



INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA

■

**UNA APROXIMACIÓN A LA "VEJEZ"  
DESDE LA CIENCIA Y LA CONCIENCIA**

Discurso para la recepción pública del académico electo  
ILMO. SR. D. JOSÉ LUÍS RODRÍGUEZ-VILLAMIL FERNÁNDEZ

■

y contestación del académico numerario  
ILMO. SR. D. JORGE TEIJEIRO VIDAL



A CORUÑA 2 DE MAYO DE 2025





INSTITUTO DE ESPAÑA  
REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA

■

**UNA APROXIMACIÓN A LA “VEJEZ”  
DESDE LA CIENCIA Y LA CONCIENCIA**

Discurso para la recepción pública del académico electo  
ILMO. SR. D. JOSÉ LUÍS RODRÍGUEZ-VILLAMIL FERNÁNDEZ

■

y contestación del académico numerario  
ILMO. SR. D. JORGE TEIJEIRO VIDAL



A CORUÑA 2 DE MAYO DE 2025

Diseño, Maquetación e Impresión:

GRAFISANT, S.L.

D. Legal: C 684-2025

---

# Índice

---

■ SALUTACIÓN DEL PRESIDENTE .....	7
■ DISCURSO DE INGRESO.....	11
■ UNA APROXIMACIÓN A LA “VEJEZ” DESDE LA CIENCIA Y LA CONCIENCIA.....	15
■ SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS.....	17
■ 1. DEMOGRAFIA DEL ENVEJECIMIENTO .....	21
■ 2. NATALIDAD Y MORTALIDAD .....	23
■ 3. EL ENVEJECIMIENTO COMO ELEMENTO POSITIVO ...	27
■ 4. LA DEMANDA: CALIDAD DE VIDA.....	29
■ 5. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMAR DE LA PERSONA MAYOR .....	36
■ 6. Y MI CONCIENCIA.....	45
■ 7. BIBLIOGRAFÍA.....	53
■ DISCURSO DE CONTESTACIÓN.....	55
■ EXORDIO .....	59
■ EXCELENCIA DEL ELECTO.....	60
■ ANALISIS DEL DISCURSO .....	66



## ■ SALUTACIÓN AL ILMO. SR. D. JOSÉ LUÍS RODRÍGUEZ-VILLAMIL FERNÁNDEZ

Por el presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia Excmo. Sr. D. Francisco Martelo Villar.



Gracias al ilustrísimo señor don Jorge Teijeiro Vidal académico numerario del sillón de radiología por su excelente discurso de contestación al ingreso del nuevo académico. Tiene que reconocer que, en esta ocasión, lo ha tenido un poco más fácil porque, el doctor Rodríguez Villamil ha ido de su mano en tiempos claves de su recorrido profesional. Ha sido usted maestro, consejero y amigo. Le salió bien darle carrete a la cometa, porque ha sabido volar alto. En la clínica de asistencia a los mayores ha crecido a la par que Dr. Millán Calenti, también académico correspondiente y responsable del Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátrica de la Universidad de A Coruña, en la que ambos son catedráticos. Nunca dejaré de enfatizar la tarea de ambos durante la pandemia Covid19.

No debo alabar su currículum tras la completa información aportada por el profesor Teijeiro, salvo insistir en su dedicación a los alumnos de Universidad da Coruña del Área de la Salud de A Coruña y de la Universidad Senior, ambas un ejemplo de dedicación. Si debo hacer referencia a su familia, a su predecesor en el cargo en esta casa y hacer algún apunte sobre su discurso.

---

Su abuelo Rafael Fernández Fernández instaló en la calle Real el primer Laboratorio de análisis clínicos en La Coruña y está presente en esta sede, a través de su imagen en un cuadro del pintor Sotomayor donado por su familia la Real Academia de Medicina de Galicia. Sus tíos Rafael y Carlos fueron dos magníficos clínicos. Rafael como ha dicho el profesor Teijeiro pasa por ser el facultativo que utiliza por primera vez la penicilina en España, traída desde el norte de África, inyectándosela a un paciente infectado, el 10 de marzo de 1944. Felucho, entre familiares y amigos, fue una referencia médica y a Carlos le gustaba, además, que le reconociesen como brillante jugador del Deportivo de A Coruña. No para el deporte Dr. Rodríguez Villamil, pero para la medicina, está claro que; de casta le viene al galgo.

Gracias a la actual Junta de Gobierno de esta Real Academia, por haber priorizado la convocatoria de este sillón de Geriátrica después de dieciséis años del fallecimiento, de su predecesor, un extraordinario profesional, el Dr. D. Fernando Jiménez Herrero, académico numerario de Geriátrica y secretario general perpetuo de esta institución.

Fernando Jiménez Herrero inició su camino como alumno interno con Gregorio Marañón, y tras superar múltiples oposiciones eligió su vocación de médico de proximidad ejerciendo como titular de APD en Laza, en Oviedo y en Oleiros, donde su interés por los demás le llevó a ser alcalde, pero sin abandonar su vocación por la Geriátrica, que le movió a desempeñar los cargos más relevantes de la disciplina en España.

Su tiempo libre lo dedicaba a escribir, abandonando las relaciones sociales. Tenía a su lado a su esposa, capaz de ocupar el espacio afectivo, acompañar y contestar a sus inquietudes, con el mejor criterio. Gracias, querida Carmina, por acompañarnos hoy en esta celebración de la Geriátrica.

El año 1973, en su excelente discurso de ingreso en esta Academia titulado: "Criterios de normalidad en geriatría" dijo que quien entraba

realmente en la Academia no era él como persona, sino una rama de la Medicina muy actual y de futuro indiscutible. El tiempo le ha dado la razón y en estos tiempos de la medicina predictiva y personalizada, la Real Academia de Medicina de Galicia, tiene que apoyar la mejor asistencia posible a una población envejecida,

Dr. Rodríguez Villamil ha pronunciado, usted, un espléndido discurso. De los parámetros expuestos secuencialmente ha destacado cómo se explican las cifras y las características de la población actual, con interés por la situación en Galicia, la asistencia a los mayores en los hospitales, la importancia de la aparición de las residencias geriátricas, la irrupción de las nuevas tecnologías, el apoyo familiar, pasando, a continuación, a enumerar el peso específico de las patologías prevalentes como, las condicionadas por las caídas, las enfermedades crónicas o el deterioro cognitivo.

Ha dejado claro que cuatro pilares son fundamentales para el bienestar de los ancianos: Una cobertura médica adecuada, la alimentación sana, la educación sanitaria y el nivel cultural. Estoy seguro de que la Real Academia de Medicina de Galicia será un buen foro de debate y difusión, desde sus conocimientos y su ilusión.

Por parte de la actual Junta de Gobierno tendrá el máximo apoyo. Asumiendo ser lego en la materia, pero desde la confianza de observador privilegiado que me proporciona el puesto al que me debo en la actualidad, decirle que, veo la complejidad a la que se enfrenta la Geriátrica-Gerontología en el manejo de la salud y la enfermedad de pacientes impregnados por las emociones presentes en el atardecer de sus vidas.

Tienen que ser ustedes profesionales de la medicina, pero, al mismo tiempo, futurólogos y demandantes de los derechos de los mayores. En España, usted, Dr. Rodríguez-Villamil, lo ha dicho hay casi 10 millones de personas mayores. Desde las administraciones solo se acuerdan de ellos cuando se acercan los períodos electorales, pero

---

después, en demasiadas ocasiones, son tratados como mayores y no como personas.

No quiero hablarles de cómo son tratados en el entorno laboral, donde, en situaciones de dificultad, son los primeros despedidos y los últimos admitidos, de la brecha digital, de la discriminación o del acoso, pero si debo mencionar al edadismo en la sanidad.

Son numerosos los diagnósticos achacados a la edad por fragilidad y comorbilidad y no al origen real o causa de una patología, lo que impide el ingreso en las Ucis, el acceso a los procedimientos quirúrgicos, a la diálisis, o a programas de rehabilitación, mientras otros son sometidos a procedimientos de riesgo sin valorar adecuadamente otras alternativas. Deben ser utilizados los índices de comorbilidad y demás herramientas de valoración geriátrica, que les sitúe a ustedes en los equipos multidisciplinares asistenciales con el protagonismo adecuado a la hora de establecer los protocolos estandarizados para cada procedimiento. A medida que ganamos años de vida ustedes deben ser fundamentales en conseguir calidad para esas vidas. Estoy seguro de que así será.

No debo concluir diciéndole bienvenido, porque hace tiempo que es un miembro activo, como académico correspondiente, en esta institución. Usted ya estaba.

Le felicito, felicito a Cristina su esposa, a sus sobrinos, al resto de su familia, a su amigos y compañeros y todos los componentes del cuerpo académico de esta institución. Termino con una sabia frase, que he oído en esta sede, y que debe ser tenida en cuenta en cualquier momento de nuestra vida: "Quién no tiene el espíritu de su edad, tiene los defectos de ella".

He dicho.

The background of the page features a large, light blue watermark of the seal of the University of the Pacific. The seal is circular and contains a central figure of a woman in classical attire, holding a book and a staff. The text "UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO" is written around the perimeter of the seal.

■  
DISCURSO DE INGRESO  
■





**RODRÍGUEZ-VILLAMIL FERNÁNDEZ, José  
Luís**  
Académico numerario del "sillón" de Geriátría  
Número 42 del escalafón  
Ingreso: día 2 de mayo de 2025



## Una aproximación a la “vejez” desde la ciencia y la conciencia



## ■ SALUTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

- Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina de Galicia
- Excmas. e Ilmas. Autoridades y Representaciones
- Ilmos. Sras. y Sres. Académicos Numerarios
- Sras. y Sres. Académicos Correspondientes
- Familia, compañeros y amigos
- Queridos alumnos
- Sras. y Sres.

La simple propuesta para optar al sillón Geriatría de esta Real Academia de Medicina de Galicia, hace ya unos meses, ha supuesto para mí, tan solo haber sido propuesto, un enorme orgullo y honor. Con este acto que estamos celebrando, de toma de posesión del sillón de Geriatría, pueden crearme, que además del citado orgullo y honor, quizá por esto, me embarga una gran emoción, que además de colmar mis aspiraciones en lo personal y profesional, supone para mí una gran responsabilidad, lo que sin duda, ratificará mi hondo vínculo con la Academia.

Cuando te honran eligiéndote para ocupar un sillón en esta Real Academia, mi primer pensamiento fue, ¿lo merezco? Pero al mismo tiempo que este pensamiento atravesó mi mente recordé una frase del Príncipe Hamlet que decía, *“si todos recibiéramos lo que merecemos, quien se libraría de unos azotes”*, lo mejor, entonces, es no insistir en el merecimiento, *“simplemente ser agradecido”*, dijo mi esposa, y lo estoy, muy agradecido y honrado. Los nombramientos son ajustes de cuentas con uno mismo, y uno mismo no puede evitar plantearse otra pregunta, ¿daré la talla? No lo sé, pero puedo garantizarles que lo voy a intentar hasta lograrlo.

---

El adagio de Marco Terencio Varron (49 aC) "*onus est honos que sustinet rem publicam*" o lo que es lo mismo: "*la obligación es el honor que sostiene un estado*", se refiere a la responsabilidad de quien acepta un cargo, expresado frecuentemente como: "*Quien acepta el honor acepta la carga*", resume perfectamente mi pensamiento e intención.

Han de ser pues, mis primeras palabras de sincero y efusivo agradecimiento a todos aquellos que lo hicieron posible. Me van a permitir menciones especiales que muy brevemente voy a reseñar, para no alargarme en este apartado, pero que no quiero ni creo debo omitir.

El tener ante mí, entre los académicos numerarios, a un nutrido número de profesores que impartieron las asignaturas que constituyeron mi formación académica de Medicina, me produce un sentimiento de respeto, admiración y gratitud. Los profesores y Académicos Numerarios: D. Francisco Javier Jorge Barreiro, D. Juan Jesús Gestal Otero, D. Carlos Acuña Castroviejo, D. Torcuato Labella Caballero, D. Manuel Noya García, o Académicos, hoy eméritos, D. Joaquín Potel Lesquereux... fueron para mí, referentes de ciencia, rigor y disciplina que, indudablemente contribuyeron a conformar además de mi formación académica mi personalidad e interés por la docencia. Así mismo ocupan esos sillones también, personalidades de reconocido prestigio en el ámbito profesional que han constituido un norte al que dirigirme y al que sigo intentando llegar.

En este mismo sentido, no puedo por menos, que recordar y agradecer su influencia y participación en, no solo mi formación académica, sino también en mi formación como persona y médico, a otros profesores, desgraciadamente fallecidos, como el Prof. Antonio del Río Vázquez, Prof. Gerónimo Forteza Vila o el Prof. Emilio Barrio Gómez, ellos, desde sus distintas disciplinas académicas me orientaron y me ayudaron a aclarar el camino a seguir.

Iniciado el camino, fue el Prof. Jorge Teijeiro Vidal quien siempre estuvo en los momentos claves para, alcanzar el grado de Doctor, llegar a Catedrático de E.U. en su momento, u obtener el rango de Académico Correspondiente de esta docta institución, hace ya muchos años.

No olvido, y voy concluyendo esta *laudatio* en su aspecto profesional, al Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátría de la Universidad de A Coruña, dirigido por el Prof. José Carlos Millán Calenti, quien me dio el soporte necesario para cubrir mi faceta investigadora y cerrar así mi círculo curricular de asistencia clínica, docencia e investigación.

Quedaría inconcluso este apartado, sin dedicar un justo recuerdo al Académico Numerario Dr. Fernando Jiménez Herrero mi predecesor en ocupar el sillón de Geriátría de esta Real Academia, bajo cuya secretaría perpetua se produjeron logros importantes para ella, como su transferencia a la Xunta de Galicia y la adscripción a la Consellería de Sanidad, lo que significó una nueva etapa para la Institución. Magnífico clínico, prolífico escritor, exponente claro de que aún a edad avanzada se puede mantener como él una admirable lucidez intelectual y una asombrosa voluntad divulgadora que le valió el reconocimiento, del que, en estos momentos con todo merecimiento, doy cuenta.

En un apartado más personal, me van a permitir mencionar, como no puede ser de otra manera, a algunos miembros de mi familia cómo mi madre, ausente por razones de edad y de salud, o mis tíos, ya fallecidos con 100 años, Rafael y Carlos Fernández Obanza, médicos ambos, con los que conviví una larga etapa de mi vida y de los que sin duda aprendí el ejercicio "a pie de cama" de la medicina. Mención especial merece mi tío Gonzalo, hermano de los anteriores que, desde su formación como jurista, pero médico de vocación, alentó siempre no solo mi vocación médica sino también mi formación humanística y religiosa.

---

Cristina, mi esposa, pueden creerme que tiene gran responsabilidad en ser lo que soy y estar donde estoy. No estaría aquí sin su entrega, comprensión y paciencia que ayudaron de forma determinante a ir conformando el ser que soy. No sin tiempo, porque llevamos juntos primero como novios y después en matrimonio, desde antes de terminar ambos el bachillerato, hace más de 50 años....

Y no quiero acabar este apartado sin recordar a otras muchas personas que, aunque en esta referencia sean anónimas, a lo largo de esta dilatada vida, tanto en lo personal como en lo profesional han ido marcando mi camino...

Centrándome ahora en el contenido de la disertación que me corresponde, quisiera comenzar por lo que es obvio al hablar del envejecimiento: Los datos que constituyen la realidad actual que nunca hubiéramos imaginado... ¿o sí?

## ■ 1. DEMOGRAFIA DEL ENVEJECIMIENTO

Consecutivo al enorme salto en la esperanza de vida dado en las últimas cuatro décadas por la sociedad mundial y también por la española, aunque se observa en esta segunda década del siglo XXI un discreto estancamiento o desaceleración, se explican realidades que parecían inalcanzables hace nada. La mejora en la atención sanitaria, de los cuidados y de las condiciones de vida, han posibilitado varios hechos inéditos.

### 1.1. LAS PERSONAS MAYORES

El primero es que en España hay 9.479.010 mayores de 65 años, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025). Suponen el 19,97 % de la población – uno de cada 5 españoles tiene más de 65—y, según las proyecciones de los demógrafos, en el 2040 serán 14,2 millones, uno de cada tres. Este incremento, empezará a notarse substancialmente a partir de 2030, cuando los casi 14 millones de los niños, “niños” entre los que me encuentro, que nacieron entre 1958 y 1977 –la generación del *baby bum*—alcancen, alcancemos, la edad de jubilación, todavía nos quedarán por delante 25 años más de vida, según las estimaciones del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2024). Y eso que España está en el grupo de cabeza del envejecimiento poblacional europeo, de los mayores del planeta. Su actual 20% de mayores es un punto más bajo que la media comunitaria, 21 %, y está lejos de los países más envejecidos: Italia (23,8 %), Portugal (23,7 %), Finlandia (23%) y Grecia (22,7%).

---

La pregunta es obvia, ¿vivirán entonces los niños que están naciendo ahora más de cien años? Muy probablemente, según estimaciones del Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC según el trabajo presentado por este organismo *Un perfil de las personas mayores en España (2023): indicadores estadísticos básicos*. Recuerdo que la expectativa de vida es un cálculo promedio que se hace sin tener en cuenta los avances futuros. Sirva de ejemplo que la esperanza de vida promedio de los gallegos al nacimiento ya roza los 84 años (IGE, 2025). Casi 81 años los varones y casi 87 años (86,89) la de las mujeres, por tanto, las niñas que nacen hoy en España pueden esperar vivir, por poco que haya mejoras sanitarias, en higiene, en salud pública, farmacológicas e incluso sociales, por poco que mejore la mortalidad, vivirán más, bastante más.

## 1.2. LOS CENTENARIOS

Otra realidad que parecía inalcanzable es que casi 20.000 ciudadanos, en concreto 19.639, son centenarios, según desvela el estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2024) que dibuja el perfil actual de los españoles mayores de 65 años. Veinte mil centenarios y subiendo. El ritmo de aumento de quienes cruzan el umbral de los 99 años es altísimo. El informe indica que este colectivo creció en el último año un 9% respecto al 2021, lo que significa que 1.619 centenarios se sumaron en solo doce meses a este excepcional grupo de edad. Es el síntoma más indicativo del proceso de envejecimiento general que está viviendo la población española, que hace que 2,8 millones de personas, el 6 % del censo, tengan más de 80 años y que la edad media poblacional supere los 44 años. Lo que más crece en estos momentos dentro del grupo de mayores son los “muy mayores” y es porque está mejorando mucho la supervivencia, porque la medicina avanza, desde luego, pero también porque están llegando generaciones que no están

tan mermaidas en sus edades anteriores. En este sentido, me van a permitir que mencione la explicación que dio un tío mío, médico y centenario, cuando le preguntaron que había que hacer para llegar, como él, a cumplir los cien años, contestó muy serio, “cuidarse mucho a los 99”.

Aumenta también la población gallega de 100 años o más (IGE, 2024). A 1 de octubre de 2023, había 2.015 personas que superaban esta cifra, frente a las 1.776 de hace un año. Las mujeres (1.591) reinan con mucha diferencia sobre los hombres (424). Solo cuatro comunidades tienen más habitantes de esta edad: Cataluña (3.039), Madrid (2.949), Castilla y León (2594) y Andalucía (2.153).

Uno de cada 5 coruñeses tienen 70 o más años. Son unos 47.000 según los últimos datos oficiales proporcionados por el IGE (2025). De todos ellos, 12.700 viven solos. La mayoría son mujeres. La proporción de hogares unipersonales tiende a incrementarse a medida que se avanza en edad. De hecho, la franja de los que viven solos se ensancha entre los 95 y 99 años, constituyendo el 60%.

## ■ 2. NATALIDAD Y MORTALIDAD

### **Hacia dónde vamos:**

Probablemente a una estabilidad en la población, que irá acompañada de un mayor envejecimiento y del mantenimiento de niveles de fecundidad bajo, junto con unas migraciones, en general positivas en número, pero limitadas también en su alcance demográfico.

En concreto Galicia, según datos del IGE (2024) correspondientes al primer semestre del 2023, se mantiene como uno de los territorios más envejecidos de Europa, cada ejercicio que pasa, establece un nuevo récord negativo en el número de nacimientos. No hay cifra de nacimientos tan baja desde que se comenzaron a procesar

---

mensualmente los registros de partos, contabilidad que arrancó en enero 2000. Si en el primer semestre de ese año habían nacido en Galicia 9.608 niños, entre enero y junio del ejercicio pasado lo hicieron solo 6.745.

Las defunciones se han frenado en cambio, en los seis primeros meses del 2023, al reducirse en 925 respecto al mismo período del 2022. Murieron entre enero y junio 16.634 personas en Galicia, la cifra más baja desde que se desató la pandemia en 2020, una cifra que, en todo caso, supera a las del arranque de siglo.

Cruzando las dos variables, el saldo vegetativo del primer semestre del año pasado en Galicia sigue siendo negativo, como viene ocurriendo desde 1988. Ahora, la diferencia entre esos seis meses es prácticamente 10.000 fallecimientos más que nacimientos.

Es verdad, como demuestran los datos, que la población envejece porcentualmente por la mayor longevidad y la disminución en el número de nacimientos, lo que hace que los países pierdan número de habitantes. Los datos muestran cómo el proceso del envejecimiento y la reducción de la población se acelera. Así en China, la Oficina Nacional de Estadísticas detalló en abril de 2024 que, como consecuencia de una caída en picado del interés por tener hijos, en el año 2023 el número de nacimientos se ha limitado a 9,02 millones, un 5,6 menos que los 9,56 millones de 2022 y la mitad que en el 2016, y es el nivel más bajo desde que empezaron los registros en 1949. Y en Japón, hay tres fotografías que demuestran el grave problema del envejecimiento de su población: las cárceles están mayoritariamente ocupadas por personas mayores, las salas de maternidad de muchos hospitales están cerrando o reduciéndose por la caída de nacimientos y los fabricantes de absorbentes (pañales) para niños, cambian su producción a absorbentes para adultos por cambio en la demanda.

De hecho, la principal productora de papel de Japón y una de las empresas de pañales más importantes del país (*Oji Holdings*), anunció que dejará el mercado nacional de los pañales para bebés debido a la caída de los nacimientos y se centrará en el de los adultos. El año pasado el número de recién nacidos en Japón cayó un 5,1 % respecto al año anterior, hasta quedar por debajo de los 800.000, un mínimo histórico, mientras que alrededor del 30% de la población correspondía a los mayores de 65 años del total, lo que sitúa a Japón como el segundo país con mayor envejecimiento demográfico del mundo, sólo después de Mónaco. La tasa de fertilidad se sitúa en el país asiático en 1,3 hijos por mujer, similar a la de otros países vecinos y en línea con otras grandes potencias, pero lejos de la tasa de repoblación lo que genera especial alarma al observar su pirámide demográfica. Así, su política hasta hace pocos años de limitar la natalidad a hijo único, cambiada recientemente por la de impulsar la natalidad hasta tres hijos, no está dando el resultado esperado.

Por el contrario, las defunciones han aumentado un 6,6 %, sumando 11,1 millones de personas. China, ya no es el país más poblado del planeta, la India lo supera en unos 19 millones de personas.

Sin duda otros factores como la incertidumbre económica, la dificultad para encontrar trabajo, la carestía de la vivienda, la emancipación de la mujer, unido a un cambio generacional, problemas que afectan a todas las culturas no solo orientales sino también a las occidentales, contribuyen al equilibrio entre el menor número de nacimientos y la mayor longevidad en resultado final del número poblacional.

Será necesario seguir aplicando e innovando medidas para incentivar la natalidad, contando con las necesidades de las mujeres que pasan por la reforma de la legislación laboral para aumentar las bajas maternales, guarderías públicas, incentivos fiscales y subsidios para la compra de vivienda, permisos de residencia para emigrantes, entre otros.

---

En todo caso, el envejecimiento de la población es una bomba demográfica para cualquier economía del planeta. Si no se desactiva, la población joven, huelga decirlo, con el paso del tiempo envejece, se jubila y pasa a ser pensionista, por lo que no es desdeñable la repercusión económica que esto puede suponer para economías ya de por sí, debilitadas.

Sirva como muestra los datos aportados por la Seguridad Social española, a 1 de enero de 2025. La población en edad laboral en los últimos 10 años (2015-2025) descendió en España en 1.547.000 personas, aumentando por el contrario la población laboral de extranjeros en 2.380.000. Con respecto a trabajadores activos y pensionistas, las cifras son alarmantes, afiliados pocos más de 21.000.000 y pensionistas, casi la mitad, 9.316.000, lo que da una ratio de 2,4. Los datos en las CC.AA. del norte son aún peores. En Galicia, concretamente en Orense la ratio afiliados activos/pensionistas es de 1,0. En Lugo 1,1. La Comunidad que le sigue Castilla-León con 1,2 y Asturias con 1,3.

Otro dato estadístico igualmente alarmante, que concuerda con el anterior, es el revelado en febrero de 2025, resultante del cruce de datos publicados por INE y el Ministerio de Seguridad Social. En España las nuevas altas de jubilación superan al número de nacimientos, con lo que la pirámide demográfica se sigue estrechando en la base, y eso que el retiro masivo de los *baby boomers*, aún está por llegar, se producirá a lo largo de 2027. Si bien el "desembarco" ha comenzado y así lo corroboran los datos de cierre de 2024, con 368.065 nuevas altas de jubilación registradas en la Seguridad Social, un 12,6% más que el año anterior y, por descontado, un máximo histórico.

En el mismo periodo, según confirmó el INE (2025), hubo en España 322.034 nacimientos. Es decir, se contabilizaron 46.031 jubilaciones más que nacimientos. La brecha crece con respecto al año 2023, que fue el primer año en el que las altas de jubilación superaron a los nacimientos.

Y aunque en 2024 la natalidad creció por primera vez en la última década, apenas lo hizo un 0,4%. El ritmo de avance de las jubilaciones fue 30 veces superior, lo que ha multiplicado por siete la brecha entre nuevos jubilados y los nacimientos en un año.

Ante este balance, los expertos advierten de que el exceso de jubilados sobre nacimientos se está produciendo “a crédito” de, al menos, una generación y media, ya que el nuevo jubilado va a consumir recursos que 22 años después empezará a pagar el niño que hoy nace. “Cada nuevo nacimiento lleva una carga implícita generacional muy grande, la cual se amortigua en parte con las subidas de cotizaciones de los últimos años. Pero, aun así, el déficit de la caja hace que se incremente la deuda real de la Seguridad Social y, por tanto, el gasto en pensiones de hoy de ese exceso de jubilados sobre nacimientos, sea financiado con cargo a los ingresos por cotizaciones que dentro de 22 años generará el hoy recién nacido”, explican.

### ■ 3. EL ENVEJECIMIENTO COMO ELEMENTO POSITIVO

*Las arrugas del espíritu nos hacen más viejos que las de la cara.*  
Michel de Montaigne

Un planteamiento lamentablemente generalizado sobre el envejecimiento poblacional, que algunos llaman “madurez de masas”, es proponerlo como un grave problema, y sin embargo, el incremento de la longevidad, acompañada de la mejora en la calidad de vida, debe ser interpretado como una conquista social y sanitaria de extraordinario valor, y no como problema y menos, grave; ni para Europa ni para España.

Los cariñosamente denominados como “viejos” no son una plaga, no son una carga, no son parásitos. Es verdad que hay más mayores y que seguirá habiendo cada vez más en el futuro próximo y seguramente

---

lejano, pero las generaciones que ahora están cumpliendo los 65 años, convendrán conmigo, que nada tiene que ver con las de antes. En otros países europeos, como Suecia, están en torno al 27% -la media de la UE de los 27 es el 14%- de personas que siguen trabajando. Tenemos un recorrido importante para igualarnos a ellos, que sería lo adecuado, y además se deberían establecer incentivos para que esas personas piensen que les merece la pena, no solo desde un punto de vista psicológico, sino también pecuniario. Sirva de demostración de esto, el número cada vez mayor de longevos ocupando puestos relevantes tanto en las ciencias como en las artes como en la empresa, o en la política. De todas estas actividades tenemos buenos ejemplos y alguno bien cerca. Marcelo Robelo de Sousa, presidente de Portugal de 76 años, Lula da Silva, presidente de Brasil cumplirá en diciembre 80 años. Paul McCartney con 82 años, en el último concierto celebrado el 10 de diciembre de 2024 en Madrid, según las críticas, "no ofreció una falsa segunda juventud, sino música que nunca se acaba". Rod Stewart con 80 años en su concierto celebrado el 15 de diciembre de 2024 en el Coliseum A Coruña, presumió de conservar todo su pelo y de correr 100 metros en "118 segundos". Raphael, con 82 años, estaba dispuesto a salir al escenario horas antes de verse afectado por un proceso vascular cerebral, también en diciembre de 2024. El año 2025 empezó en política con el nombramiento, por parte del octogenario presidente de EEUU saliente, del octogenario embajador de EEUU en España, Benjamín León.

Conceptos a tener presentes, como "la educación para la salud" y el fomento del "envejecimiento saludable", aunque no desarrollaré en este momento, no deben ser olvidados o pospuestos, porque la realidad ya está aquí, este último que alude a la autonomía y a la participación social, no solo de las personas mayores sino de todos aquellos que llegarán a serlo, son temas trascendentes para la

programación de servicios encaminados a la inclusión y respeto de este colectivo. Escapar del “edadismo” debe ser uno de los retos a plantear en la sociedad de cara al futuro. Respetar los derechos de las personas mayores, desactivando creencias y prejuicios que generan estereotipos que limitan sus capacidades y oportunidades y conducen a la discriminación, condicionando su salud y bienestar, debe ser un logro inaplazable.

#### ■ 4. LA DEMANDA: CALIDAD DE VIDA

*Cuando por los años no puedas correr, trota. Cuando no puedas caminar, usa un bastón. ¡Pero nunca te detengas!*  
Madre Teresa de Calcuta

#### **Hay más mayores, ¿pero en qué condiciones?**

Por primera vez este año se romperá la pauta ancestral de que las mujeres siempre están por debajo de los hombres en cuestiones culturales o educativas. Antes las mujeres estudiaban menos, pero en la década de los sesenta eso empezó a cambiar y hoy tienen un nivel de estudios más alto que los hombres de su misma edad, y esto, que todavía no había llegado a la gente mayor, ahora empieza a aflorar. Los mayores de ahora tienen un pasado muy distinto a los de antes, los cambios sociales y económicos de los últimos 40 años han sido vertiginosos. Somos los mayores mejor preparados y mejor dotados de la historia.

La vejez es consecuencia de la vida previa, si uno no ha estudiado muy probablemente llegará a anciano sin saber leer, pero los que ahora se jubilan son los primeros que no han padecido en sus vidas ni una gran guerra ni una hambruna. Prácticamente todos han estado escolarizados, son mayoritariamente urbanos y accedieron

---

a la economía de consumo a partir de los años sesenta y setenta, formándose ya en esas relaciones económicas y laborales. Han tenido familias de no muchos hijos y ya los tiene criados y, ahora se encuentran con que ya son propietarios de su vivienda y con que, además, tienen ahorros. Esta nueva generación de mayores llega a la vejez en unas condiciones mucho mejores, porque la situación socio-laboral y sanitaria ha mejorado enormemente: Vacunas, alimentación, educación sanitaria, condiciones laborales e incorporación de la mujer al trabajo remunerado, han sido todos ellos factores que han contribuido a la mejora del estado de bienestar. Por lo tanto, no es de recibo, ni tiene fundamento alguno el ser considerados como una carga. Llevan toda la vida aportando a la vida de los demás y, además ahora, ayudan a sus hijos y a sus nietos de forma a veces próxima a la "esclavitud" y digo "esclavitud" porque a veces son los propios hijos los que les imponen a sus padres e incluso abuelos, unas exigencias impropias de su edad y condición.

### **Mejoras en el ámbito asistencial**

Los grandes hospitales de los que también disfruta Galicia se han convertido en verdaderos centros de Innovación y Desarrollo (i+D). Gracias a ellos la gente vive más y mejor, y quiere vivir todavía más y todavía mejor. El ritmo de los avances científicos y la accesibilidad y abaratamiento de los medios tecnológicos disponibles, obliga a la revisión de protocolos hasta ahora válidos.

El deseo natural de querer lo mejor para nosotros y los nuestros, incluye no solo a los hijos, como siempre, sino ahora también, dada la longevidad, a nuestros mayores, y aunque esto ha impulsado a los seres humanos a lo largo de la historia, la inclusión de nuestros mayores longevos, sí es revolucionaria. No es infrecuente que los hijos nos pidan a los médicos explicación y justificación del deterioro de sus mayores, muchas veces nonagenarios e incluso centenarios.

Las expectativas de futuro, siguen siendo inciertas, pero menos de lo que eran hasta hace unos años, no hay más que comparar a los niños de hoy con sus abuelos. La diferencia de estatura de un joven de 20 años, que ya ha dejado crecer, y alguien de 65 que no ha encogido, es de más de diez centímetros, todavía es mucho, pero menos de la que existía entre nuestros abuelos y sus hijos (nuestros padres). Este fenómeno llamado “aceleración secular del crecimiento” es un indicio y ratificación de que vamos por el buen camino.

No solo los hospitales han mejorado sino también los servicios sociosanitarios como las mal denominadas “residencias geriátricas”, los Centros de día o las Viviendas tuteladas, que constituyen el entramado asistencial, hoy disponible para nuestros mayores. Y digo mal denominadas residencias geriátricas, porque la propia denominación conlleva connotaciones negativas, por lo que es mucho más amigable la denominación de Centros Gerontológicos.

En este sentido las nuevas tecnologías, como la atención automatizada, capaz de detectar si una persona usuaria se levanta o muestra un movimiento inusual alertando al personal, ya han logrado una reducción drástica de caídas. La detección del dolor es otro de los retos: cuatro de cada cinco residentes lo sufren, pero no pueden comunicarlo. Hasta ahora, el personal asistencial, dependía de listas de verificación, que evaluaban signos como susurros, gemidos y otros de forma subjetiva y, a menudo como mero ejercicio burocrático. Aplicaciones de Inteligencia Artificial (IA) que cuantifican el dolor mediante el análisis facial, ya existente en algunas residencias geriátricas de nuestro entorno, o la utilización de las gafas de realidad virtual que ya se aplican a la rehabilitación, donde las personas mayores mueven un cicloergómetro con las manos mientras reman en un lago virtual, o pasean virtualmente por los pueblos de su infancia, lo que además de estimular, ayudan a la memoria. Todo ello, mejora la calidad asistencial de los centros.

---

Esto explica el por qué cada vez hay más mayores y con más frecuencia e intensidad estos sobreviven a la pluripatología gracias a la asistencia interdisciplinar que se les presta.

De entre las patologías que presentan, una se hace cada vez más presente en cada vez mayor número, no solo de ancianos, sino en adultos mayores e incluso en adultos, me estoy refiriendo al “trastorno adquirido de pérdida” que engloba al deterioro cognitivo y los trastornos neuropsiquiátricos, lo que los psicólogos denominan como trastornos psicológicos y conductuales.

Para su explicación hemos de partir de la premisa de que la edad es el mayor factor de riesgo para padecer deterioro cognitivo, esto sumado a que cuantos más años se viva hay mayor probabilidad de padecer enfermedades prácticamente de todo tipo, cardiológicas, neumológicas, nefrourológicas, tumorales, osteodegenerativas lo que supone que este sea un colectivo extraordinariamente susceptible a la par que frágil, por eso, estos centros cuentan en su mayoría con personal asistencial las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Pocas otras estructuras sanitarias a excepción de los hospitales, cuentan con este grado de atención. Decir que, en los más avanzados, se pasa visita médica diariamente revisando todas las incidencias que surjan durante el tiempo presencial o en ausencia localizada del médico. Además, se cuenta con personal asistencial altamente cualificado como enfermeras, psicólogas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales y también, como no, personal auxiliar de enfermería o gerocultores que se ocupan de dispensar los cuidados básicos referidos a las actividades de la vida diaria (aseo, vestido, alimentación...) muchos de ellos en turnos rotatorios las 24 horas del día.

Desde el punto de vista asistencial se cuenta con los medios necesarios, gracias al avance de la tecnología sanitaria que nos

permite, además de las determinaciones elementales, contar con otros medios para evaluar la función respiratoria, cardíaca, renal o metabólica, causas frecuentes de descompensación en los mayores, con aparatos portátiles e incluso de bolsillo. Gracias a ello, en estos centros, han prácticamente desaparecido los accidentes vasculares cerebrales, las descompensaciones por insuficiencia cardíaca y las infecciones que requerían derivación hospitalaria, y otros procesos que hace unos años eran motivo inexcusable de remisión al hospital. Contribuye a ello, es justo decirlo, las unidades de reciente creación como la HADO (Hospitalización A Domicilio) o la UCC (Unidad de Cuidados Continuos) existente en el Área sanitaria de Coruña-Cee. Brillantemente dirigidos por su Jefe de Servicio, aquí presente el Dr. Fernando Lamelo Alfonsín.

Por otra parte, hay que reseñar que especialidades como la medicina interna, la cardiología, la neumología, la cirugía, la traumatología, la dermatología, la anestesia y desde luego la geriatría, han propiciado un enorme progreso en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades que antes les costaban la vida a las personas mayores. Esto indudablemente contribuye a la mayor esperanza de vida que ya hemos mencionado.

La explicación de que el deterioro cognitivo sea una de los motivos determinantes y más frecuentes para el ingreso en un centro socio-sanitario es también multicausal, en el que merece la pena detenerse. Así como las disciplinas anteriormente mencionadas contribuyen, como quedó dicho, a la mejora de la calidad de vida y al incremento de la esperanza de vida de los mayores, otra especialidad, como la neurología, enormemente implicada en este grupo etario, no ha evolucionado de la misma manera y seguimos a la espera de tratamientos curativos o marcadores específicos para su detección precoz. Se tratan sí los síntomas, pero no las causas y hoy los Centros Gerontológicos están

---

fundamentalmente ocupados por mayores, y a veces no tan mayores, afectos de deterioro cognitivo en rango de demencia con trastornos psicóticos asociados. Esta última circunstancia es la que dificulta en mayor medida la atención y por tanto permanencia en su domicilio bajo cuidado familiar y han de buscar asistencia, no solo durante las 24 horas del día sino también especializada para el tratamiento y cuidado de este trastorno asociado.

### **Visión macroeconómica del envejecimiento**

Las enfermedades crónicas, que se asocian a la edad, exigen exploraciones y tratamientos cada vez más costosos que a su vez incrementan un ya desmesurado gasto. La necesidad de nuevas tecnologías que los avances médicos exigen, multiplican el gasto sanitario. La evolución lógica de la ciencia médica obliga a la creación de nuevas especialidades lo que multiplica la demanda y repercutirá sin duda, en el aumento de las expectativas de vida.

En Galicia se hacen unas cinco mil intervenciones quirúrgicas al año en mayores de 90 años. Cirujanos y gerontólogos defendemos que la edad biológica no la marca el DNI. Los pocos libros que sobre gerontogeriatría estudiamos en la carrera, decían que un paciente por encima de los 65 años suponía un factor de riesgo muy importante para someterse a casi cualquier intervención quirúrgica, siendo los más frecuentes, procesos obstructivos intestinales o de vías biliares, procedimientos quirúrgicos vinculados a la colocación de prótesis, procesos oncológicos, tumores de piel o cataratas. Hoy un paciente de 65 años es joven para la cirugía en general, ya que no es excepcional que entren en quirófano personas de 90 años, o incluso de 100. Según dato del SERGAS (2025), en los últimos años han venido operándose anualmente solo en el sistema de salud público gallego unas 5.000 personas que pasaban de los 90 años. En concreto en el 2023 fueron exactamente 5.029 y solo en el primer semestre del 2024, últimos

datos disponibles, fueron 4.544 los nonagenarios intervenidos. Indudablemente todo esto tiene que ver también con que hoy las técnicas para operar son menos agresivas, se hacen laparoscopias, se utilizan cámaras 3D y robots lo que permite definir mejor la zona en la que se actúa. Además, ha mejorado la formación médica, el material quirúrgico y la técnica anestésica en cuanto al tipo, distribución y dosificación, lo que permite revertir antes al paciente.

No olvidemos que la C.A. Gallega es una de las más longevas de España y España uno de los países más longevos del mundo. Una alternativa sería invertir en la prevención, en la educación sanitaria (educación para la salud) desde la infancia hasta la edad de persona mayor (mis alumnos de la Universidad Senior lo saben bien), potenciar la medicina comunitaria como el mejor filtro para contener el gasto y la frecuencia hospitalaria de los enfermos, o desarrollando nuevas fórmulas asistenciales como las ya mencionadas de Hospitalización a Domicilio o la Unidad de Cuidados Continuos con la creciente lista de servicios que ofrece, desde el cuidado de pacientes paliativos a tratamientos específicos y cuidados de pacientes crónicos o agudos en su propio domicilio y así el médico, sea de la sanidad pública o privada (que también existe), debería convertirse, mejor dicho "reconvertirse" en un profesional con la mejor preparación, prestigio y vocación; esta última casi en desconsideración, por desgracia, ya que el magnífico sistema MIR con sus virtudes incuestionables, y sus defectos, hace que un médico recién graduado, sin experiencia clínica, acabe cursando la especialidad que su número, según la nota obtenida, le permita. Así, por criterios de competitividad y/o geográficos, hay especialidades que quedan casi desiertas con la consiguiente repercusión en la población afectada. Probablemente la formación del MIR, requiera una revisión enfocada a la actualización, porque hoy con ChatGPT, Copilot o DEEPSEEK se sacaría muy buena nota con la simple formulación correcta de los enunciados.

---

Otra circunstancia añadida a la “madurez de masas” está condicionando reenfocar fondos de inversión privados masivos que no tienen que capitalizarse y buscan donde invertir. Islandia tiene ya el mapa genético de todos los residentes del país, lo que constituye un enorme potencial para la investigación y la consecuente acertada toma de decisiones de cara no solo al futuro, sino ya al presente. Galicia está siendo pionera en este mapeo genético llevado a cabo por el Grupo de Medicina Xenómica, dirigido por el Académico Numerario Dr. Ángel Carracedo, mediante la obtención de muestras de ADN de 400.000 gallegos, es decir el 15% de la población para la detección de tres enfermedades, cáncer de mama y ovario hereditario, Síndrome de Lynch -trastorno que aumenta la probabilidad de cáncer colorrectal- e hipercolesterolemia familiar y así poder hacer modelos de predicción de riesgo.

## ■ 5. CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMAR DE LA PERSONA MAYOR

*El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza*  
André Maurois

Pluripatología, polifarmacia, enfermedades crónicas, fragilidad, discapacidad y dependencia son características de las personas mayores que envejecen, siendo uno de los elementos claves en este proceso de envejecimiento el alto número de pacientes afectados de patologías neurodegenerativas.

Centrémonos por un momento en la enfermedad de Alzheimer como modelo de neurodegeneración

Se prevé que el proceso adquirido de pérdida, consistente en deterioro cognitivo y/o trastorno conductual y en concreto, los casos de demencia de la enfermedad de Alzhéimer. que en la actualidad afecta a unos 50

millones de personas en el mundo y que en los próximos veinte años, en España en concreto, pasaría del millón registrado en la actualidad, hasta los dos millones, aumentarán si no se logra un tratamiento para frenar su avance, ello sin contar con que cada vez son más los menores de 65 años diagnosticados, que ya suponen el 13%, según los últimos datos ofrecidos en noviembre de 2023 por los expertos de la Fundación Pasqual Maragall, la Sociedad Española de NRL (SEN), la Confederación Española de Alzheimer (Ceafa) y otras entidades según consta en la Memoria de la jornada “Actualidad de la investigación científica de la enfermedad de Alzheimer y las necesidades de las personas afectadas” celebrada en el Senado.

La enfermedad de Alzheimer es como el elefante en la cacharrería, ese enorme *monstruo* que, si es ignorado por los responsables públicos pese a su evidente e incómodo tamaño, acabará colapsando el sistema sanitario y social, lo que solo se podrá evitar mediante el avance de la investigación y la ciencia.

Fue gracias a la investigación, la detección de las proteínas Beta-amiloide ( $\beta$ A) y proteínas TAU (tau) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), al observarlas navegando por diversas regiones del cerebro hasta interrumpir el normal funcionamiento de las neuronas, lo que activa la progresión de la enfermedad de Alzheimer, descrita por Alois Alzheimer (1906).

Publicado en *NEURON* (2004) cuando se identificó la PET amiloide por un grupo de científicos de Harvard Medical, que observaron la presencia inesperada de fibrillas, al centrifugar muestras a alta velocidad en soluciones salinas. Tras sucesivas comprobaciones, concluyeron la existencia, abundante en extracto acuoso, de las proteínas  $\beta$ A y tau en cerebros infestados. Al lograr aislar estos oligómeros, lograron también determinar su estructura. Lo que ocurre es que estas placas en el cerebro se identifican demasiado tarde, cuando la enfermedad

---

se encuentra en fase avanzada. En una enfermedad sin marcadores preclínicos claros hasta el momento, cuya única forma de diagnóstico es por los síntomas; la forma de aprender de sus efectos reales es a través del estudio de los cerebros tras la muerte del paciente. Al observarlos, se encuentra un órgano ahuecado, que ha perdido la mitad de su peso original. Tal es el poder de estos “diminutos agregados de proteína  $\beta A$ ” que forman “conjuntos patógenos claves en la enfermedad de Alzheimer”.

El reto actual es plantearse si sería posible detectar esta alerta con años de antelación a la aparición de los primeros síntomas. Y todo parece indicar que sí será posible ya que en la actualidad existen varios proyectos de investigación en marcha en todo el mundo que ya lo están consiguiendo en buena medida, aunque estas técnicas todavía no se aplican en la práctica clínica rutinaria. Una de estas iniciativas ha sido presentada en la reunión anual de Radiología de Norteamérica (RSNA, 2024), en la que los investigadores han vinculado un tipo específico de grasa corporal con las proteínas anormales en el cerebro que son características de la enfermedad de Alzheimer hasta 20 años antes de que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad; o, lo que es lo mismo, la demencia más común podría diagnosticarse con dos décadas de antelación, incluso en personas de 40 años. Es más, podrían introducirse modificaciones en el estilo de vida dirigidas a reducir esta grasa y retrasar así el desarrollo de la patología. Este resultado crucial se descubrió porque investigadores de la enfermedad de Alzheimer, como la Dra. Mahsa Dolatshahi, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, descubrió que ya en la mediana edad (entre los 40 y 50 años), cuando la patología de la enfermedad está en sus primeras etapas y las modificaciones potenciales como la pérdida de peso y la reducción de la grasa visceral son más efectivas como medio para prevenir o retrasar su aparición. La grasa asociada

a la demencia es la grasa visceral, la que se encuentra infiltrada en las estructuras orgánicas, se estudió en comparación con marcadores como el Índice de Masa Corporal (IMC), la grasa subcutánea, hepática, intramuscular, la resistencia a la insulina y el colesterol HDL en relación con la que se localiza en las proteínas  $\beta$ A y tau. En un estudio, todavía referido a un pequeño número de casos, todos ellos de mediana edad, cognitivamente normales, donde un 57% de los participantes eran obesos (IMC medio 32,31).

Otra línea de investigación recientemente abierta surge como consecuencia de que la Demencia de Alzheimer, al tratarse de un trastorno neurodegenerativo que produce deterioro cognitivo, propició que los neurocientíficos centraran sus estudios creyendo que la acumulación de placas amiloides y ovillos de tau, no solo eran un signo de enfermedad, sino también culpable directa. Esta suposición también llevó a los laboratorios farmacéuticos a invertir en moléculas dirigidas a la  $\beta$ A y la tau, pasando por alto la contribución de otros procesos cerebrales, como el sistema neuroinmunitario. Descubrimientos recientes, como el de este equipo investigador dirigido por Tharick Pascoal (2010), de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh (Estados Unidos), sugieren que la alteración de otros procesos cerebrales, como el aumento de la inflamación cerebral, podría ser tan importante como la propia carga amiloide a la hora de iniciar la cascada patológica de muerte neuronal causante del rápido deterioro cognitivo.

Así, Pascoal y su grupo (2010) descubrieron que la inflamación del tejido cerebral desencadena la propagación de proteínas patológicamente mal plegadas en el cerebro lo que es causa directa del deterioro cognitivo final en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Esto sería la respuesta a por qué, algunas personas desarrollan la demencia de Alzheimer y otras no. El estudio, publicado en la revista *Nature Medicine*, cambia las

---

reglas de juego en la investigación de la enfermedad. Según se describe, los astrocitos, células gliales que no conducen la electricidad y que, por tanto, no parecían desempeñar un papel directo en la comunicación entre neuronas, se había pasado por alto su función en la salud y enfermedad cerebral. Las últimas investigaciones han cambiado totalmente esta perspectiva, al tratarse de células especializadas que abundan en el tejido cerebral, apoyando a las células neuronales suministrándoles nutrientes y oxígeno y protegiéndolas de agentes patógenos. Por ello son la clave para favorecer la progresión de esta dolencia. Al analizar la sangre de más de 1000 ancianos sin deterioro cognitivo, con y sin patología amiloide, observaron que solo los que presentaban una combinación de carga amiloide y marcadores sanguíneos de activación anormal de los astrocitos, o reactividad, evolucionaban en el futuro hacia una enfermedad de Alzheimer sintomática, un hallazgo fundamental que por una parte revela que el deterioro cognitivo puede predecirse mediante un análisis de sangre y que probablemente abra otra vía para el desarrollo de fármacos destinados a detener la progresión.

Otras líneas de investigación están en marcha, como la recientemente publicada en *JAMA Neurol.* 2024;81(3):255-63. Ashton NJ et al. sobre la precisión diagnóstica de la proteína tau 217 fosforilada en plasma para la patología de la enfermedad de Alzheimer. Los resultados indican que un inmunoensayo de p-tau217 plasmático disponible comercialmente demuestra una precisión diagnóstica comparable a la de los biomarcadores del LCR para identificar la patología de la enfermedad de Alzheimer. Este ensayo fue eficaz para detectar patologías anormales de A $\beta$  y tau, con resultados consistentes en múltiples cohortes y que mostraron cambios longitudinales. El estudio proporciona información valiosa sobre la posible utilidad clínica del p-tau217 plasmático como una herramienta de diagnóstico fiable para la enfermedad de Alzheimer.

El estudio utilizó datos de tres cohortes observacionales: la cohorte de Biomarcadores Traslacionales en el Envejecimiento y la Demencia (TRIAD), la cohorte del Registro de Wisconsin para la Prevención del Alzheimer (WRAP) y la cohorte de la Iniciativa Sant Pau sobre Neurodegeneración (SPIN). Incluyó a 786 participantes, con una edad media de 66,3 años. Los participantes se agruparon por estado de  $\beta$ A y tau, evaluados mediante tomografía por emisión de positrones (PET) y biomarcadores del LCR. El inmunoensayo p-tau217 demostró una alta precisión diagnóstica, con un área bajo la curva (AUC) que oscilaba entre 0,92 y 0,96 para la detección de  $A\beta$  y entre 0,93 y 0,97 para la patología de tau. Estos resultados fueron consistentes en todas las cohortes, y el ensayo logró una detección reproducible de la patología anormal de  $A\beta$ . Además, el ensayo de p-tau217 en plasma identificó cambios longitudinales en la positividad de tau y  $A\beta$ , y el mayor aumento se observó en individuos que mostraban patología tanto de  $A\beta$  como de tau.

Los resultados de este estudio destacan el potencial de la p-tau217 plasmática como biomarcador diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Con su alta precisión en la detección de patologías tanto de  $A\beta$  como de tau y su capacidad para rastrear la progresión de la enfermedad, este ensayo podría desempeñar un papel esencial en entornos clínicos, facilitando el diagnóstico temprano y fiable de la enfermedad de Alzheimer. Su amplia disponibilidad podría reducir significativamente la necesidad de procedimientos de diagnóstico más invasivos y costosos, como la toma de muestras de LCR o la PET. A medida que la investigación sobre los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer continúa evolucionando, será importante realizar más investigaciones sobre la implementación de esta prueba plasmática en diversas poblaciones y entornos clínicos para comprender su impacto más amplio en la atención al paciente y el manejo de la enfermedad.

---

## Y su tratamiento....

Otro frente abierto de investigación, además del mencionado sobre su etiopatogenia, es el del tratamiento. En este sentido, cabe recordar que el año pasado, las autoridades sanitarias de Estados Unidos aprobaron el *aducanumab* (Aduhelm) y el *lecanemab* (Leqembi), para tratar la enfermedad Alzheimer. El lecanemab es caro, cuesta en Estados Unidos (EEUU) unos 25.000 euros al año por paciente. Su mecanismo de acción consiste en eliminar la placa amiloide depositada en las neuronas. No resucita a las neuronas dañadas, pero sí ha demostrado que ralentiza en un 30% la evolución de la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de esta medicación, y de ahí la controversia para su aprobación primero en EEUU y ahora en Europa, es que, al eliminar las placas, estas pueden producir irritación, inflamación cerebral y rotura de vasos y hemorragias. Está indicada en todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer excepto en un 15% con una variante genética que sufre un mayor riesgo de efectos secundarios. Otra característica es que solo ha de administrarse en fases muy iniciales lo que reduce su aplicación a aproximadamente al 5% de los casos. "Probablemente no es el fármaco más eficaz, barato o seguro, pero abre la puerta a una nueva era de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer: *"pasamos de tratar consecuencias, síntomas, a causas"* según palabras de la Dra. Raquel Sánchez del Valle, Coordinadora del grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la SEN. Si empezamos a tratar causas, podríamos decir que, dentro de unos años, ya no trataremos pacientes, sino a sujetos que no tienen síntomas, pero sabemos que tiene esta proteína. Trabajar en prevención para que la enfermedad no evolucione.

¿Y su trasmisión?

También se está avanzando sobre otro aspecto que inquieta a los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer que es su

carácter hereditario. Este se limita a la enfermedad de Alzheimer autosómica dominante y demencia frontotemporal. En cualquiera de estas dos formas, que suponen menos de un 1% de los casos, los sujetos heredan de sus padres, con un 50% de probabilidad, un gen alterado que causa la enfermedad. A veces se presentan sobre los 40 años, pero se detectan casos desde los 20 hasta los 60 años.

Por lo tanto, la investigación mundial está en marcha y a muy buen ritmo.

El hallazgo coincide con la divulgación de resultados en julio de 2023, de otro candidato a fármaco contra esta enfermedad, *donanemab* (de la farmacéutica Eli Lilly), otro anticuerpo monoclonal, cuya investigación en fase 3, demuestra que ralentiza el deterioro cognitivo en un 35 %, en comparación con placebo, en pacientes con niveles de la proteína tau y la placa  $\beta A$  en el cerebro, de bajas a intermedios. En el estudio, *donamebab* eliminó mejor las placas amiloides que los dos anteriores (*aducanumab* (Aduhelm) y el *lecanemab* (Leqembi), y redujo las concentraciones de tau en sangre, pero no en una zona clave del cerebro.

En el ensayo con *donanemab*, los pacientes también tuvieron un 40 % menos de riesgo de pasar de deterioro cognitivo leve, a de demencia. Por término medio la progresión de la enfermedad se ralentizó entre 4,4 y 7,5 meses a lo largo de los 18 meses de seguimiento.

Con la llegada de estos tres nuevos tratamientos monoclonales, que tienen la misma diana, la proteína  $\beta A$ , y que trazan una línea recta en la carrera para liderar el mercado, se evidencia no solo que se está investigando si no, que se están produciendo avances en la lucha por frenar la enfermedad.

En este sentido, pacientes con enfermedad de Alzheimer, investigadores y profesionales celebramos que la Agencia Europea

---

del Medicamento haya rectificado y emitido por fin, informe favorable para la comercialización del primer fármaco que ha demostrado beneficios clínicos en la enfermedad, el *lecanemab* (Leqembi), tras las evidencias disponibles que concluyen que los beneficios superan a los riesgos, y que estos no son mayores que el que sufre el paciente con enfermedad de Alzheimer durante el desarrollo normal de la enfermedad. Su efecto beneficioso consiste en la ralentizando hasta en un 27% el deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer. Entendiendo que los pacientes que lo toman siguen teniendo progresión de los síntomas, aunque más lentamente que los pacientes sin tratamiento. Su indicación debe ser restringida ya que el tratamiento conlleva riesgo de inflamación y hemorragia cerebral, lo que obliga a seguimiento con pruebas de diagnóstico por imagen, para controlar los efectos adversos. Ahora depende de la Agencia Española del Medicamento la aprobación del fármaco para que sea incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS). La enfermedad de Alzheimer afecta a más de 900.000 pacientes en España y su tratamiento podría marcar una gran diferencia para pacientes en fase temprana.

No obstante, como ya quedó dicho, estos fármacos funcionan mejor en las primeras fases de la patología degenerativa haciendo necesarias otras terapias para ayudar a las personas con la enfermedad avanzada. Probablemente, estamos ante el capítulo inicial de una nueva era de terapias moleculares para la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos neurodegenerativos relacionados. En cualquier caso, estos avances son alentadores y significan que probablemente en uno o dos años se podrán ofrecer a los pacientes una serie de tratamientos que ralenticen la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

## ■ 6. Y MI CONCIENCIA

### 6.1. ¿QUE ME DICTA ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO?

*Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena*  
Ingmar Bergman

Partiendo de que la vida es un continuum desde que nacemos hasta que morimos, y que es la sociedad quien establece etapas, desde mi punto de vista, el hacerlo, genera una carga pesada en forma de estereotipos, a veces, muy difíciles de superar.

El crear un mundo para personas mayores no es más que separar a este grupo etario del resto de la población que simplemente, tiene menos años. Es por tanto *edadismo*. No debemos de hablar de viejos ni de ancianos, sino de personas con más edad como una forma de no establecer ideas preconcebidas. Será viejo el que quiera serlo porque psicológicamente no está preparado para seguir afrontando la vida y desiste de su empeño de hacer cosas y, por tanto, disfrutarla.

Cada edad tiene su afán, con sus virtudes y defectos, pero la diferencia es que cuando cumplimos años vamos perdiendo la ilusión y no nos paramos a pensar que si con 65 años o más, todavía podemos encontrarnos mejor en muchos aspectos que cuando teníamos 18. Pensar por ejemplo en la ansiedad de la juventud generada por la incertidumbre del futuro, el trabajo, la pareja, los hijos... mientras que cuando somos mayores, viene la tranquilidad de saber cumplidos muchos deberes y, sobre todo, haber alcanzado en muchas ocasiones el equilibrio social y económico, claro que, no siempre todo sale como queremos, pero si no lo intentamos, está claro que nada vamos a alcanzar. Con esto quiero decir que, si queremos una "vejez" llena

---

de calidad, el principal responsable de conseguirla es uno mismo, empoderándose lo más posible, llenando sus baterías de salud, para que a medida que se vaya cumpliendo años la carga continúe y le permita, sobre todo, mantener la autonomía y ser independiente, principal elemento de la calidad de vida cuando hablamos de personas de edad.

En definitiva, lo que vamos a ser de mayores, dependerá muy mucho de lo que hagamos a lo largo del ciclo vital, tratando de mantener el suficiente grado de actividad física y mental, para que nuestra “carga” siempre rebose energía.

El talento, la capacidad intelectual y de aprendizaje se mantiene durante toda la vida si no hay ninguna patología, según señala el catedrático de Psicología del Envejecimiento en el Departamento de Cognición, Desarrollo y Psicología de la Educación de la Universidad de Barcelona, Feliciano Villar quien plantea, con buen criterio, que en una de las sociedades en la que nos autodenominamos desarrolladas, es qué hacer con esos 20 o 30 años extra que hemos acumulado. Por eso hace falta fomentar que las personas mayores sigan activas y que sigan participando y contribuyendo a la vida familiar y comunitaria.

En la carrera por seguir ganando años a la vida en la que hemos entrado los sexagenarios, el modelo de longevidad japonés podría marcarnos el camino. Galicia y Japón, dos sociedades *a priori* tan alejadas, comparten factores sociales y culturales que las convierten en zonas donde se concentran más centenarios. La cobertura sanitaria o la alimentación, por ejemplo, son medidas preventivas que reducen el riesgo de fragilidad. Pero hay otras de las que la comunidad podría aprender para seguir viviendo más y en mejores condiciones. Hiroto Constantini,(2024) profesora del Instituto para Iniciativas del Futuro en el Instituto de Gerontología de la Universidad de Tokio, destaca la importancia de conseguir un equilibrio entre tres pilares

básicos: la nutrición (que incluye la salud dental), la actividad física y la socialización. Para su consecución hay que incorporar factores culturales y del entorno, como variedad en las comidas, entrenamiento de fuerza y aeróbico, dedicar tiempo a aficiones o hacer voluntariados o lo que es lo mismo, fomentar nuestra participación social. Tener una buena actitud respecto a una vida saludable y larga es uno de los componentes centrales para la superlongevidad. Constantini, (2024) señala cuatro factores que, a su juicio, explicarían por qué se vive más y en mejores condiciones.

- El primer pilar es la cobertura médica, muy alta en Japón, como en España, y en la que prácticamente todos los ciudadanos forman parte del sistema nacional de salud, se debería incluir, en España, la asistencia bucodental. En Japón los costes médicos son relativamente bajos, lo que permite el acceso a una atención médica de alta calidad. El sistema médico es simple, lo que facilita las visitas al hospital-médico. Las revisiones médicas son habituales, pese a que no las cubre el seguro, ayudan a minimizar el riesgo de enfermedades graves a través de la detección temprana. España cuenta con la Atención Primaria que cubriría perfectamente este primer pilar.
- La alimentación es el segundo pilar. En Japón se consume más pescado que carne. La ingesta de grasas animales, como el queso, es muy baja, mientras que hay un gran consumo de alimentos fermentados tradicionales y de proteínas vegetales como la soja y el pescado azul, rico en omega 3. Otras opciones a incluir en la dieta son las legumbres. En Japón, la educación que se imparte en las escuelas va más allá de lo estrictamente académico; en las aulas a los niños se les enseñan cuestiones del día a día lo que mejora la conciencia de salud pública y hace que se cumpla con un estilo de vida saludable. El resultado, comparado con los estándares

---

internacionales, hace que estas enseñanzas tempranas sean un factor clave en la longevidad.

- El tercer pilar para vivir más años es la educación. Los hábitos de vida saludables comprenden varios puntos. Por ejemplo, la dieta: los niños aprenden a consumir alimentos en cantidades apropiadas con tres comidas al día. Practicando, lo que llaman el "*hara hachi bu*", que significa que comen hasta el 80 % de llegar a la saciedad. Otro punto es el sueño: se enseña la importancia de irse pronto a la cama y levantarse pronto, esperar para acostarse que transcurran dos horas desde la cena que se hace sobre las seis y media de la tarde.
- El cuarto y último pilar para alcanzar la *superlongevidad* hace referencia a factores culturales, hay presión social para mantenerse en un peso saludable. La obesidad por falta de autocontrol, está mal vista. Para ello cuentan con un gran conocimiento sobre dietas y salud. De todo esto algo puede aprender Galicia, a pesar de que hay más de dos mil centenarios. Está a menos de un año (83,23 años) de alcanzar a Japón (84 años) en esperanza de vida. Para conseguir esta evolución de ir ganando años a la vida, son claves los referidos cambios culturales consistentes en ayudar a la gente a diseñar su segunda vida con carreras tras la jubilación (vuelvo a referirme a la Universidad Senior), incidiendo en la alfabetización en la salud (Educación para la Salud), asignatura que les imparto, para así conseguir vivir más años y en las mejores condiciones.

Jubilarse, no es solo dejar de trabajar, jubilarse dada la creciente longevidad de la población, se ha convertido en una de las transiciones vitales más significativa en la vida de las personas. Por eso es imperativo prepararse para el cambio. Cambio que implica el ámbito emocional, relacional, de construcción de una nueva identidad y consiguientemente de propósito vital para esta nueva etapa. Considero

que sería muy beneficioso escuchar de manera activa a otras personas que ya han atravesado esta situación, dado que estudios recientes revelan que “solo” el 67% de los *juvilandos* se han adaptado a la jubilación de manera exitosa. Lo que indica que esta transición ha de ser premeditada y no brusca o condicionada por hechos imprevistos, circunstanciales o irrelevantes.

Así, de los tres patrones principales, el de recuperación, ver la jubilación como una oportunidad para reconectar con aficiones, tener más autonomía o mayor crecimiento personal; el de pérdida o ruptura, duelo por la pérdida del trabajo o del estatus previo; y, por último, el de continuidad, sin ruptura, manteniendo las mismas rutinas de antes, que son aquellos que plantean la jubilación como un cambio de etapa, no como un fin, viven la jubilación con más satisfacción y propósito.

El contar con una red social sólida, involucrarse en actividades recreativas, sociales y comunitarias, así como redefinir el propósito vital es importante para la transición. La familia y actividades como el cuidado de los nietos, aunque siempre estableciendo límites, resultan de gran utilidad.

Es frecuente, cuando uno es un *jubilando*, es decir, está en las fases iniciales del periodo de transición, observar una desmedida preocupación por ocupar el tiempo, lo que indica que la transición aún no ha terminado, finalizando esta cuando uno ya no necesita la hiperactividad, para sentirse realizado.

Pero aún con todo, no debemos de esperar el éxito absoluto, esta nueva etapa vital también conlleva preocupaciones, como la constancia de pérdida de capacidades física y mental, la seguridad económica, la soledad y la pérdida de seres queridos coetáneos.

---

## 6.2. ¿Y ACERCA DEL FUTURO?

*Juventud, divino tesoro, ¡ya te vas para no volver*  
*Ruben Dario*

No querría terminar esta exposición sin referirme al futuro, y sin hacer, por tanto, una referencia a las comunidades científicas nacionales e internacionales como Aging2.0 o el Centro Internacional sobre Envejecimiento (Cenie), cuyo propósito es defender la calidad de vida de las personas mayores. Los cambios demográficos en curso están alterando casi todos los aspectos de la vida tal como la conocemos. Las fuerzas de trabajo son cada vez más viejas y están más diversificadas que nunca en la historia, ya que la transición demográfica se ha convertido en una transición de longevidad. Un nuevo desafío que exige cambios importantes en la forma en que estructuramos nuestras vidas. El desafío de apoyar a una fuerza laboral cada vez más envejecida exige repensar el aprendizaje de por vida y una aceptación más amplia del coste de los empleos que han de ser cada vez más flexibles, por ejemplo, a tiempo parcial, lo que obligará a nuevos tipos de relación con la empresa (por proyectos), y poder así autogestionar los propios horarios, tareas y carga de trabajo. Hacen falta mecanismos flexibles que sean ventajosos tanto para las empresas como para los trabajadores mayores, evitando así que el talento *silver* se pierda. Los países en los que existen políticas específicas para los adultos mayores, tienen como denominador común, que cuentan con mercados laborales más flexibles, dinámicos e inclusivos.

Otra medida que están llevando a cabo los países más comprometidos con el edadismo y la empleabilidad de los *séniors* tiene que ver con fomentar el emprendimiento.

Resumiendo, las jubilaciones ya no son lo que eran ni volverán a serlo. El retiro y mucho menos el retiro temprano, ha dejado de ser una

opción para muchos mayores porque los ingresos son insuficientes para mantener el nivel de vida que venían disfrutando. (si no han hecho los cálculos, mejor no los hagan). Para muchos, la jubilación a los 67 años es económicamente inviable. La realidad es que pocos trabajadores pueden financiar una jubilación de treinta años con una carrera laboral de cuarenta años. Las sociedades tampoco pueden sostenerlo.

Cada vez son más los adultos mayores que reclaman recuperar la visibilidad y el poder aportar a la sociedad, sin importarles la edad. Y es que los 65 años de hoy, nada tiene que ver los 65 años de antes. Recordemos esa casi treintena de años de “juventud” que hemos ganado al tiempo lo que puede alargar nuestras vidas hasta hacernos centenarios, y esto *“Se non è vero, me reconocerán, que è ben trovato”* aunque no sea verdad, suena bien.

Tanto la actividad laboral remunerada como el trabajo no remunerado de muchas personas mayores, lo que busca, es un mayor bienestar, retraso en la discapacidad, disminución del riesgo de mortalidad y menos enfermedades y dependencias.

Para aquellos que tienen ahorros de jubilación insuficientes, la solución más obvia es trabajar más tiempo. Sin embargo, existe una barrera potencialmente importante que es que los empleadores siguen siendo remisos respecto a los trabajadores mayores.

A medida que la población envejece, el sector de atención médica cambia la forma en la que brinda apoyo, con más coordinación entre los proveedores de servicios y más atención en el hogar.

Dada la masa etaria que ya constituimos, con la consiguiente proliferación de productos y servicios dirigidos al envejecimiento de la población, parece lógico desarrollar nuevas oportunidades económicas para todos, tanto dentro como fuera del espacio de envejecimiento.

---

Los planes de vida deberán reconocer una vejez prolongada, lo que llevará a la búsqueda de un propósito más allá de la noción tradicional, pero arbitraria, de jubilación.

Se deberán modificar las prácticas de empleo. El permiso para cuidar de los niños es tan importante como el tiempo libre para la atención y cuidado de los mayores.

En lugar de avanzar como lo estamos haciendo, sin un rumbo determinado, se echa en falta un pensamiento estratégico: ayudar a individuos y naciones a prepararse para garantizar que las vidas más largas sean de calidad.

Probablemente sea necesario, en este sentido, crear una cultura del cuidado, lo que lleva intrínseco un compromiso común, solidario y participativo, encaminado a proteger y promover la dignidad y el bien de todos y así contribuir a que nuestro entorno sea un lugar de encuentro gratificante y potenciador de las capacidades y posibilidades de todas las personas mayores que la integran. Para ello es primordial tomar conciencia de que hay que promover el cuidado en todas sus dimensiones y proponer modelos y actuaciones colaborativas que favorezcan la plena inclusión de las personas afectadas con un proceso adquirido de pérdida, al igual que hacemos en otras etapas de la vida.

¡Gracias por su atención!

He dicho....

## ■ 7. BIBLIOGRAFÍA

Actualidad de la investigación científica de la enfermedad de Alzheimer y las necesidades de las personas afectadas (Jornadas). Fundación Pasqual Maragall, Sociedad Española de NRL (SEN) y Confederación Española de Alzheimer (Ceafa). Madrid, 2024.

de Labra, C.\*, Maseda, A.\*, Lorenzo-López, L., López-López, R., Buján, A., **Rodríguez-Villamil, J.L.**, & Millán-Calenti, J.C. (2018). Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: The VERISAÚDE study. *BMC Geriatrics*, 18, 66. (\* Estos autores han contribuido por igual al trabajo). ([Abstract](#))

Facal, D.\*, Maseda, A.\*, Pereiro, A.X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L., Yanguas, J., & Millán-Calenti, J.C. (2019). Cognitive frailty: A conceptual systematic review and an operational proposal for future research. *Maturitas*, 121, 48-56. (\* Estos autores han contribuido por igual al trabajo).

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3): M146-M156

Heuberger RA. The frailty syndrome: a comprehensive review. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2011;14:315-368

I.G.E. Datos de proyección de la Población Gallega (2024)

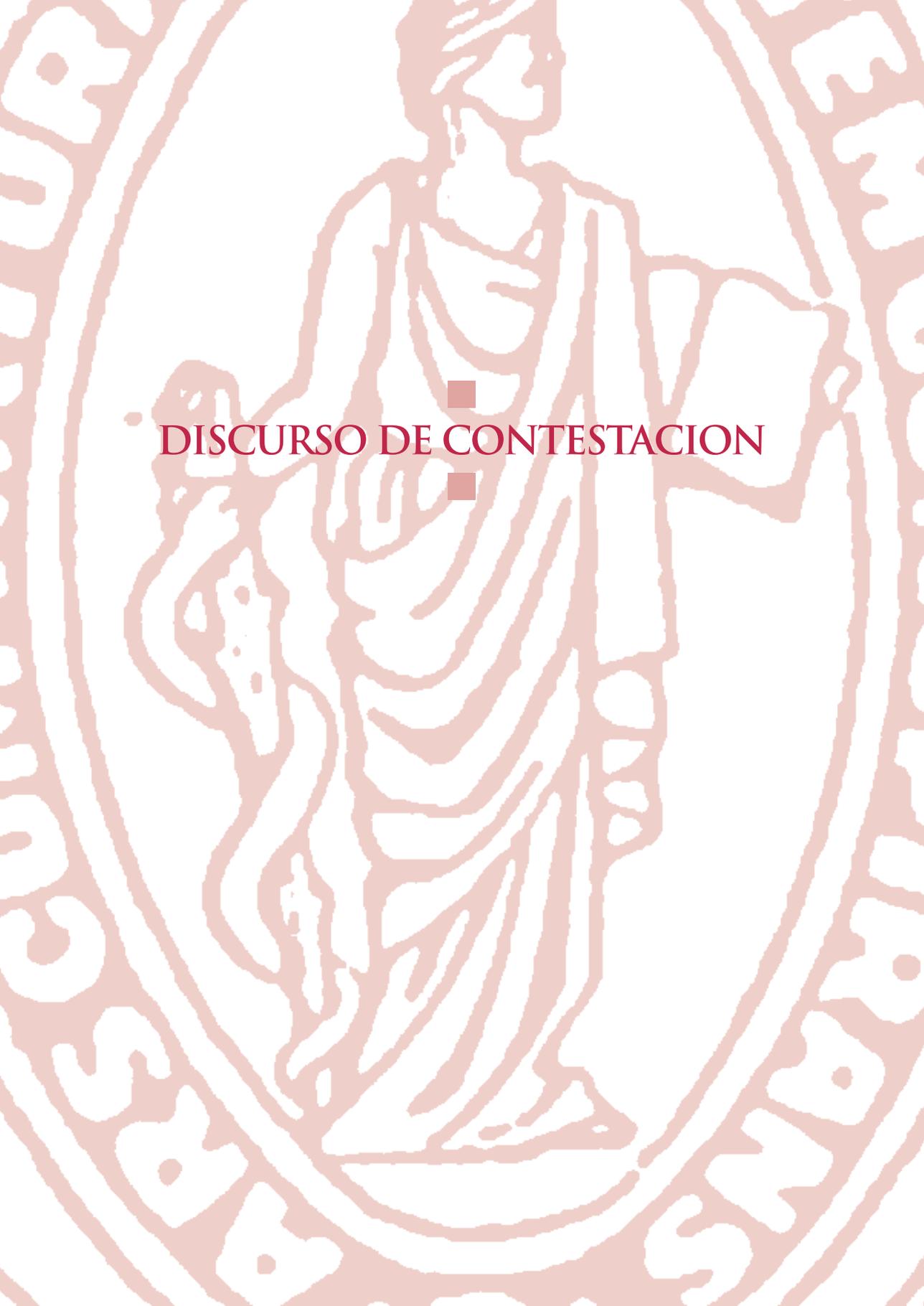
I.N.E. Datos de proyección de la Población Española (2024).

Lorenzo-López, L., López-López, R., Maseda, A., Buján, A., **Rodríguez-Villamil, J.L.**, & Millán-Calenti, J.C. (2020). Sex-differences in health-related characteristics of Senior Center Users: The VERISAÚDE study. *Frontiers in Psychology*, 11, 964. ([Abstract](#))

Lorenzo-López, L., López-López, R., Maseda, A., Buján, A., **Rodríguez-Villamil, J.L.**, & Millán-Calenti, J.C. (2019). Changes in frailty status in a community-dwelling cohort of older adults: The VERISAÚDE study. *Maturitas*, 119, 54-60. ([Abstract](#))

Lorenzo-López, L.\*, Maseda, A.\*, de Labra, C., Regueiro-Folgueira, L., **Rodríguez-Villamil, J.L.**, & Millán-Calenti, J.C. (2017). Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 17, 108.

- 
- Millán Calenti JC. Principios de Geriátría y Gerontología. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2006.
- Millán Calenti y Cols. Gerontología y Geriátría. Valoración e Intervención. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2010.
- Millán-Calenti, J.C., Núñez-Naveira, L., Lorenzo-López, L., **Rodríguez-Villamil, J.L.**, Muñoz-Mendoza, C.L., Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-García, J., Maseda, A. (2017). Timed Up and Go Test Performance as an Indicator of Fall History in Institutionalized Elderly: A Pilot Study. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 33(4), 273-279.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, 2015.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Tratado de Geriátría para Residentes. Madrid.; 2007.
- Tom J. Wachtel, MD. Marsha D. Fretwell, MD. Guía práctica para la asistencia del paciente geriátrico. Tercera Edición. Elsevier-Masson. Madrid; 2008.
- Un perfil de las personas mayores en España: indicadores estadísticos básicos* Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC. Madrid, 2023.

The background of the page is a large, light blue seal of the University of the Pacific. The seal features a central figure of a woman in a long, flowing dress, holding a book in her left hand and a staff in her right. The figure is surrounded by a circular border containing the text "UNIVERSITY OF THE PACIFIC" in a stylized font.

■  
DISCURSO DE CONTESTACION  
■





**TEIJEIRO VIDAL, Jorge**  
Académico Numerario del "sillón" de  
Radiología.

**Número 7 del escalafón**

**Ingreso: día 3 de diciembre de 1996**



- Excmo. Sr. Presidente
- Ilmos. Sres. Académicos.
- Excmas. e Ilmas Autoridades
- Sras. y Sres.
- Familia y amigos.

### ■ EXORDIO

Deseo agradecer a la Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina de Galicia, por haberme designado para responder al electo Dr. D. José Luis Rodríguez-Villamil Fernández, a quien conozco desde hace más de 30 años, en que hemos sido compañeros en el mismo Departamento y Área de Conocimiento en la Universidad de A Coruña. En estos años hemos alcanzado una entrañable, sincera y profunda amistad, aumentada con el paso del tiempo. Deseo destacar sus dotes de colaboración, organización, trabajo incansable, educación, generosidad e inteligencia y un profundo respeto y cariño por los maestros, compañeros, colaboradores y alumnos. Con un carácter afable, tranquilo, entrañable, humilde y próximo. He aceptado, con sumo agrado, responder al discurso de nuestro nuevo Académico Numerario. En los agradecimientos a familiares, cita con cariño a su madre Beatriz, a su esposa Cristina y a sus tíos Gonzalo, Rafael y Carlos. Los dos últimos fueron médicos, a quienes recuerda por haber aprendido de ellos el ejercicio “a pie de cama”. Y me gustaría recordar dos contribuciones de estos familiares del nuevo académico a la ciencia médica. El médico Rafael Fernández Obanza inyectó por primera vez penicilina en España el 10 de marzo de 1944. Lo hizo en el Sanatorio de San Nicolás de La Coruña, a un paciente con septicemia por endocarditis. Carlos Fernández Obanza, Académico

---

correspondiente, participó activamente con el Académico numerario Dr. Álvaro Urgoiti, en el desarrollo y posterior aplicación a niños, de un equipo original de Fotoseriación, para la detección precoz de la tuberculosis. Todo ello queda reflejado en la sesión in memoriam del Dr. Álvaro Urgoiti, en la Memoria de esta Real Academia del año 1997.

### ■ EXCELENCIA DEL ELECTO.

Como indican nuestros Estatutos, lo primero que hay que demostrar es la excelencia del electo, en su ejercicio profesional, publicaciones de importancia y reconocido prestigio, en la Especialidad de Geriátria. Nace el D. Rodríguez-Villamil en La Coruña en abril de 1958.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela en 1985.

Grado de Doctor en 1994 por la misma Universidad.

Habilitación para desempeñar las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud Español, así como en los Sistemas Públicos de Seguridad Social de los demás Estados miembros de las Comunidades Europeas desde 1996

### FORMACIÓN Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Hospital San Rafael de La Coruña. Médico Becario de Medicina Interna (Prof. Antonio Del Río Vázquez) 1985-86

Hospital San Rafael Médico Residente 1986-89

Director Médico de la Residencia Geriátrica Agarimo. Milenium Grupo Gerontológico, 2006-09

Médico asistencial del Complejo Gerontológico La Milagrosa, desde 2009 hasta la actualidad.

Colaborador médico-asistencial de la Real Institución Benéfico Social PADRE RUBINOS Residencia Geriátrica desde 2020 hasta la actualidad.

## EJERCICIO Y CARGOS PROFESIONALES

Profesor Ayudante de Escuela Universitaria Ministerio para las Administraciones Públicas 27/11/1992.

Profesor Titular de Escuela Universitaria Ministerio para las Administraciones Públicas 25/04/1999.

Catedrático de Escuela Universitaria. Ministerio para las Administraciones Públicas 27/11/1999.

Como profesor, preocupado por la Innovación Docente, participa activamente en la Asociación de Profesores Universitarios de Radiología y Medicina Física.

## CARGOS UNIVERSITARIOS DE GESTIÓN DESEMPEÑADOS.

Secretario de la Comisión de Doctorado UDC (1996-1998)

Miembro de la Comisión de Doctorado UDC (1998-2000)

## ACTIVIDADES EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GALICIA

Ha participado activamente en numerosas actividades de la Real Academia. Entre las que citamos:

En colaboración con la Universidad Senior de la Universidad de La Coruña. Lecciones de clausura desde el curso 2010-11 hasta la actualidad. Sobre Factores de Riesgo para la Salud del Adulto Mayor y Educación para la Salud del Adulto Mayor.

Y ponencias y conferencias en la sede de la Real Academia y en Ayuntamientos, Institutos, Hospitales y Diputaciones

Es Académico Correspondiente de la RAMG desde 2004. Con asistencia habitual a numerosas sesiones.

Premio de la RAMG "DOCTOR FERNANDO JIMÉNEZ HERRERO" como coautor del trabajo titulado "Eficacia del entrenamiento cognitivo a través de las nuevas tecnologías (TIC + 65)" (2014).

---

## ACTIVIDAD DOCENTE DESEMPEÑADA

Profesor de la asignatura: Patología Médico-Quirúrgica I. Departamento de Medicina. Facultad de Fisioterapia.

Profesor de la asignatura: Educación para la Salud del Adulto Mayor en la Universidad Senior de la UDC desde su fundación en 1999-2000 hasta la actualidad.

Docencia en Tercer Ciclo.

Coordinador y Ponente del Curso: Metodología de la Comunicación Biomédica. Programa de Doctorado en Medicina y Cirugía, Medicina Clínica. Avances e Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. UDC. (1997-1998).

Profesor del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la UDC durante el Curso 2021-22, dentro de la línea de investigación en "Envejecimiento, Inflamación y Medicina Regenerativa"

Docencia en Postgrados y Master de la Universidad de La Coruña.

Máster Universitario en Gerontología Impartiendo Gerontología Clínica I desde el curso 2012-13, hasta la actualidad.

Máster Universitario en Asistencia e Investigación Sanitaria de 2005 hasta la actualidad,

Profesor de la asignatura: Influencia de los Factores de Riesgo y la actividad física sobre la Calidad de vida del Adulto Mayor.

Profesor-Tutor de la asignatura: Prácticas Externas. Especialidad Clínica. Desde Curso 2010-11 hasta la actualidad.

Dirección Trabajos Fin de Master.

## PUBLICACIONES DOCENTES DE LIBROS Y CAPÍTULOS DE LIBROS

Título: Manual de Medicina Física. 1998 Harcourt Brace de España. Lugar de publicación: Barcelona. 3 capítulos: Corriente Galvánica, Hidroterapia y Técnicas hidroterápicas.

Título: Gerontología y Geriatria. Capítulo Valoración e intervención. 2010. Panamericana. Lugar de publicación: Madrid.

Título: Innovación docente en Radiología y Medicina Física en la Universidades Españolas. 2010

#### TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS EN REVISTAS ESPAÑOLAS O EXTRANJERAS

Un total de 16, que aparecen base de datos JCR Journal Citation Report.

De ellos referimos los 5 siguientes:

2021. Bright light therapy in older adults with moderate to very severe dementia: Immediate effects on behavior, mood and physiological parameters. *Healthcare*, 9(8), 1065. JCR.

2017. Caregiver's distress related to the patient's neuropsychiatric symptoms as a function of the care-setting. *Geriatric Nursing*, 38(2), 110-118. JCR.

2017. Timed Up and Go Test Performance as an Indicator of Fall History in Institutionalized Elderly: A Pilot Study. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 33(4), 273-279. JCR.

2020. Application of light therapy in older adults with cognitive impairment: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(6), 970-983. JCR.

2018. Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: The VERISAÚDE study. *BMC Geriatrics*, 18, 66. JCR.

#### ACTIVIDAD INVESTIGADORA DESEMPEÑADA

##### PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SUBVENCIONADOS

Ha participado en un total de 50 proyectos

Como miembro del Grupo de Investigación en Gerontología y Geriátrica, ha participado en calidad de investigador, miembro del grupo de trabajo o colaborador, en los siguientes proyectos de investigación: Muchos de ellos dirigidos por el Académico correspondiente y Catedrático de Medicina Dr. José Carlos Millán Calenti.

---

El Complejo gerontológico La Milagrosa es un excelente ejemplo de colaboración público privada. Con actividades en asistencia, investigación y docencia en distintos niveles y titulaciones del Departamento de Medicina de la Universidad de La Coruña. Este notable Centro Gerontológico es fruto de la iniciativa de la Unión Democrática de Pensionistas, con un notable apoyo institucional público y privado. Deseo recordar a dos de los promotores María Luisa Ansorena y Fernando Wonenburger, justamente homenajeados dando nombre a la Residencia y al Centro de día, respectivamente. La colaboración público-privada en docencia, investigación y asistencia se desarrolla de manera muy satisfactoria en los centros gerontológicos Fundación ADCOR Residencia Geriátrica, Real Institución Benéfico Social PADRE RUBINOS Residencia Geriátrica y Residencia Geriátrica Agarimo. Milenium Grupo Gerontológico.

#### PARTICIPACIÓN EN CONVENIOS Y CONTRATOS

Destaca

Sistema integrado para el telediagnóstico y seguimiento a distancia de pacientes con prótesis de cadera. 1998

Sistema de información para la gestión de la historia clínica electrónica y las imágenes diagnósticas asociadas del hospital San Rafael. Universidad de La Coruña; Hospital San Rafael; Xunta de Galicia.

Dirigido por el Académico correspondiente y Catedrático de Universidad Dr. Alejandro Pazos Sierra. 2006.

#### COMUNICACIONES Y PONENCIAS PRESENTADAS A CONGRESOS.

Ha presentado numerosas, especialmente en el campo de la Geriátrica y Gerontología

En las Sociedades Española y Gallega de Gerontología y Geriátrica, a lo largo de numerosos congresos.

## ESTANCIAS DE INVESTIGACIÓN

Bolsa para la Formación de Profesores en Nuevas Titulaciones. Estancia de un mes en la Faculteit Gezondheidszorg Hogeschool Van Amsterdam (Holanda). Consellería de Educación e Ordenación Universitaria Xunta de Galicia. (1994)

## OTROS MÉRITOS

Gestión Director asistencial de la Fundación ADCOR Residencia Geriátrica, desde 2012 hasta la actualidad.

Director médico de la Asociación Paralíticos Cerebrales (ASPACE Coruña) desde 1997 hasta la actualidad

## PERTENENCIA A SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y/O PROFESIONALES

Socio Fundador de la Sociedad Gallega de Hipertensión Arterial (SGH). Secretario General de la Sociedad Gallega de Hipertensión (SGH) (2001).

Miembro de la Asociación de Profesores Universitarios de Radiología y Medicina Física (APURF).

## COLABORACIONES CON ENTIDADES

ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS DELA CORUÑA. Infecciones víricas estacionales en el adulto mayor (2021)

---

## ■ ANALISIS DEL DISCURSO

### La “Vejez”: Una aproximación desde la ciencia y la conciencia”

Es importante que la excelencia de las aportaciones del nuevo académico a la investigación médica, queden reflejadas, en parte, en su discurso de ingreso. En el caso del Dr. Rodríguez-Villamil, esto se ha realizado de una manera muy satisfactoria. El tema elegido por el Académico Electo para el Discurso de ingreso, supone un gran acierto. Por su interés, actualidad y original planteamiento. El discurso está muy bien estructurado. Que vamos a analizar.

Decía Santiago Ramón y Cajal “En la vejez no nos deben preocupar las arrugas del rostro, sino las del cerebro”.

Es muy completa y actualizada la estadística sobre las personas mayores. Y el envejecimiento como elemento positivo.

Las respuestas que se dan en Galicia para responder a la demanda de la calidad de vida. Muy interesante el concepto sobre los grandes hospitales como centros de Innovación y Desarrollo. Y la declaración sobre la denominación de Centros Gerontológicos que es más adecuada que la de Residencias Geriátricas. Expone con precisión su experiencia sobre estos Centros. En la prevención de las caídas, detección del dolor y asistencia interdisciplinar. Todo ello en una buena colaboración público-privada. Con el HADO (Hospitalización a Domicilio) y la UCC (Unidad de Cuidados Continuos).

Se centra, muy adecuadamente, en la enfermedad de Alzheimer como modelo de enfermedad neurodegenerativa. El nuevo Académico realiza un notable y muy actualizado estudio sobre esta enfermedad. Con aportaciones sobre el estado del diagnóstico con las proteínas Beta-amiloide y proteínas TAU. Se plantea si, con estas técnicas, sería posible la antelación a la detección con años la aparición de los primeros

síntomas. Y también el tratamiento, ya aprobado por la Agencia Europea del Medicamento. En la última parte se desarrollan una serie de aportaciones y reflexiones originales acerca del envejecimiento, basadas en la experiencia en Geriátrica clínica del nuevo Académico y en sus propias valoraciones humanas.

Destaco su afirmación. “El talento, la capacidad intelectual y el aprendizaje se mantiene a lo largo de la vida”. Coincide con el pensamiento “La emoción del aprendizaje separa a la juventud de la vejez. Mientras estés aprendiendo, no eres viejo”. Rosalyn S. Yalow. Premio Nobel de Medicina de 1977.

Jubilarse se ha convertido en una de las transiciones vitales más significativas de la vida de las personas. Hay que prepararse para el cambio. Y esperar pérdida de capacidades física y mental.

#### Y ACERCA DEL FUTURO

Son notables las contribuciones del Dr. Rodríguez Villamil en este campo.

Refiere que a presencia de una fuerza laboral cada vez más envejecida obliga a pensar en un aprendizaje de por vida. Para que se puedan seguir realizando actividades profesionales. Y repensar el aprendizaje de por vida para evitar que el talento se pierda. Y que la actividad remunerada o no consiga retraso en la discapacidad.

En el discurso se pone de manifiesto, en varios momentos, la importancia de la coordinación entre los proveedores de servicios y el aumento de la atención en el hogar, creando la cultura del cuidado. Y que el entorno signifique un lugar de encuentro gratificante y potenciador de las capacidades.

---

Entre las conclusiones destaca que la Geriátría sea espacio dentro de la eficacia de la medicina actual como tratamiento complementario de diversas patologías.

#### APORTACIONES ORIGINALES.

Como es preceptivo, las aportaciones del nuevo Académica quedan perfectamente reflejadas en su discurso. Y ya las hemos resumido en el previo análisis del discurso.

La bibliografía está muy actualizada a los últimos años y que se incluyen las publicaciones muy recientes de su grupo de trabajo.

En conclusión y como indican nuestros Estatutos, queda demostrada y reconocida la excelencia del Dr. José Luis Rodríguez-Villamil Fernández en su ejercicio profesional, publicaciones de importancia y reconocido prestigio, en la Especialidad Geriátría. Y que ha cumplido con satisfacción pronunciando el discurso estatutario.

Deseo finalizar, citando al que fue Académico Numerario de esta Corporación, Dr. Domingo García-Sabell, en su libro de 1999 "Paseo alrededor de la muerte". "La vejez es una situación biológica y biográfica en la que, de algún modo, se anticipa la vivencia de la muerte. Para muchos la vejez es una etapa del desarrollo humano. Lo que de verdad hay, lo que realmente existe es una continuidad ininterrumpida, un fluir constante".

He dicho



REAL ACADEMIA  
DE MEDICINA DE GALICIA







BAJO EL ALTO PATROCINIO  
DE LA CORONA



REAL ACADEMIA TRANSFERIDA A LA  
XUNTA DE GALICIA

PLACA DE ORO AL MÉRITO SANITARIO DE GALICIA  
MEDALLA DE ORO DE LA CIUDAD DE A CORUÑA  
MEDALLA DE ORO DE GALICIA