

SÍNDROME DE TITONO

EL TORMENTO DE LA INMORTALIDAD SIN JUVENTUD

Síndrome potencialmente abordable



Francisco Robles Agudo

Ivon Rivera Deras

Diseño de portada e interior: Ivon Rivera Deras.
Corrección de estilo: Francisco Robles e Ivon Rivera Deras.
Editor: Ivon Rivera Deras.

ISBN: 978-84-09-82408-3.

Primera edición: febrero 2026.
Impreso en: Madrid – España.

© 2026 Francisco Robles Agudo e Ivon Rivera Deras.
Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, grabación o cualquier otro sistema, sin el permiso previo y por escrito de los autores.

Para contacto y más información: ivon.rivera@salud.madrid.org

SÍNDROME DE TITONO

*EL TORMENTO DE LA
INMORTALIDAD SIN JUVENTUD.*

Síndrome potencialmente abordable.

AUTORES PRINCIPALES

Francisco Robles Agudo¹
Ivon Y. Rivera Deras²⁻³

PRÓLOGO

Manuela Beltrán de la Ascensión¹
Leire Eguzkiza Ezponda¹

EPÍLOGO

Francisco Sanz Segovia¹

COLABORADORES

Darío Zori Calvo⁴
Marta Neira⁵

¹ Especialistas en Geriátría. Hospital Universitario La Paz – Cantoblanco, Madrid.

² Especialista en Geriátría. Hospital Universitario de Getafe.

³ Universidad Europea de Madrid. Department of Medicine, Faculty of Medicine, Health and Sports.

⁴ Especialista en Neumología (jubilado). Licenciado en Historia.

⁵ Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)

NO VOLVERÉ A SER JOVEN

Que la vida iba en serio
Uno lo empieza a comprender más tarde
Como todos los jóvenes, yo vine
A llevarme la vida por delante.

Dejar huella quería
Y marcharme entre aplausos
Envejecer, morir, eran tan solo
Las dimensiones del teatro.

Pero ha pasado el tiempo
Y la verdad desagradable asoma:
Envejecer, morir,
Es el único argumento de la obra.

Jaime Gil de Biedma

PRÓLOGO

En la Grecia clásica la vejez se interpretaba como sinónimo de experiencia y sabiduría. Desde tiempos inmemoriales las sociedades para organizarse constituían Consejos de Ancianos que aportaban a la Res Pública su conocimiento por la experiencia de los años. En Esparta se llamó Gerusia, Boulé en Atenas y en general Senado, del latín Senator, anciano. En el barroco, Diego Velázquez en su lienzo “El aguador de Sevilla” muestra una metáfora del conocimiento que pasa del anciano al niño. En la edad contemporánea, en particular en las últimas décadas, ese saber por haber vivido, ha ido perdiendo valor a cambio de otras formas de conocimiento. Esta evolución no debería ser incompatible con educar a los niños para convertirse en adultos y a estos para afrontar el envejecimiento y la finitud con dignidad. Los cambios, aparentemente rápidos, no han modificado de forma significativa ni la condición humana ni su finitud. De ahí que continúe vigente la recomendación de gestionar la salida.

El mito de Titono, inmortal pero condenado a envejecer sin fin, simboliza uno de los dilemas más antiguos y persistentes de la humanidad: el deseo de vivir eternamente sin asumir el desgaste inevitable del cuerpo y del tiempo. Este relato, rescatado de la mitología griega, sirve aquí como metáfora poderosa para examinar los límites de la medicina, los excesos del culto a la juventud y las tensiones éticas que surgen cuando prolongar la vida deja de ser un acto de cuidado para convertirse en una forma de sufrimiento.

A través de una mirada interdisciplinaria que combina historia, filosofía, arte, cine y medicina, este texto reflexiona sobre cómo nuestra sociedad ha reemplazado el respeto a la vejez por una obsesión por lo joven, desplazando a los mayores hacia los márgenes de lo visible y lo valioso. La narrativa médica se entrelaza con la cultural para mostrarnos que, aunque hemos logrado alargar la esperanza de vida, aún no sabemos cómo acompañarla con sentido, autonomía y dignidad.

En este contexto, el llamado “síndrome de Titono” da nombre a una situación cada vez más frecuente: la prolongación artificial e innecesaria de vidas sin conciencia ni calidad, impulsada más por el miedo o la culpa que por el bienestar del paciente. Esta reflexión nos invita a cuestionarnos si, como sociedad, estamos preparados para envejecer y morir con humanidad, y si somos capaces de reconocer cuándo, como Eos, debemos soltar la mano de quienes amamos y permitirles descansar en paz.



Figura1. El aguador de Sevilla. Diego Velázquez 1620. Apsley House, Londres, Reino Unido.

TITONO EN LA MITOLOGÍA GRIEGA: INMORTALIDAD SIN JUVENTUD.

Los antiguos griegos estaban obsesionados con la juventud perpetua y la vida eterna, pero eran muy conscientes del peligro que entrañaba esa aparente bendición. Los himnos homéricos narran la conmovedora historia de Titono, un troyano que enamoró a Eos, diosa de la aurora (figura 1).

En la mitología de la antigua Grecia, Titono era un príncipe mortal, hijo de Laomedonte rey de Troya y hermano de Príamo. De una belleza deslumbrante conquistó el corazón de Eos, Aurora en la mitología latina, diosa del amanecer (figura 2).

Eos era la hija de Hiperión y Tea, que eran titanes de primera generación. Eos era una diosa, un titán de segunda generación y hermana de Helios, el dios del sol, y Selene, la diosa de la luna. Eos traía el amanecer cada día, Helios traía el sol y Selene traía la luna cada noche (1-4).

Eos era conocida por desear a muchos hombres jóvenes y atractivos. Según algunos mitos, este deseo se debía a una maldición que le había lanzado Afrodita. Eos tuvo varios amantes, entre ellos Titono del que se enamoró perdidamente por su extraordinaria belleza. Eos se sintió tan atraída por Titono que decidió raptarlo para vivir juntos el resto de la vida, pero Titono era un hombre, y como tal mortal. Incapaz de aceptar que un día su amado moriría, suplicó al poderoso Zeus, rey de los dioses del Olimpo, la inmortalidad para Titono. Zeus, habitualmente complaciente con los caprichos de dioses y diosas, accedió al pedido de Eos y bendijo a Titono con el don de la vida eterna. Atolondrada, olvidó pedir explícitamente que no envejeciera.

Al principio, Titono y Eos vivieron una existencia idílica, disfrutando del amor y la compañía mutua. A medida que el tiempo avanzaba, Eos permanecía siempre joven y Titono comenzó a envejecer. La falta de previsión de Eos al pedir inmortalidad sin juventud perpetua resultó en una de las ironías más crueles de la mitología (1-4).

Aunque su amor no mermaba, el cuerpo de Titono sí. Su piel se arrugaba y su fuerza declinaba. Titono envejeció hasta convertirse en un anciano débil, frágil y es posible que presentara síntomas de demencia, como balbuceo incoherente. El paso de los años continuaba inexorable y despiadado, y Titono, incapaz de morir, se vio sumido en un ciclo interminable de decadencia, reclamando una muerte que nunca llegó porque Eos no tenía el poder de quitarle la inmortalidad que le había concedido Zeus.

Mientras Eos permanecía siempre idéntica, dormía junto a un amante cada noche más decrepito, y acabó encerrándolo con llave tras unas puertas doradas. Allí, Titono se arrugó y menguó hasta convertirse en una cigarra cuyo monótono canto es la súplica de morir.

Según algunos relatos, cansada de ver sufrir a su amante, Eos convirtió a Titono en una cigarra permitiéndole vivir sin las penurias de su cuerpo envejecido. En otros relatos, Titono se convierte en un saltamontes, símbolo de inmortalidad en la mitología griega. Desde entonces cada vez que Eos se despierta por la mañana y llora produciendo el rocío con sus lágrimas, Titono se alimenta de las mismas, mientras susurra el reconocido sonido con el que pide su muerte a Tánatos, el hijo de la noche (1-4).

A través de los siglos, la historia de Titono ha inspirado a poetas, escritores y filósofos a reflexionar sobre los límites naturales de la vida humana. Desde los poemas homéricos hasta las obras de Shakespeare, el mito de Titono ha transitado por la historia de la literatura como un símbolo de la mortalidad y nuestras limitaciones terrenales. En el *Himno homérico a Afrodita*, la diosa cuenta a Anquises la miserable vejez de Titono. El mito es evocado en un poema de Safo de Mitilene (650-580 a. C.). La etimología de Titono es quizá de origen anatolio; la expresión “Τιθωνοῦ γῆρας”, literalmente “una vejez de Titón” designa una vida que se eterniza (1-4).

ACTITUD ANTE EL ENVEJECIMIENTO. CULTO A LA JUVENTUD.

En la estela de Eos, nuestro mundo trata de ocultar la vejez (5-6). Temerosos de mencionar lo innombrable, el lenguaje fabrica eufemismos insólitos como “cremas antiedad” o personas “de edad avanzada”, en una extravagante aplicación del principio de incertidumbre. La publicidad nos golpea con mensajes de rebeldía y hedonismo juvenil: sé auténtico, pero sin arrugas. Obsesionados por un ideal irrealizable, olvidamos que la perfección es una cualidad de los objetos, nunca de las personas. Hablar de cuerpos perfectos es una paradoja. En la Antología palatina, una variada colección de versos griegos los poemas anhelan la belleza viva de la imperfección: “Aun vestida de arrugas, querida Filina, eres más hermosa que las jóvenes”. Otro escritor dice de su amada Melita: “Han pasado muchos años, pero no su risa añorada. Los estragos del tiempo no alcanzan a rendirla”.

La Grecia clásica manifestó un enorme interés por el cuerpo humano. Sus escultores intentaron plasmar la perfección en las creaciones que salían de sus manos. El Discóbolo de Mirón (figura 3), el Doríforo de Policleto, el Apolo de Belvedere (copia de un original griego perdido) o las Venus de Cnido de Praxíteles testimonian el aprecio de los antiguos griegos por la

juventud y la belleza, pero esa admiración convivía con el respeto a los ancianos, un término mucho más elegante que el bobo eufemismo “personas de la tercera edad”. La vejez se interpretaba como sinónimo de experiencia y sabiduría.

Platón describía esa etapa como el tramo de la vida en que prevalecen virtudes como la prudencia, la discreción y el buen juicio. Los grandes oradores y filósofos romanos albergaban una opinión semejante. Cicerón sostenía que la vejez es bella y, para Séneca, representaba el apogeo de la moderación y la serenidad.

Las leyendas antiguas fantaseaban con escapar al flujo irreversible de los años: el sueño de ser jóvenes de nuevo es muy viejo. En China, los cuentos populares describían las Tierras de la inmortalidad, pobladas por gentes que nunca envejecían ni morían. El emperador Qin Shi Huang envió a un alquimista con un séquito de 3000 soldados para descubrir el elixir. Jamás regresaron. Juan Ponce de León buscó en vano la fuente de la eterna juventud, en Florida, península convertida hoy en retiro para jubilados.

Desde las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, esa perspectiva fue reemplazada por el culto a la juventud, la publicidad convirtió el cuerpo en un objeto de consumo. Publicada en 1890 (figura 4), *El retrato de Dorian Gray* es la obra magna de Oscar Wilde. Con ella, el autor cuenta una historia que ha obsesionado a los artistas: la búsqueda de la eterna juventud y el temor a envejecer. El joven Gray vende su alma para que sea su retrato el que envejezca y él permanezca siempre joven. Se ha impuesto un pueril culto a la juventud y el menosprecio a los mayores es uno de los rasgos de nuestra época.

Hoy, muchos jóvenes tienen dificultad para conectar con las personas mayores y a veces no valoran del todo su experiencia. A su vez, algunos mayores adoptan actitudes juveniles, influenciados por una sociedad que prioriza la juventud. Como señalaban Ortega y Gasset y Javier Marías, “hace ya un siglo que se dejó de educar a los niños para convertirse en adultos. Todo lo contrario: los adultos de nuestra época están educados para seguir siendo niños”. La publicidad ha consolidado esta tendencia con frivolidad”. Este fenómeno ha sido reforzado por una publicidad que, con ligereza e ingenuidad, ha privilegiado lo efímero frente a lo esencial.

En *El crepúsculo de los dioses* (Billy Wilder, 1950), Gloria Swanson encarnó a Norma Desmond, una vieja estrella del cine mudo protagoniza una amarga peripecia. Incapaz de asumir su edad, se somete a toda clase de tratamientos para rejuvenecer y volver a las pantallas. Su frustración ofusca su mente y asesina a su joven amante (William Holden). Cuando la policía acude a su mansión para detenerla, baja las escaleras con la convicción de asistir a un gran estreno rodeada de periodistas.

Lillian Gish, otra estrella del cine mudo encaró su vejez con enorme elegancia. Su aparición en *Portrait of Jennie* (William Dieterle, 1940), *Duelo al sol* (King Vidor, 1946) y *los que no perdonan* (John Huston, 1960) revelaron que no necesitaba su belleza juvenil para triunfar como actriz. Con cuatro Oscar como mejor actriz de reparto, Ethel Barrymore fue otra de esas grandes damas de la interpretación que no interrumpieron su carrera al llegar a la vejez.

Los adultos deberíamos cuidar y mantener vivo al niño que llevamos en nuestro interior. Sería deseable una sociedad impregnada de inocencia, ilusión y fantasía, pero sin vicios como la puerilidad y el egoísmo, dos rasgos de la infancia. Por desgracia, hoy imperan los aspectos más negativos de la niñez. Vivimos, como apuntaba Javier Marías, en una sociedad de adultos educados para no madurar. Quizás el cine clásico podría ayudar a superar ese defecto. Una sobredosis de películas de Joseph L. Mankiewicz, director de grandes obras como *El fantasma y la señora Muir*, *Eva al desnudo*, *Carta a tres esposas* y *La huella*, tal vez contribuiría a impulsar esa madurez que hoy se esquivo. Huir de la vejez es una forma de huir de nosotros mismos, pues el futuro nos alcanzará antes o después, y nos revelará nuestra fragilidad (figura 5) (7-10).

LONGEVIDAD Y TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Durante milenios la humanidad ha mantenido el sueño de prolongar la vida. En el último siglo caminamos hacia ese sueño con un aumento de la población de edad avanzada, uno de los cambios más significativos en la historia de la humanidad. En ese camino hacia la longevidad el número de personas mayores de 65 años ha superado por primera vez la cifra de niños menores de cinco años y, para el año 2050, es probable que las personas mayores superen en número a los individuos menores de 14 años.

El término “longevidad” considera dos conceptos diferentes: longevidad máxima y longevidad media.

La longevidad máxima es la edad máxima que un individuo de una determinada especie puede alcanzar. No se ha demostrado que exista un aumento en la longevidad máxima. La decana de la humanidad, la francesa Jeanne Calment, vivió 122 años, 5 meses y 14 días entre 1875 y 1997. En el pasado, también había persona que alcanzaban edades avanzadas de 80-90 años o más, aunque el porcentaje era mucho más bajo que en la actualidad (7).

La longevidad media se define como la media de la esperanza de vida al nacer de los individuos de una determinada especie. La longevidad media de la especie humana ha

aumentado considerablemente a lo largo de la historia, sobre todo en el último siglo, con un crecimiento del segmento poblacional de entre 60 y 100 años.

Este hito ha tenido lugar debido al descenso de la mortalidad infantil, del neonato y de la madre, la mejora de las condiciones higiénicas, al descubrimiento de los antibióticos y de las vacunas, y en general, a la mejora en el control de las enfermedades infecciosas, así como a una nutrición más equilibrada y del tratamiento de enfermedades como el cáncer, la diabetes, etc.

La transición epidemiológica ha cambiado sustancialmente el patrón de enfermedades que afectan a la población: de las causas predominantemente exógenas (infecciosas, carenciales, etc.) se pasa a un predominio de las endógenas (degenerativas, vasculares, etc.). Los procesos infecciosos prevalentes a primeros del siglo XX han dado paso a las enfermedades dependientes de la edad y de curso crónico, como las cardiovasculares, las neurodegenerativas y el cáncer. Existe un proceso continuo entre el envejecimiento y muchas enfermedades crónicas derivando en un aumento de los años vividos con alguna discapacidad. Los años de vida ajustados por discapacidad (DALY: Disability Adjusted Life Years) aumentan de manera significativa más allá de los 60 años. La morbilidad pasa a ser un mejor indicador de la salud que la mortalidad (7).

A medida que avance el siglo asistiremos a un retroceso relativo de la mortalidad causada por las enfermedades cardiovasculares y otras degenerativas debido a los progresos médicos, a los cambios positivos en los estilos de vida (disminución del tabaquismo, alimentación equilibrada, actividad física) y a los programas comunitarios de prevención. Las enfermedades crónicas degenerativas continuarán ahí, pero su incidencia se reducirá y se retrasará, lo que permitirá vivir más años y con mejor calidad de vida. El objetivo es que al tiempo que aceptamos nuestro envejecimiento, fragilidad y finitud, seamos proactivos para que la mayor parte de nuestra vida transcurra libre de discapacidad (7-10).

ATENCIÓN AL ANCIANO CON ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA

En las últimas décadas, sobre todo en los países desarrollados, ha disminuido la mortalidad por las enfermedades transmisibles y han aumentado las causadas por las enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad de Alzheimer y otras demencias. El envejecimiento es el principal factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades crónicas y la mayor parte de la carga de las enfermedades no transmisibles la portan las personas de edad avanzada. La mejora en las condiciones de vida, los avances

tecnológicos y terapéuticos están consiguiendo prolongar la supervivencia de las enfermedades no transmisibles, pero no la curación de la enfermedad con aumento de la morbilidad y el coste de experimentar períodos prolongados de discapacidad (7).

Estos pacientes llegan al final de su vida tras varias enfermedades crónicas que han padecido durante años precipitando dependencia para su autocuidado. Muchas de estas muertes llegan tras procesos prolongados que requieren complicadas tomas de decisiones sobre la utilización o suspensión de medidas de soporte vital, como sondas de alimentación, ventilación mecánica o fluidoterapia, en las que intervienen el paciente (no siempre por demencia, conspiración de silencio...), los miembros de la familia y los profesionales sanitarios (11).

En el año 1995, la American Geriatrics Society publica un documento en el que se definía quiénes son estos pacientes, qué cuidados y qué recursos sanitarios necesitan, qué formación deben tener los profesionales sanitarios que los atienden y la necesidad de investigar en este campo, antes incluso de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera los Cuidados Paliativos (CP), como “un método de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados a enfermedades graves a través de la prevención y del alivio del sufrimiento, por medio de la pronta identificación y correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales”.

Dado que la estimación del pronóstico es compleja y que el curso evolutivo de las enfermedades crónicas en los ancianos puede ser difícil de predecir, la aproximación paliativa a estos pacientes tiene que basarse más en las necesidades de los enfermos y de la familia que en el pronóstico de la enfermedad. Para llegar a una toma de decisiones anticipadas y poder hacer un plan de los cuidados individualizado es necesario informar. Las conversaciones mantenidas y las decisiones tomadas deberían documentarse a través de la realización de las directrices anticipadas y/o de la designación de un representante legal (7, 11).

En la orientación terapéutica de estas situaciones de final de la vida, el objetivo del plan terapéutico no es tanto alargar el pronóstico vital como minimizar el impacto de la enfermedad o enfermedades sobre el individuo y su entorno, así como garantizar confortabilidad y bienestar (12).

SÍNDROME DE TITONO

El aumento de la esperanza de vida, así como la mejora de los recursos sanitarios, han llevado a una población cada vez más envejecida, lo cual se refleja en los hospitales donde se ven con mayor frecuencia ancianos con deterioro cognitivo en la fase final de su enfermedad. Con frecuencia atendemos a pacientes nonagenarios con afectación grave de sus funciones cognitivas e ingresos repetidos por infecciones o por dificultad para su alimentación por vía oral, que reciben cuidados por parte de sus familiares en sus domicilios. Durante las hospitalizaciones los familiares exigen mantener los cuidados, excesivos para su situación clínica y funcional de acuerdo con nuestros criterios médicos, reclamando instaurar o mantener fluidoterapia, alimentación artificial, antibióticos y la futilidad de otras terapias. Este deseo de los familiares de preservar a cualquier precio la vida de los pacientes, condena a sus seres queridos a prolongadas agonías con cuidados desproporcionados (7, 12).

Skolnik describió el síndrome de Tithonus o Titono, que hace referencia a la situación que se da cuando los familiares demandan mantener con vida y medios desproporcionados a su ser querido, en estado clínico y funcional muy deteriorado e irreversible (13). Situación que surge como fruto de su amor y dependencia afectiva y quizás por algo de egoísmo. El deseo de la inmortalidad, la necesidad de retener para siempre a seres queridos condena a veces a largas agonías, plagadas de maniobras invasivas, desproporcionadas que ya ni siquiera cuentan o contarían con el consentimiento de los propios pacientes. Al igual que Titono, en su declinar, no pueden hablar ni moverse, atrapados en su propio cuerpo, tal vez incluso deseando nos demos por vencidos y los acompañemos a una muerte digna (2, 3, 4, 7, 12).

Los pacientes que padecen de este síndrome, al decir del Dr. Daniel Flichtentrei en el contexto de la muerte digna “son una nueva categoría de pacientes. Una que incluye a familias extenuadas e insomnes velando a sus padres que no acaban de morir. Desde sus ojos ausentes, una mirada vacía nos señala como un dedo acusador. Allí están, detenidos en un camino que no conduce a ninguna parte. Vegetativos, comatosos, alimentados e hidratados con medidas fútiles. Una vez más el sueño de la razón produce monstruos encarnizados.”

Como médicos, sabemos que estamos obligados a preservar la vida de todos los pacientes, y también que limitar la futilidad terapéutica no significa tratarlos peor (7). En estas situaciones que podemos denominar, como síndrome de Titono, el criterio médico choca con las expectativas de los familiares que encuentran en nuestros planteamientos médicos de “no hacer”, un abandono del cuidado de su ser querido (13-15). Además, crea conflictos y deteriora la relación con aquellas familias que no afrontan lo que significa perder a un ser querido. Alentados por servir a nuestro fin último de preservar y prolongar la vida, condenamos

a nuestros pacientes a una elevada morbilidad, enfermedades crónicas avanzadas, dependencia, ingresos repetidos e iatrogenia. El Síndrome de Titono no es algo excepcional en nuestro medio. Aun así, hasta la fecha no disponemos de criterios diagnósticos y tampoco hay consenso de cómo manejarlo (Tabla I). Otro aspecto que debería plantearse es si debería reflejarse en los informes clínicos como diagnóstico. Los médicos nos encontramos a menudo con Titono, teniendo ante él poderes similares a los de Zeus para determinar su destino y condenarle a la búsqueda de la inmortalidad tras un camino de penurias y sufrimiento. Quizá haya llegado el momento de identificar a Titono, no secuestrar su derecho a morir y darle el descanso que merece (2, 7, 12).

Este escrito invita a mirar de frente el envejecimiento y la muerte no como fracasos, sino como partes esenciales de la vida humana. Recuperar la dignidad del final exige una medicina más humana y una sociedad menos temerosa de su propia vulnerabilidad. En Titono, espejo mítico de nuestra era, vemos el precio de negar los límites.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graves R. Los mitos griegos. Barcelona: RBA; 2005.
2. Miller WT. Thionus. *Semin Roentgenol.* 1994;29(4):317.
3. De Grey AD. Combating the Tithonus error: what works? *Rejuvenation Res.* 2008; 11:713-5.
4. Weissmann G. Tithonus and the fruit fly: new science and old myths. *FASEB J.* 2008; 22:1619-22.
5. RM. The aging syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 1954; 2:123-9.
6. Ribera Casado JM, García Navarro JA. La vejez no es una enfermedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021; 56:257-8.
7. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2020.
8. Loewi AM. La invasión pacífica de los longevos. In: *Inmortalidad. Promesas, fantasías y realidades de la eterna juventud.* Buenos Aires: Autoría Editores; 2017. p. 25-41.
9. Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
10. Carrasco-Peña KB, Farias-Moreno K, Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad: factores de riesgo asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(1):23-5.
11. Villar F, Serrat R. Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(4):216-22.
12. Flichtentrei D. Permiso para morir: cuando el fin no encuentra su final. Buenos Aires: IntraMed Editores; 2013. p. 11-3.
13. Skolnik N. Tithonus syndrome. *JAMA Intern Med.* 2016; 176:1247.
14. Young P, Demuria M, Finn C, Bruetman JE. Síndrome de Titono. *Rev Med Chil.* 2017;145(9):1222-3.
15. Suárez Díaz S, Caminal Montero L. Síndrome de Titono o el problema de la inmortalidad. *Galicia Clin.* 2022;83(3):60

EPÍLOGO

A lo largo de la historia y en diferentes culturas y religiones, aún en la actualidad, los seres humanos han mostrado la esperanza de vivir para siempre o existir más allá de la muerte. La idea de inmortalidad es considerada entre algunos filósofos como la respuesta a la angustia y al miedo que produce en el ser humano la conciencia de su mortalidad.

La preocupación por la fugacidad de la vida y la búsqueda de la inmortalidad ya aparece en la considerada la obra literaria más antigua “El poema de Gilgamesh “

En el volumen póstumo “El parnaso español y musas castellanas “de Francisco de Quevedo, autor barroco, está incluido el poema ; Ah de la vida ;. En este poema el autor expresa su inquietud por el paso del tiempo y la proximidad de la muerte. El autor se sorprende de la rapidez con la que ha envejecido y de cómo le ha abandonado la salud; cae en la cuenta de que la vida ha pasado sin que él lo advirtiera, y de que esta próxima su muerte.

El mito de Titono, convertido en arquetipo de la vida sin límites y del tiempo que se vuelve castigo, encuentra hoy una inquietante resonancia en los pasillos de nuestros hospitales, en camas donde yacen cuerpos cansados, sostenidos más por la técnica que por el deseo de seguir viviendo. En esos rostros ausentes, en esas manos que ya no buscan ni se aferran, vemos una pregunta que nos interpela como sociedad: ¿hasta dónde tiene sentido sostener una vida cuando se ha perdido su esencia?

Este texto no es un alegato contra la ciencia ni un cuestionamiento del progreso médico. Es, más bien, una invitación a volver a mirar a la persona por encima del paciente; a recordar que la medicina no solo cura, también acompaña, escucha, alivia y, llegado el momento, sabe retirarse con humildad. La tecnología puede prolongar la existencia, pero no reemplaza el valor de una palabra oportuna, de una presencia que consuela, de una decisión tomada desde la compasión y no desde el miedo.

El “síndrome de Titono” no es solo un fenómeno clínico; es también cultural, social y emocional. Nos habla del temor a soltar, del apego desesperado, de un amor malentendido que, en lugar de liberar, retiene. Y también revela una deuda pendiente: educar para el final de la vida con la misma entrega con que enseñamos a vivir. Esto requiere espacios de diálogo, formación ética, escucha activa y un enfoque paliativo que no llegue tarde, sino que acompañe desde el inicio del declive.

Cerrar los ojos de un ser querido no debería vivirse como una derrota, sino como un acto final de respeto. Que este epílogo sirva, no como una conclusión, sino como un umbral. Un punto de partida para transformar la manera en que nos acercamos al envejecimiento, a la dependencia y al morir. Porque si hay algo que distingue a las sociedades verdaderamente humanas no es cuántos años prolongan la vida, sino cuánta dignidad preservan hasta el último aliento.

¡AH DE LA VIDA!

¿NADIE ME RESPONDE?

“¡Ah de la vida!” ... ¿Nadie me responde?
¡Aquí de los antaños que he vivido!
La Fortuna mis tiempos ha mordido;
las Horas mi locura las esconde.

¡Que sin poder saber cómo ni a dónde
la salud y la edad se hayan huido!
Falta la vida, asiste lo vivido,
y no hay calamidad que no me ronde.

Ayer se fue; mañana no ha llegado;
hoy se está yendo sin parar un punto:
soy un fue, y un será, y un es cansado.

En el hoy y mañana y ayer, junto
pañales y mortaja, y he quedado
presentes sucesiones de difunto.

Francisco de Quevedo



Figura 1. Eos persiguiendo a Titono. Vaso Ático de figuras rojas, circa 470 a 460 a. C. Colección Canino, Museo del Louvre, París, Francia.



Figura 2. Aurora. Óleo sobre lienzo. Annibal Carracci 1605. Museo Condé-Chantilly. Oise – Francia.



Figura 3. Discóbolo. Mirón de Eléuteras en torno al 450 a. C. Museo Nazionale Romano. Roma - Italia.



Figura 4. El Retrato de Dorian Gray, imagen según relato de Oscar Wilde 1918.

COMPRESIÓN DE LA MORBILIDAD



Figura 5. Compresión de la morbilidad y aumento de la vida libre de discapacidad

Concepto	Descripción
Valoración geriátrica integral	Persona con multimorbilidad y/o enfermedad avanzada en fase terminal que precipitan deterioro global irreversible y tormento.
Voluntades anticipadas, sí	Garantiza el respeto a la autonomía y a las decisiones previamente expresadas sobre la atención sanitaria al final de la vida.
Voluntades anticipadas, no	La pérdida de capacidad para decidir obliga a la toma de decisiones por representación, centrada en la persona y no en la mera prolongación biológica de la vida.
Equipo interdisciplinar	En base a la mejor evidencia disponible plantea una orientación terapéutica para favorecer el confort y la dignidad de la persona.
Entorno familiar	Por su dificultad de asumir la irreversibilidad del proceso y pérdida de la persona querida, demanda medidas que no mejoran el pronóstico ni la calidad de vida.
Abordaje para evitar el conflicto	Enfoque estructurado de las discrepancias clínico-familiares para prevenir intervenciones fútiles y prolongación innecesaria del proceso de morir.

Tabla I. Síndrome de Titono.



semeg

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA GERIÁTRICA

NUTRISENS 
Juntos, innovando en nutrición.