas formas que se concentran en dos, a saber: se refiere a las relaciones interpersonales y a la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado. Son contactos sociales, intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos, etc.

En el modelo que se describe, se cuestiona que el envejecimiento conlleve como proceso intrínseco, el aumento del riesgo de enfermedad y discapacidad, en gran medida determinado genéticamente, dada la evidencia actual de que muchas de las características del "envejecimiento habitual" se relacionan con los estilos de vida, o factores relacionados con la edad, pero no dependientes exclusivamente de la edad. Rowe y Kahn, piensan que *factores ambientales modificables* son de mucha importancia. Esto se apoya, entre otros estudios, con el Swedish Adoption/Twin Study of Aging (SATSA)(6), que se refiere a las características de 300 gemelos suecos seguidos, en los que se estudió, entre otros fenómenos, los coeficientes de heredabilidad de factores de riesgo cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular, IMC, perfil lipídico, presión sistólica y diastólica, etc., en que se concluye la importancia de factores ambientales para que se desarrollen enfermedades relacionadas, por sobre el riesgo genético, pasada cierta edad, es decir, por sobre el envejecimiento en sí mismo.

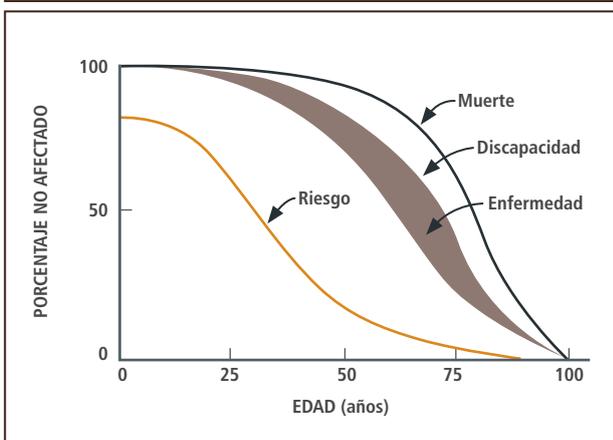
Existen otros estudios que señalan evidencia sobre el rol de factores ambientales y de estilo de vida en adultos mayores, sobre factores metabólicos y cardiovasculares. Por ejemplo, la edad se asocia a trastornos de la tolerancia a la glucosa, no claramente en rango de diabetes, pero que alteran los niveles de glucosa e insulina (7), estando documentado el aumento del riesgo de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular en ancianos, lo cual se ve en los ancianos que envejecen en forma habitual (8). El mismo efecto se ha encontrado para el hiperinsulinismo. Sin embargo, se dispone de abundante literatura y evidencia, que detrás de estos factores de riesgo y enfermedades, hay factores evitables, como la cantidad y distribución de la grasa, la baja o reducida actividad física y factores alimentarios de diversos tipos (9).

FIGURA 2. ENVEJECIMIENTO EXITOSO



Adaptado de Rowe y Kahn, 1997.

FIGURA 3. RELACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD PARA PRESENCIA DE ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, Y MUERTE EN UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE



Adaptado de Rowe y Kahn, 1997.

En suma, el modelo de Rowe y Kahn, tiene el mérito de ser el primero que se ha planteado y que ha descrito factores intrínsecos que modulan el envejecimiento, como la variabilidad intra-individual, con factores externos, algunos modificables. Parte de la base, de algo que no está completamente zanjado en lo biológico ni filosófico, de que el "envejecimiento normal" es distinto a la enfermedad. Deja atrás la dicotomía entre sanos y enfermos, apareciendo la noción de "envejecimiento habitual". Sin embargo, para que así sea, las intervenciones para que tengan impacto, deben ser en las etapas medias de la vida, y no al final de ésta. También se insinúan en este modelo, los factores psicosociales, menos estudiados, como las motivaciones, el compromiso con la vida, la inserción social, etc., dando a entender que el envejecimiento exitoso no es un problema exclusivamente médico o biológico.

Envejecimiento exitoso: otras aproximaciones

Si bien el modelo de Rowe y Kahn, corresponde a un progreso en el estudio del envejecimiento desde la medicina, no parece ser realista el perfil de ancianos libres de patologías o enfermedades que se plantea en dicho modelo para hablar de envejecimiento exitoso.

Dicha forma de envejecer es excepcional, siendo mucho más frecuente que las personas envejezcan padeciendo enfermedades, o cierta discapacidad, lo que ellos mismos llamaron "envejecimiento habitual".

El año 2002, William Strawbridge publica un estudio (10), en que se evalúan dos diferentes definiciones de EE, aplicadas a 867 participantes del estudio Alameda County Study, que tenían entre 65 a 99 años de edad. Se trataba de un estudio longitudinal de salud y funcionalidad, cuyo seguimiento comenzó en 1965. Se aplicó la definición de las tres dimensiones comentadas más arriba de Rowe y Kahn, versus la autopercepción de "envejecer bien". El porcentaje de gerontes o ancianos que apreciaba que estaba envejeciendo bien, según su autopercepción, fue de un 50.3%, contra un 18.8% al aplicar el criterio de Rowe y Kahn. Del grupo estudiado, la edad media fue de 75 años, el 13.8% tenía menos de 12 años de estudio (escolaridad), el 30.9% con 12 años y el 55.3% con más de 12 años de *escolaridad*. El 23% señaló estar envejeciendo de manera excelente, el 57.8% bien, el 16.1% lo justo, y el 3.1% mal. Esta diferencia, entre 50 y 18% entre uno y otro criterio, es notable, y hace pensar que el envejecer bien, va más allá de un concepto teórico y meramente médico ("ausencia de enfermedades"), que hay más cosas que hacen percibir un buen envejecimiento.

El hablar de "exitoso", hace pensar que lo contrario es un perdedor, por ejemplo, porque tiene una discapacidad o porque tiene diabetes no envejecerá bien. Unos pueden tener depresión, pero percibir que envejecen bien. Algunos hablan de envejecimiento saludable, buen envejecer, envejecimiento efectivo, envejecimiento productivo, etc.

En suma, estamos ante un concepto complejo, que tiene más fuentes y aspectos que analizar es decir, la visión meramente médica o biológica del "envejecer bien" es insuficiente.

II. VISIÓN PSICOSOCIAL

Mientras el modelo biomédico pone el énfasis en la ausencia de enfermedad y la preservación de un buen estado mental y funcional, para hablar de "Envejecimiento Exitoso", desde otra perspectiva muy distinta, pero que tarde o temprano concurrirá para integrarse a una síntesis del concepto, el modelo psicológico enfatiza en la satisfacción de la vida (11), en la participación social y el funcionamiento (integración), en los recursos psicológicos, incluyendo el crecimiento personal (12).

La continuidad en el *quehacer social*, está dentro del dominio de esta otra mirada del Envejecimiento Exitoso (EE), para lo cual la sociedad, evidentemente, no está estructurada. Los mayores a cierta edad deben retirarse y retraerse de muchas actividades que los ligan al mundo social, por ejemplo, con la jubilación. Sin embargo, hay estudios que muestran la importancia de la integración social, y la participación recíproca con gente de otras edades.

Desde el punto de vista psicológico, se incorpora al EE el sentirse autosuficiente o autovalente, sentir el control sobre la propia vida, la autonomía y la independencia, las cuales habitualmente se ven comprometidas por tendencias social y culturalmente determinadas, como el paternalismo, la sobreprotección, e incluso, los diversos tipos de maltrato. Sin perder una visión realista de sí mismo, el adulto mayor necesita adaptarse, vivir, crecer y aprender de experiencias pasadas. Es, según Vaillant (13), un momento de declinación, de cambio y de desarrollo.

III. VISIÓN DE LOS SENESCENTES: LOS AFECTADOS

Dentro de esta visión se ha investigado -a través de estudios cualitativos- la satisfacción, pero obteniendo la información desde quiénes son el sujeto del estudio, es decir, de los que están envejeciendo, los propios senescentes. Se ha investigado su visión con respecto al pasado y al presente de la vida, como un concepto de Envejecimiento Exitoso (14).

El año 2004, Elizabeth Phelan publica en Journal of American Geriatrics Society, (15) un trabajo sobre "la visión sobre el Envejecimiento Exitoso de los adultos mayores", comparándolo con las definiciones de los investigadores más clásicos. En este estudio analiza dos cohortes de Adultos Mayores no demenciados, uno llamado Kame, compuesto por 1985 ancianos americano-japoneses en la segunda generación, padre y madre japoneses. Y una segunda cohorte llamada Adult Changes in Thought, compuesta por 2581 ancianos enrolados, blancos, mayores de 65 años, provenientes de Seattle, norte de EE.UU. Se les hizo responder cuestionarios sobre su concepto de envejecimiento, su concepto de envejecimiento exitoso, y cómo éste había ido cambiando en los últimos 20 años (ver Tabla 1).

En sus resultados se aprecia que alrededor del 90% ya se había planteado el problema del envejecimiento y el envejecimiento exitoso, el 60% reveló que su concepto había cambiado en los últimos 20 años. El grupo de japoneses ratificó 13 elementos para envejecer bien, los mis-

TABLA 1. PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN RELACIÓN AL ENVEJECIMIENTO EXITOSO, MODIFICADO DE LA COHORTE DE KAME Y ACT. 2001 (TABLA TRADUCIDA)

ITEM	Importante		Neutral		No importante	
	J-A	W	J-A	W	J-A	W
	%					
1. Vivir muchos años	26.9	29.1	43.2	38.5	29.9	32.4
2. Mantener buena salud hasta cercana muerte*	92.8	94.9	6.9	4.3	0.3	0.8
3. Sentirse satisfecho con su vida, la mayoría de la veces*	78.0	84.2	20.0	14.0	2.0	1.8
4. Tener los tipos de genes (herencia) que me ayude a envejecer bien	60.1	69.6	30.6	21.4	9.3	9.0
5. Tener familia y amigos que me apoyen*	85.7	90.2	13.1	8.3	1.2	1.5
6. Mantenerme involucrado con el mundo y la gente que me rodea*	76.9	87.5	20.2	11.1	2.9	1.4
7. Ser capaz de tomar mis propias decisiones que afectan mi envejecimiento, como la dieta, ejercicio y el cigarro*	85.4	91.5	13.0	6.7	1.6	1.7
8. Ser capaz de resolver todas mis necesidades y algunos de mis deseos*	81.2	91.6	17.3	7.7	1.4	0.7
9. No sentirme solo, ni aislado*	75.1	83.5	21.3	13.1	3.6	3.4
10. Ser capaz de adaptarme a los cambios del envejecimiento*	76.3	83.4	21.6	14.4	2.0	2.2
11. Ser capaz de autocuidarme hasta cercana mi muerte*	92.9	94.7	6.8	4.8	0.3	0.5
12. Tener un sensación de paz, al pensar en el hecho que no viviré para siempre	72.0	74.6	22.7	19.2	5.3	6.1
13. Sentir que he sido capaz de influir positivamente en la vida de otros	54.8	67.2	37.9	26.1	7.3	6.7
14. No tener arrepentimientos de cómo he vivido	61.3	66.9	31.4	25.5	7.4	7.6
15. Tener la capacidad de trabajar remuneradamente o voluntariado, después de la jubilación (65 años)	43.2	50.2	36.3	27.5	20.5	22.3
16. Sentirme bien conmigo mismo*	79.0	85.1	17.4	12.4	3.6	2.4
17. Ser capaz de sobrellevar los desafíos de mis últimos años*	83.9	92.8	14.1	6.4	2.0	0.8
18. No tener alguna enfermedad crónica	90.7	90.1	8.8	8.3	0.6	1.6
19. Seguir aprendiendo cosas nuevas+	62.1	78.6	31.3	16.8	6.7	4.5
20. Ser capaz de actuar de acuerdo a mis propios parámetros y valores internos*	81.3	91.6	16.1	7.1	2.6	1.3

*75% y más respuestas en ambas cohortes seleccionaron estos ítem importantes para un envejecimiento exitoso
+ 75 % o más respuestas en la cohorte de americano caucásico seleccionaron este ítem como importante para un envejecimiento exitoso.

J-A = Americano Japones

W= Blanco

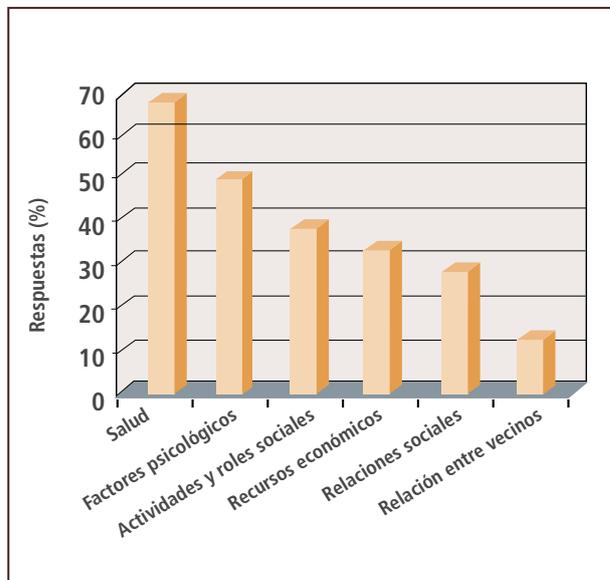
mos que el grupo americano, pero estos últimos agregaron “el poder aprender cosas nuevas”. Sin embargo, aparecieron otros factores que no habían sido capturados con las definiciones anteriores ya comentadas que se basaban en ausencia de enfermedad, adecuado estado físico y mental, compromiso con la vida (Rowe y Kahn).

Así los adultos mayores suelen ver el envejecimiento exitoso *como un proceso multidimensional*, y mucho más complejo que lo mostrado en trabajos anteriores que se centraban en una sola variable, habitualmente médica o biológica. Gran relevancia le dieron en el estudio señalado al bienestar psicológico, lo cual coincide con otros estudios sobre el envejecimiento (16). Es curioso que dos definiciones unidimensionales planteadas en el cuestionario (Tabla 1), que son el ítem 1 y el 15, que se refieren al vivir una vida más larga o mayor longevidad, por un lado, y el volver a trabajar después de haber finalizado ese ciclo, fueron menos importantes para definir el Envejecimiento Exitoso en estos senescentes.

TABLA 2. PRINCIPALES CONSTITUYENTES DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Definiciones Teóricas
<ul style="list-style-type: none"> • Expectativa de vida • Satisfacción de vida y bienestar • Salud mental y psicosocial, función cognitiva • Crecimiento personal, aprender cosas nuevas • Salud física y funcionalidad, independencia funcional • Características y recursos psicológicos, incluyendo autonomía, control, independencia, adaptabilidad, entereza, autoestima, perspectiva positiva, objetivos, sentido del ser. • Actividades sociales, comunitarias, de ocio, integración y participación. • Redes sociales, soporte, participación, actividad.
Definiciones Adicionales (desde los senescentes)
<ul style="list-style-type: none"> • Realizaciones • Disfrute de la dieta • Seguridad financiera • Vecindad • Apariencia física • Productividad y contribución para la vida • Sentido del humor • Sentido de propósito (propositividad) • Espiritualidad

FIGURA 4. DEFICIONES MÁS COMUNES DE ENVEJECIMIENTO EXITOSO DE 854 PERSONAS BRITÁNICAS



Adaptada de Bowling, Dieppe, *BMI*, 2005.

Otro estudio, británico, conducido por Ann Bowling (17), población randomizada, 854 personas mayores de 50 años, no institucionalizadas, se estudió la percepción que tenían del Envejecimiento Exitoso. El 75% (631) tenía la autopercepción de estar envejeciendo “muy bien” o “bien”. La mayoría respondió a un cuestionario que su concepción de envejecer bien o EE, correspondía a gozar de buena salud y funcionalidad, capacidad de hacer cosas, empero, siempre dentro de un contexto de bienestar, no en forma aislada, para poder actuar y hacer cosas (Tabla 2).

En suma, si bien siempre la salud es lo primero que se menciona y ocurre cuando se piensa en envejecer bien, no lo es todo. Están los factores psicológicos, las actividades y roles sociales, las finanzas, relaciones sociales, y sentimiento de pertenencia, como lo es el barrio o vecindad donde se ha llevado la vida (Figura 4).

IV. IMPLICANCIAS EN LAS POLÍTICAS: De Investigación y Sanitarias

De momento que cogemos un concepto de Envejecimiento Exitoso más amplio que los iniciales (Rowe), se desprenden ciertas políticas. Por ejemplo, la investigación biomédica se ha centrado en la enfermedad, en lo patológico, lo que conduce a un envejecimiento fracasado, como el deterioro cognitivo y funcional, marcadores inmunológicos y genéti-

cos que son predictores de eventología adversa. Sin embargo, se puede conducir y centrar las acciones e investigaciones hacia la promoción de un envejecimiento exitoso a través de los innumerables nuevos conocimientos biomédicos, por ejemplo, del ejercicio físico, y estilos de vida saludables. Sabiendo ya que el EE es menos dependiente de la genética de lo que se presumía (18).

Otro elemento de gran importancia, es captar que si se percibe que un alto grado de interacción social por parte de los ancianos, es parte integrante del envejecimiento exitoso, entonces es preciso estimular, promover, invertir y mantener las redes sociales que mantenían desde jóvenes. De esto se deduce, que el envejecer bien no se reduce a pensarlo en *un* individuo, sino es un proceso inter-relacionado, se da junto con la sociedad, en un ser que es social, en un lugar y un tiempo histórico (19).

De la misma manera se devela que los factores psicológicos tienen una importancia mayúscula en la percepción del propio envejecimiento, aún cuando se padezca enfermedad o discapacidad, por lo cual es preciso abrir el espacio para la intervención, entregando optimismo dentro de una visión real y realista del momento o etapa que es el envejecimiento (20).

V. CONCLUSIONES

Parece razonable, según lo expuesto, que el mejor método para abordar la problemática del Envejecimiento Exitoso, es a través de la *integración* de distintas miradas y disciplinas, a través de la interdisciplinariedad, pues los adultos mayores son esencialmente heterogéneos, en su cultura, en su biología, genética o comportamientos. Y es posible que sus preferencias frente al "envejecer bien" sean distintas a las nuestras, o las más lógicas que nos señala la razón. Una sola faceta o aspecto, como hablar de ausencia de enfermedad es claramente insuficiente, como se demuestra al testearla con lo que contestan los senescentes sobre Envejecimiento Exitoso.

Como la vida, en general, *es un continuum*, también lo es el desarrollo biológico, social, psicoafectivo, etc., y así lo demuestran los numerosos trabajos científicos partiendo por la genética, antes de constituirse en un *geronte* o anciano, antes de la instalación de procesos patológicos, conductas y estilos de vida deletéreos, es decir, ya en la edad adulta o media, antes de llegar a ser un anciano debe comenzar la promoción de salud, control de factores de riesgo biomédicos, asociado al fortalecimiento de redes sociales, obtener y respetar los deseos futuros, llamados directrices anticipadas, etc., como hemos visto más arriba.

Finalmente, desde una mirada Bioética, también es factible *engarzar* el discurso tecno-científico, que rige nuestro accionar cotidiano, basado en la contundente producción científica, con la experiencia individual, la que cada persona que está envejeciendo le sucede y desea, para enmarcarse dentro de una congruencia vital que no responde exclusivamente al discurso científico, sino a uno también presente, ineluctable, que transita a la par, que es el *discurso biográfico*, que le concierne a cada persona.

Detrás o dentro de cada persona que está en el proceso de un virtual Envejecimiento Exitoso, independientemente de nuestra visión externa, se desarrolla, y acaso culmina bien una biografía, única e irrepetible. Afortunadamente la medicina geriátrica abarca en su metodología de trabajo estas consideraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fries Jf : Aging, natural death, and the compression of morbidity. NEJM 1980 ; 303: 130-135.
2. Baltes PB, Mayer KV : The Berlin Aging Study. Cambridge UK, Cambridge University Press, 1999.
3. Rowe JW, Kahn RL : Successful Aging, New York, Dell, 1999.
4. Rowe JW, Kahn RL (1987). Human Aging : Usual and Successful. Science, 237, 143-149.
5. Rowe JW, Kahn RL : Successful Aging. The Gerontologist ; Aug 1997; 37, N°4 :433-440.
6. Heller D, Pedersen N.,(1993). Genetic and environmental influences on serum lipid levels in twins. NEJM, 328, 1150-1156.
7. Elahi, D., Muller D.(1982). Effect of age and obesity on fasting levels of glucose, insulin, glucagon and growth hormone in man. Journal of Gerontology, 37, 485-491.
8. Abbott, RD.(1987). Diabetes and the risk of stroke. The Honolulu Heart Program. Journal of the American Medical Association, 257, 949-952.
9. Zavaroni, I, Dall'Aglio.(1986). Effect of age and environmental factors on glucose tolerance and insulin secretion in a worker population. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 271-275.
10. Strawbridge, WJ, Wallhagen MI. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated compared With Rowe and Kahn. The Gerontologist ; Dec 2002; Vol. 42, N°6, pg 727.
11. Vaillant GE, Mukamal K. Successful Aging. Am J. Psychiatry 2001 ; 158: 839-47.
12. Grundy E, Bollowing A. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. Aging Men Health 1999 ; 3 : 199-212.
13. Vaillant GE, Mukamal K. Successful Aging. Am J. Psychiatry 2001 ; 158: 839-47.
14. Havighurst RJ. Successful aging. In : Processes of Aging. New York : Atherson Press, 1963 : 299-320.

15. Phelan E. Older Adults (Views of Successful Aging, How do they compare with Researchers' Definition ? J. Am Geriatr Soc. 2004 ; 52 : 211-6.

16. Palmore E. Predictors of Successful Aging. Gerontologist 1979 ; 19 (5 part 1) : 427-431.

17. Bowling Ann, " What is successful aging and who should define it? BMJ 2005 ; 331 :1548-1551.

18. Vaillant GE. Aging well : surprising guidepost to a happier life from the Landmark Harvard study of adult development. Boston : Little Brown, 2002.

19. Seligman M. Authentic happiness : using the new potential for lasting fulfillment. New York : Free Press, 2004.

20. Callahan CM. Successful aging and the humility of perspective. Ann Intern Med 2003 ; 139 : 389-90.

EL AUTOR DECLARA NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS
CON LOS LABORATORIOS.