

cuadernos gerontológicos

Nº9. AÑO 2010

Publicación de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología.



Editorial

Originales

ENTREVISTA A D. AGUSTÍN GONZÁLEZ GARCÍA DE ACILU por Lourdes Gorricho Ríos

LA LEY DE DEPENDENCIA Y LAS PERSONAS MAYORES por Maider Beltza Bengoetxea

EL ANCIANO CON DISFUNCIÓN SEXUAL. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS Y CLÍNICOS por Fco. Javier Alonso Renedo

IX premio Tomás Belzunegui

“TRES HISTORIAS Y UNA BUENA COMIDA” por María Amaya Carro Alzueta

Reseñas históricas

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL PSICOGERIÁTRICO SAN FRANCISCO JAVIER por Laurindo Miji

Trabajos publicados

“CAÍDAS. EL SÍNDROME OLVIDADO” por María Gonzalo Lázaro



Opinión

Estimados/as amigos/as:

Como habéis podido ver, hemos procedido a dar un nuevo aire a nuestra revista. El fin era hacerla más ágil, por eso ha disminuído el número de páginas, y ha aumentado el número de ejemplares al año, que a partir de ahora será de periodicidad trimestral, y de la misma forma intentamos que sea más cómoda de leer.

Pero también nos gustaría que fuera de comunicación auténtica, es decir, que sirva tanto para transmitir información a vosotros, como para recoger vuestras opiniones, comentarios, reflexiones, reclamaciones, etc, que os parezcan importantes, y que consideréis que puedan ser de interés para todos los miembros de nuestra sociedad.

Por ello os ofrecemos un espacio abierto para que podáis enviarnos vuestras aportaciones, que iremos publicando en los sucesivos números.

Así que os animo a participar, enviando cartas a la siguiente dirección: Avda. Baja Navarra nº 47, o correos electrónicos a la dirección de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología (sngeriatria@yahoo.es).

En espera de vuestras noticias, me despido atentamente.

Lourdes Gorricho Ríos

Directora

Lourdes Gorricho

Comité de redacción

Inés Francés

María Gonzalo

José Ramón Varo

Javier de Prada

José Luis Larrión

M^a Jesús Castillejo

Depósito legal

NA 1839 - 1994

Diseño y maquetación

iLUNE

Fotografía portada

Javier Ecay



EDITORIAL 4

ORIGINALES 6

Entrevista a D. Agustín González García de Acilu
por Lourdes Gorricho Ríos

La Ley de Dependencia y las personas mayores
por Maider Beltza Bengoetxea

El anciano con disfunción sexual. PARTE I
Aspectos fisiopatológicos y clínicos
por Fco. Javier Alonso Renedo

IX PREMIO “TOMÁS BELZUNEGUI” 18

Tres historias y una buena comida
por María Amaya Carro Alzueta

RESEÑAS HISTÓRICAS 21

Pasado, presente y futuro del Psicogeriátrico San Francisco Javier
por Laurindo Miji Viagem

TRABAJOS PUBLICADOS 24

Caídas. El síndrome olvidado
por María Gonzalo Lázaro

AGENDA 27

Calidad en el empleo, calidad en la atención

Éste ha sido el lema del IX Congreso Nacional Lares, que se celebró a finales de mayo en Pamplona y que Lares Navarra tuvo el gusto de organizar junto con la Federación Lares.

La apuesta era arriesgada porque proponíamos un tema delicado, con muchas luces pero también, por supuesto, con muchas sombras que todavía nos oscurecen. Pero decidimos abordarlo por nuestro personal trabajador, por nuestro personal directivo y, sobre todo, por nuestras personas mayores. Porque si logramos una mayor calidad del empleo en los centros residenciales Lares, aumentaremos la motivación y la satisfacción de los equipos profesionales. Si conseguimos hacer del sector solidario, de nuestro sector, un destino laboral atractivo, los mejores profesionales querrán quedarse con nosotros, y eso supone una mejora constante de la calidad en la atención de las personas residentes.

En el Congreso (permítanme que lo diga, fue todo un éxito) debatimos, aprendimos, intercambiamos experiencias, compartimos vivencias, y todas y todos pudimos “enriquecer” el Congreso con la aportación de nuestro punto de vista. Por ejemplo, fue tremendamente interesante la mesa redonda en la que representantes de las administraciones públicas, sindicatos y patronales expusieron su visión sobre qué es necesario para aumentar la calidad en el empleo y, por extensión, la calidad en la atención, y sobre temas más concretos como la negociación colectiva o la responsabilidad pública en la Ley de Dependencia, por ejemplo. De ahí la primera conclusión del IX Congreso Nacional Lares: “la coordinación entre las administraciones públicas, los sindicatos y el tercer sector conducirán a que nuestros residentes reciban una buena calidad en la atención”.

Especialmente relevante fue la ponencia inaugural del ex ministro de Trabajo Manuel Pimentel. Fue muy claro al exponer la situación de crisis generalizada, pero también lanzó mensajes muy directos: no podemos cometer la ingenuidad de que todo va a seguir igual que antes, así que hay que adaptarse a la nueva realidad; eso sí, manteniendo y luchando por nuestros ideales. De ahí la segunda de las conclusiones del Congreso: “El momento de crisis que sufrimos en la actualidad lo debemos utilizar como una oportunidad para fortalecer la gestión de nuestros centros, con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales”. Y todo ello en aras de seguir mejorando la calidad en el empleo y la calidad en la atención en los centros Lares. Porque (tercera conclusión del Congreso) todos los cambios que hemos ido asumiendo, bien sea por las nuevas nor-





mativas, por la introducción de equipos Interdisciplinares en nuestros centros, el cuidado y atención a residentes con pluripatologías y, por supuesto, la nueva realidad que supone la mayor esperanza de vida...todo ello, que nos ha obligado a hacer importantes esfuerzos (bien lo sabemos), habrán merecido la pena si convergen en un punto: la calidad, la calidad en el empleo y la calidad en la atención.

También tengo que recordar las intervenciones del secretario general de Política Social del Ministerio de Sanidad y Política Social, Francisco Moza, y de la consejera de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra, María Isabel García Malo. Ellos dos subrayaron un aspecto extraordinario, más si cabe en esta situación de crisis. El tercer sector genera empleo y en Navarra, por ejemplo, estamos tirando del carro de la economía de la Comunidad Foral. En todo el país, el sector de política social emplea a 120.000 personas y, de hecho, ha generado más del 20% del empleo en el país en los últimos dos años. Somos generadores de empleo y de actividad económica también en Navarra. En el último año, de enero de 2009 a enero de este año, tal y como explicó en nuestro Congreso el presidente del Gobierno de Navarra, Miguel Sanz, la afiliación a la Seguridad Social ha crecido en este sector, junto al sanitario, en 1.181 personas. Por ello, la cuarta conclusión del IX Congreso Nacional Lares: “estamos generando empleo, incluso en plena crisis. Además, generamos bienestar. Hagámoslo mejor. Avancemos en la calidad en el empleo”. Y, ¿cómo lo podemos hacer? En Lares lo tenemos claro: “debemos comenzar a trabajar en la gestión de nuestra marca individual y conjunta como empleadores para reforzar nuestra capacidad de contar con los profesionales que realmente necesitamos” (quinta conclusión). Como apuntó el presidente de Lares Federación, José Ignacio Santaolalla, es importante que Lares cuente con una personalidad de empresa propia y diferenciadora, que realce nuestros atributos y motivaciones claves de las personas y saberlas transmitir adecuadamente dentro y fuera de nuestra federación y asociaciones autonómicas.

Hay muchísimo por hacer y por avanzar. No somos ingenuos. Creemos en lo que somos y nuestras ilusiones se mantienen intactas. El IX Congreso Nacional Lares nos ha permitido dar un paso más, expresar lo que somos capaces de hacer y de ofrecer desde el sector solidario, y hemos dado buena muestra de que todos (subrayar la relevancia de la persona cuidadora que, sin duda, es el terminal de la calidad) estamos en el mismo barco y que remamos con fuerza hacia un objetivo común, que no es otro que la Calidad porque “cuanto mejor estemos nosotros, mejor estarán ellos” (última conclusión). Trabajemos para que así sea.



*Eduardo Mateo Miranda,
Presidente de la Asociación Lares Navarra
Director de la Residencia de Ancianos “San José” de Valtierra*

Entrevista a D. Agustín González García de Acilu

por Lourdes Gorricho Ríos. GERIATRA. GESTIÓN ASISTENCIAL S.A.

El afirma que se encuentra "en los estereotipos de mi última juventud", y reconoce la importancia de seguir "mientras la cabeza manda". Con su aspecto bohemio, su cabellera blanqueada por los numerosos años vividos, y una voz entonada, entrañable, que a pesar de contactar por teléfono, da la sensación de estar frente a frente. Es D. Agustín González Acilu, músico.

Usted nació en Alsasua un 18 de febrero de 1929, tiene pues 81 años, ¿en qué etapa se quedó "García de" de su segundo apellido?, y ¿le molesta que se suprima tan frecuentemente?

Empecé por suprimirlo para firmar las partituras por hacerlo más rápido. En la Sociedad de Autores sí que firmo con el segundo apellido completo, y por lo tanto no me molesta que se suprima.

Sin antecedentes familiares musicales, ¿qué escuchó para hacerle entender que a la música iba a dedicar su vida?

No tengo antecedentes familiares, pero tuve la suerte de coincidir con un gran maestro, el profesor Taberna, que trabajaba en Alsasua, y a los 11 años ya estudiaba solfeo, clarinete... Empezamos dándole fuelle al órgano, (no eran eléctricos como ahora), y a mí se me quedó la música de Juan Sebastian Bach.

Antes no había ni tan siquiera aparatos de radio, (eran los años 41-42), porque habían sido requisados. La música que se oía era la de la banda de música.

Si ya parece difícil dedicarse a la música, aún debió de ser más difícil conseguirlo en la época en que le tocó a usted iniciarse, (postguerra...). Vencer esas dificultades, ¿tiene que ver con su carácter, o han sido sus dotes musicales, lo que le ha hecho llegar hasta aquí?

Voy a Madrid y ahí apenas se escuchaba a Bach, algo a Tschaikowsky, o del romanticismo. De todas formas en aquella época vivir con dificultades no era una excepción, era lo normal. La música nace como una vocación, una sensibilidad que me determina, ¡la música es tan espiritual! (laico-espiritual). En Madrid ha habido un paralelismo entre personas de mi vocación. No había Conservatorios más que en las grandes ciudades, no había medios de transporte como ahora y te tenías que quedar a vivir allí.

He visto fotografías de su infancia, (aquellas fotos en la escuela, con el mapa de España detrás). ¿Fue usted un "hijo modelo" o también hacía sus travesuras?. Al hilo de esto, ¿nos puede contar un recuerdo especialmente querido de su infancia?

La infancia siempre es querida. Todos los niños hacíamos barrabasadas, luego venían las consecuencias, nos sacudían los padres, los maestros... todo en conjunto lo recuerdo bien. Fui un niño sin envidias, ya que todos teníamos lo mismo. En los años 41-42, Alsasua era "la Villa Industrial", había fundición de hierro, ferrocarril, muchos obreros, y luego tenían sus huertas para defenderse.

Sus años de aprendizaje en diversos países de Europa ¿le hacían ver a España con posibilidad de fu-



turo para la música que usted ya imaginaba, diferente a la tradicional”?

Años de aprendizaje. Ya veía que la vuelta a España iba a ser dura, y fue muy dura. Yo ya estaba convencido que la música que nos habían enseñado no era la que había que hacer. Era la revolución entre la música tonal y atonal. Si, lo veía, pero no se puede renunciar a lo que uno ve tan claro.

“Generación del 51, ¿qué le sugiere ésta denominación y qué característica cree que la explica mejor?

Nos encontramos en ella todos los que pasamos por el Conservatorio, pero tomamos las riendas apoyándonos en ésa tradición. Y veíamos que había que hacer otra cosa. No distinta, si no casi opuesta. Procedían de dos culturas, la tradicional, TONAL, y la opuesta ATONAL, y ahí fuimos dando tumbos y aprendiendo todos de todo, y los que generaron ésa música nacieron cuatro o cinco años antes que nosotros. Y de ahí se va haciendo una metodología a la que colaboramos según nuestra revolución técnica. Fue una manera de transgresión, y por el ambiente que se vivía, era muy atractivo el concepto de transgresión.

Por cierto he leído que alguien ha definido su música como un “binomio reflexión –abstracción.

¿Siente usted que hace eso cuando compone?

¡Hombre claro!, la música sinfónica para la ópera es un género, pero me atrae más la música pura. Pero la música es abstracta, y por eso hay que reflexionar mucho. La música es arquitectura de los sonidos, y no hay un punto referente. Me atrae más la música pura. La gran forma, como estructura, es arquitectura pura.

A juzgar por la extensión de su obra creativa, opino que es usted un gran trabajador. ¿Tiene usted un horario fijo de trabajo?

Antes en el Conservatorio reflexionaba y transmitía a los alumnos mañana y tarde. El profesor tiene que ser compositor. Algo que no tuvimos nosotros, pues mis profesores tenían 45 ó 55 años y otros mayores, los catedráticos, pero ellos nunca estrenaron su obra. Por el año 78, coincidí con un señor de 84 años, desconocido, y había escrito 13 sinfonías, y no había podido estrenar ninguna. Con el esfuerzo que supone y no había interés por lo nuevo, los músicos no se lo creían. Tuve ganas de llorar. La música es difícil, hay que reflexionar mucho por parte del aficionado, del que escucha, y eso requiere un esfuerzo, y la gente no quiere pensar. Prefiere una música fácil. A la música le ha ocurrido siempre igual, ahora se escucha a Stravinsky a Bartol, y antes eso no era música. Si a los niños se les hace interesarse por la música abstracta no tienen prejuicios, A los cincuenta años no. Pasa igual con la pintura. En tiempos de Beethoven, no interesaba su música. Cuando yo era joven y tocaba en una boda, (eran los años en los que hacía la mili), llegué a la conclusión que se podía saber la edad de quien pedía una canción por la canción que pedían, es la música que escuchaban de los 18 a los 30 años, épocas de noviazgo y matrimonios, música de su juventud. Actualmente trabajo mañana y tarde, y si estoy tres o cuatro días sin trabajar, luego me cuesta más.

¿Cómo adjudica título a sus obras?

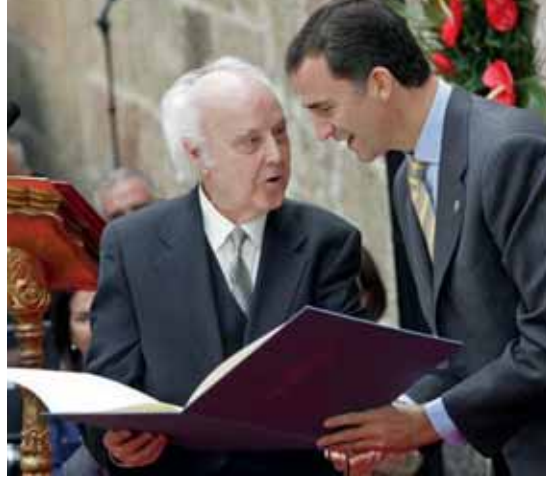
En función de la estructura.

Además de a Bach, ¿a quién elevaría usted a los “altares” musicales?

Beethoven es el equilibrio entre ciencia y humanismo. El sumo Hacedor es Bach.

Como profesor que es, (creo que uno no se jubila de su vocación nunca), ¿qué opina de la enseñanza musical en nuestro país’?

Pues que cualquier tiempo pasado fue peor. Hoy es tan amplia... Antes se enseñaba bien, pero en una franja muy estrecha. Ahora se ha abierto tanto en el S.XX.



Ahora cambiamos de tema, ¿qué piensa que ha sido importante en su vida para llegar a su edad en un tan buen estado psíquico y físico?

La suerte es la salud. Me ha gustado comer sano y beber vino. No fumo. No he hecho excesos. Los sentidos del hombre son ventanas al exterior, el estímulo de la persona, y la Naturaleza le ha puesto una trampa, ha puesto el placer. Creo que hay que tener cabeza para dominar y disfrutar de los placeres. El 14 de febrero estrené una obra sobre Epicuro, soprano, coro y orquesta. Cada palabra la he pensado y es la capacidad de disfrutar de las cosas con medida. Tratemos bien a ésa máquina (la tratamos muy mal).

La vejez, ¿tiene para usted ventajas?, de ser así, ¿cuál le parece más reseñable?

Si tienes buena salud, la vejez es recordar cosas, repasar tu vida, y lleva tiempo. Añorar el tiempo pasado, pero que no hay que creer que ha sido como ahora lo vemos. Hay que defenderse de la nostalgia. A los 20 años estaba viviendo muy mal, tendré trabajo....Ahora los jóvenes tienen necesidades. Nosotros no teníamos, ¡a callar y estacazo!

¿Siente que la vida pasa rápido?, ¿qué valora ahora que antes no se paraba a pensar?

¡Qué rápido pasa el tiempo! Por ejemplo, si vas a cenar con amigos, coges dinero. Al volver te sorprendes lo que te has gastado, pero te paras a pensar y salen las cuentas. Lo mismo es la vida. Hay que tener una gran disciplina para pensar y ser objetivo. Salen las dificultades, los cabreos...

¿Da consejos a sus hijos, nietos o predica más con el ejemplo?

Tengo tres hijas y estoy encantado con ellas. Mis nietos, vienen los sábados y les doy clases de piano. Creo que la gente que hace música se comporta de manera diferente, se relaciona con personas de otras edades y eso les forma de tal manera, vas adquiriendo una dimensión de forma de pensar que no se hace si sólo te has relacionado con los de tu edad. Por cierto,

ahora hay un individualismo y, a veces, si me encuentro con alumnos que han estudiado con sus compañeros durante 4 años armonía, se juntaban dos veces por semana y si ahora le pregunto por otro compañero me dicen: "ya no nos vemos". Es de una tristeza.

¿Cómo vive un hombre como usted, nacido en el medio rural, la vida en una gran ciudad como Madrid? ¿Sigue usted vinculado con su Alsasua natal?

No era tan rural. Era villa industrial, como he dicho antes: había boxeo, carreras ciclistas y otras cosas... pero sigo vinculado. Antes estaba mi madre, que falleció con 100 años, allí viven hermanos, sobrinos, pero van muriendo. Me contrarío mucho cuando alguien ha muerto.

Premios, homenajes, estrenos de obras en el "AÑO GONZÁLEZ ACILU", coincidiendo con su 80 cumpleaños, incluso el más prestigioso de su tierra natal, "PRINCIPE DE VIANA" de la CULTURA 2009.

El éxito no ayuda a seguir trabajando. Hay que despojarse del éxito y del consumo. Se aprende más del fracaso que del éxito. Pero tampoco hay que creerse tanto el éxito ni el fracaso. El eje está en el propio YO, no en otra persona. Hay que tener fuerza para ser mi yo, y si no, nos desdibujamos de nosotros mismos.

Depresión es una palabra que no llegó hasta hace 30 años. Algunos alumnos decían: "estoy con la depre". Yo les recordaba las tres "jotas", fastidiarse, fastidiarse y fastidiarse, y luego ya veremos si servís para lo que estáis estudiando.

¿Cuál es el trabajo que ocupa actualmente su tiempo?

Una Ópera, obra de cámara sinfónica.

¿Qué le queda por hacer?

Seguir trabajando.

La Ley de Dependencia y las personas mayores

por **Maidier Beltza Bengoetxea.**

TRABAJADORA SOCIAL DEL AYUNTAMIENTO DE PAMPLONA. Nº COLEGIADA 28-727

Héctor Maravall, quien fuera director del IMSERSO señalaba que “es evidente que hay elementos comunes en este colectivo social de personas mayores. También hay enormes diferencias. Como aspecto diferenciador básico, no es lo mismo la situación de las mujeres mayores que la de los hombres mayores. La situación de los que tienen pensión y de los que no tienen. Los que, más allá de tener o no tener pensión, disponen de suficiencia de recursos económicos y los que se encuentran con graves dificultades económicas. Quienes viven solos y quienes viven acompañados, y los que tienen familia que les pueden y quieren cuidar y los que no. Los que viven en el ámbito rural y los que lo hacen en el ámbito urbano. Los que tienen un elevado o medio nivel de formación educativa y cultural, y los que su nivel es bajo o inexistente. Los que tienen buena salud y los que no la tienen. Los que conservan una razonable autonomía personal y los que se encuentran en situación de dependencia, y dentro de la dependencia, que ésta sea leve, moderada o absoluta” .

Inicio este escrito con las palabras de Héctor Maravall con el único objetivo de visualizar la heterogeneidad de las personas mayores. En este artículo de opinión pretendo relacionar el concepto de personas mayores con el de dependencia, extraer los puntos clave de la Ley de Dependencia y clarificar en qué momento de su aplicación nos encontramos en Navarra.

Persona mayor y dependencia

La dependencia en las personas mayores va unida al envejecimiento y, como principio básico, podría valer para una primera aproximación a la idea de dependencia. Pero son muchos los rasgos particulares de esta situación que han ido cambiando con el paso de los años. Una mayor longevidad de las personas no lleva implícita de manera automática una dependencia pues, muy al contrario, cada vez son más las personas que, a pesar de lo avanzado de su edad, mantienen su nivel de autonomía y su decisión de independencia, a

pesar de algunas limitaciones, en muchos casos compensables si existiesen apoyos que faciliten y adecuen el entorno personal.

La dependencia constituye la fractura en la calidad de vida de que se venía disfrutando y afecta a aspectos físicos, psicológicos y contextuales. El deterioro de algunos sistemas biológicos del organismo (respiratorio, cardiovascular, etc.) provoca una disminución de la fuerza física, de la movilidad, del equilibrio, resistencia, etc. que suele ir asociado al deterioro o empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque sin embargo, existen amplias diferencias entre las personas en la forma en la que se envejece y en la forma en que se afronta el envejecimiento. Además, el padecimiento de enfermedades crónicas durante la vejez tales como artritis, artrosis, oste-

oporosis y fracturas provocadas por caídas u otros accidentes contribuyen de forma notable a la discapacidad y a la dependencia física.

Los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de la demencia tipo Alzheimer o tras sufrir un accidente cerebrovascular son los problemas que más severas consecuencias conllevan sobre la pérdida de dependencia de las personas mayores ya que limitan su actividad intelectual y afectan a la capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realizar acciones cotidianas, etc. También, padecer depresión contribuye significativamente a la dependencia en la edad avanzada ya que contribuye al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre sí mismo y la salud física y aumenta el declive cognitivo y funcional, factores todos ellos que contribuyen a la dependencia de la persona.

Los factores contextuales, referido al ambiente físico donde vive la persona mayor así como las actitudes y comportamiento de las personas cercanas, pueden actuar favoreciendo su autonomía o en su dependencia. Los cambios sociales, de los cuales destaco la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral (que no ha ido acompañada en la misma intensidad de la del hombre al entorno familiar) y el proceso de atomización de las familias, influye también en que las personas mayores se encuentren solas o cuando menos desprotegidas de la cobertura que en otro momento brindaba una familia numerosa o extensa.

Ley de Dependencia

Con la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en el año 2007 (conocida como la Ley de Dependencia), las Administraciones Públicas asumen el desarrollo de un nuevo escenario de protección social dotándose de un instrumento de valoración como llave de acceso al conjunto de prestaciones contemplados en esta ley. Este baremo de valoración de los

grados de dependencia mide el estado de carácter permanente en que se encuentra la persona en relación a la capacidad de ésta para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto. Las tareas básicas de la vida diaria contemplan aquellas actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas como las relacionadas con el comer, regulación de la micción/defecación, lavarse, vestirse, el sentarse, tumbarse, desplazarse fuera y dentro del hogar, tareas domésticas como preparar la comida, hacer la compra, limpiar la casa, lavar y cuidar la ropa, y la toma de decisión entendida como la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

El baremo define tres situaciones de dependencia de carácter permanente que se describen a continuación:

- > Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- > Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- > Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesite ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.



El derecho a una ayuda, recurso... del sistema, por lo tanto, está determinado por el grado de dependencia reconocido, además de por el año de implantación en el que se encuentra la ley. ¿Esto último qué quiere decir? La ley prevé 8 años para su pleno desarrollo, por lo que la efectividad del derecho a las prestaciones se realizará progresivamente, de modo gradual, encontrándonos ya en el cuarto año donde se prevé la atención de las personas a las que se les ha reconocido Grado III y II.

Momento actual de la aplicación de la Ley

En estos cuatro años el acceso al sistema de dependencias ha sufrido cambios significativos. Inicialmente, en Navarra la aplicación de la Ley de Dependencia se inició con la oferta de dos prestaciones económicas, y para su aproba-

ción o denegación, eran determinantes el grado de dependencia así como la situación económica de la persona. Por lo tanto el acceso a este nuevo sistema de protección se realizaba mediante solicitud explícita de la prestación económica deseada. Posteriormente, el acceso era mediante la solicitud de valoración de dependencia con la posibilidad de señalar en el mismo documento aquel apoyo/recurso idóneo que consideraba la persona y/o familia. En la actualidad la persona solicitante interactúa con el sistema a través de la valoración de dependencia (tal y como indica en la ley).

Desde junio del año 2009, las personas que desean acceder a cualquier tipo de prestación del sistema de dependencia debe acercarse al Servicio Social de Base (Unidad de Barrio en Pamplona) y/o Centro de Salud Mental correspondiente a su lugar de residencia. Serán atendidas por un/a Trabajador/a Social quien le informará y asesorará del conjunto de prestaciones existentes a nivel de la Comunidad Autónoma así como de la Administración Local en materia de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. Para acceder a cualquier tipo de prestación y/o recurso de la cartera de servicios (ayuda económica para el cuidado en el entorno familiar, centro diurno, residencia...) deberá inicialmente solicitar valoración de dependencia. El Gobierno de Navarra será quien una vez recepcionado la solicitud, informe a la persona solicitante el día y la hora en que los/as técnicos/as les visitarán en el domicilio para aplicar el baremo de dependencia y medir su capacidad de autonomía/dependencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Una vez efectuada la visita, la persona deberá esperar a una carta en el que se le informa del grado de valoración obtenida así como la indicación para que coja cita en su servicio social y/o centro de salud mental de referencia y formalice la solicitud de prestación deseada siempre que tenga garantizada este recurso según la normativa vigente en cada momento (En función de: grado de

dependencia, disposición económica y patrimonial de la persona, etc.). Esta formalización se efectúa mediante el formulario denominado Programa Individual de Actuación (PIA) al que hay que adjuntar un sin fin de documentos que burocratizan y dificultan su aplicación. Hasta la fecha el derecho a la prestación se reconocía desde el momento en que la persona finalizaba con este último trámite (PIA). Parece ser que las modificaciones anunciadas para este año 2010 establecen que el derecho a las prestaciones económicas tendrán efecto desde la fecha de resolución, es decir, desde el dictamen de aprobado o denegado. Todas estas gestiones, desde la solicitud hasta la aplicación de una prestación, se están realizando en un tiempo entre 8 y 10 meses aproximadamente.

En estos momentos las prestaciones y/o recursos con los que contamos son los siguientes:

- > Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal (Ej.: formación en nuevas tecnologías, talleres de la memoria, actividades de ocio y tiempo libre, etc.).
- > Servicio telefónico de emergencia.
- > Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- > Prestación económica para el cuidado en el entorno familiar: modalidad vinculada a servicio y modalidad para el cuidado por parte de la familia.
- > Centro de atención diurna (con posibilidad de transporte adaptado).
- > Residencia: estancia temporal y/o permanente.

Ideas para la reflexión

Llegados al cuatro aniversario de la Ley de Dependencia y recordando que estamos en el ecuador en cuanto a su implementación, considero interesante terminar estas líneas con una preguntas abiertas que nos animen a reflexionar sobre el futuro de la misma, identificar oportunidades y debilidades que nos permitan acercarnos a este reciente sistema de protección para las personas mayores dependientes y sus familias.

La burocratización, el tiempo requerido para la tramitación... ¿cómo influye en la persona dependiente? ¿Cómo suple la no atención? ¿Qué apoyos y recursos utiliza en el tiempo de espera?

Recientemente el Gobierno de Navarra ha anunciado que la modalidad de ayuda económica para la contratación de servicio y personas ajenas a la familia para el cuidado en el entorno familiar se suprimen, manteniendo únicamente la modalidad que hace referencia a la contrata-

ción de los propios familiares. ¿No era ésta una oportunidad para crear empleo y garantizar la atención de las personas dependientes mediante profesionales formados?

Es sabido que mayoritariamente son las mujeres quienes asumen la función de cuidadoras y en muchas ocasiones con repercusión negativa tanto en su estado físico y mental. ¿Se considera que la familia es una fuente de energía inagotable? Y, ¿este giro en las prestaciones no entra en contradicción con un modelo de sociedad en que tanto hombres como mujeres se incorporan al mercado laboral para el sustento de un sistema de Bienestar Social?

Espero que el artículo haya suscitado en el/a lector/a interés y curiosidad sobre este nuevo sistema de protección social y haya aclarado alguna duda al respecto. Muchas gracias por su lectura y desde aquí agradecer a la Revista Cuadernos Gerontológicos por su ofrecimiento y colaboración.

El anciano con disfunción sexual. PARTE I

Aspectos fisiopatológicos y clínicos

Por Fco. Javier Alonso Renedo. GERIATRA. HOSPITAL DE NAVARRA

“A los hombres les probaría cuán equivocados están al pensar que dejan de enamorarse cuando envejecen, sin saber que envejecen cuando dejan de enamorarse”(Gabriel García Márquez) Dedicado al Dr. Guillén Llera †

1. Preámbulo

Podemos entender la sexualidad como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura.

Las relaciones sexuales son ante todo una manera íntima, privada y sincera de decirle al otro: “Te quiero”, “te amo”, “Te deseo” o simplemente “Me encanta estar junto a ti” y en vez de decirlo verbalmente, se lo decimos con nuestras manos, con toda nuestra piel. Al hacer esto, nuestro cuerpo, todos los cuerpos, están genéticamente programados y preparados para responder al estímulo sexual, siempre que haya deseo y disponibilidad para ello, poniendo en marcha un extraordinario y complejo proceso de respuesta sexual.

Cuando hablamos de sexualidad hablamos también de amor, cariño, amistad o relación. La sexualidad es una dimensión global que

mediatiza la totalidad del ser humano, independientemente de los años que tenga. La capacidad de sentir, vivir, expresar y compartir sensaciones corporales, afecto y ternura, poco tiene que ver, en principio, con la edad.

Toda persona tiene derecho a vivir y expresar su sexualidad a su modo y manera. No obstante las personas mayores tienen que enfrentarse a un extendido, pero no por ello aceptable, prejuicio social y asistencial que tiende a negarles esta faceta de su personalidad. El estereotipo del anciano, en una sociedad que preconiza hasta la saciedad un modelo corporal juvenil, es un individuo de pensamiento y movimientos lentos que requiere asistencia total y que nunca piensa en complacer o explorar su sexualidad. Desafortunadamente, estos mitos son perpetuados y estimulados incluso por la ignorancia de profesionales sanitarios e intelectuales que muestran un punto de vista estrecho acerca de la ancianidad. La persona mayor que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su

pareja, mantendrá relaciones sexuales satisfactorias. El envejecimiento exitoso es aquel en que las personas se mantienen en actividad física, social, emocional e intelectual. Tenemos todas las razones para creer que mantenerse activo sexualmente ayudará a mejorar la calidad de vida en los años futuros.

Es muy importante que la persona se sienta bien consigo misma, hay que ayudar a nuestros mayores a aprender a aceptar este periodo de la vida que inician y que pueda ser tan gratificante o incluso mejor que cualquier otro.

Durante el envejecimiento se producen cambios fisiológicos, morfológicos, psicológicos, en el ámbito de la vida familiar, y funcionales, manifestados estos últimos a través de una disminución en la reserva funcional y en la capacidad de respuesta a estresantes, lo que hace al anciano más vulnerable a presentar acontecimientos adversos de salud y mayor riesgo de mortalidad, consumo de recursos, institucionalización y discapacidad.

En realidad todos seremos viejos algún día y a todos nos gustaría que nos trataran con cariño y respeto, pero también con dignidad y justicia ya que las personas mayores, cuando menos, han trabajado para que las nuevas generaciones se beneficien de ese esfuerzo. Los seres humanos, precisamente porque somos seres morales, tenemos dignidad, como dijo Kant, y no sólo precio. No podemos, pues, ser tratados como meros medios, sino también y al mismo tiempo como fines. Eso exige tratarnos con respeto, ser respetuosos unos para con otros. También en el ejercicio de la sexualidad. Ahora que estamos en la época del antipaternalismo y de la autonomía, es más necesario que nunca antes educar en la responsabilidad.

Las personas mayores deben saber que los procesos de envejecimiento no justifican, por sí solos, una disminución brusca de la sexualidad, ni mucho menos una anulación de la misma.

Es importante procurar educación sexual a nuestros mayores y hacerles comprender que la búsqueda del placer en la erección, el coito y el orgasmo son hechos deseables pero no únicos ni necesarios para alcanzarlo. Según expertos en el tema, para la mayoría de la gente mayor, las caricias, los besos, la comunicación sensual, la ternura, los juegos sin prisas o agobios, resultan ser muy placenteros y son aspectos muy valorados en sus relaciones íntimas (1).

De tal suerte, que la función sexual debe formar parte de la atención global e integral de los ancianos, ya que una disfunción, además de tener un impacto negativo en la calidad de la vida del paciente y de su cónyuge o pareja, puede representar la existencia de una patología orgánica subyacente no evaluada que precise una intervención profesional.



Este trabajo se centrará en aspectos fisiopatológicos de la disfunción eréctil (DE) y enfatizará la importancia de una adecuada evaluación médica.

2. Disfunciones sexuales

Los trastornos sexuales en el varón anciano engloban: la disfunción eréctil, la anorgasmia, deseo hipoadectivo, disfunción eyaculatoria, anormalidad anatómica peneana y priapismo.

En la mujer: vaginismo, anorgasmia, deseo hipoadectivo, dispareunia y lubricación vaginal disminuida.

La salida al mercado en 1998 del sildenafil (Viagra) ha supuesto una segunda revolución sexual (tras la llegada de los anticonceptivos orales), que ha traído consigo una mayor investigación en epidemiología, fisiología de la función eréctil, fisiopatología y comorbilidades asociadas, así como en nuevos tratamientos que permitan a los médicos ofrecer a sus ancianos una medicina más personalizada en el futuro. El desarrollo y adaptación de un modelo de cuidado en medicina sexual centrado en el paciente incrementará la eficacia y seguridad de los tratamientos actuales y futuros. La DE representa, por tanto, un tema de rabiosa actualidad gracias a la disponibilidad de tratamientos efectivos y seguros y a la cobertura que éstos han recibido de los medios de comunicación.

La DE es un fenómeno edad-dependiente. Se ha estimado que la prevalencia mundial de DE se duplicará de 152 millones de varones en 1995 a 322 millones en el 2025 (2). En España el número de ancianos de 80 años y más se duplicará desde el 5.2% (unos dos millones) en el 2010 al 10% (algo más de cuatro millones) en el 2050, lo que da idea de la necesidad de una constante y continua formación del geriatra en sexualidad en los años venideros.

3. Fisiología de la erección

A pesar de que ha habido avances sustanciales en la comprensión de los mecanismos

neuroológicos, hemodinámicos y moleculares involucrados en la erección, este proceso no está totalmente comprendido.

Una erección es un acontecimiento neurovascular que puede ser modulado por factores psicológicos y hormonales; sucede en respuesta a estímulos visuales, auditivos, olfatorios, táctiles, pensamientos y fantasías.

Estos estímulos activan centros hipotalámicos (núcleo preóptico medial y paraventricular), siendo la dopamina, vía receptores D2, el principal neurotransmisor involucrado en esta región y envían impulsos a través de la médula espinal vía, probablemente, neuronas oxitocinérgicas, a centros medulares simpáticos (L1-L2) y parasimpáticos (S2-S4) y mediante el plexo pélvico y los nervios cavernosos, inervar el músculo liso arteriolar y trabecular de los cuerpos cavernosos del pene (CC). El componente somático en los nervios pudendos (S2-S4) transporta impulsos aferentes procedentes de los receptores sensoriales de la piel del pene, glándulas y periné, así como impulsos eferentes para la contracción o relajación de los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso (reflejo espinal local).

La erección se inicia con la transmisión de impulsos desde nervios parasimpáticos y nervios no adrenérgicos no colinérgicos, que liberan óxido nítrico (NO), así como el endotelio sinusoidal. El NO penetra en el músculo liso trabecular de los CC, incrementando los niveles intracelulares de GMPc (guanosina monofosfato cíclico) mediante activación de una guanilato ciclasa soluble. El GMPc activa una proteinkinasa que produce una inhibición de los canales de calcio y apertura de canales de potasio, con la consiguiente relajación del músculo liso de las arterias peneanas (cavernosas y helicinas) y del músculo liso trabecular, rápida entrada de sangre al pene y desarrollo de una erección. A medida que la presión en los CC incrementa, se comprimen las venas emisarias que transcurren por de-

bajo de la túnica albugínea, impidiendo el retorno venoso y manteniendo la erección. GMPc es regulado por la fosfodiesterasa 5 que degrada e inactiva este nucleótido cíclico. Esta enzima tiene un papel clave en la fisiología eréctil (3).

Se han descrito varias isoformas de sintasa de NO en numerosos tejidos, incluyendo cerebro, macrófagos y células endoteliales: NOS-1 (neuronal), NOS-2 (inducible) y NOS-3 (endotelial); para su funcionamiento se precisan una serie de cofactores y cosustratos, que incluyen oxígeno, NADPH, Flavin mononucleótidos (FMN), Flavin adenosina dinucleótido (FAD), calmodulina y tetrahidrobiopterina (BH4), siendo el sustrato de la enzima, la L-arginina. Si los cofactores son insuficientes o son oxidados, la sintasa de NO produce anión superóxido (en vez de NO), que interactúa con el NO para producir peroxinitritos, que causan vasoconstricción, aceleran la aterosclerosis y crean un estado proagregante (4).

Noradrenalina y endotelina representan los moduladores que contribuyen a la contracción del músculo liso trabecular de los CC y por tanto los mantienen en un estado de flacidez. Otra vía que parece tener importancia es la de

las proteínas Rho que actúan inhibiendo la expresión del gen de la sintasa de NO endotelial (e NOS) y activando el promotor de la pre-proendotelina-1, y en consecuencia aumentan la producción de endotelina-1(5) (7).

El péptido natriurético tipo C, junto al cerebral y auricular, tiene un papel reconocido en la regulación de la hemodinámica cardiovascular, y sólo recientemente se ha considerado su potencial participación en la fisiología eréctil, en la disfunción y en el tratamiento, incrementando los niveles de GMPc (6).

Una gran cantidad de neuromoduladores y neurotransmisores son expresados en el tejido eréctil y/o en los nervios que lo inervan. Éstos incluyen polipéptido intestinal vasoactivo, péptido relacionado con el gen de la calcitonina, sustancia P, adenosina trifosfato, serotonina, dopamina, oxitocina e histamina. El papel de estas moléculas en la respuesta eréctil es controvertido (5).

Los pacientes que padecen hipertensión, diabetes o aterosclerosis, aquellos que fuman, y quizás los obesos, tienen a menudo disfunción endotelial en la que sus vasos producen cantidades insuficientes de NO.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sexualidad y vejez. Centro Amara. M.Luisa Corujo Simal. Máster en Sexología clínica y de la Salud
2. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. Aytac IA et al. BJU Int 1999;84:50-6
3. New treatment options for erectile dysfunction in patients with Diabetes Mellitus. Basu A. Drugs 2004. 64(23):2667-2668.
4. Nitric Oxide and Cyclic GMP in cell signaling and drug development. Ferid M. N Eng J Med 355; 19:2003-2011
5. Erectile Physiological and Pathophysiological Pathways involved in Erectile Dysfunction. Andersson. The Journal of Urology 170(2), 6-14 August 2003
6. Membrane Bound Guanylyl Cyclase as a potential molecular target for the treatment of erectile dysfunction. Christ, G. The Journal of Urology 169(5), p 1923 May 2003 Editorial
7. Involvement of Rho GTPases in the transcriptional inhibition on pre-proendothelin-1 gene expression by simvastatin in vascular endothelial cells. Hdez-Perera, O. Circ Res 7; 616-622. 2000



SOCIEDAD NAVARRA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

CONVOCA

PREMIO “TOMÁS BELZUNEGUI” 2010

Organiza: Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

El **primer premio** está dotado con 600 € y la publicación del trabajo en la Revista “Cuadernos Gerontológicos”.

El **segundo premio** está dotado con 300 € y la publicación del trabajo en la Revista “Cuadernos Gerontológicos”.

El **tercer premio** está dotado con 200 € y la publicación del trabajo en la Revista “Cuadernos Gerontológicos”.

Modalidad audio-visual: Un único premio dotado con 600 €.

Modalidad senior: Un único premio dotado con 600 €.

Se pretende motivar, promocionar y divulgar positivamente el conocimiento y la imagen de las personas mayores.

Fecha tope de entrega de los trabajos: 8 de Octubre de 2010.

Bases completas en www.sngg.es

Más información en e-mail: snggeriatria@yahoo.es
o Tfno: 699454634

Colaboran:



2012 | CONTIGO
AVANZAMOS



Tres historias y una buena comida

por María Amaya Carro Alzueta

PRIMERA PARTE: TRES HISTORIAS

JULIO

No había dicho ni que sí, ni que no. Ni siquiera se acordaba de que alguien le hubiera preguntado. Tampoco le extrañaba. Sólo se sorprendía de encontrarse allí, un sábado cualquiera, frente a la puerta de la residencia La Mejor Edad, con una pequeña maleta con algo de ropa, una radio con auriculares y sus medicinas.

De sus años de camionero ya no guardaba casi recuerdos, sólo una cicatriz en el costado y la rigidez de una rodilla maltrecha a consecuencia del accidente que le retiró de la circulación y le concedió la incapacidad laboral. El camión le había traído y llevado por toda España, le había dado muchas alegrías y alguna novia que otra. Pero no le había dado familia, ni esposa ni hijos; así que en el fondo entendía que sus sobrinos le hubieran llevado hasta aquel lugar aunque se sintiera como un perro viejo y abandonado enviado a la perrera.

Cuando la puerta se abrió, lo primero que vio fue a una señorita sonriente que le llamaba por su nombre y un enorme pasillo reluciente engalanado con plantas de interior que parecían recibirle como soldados de un ejército en posición de firme.

Sin decir nada y tras un apretón de manos, la siguió hasta la que iba a ser su habitación. Dejó su maleta casi vacía sobre la cama y res-

piró hondo para comenzar su nueva vida con los pulmones llenos de aquel aire que olía a limpio y al aroma de las plantas del pasillo.

MARINA

Cincuenta y tres años después de que abrieran el estanco en el barrio, su marido decidió que ya había vendido demasiados cigarrillos y sellos, así que se agarró el brazo izquierdo y la llamó, al mismo tiempo que caía desplomado sobre el mostrador.

Marina colgó en la puerta el cartel de “cerrado por defunción” y no volvió a abrir.

Nunca, en su vida, había estado sola. Dejó el alboroto de sus diez hermanos para casarse con dieciocho años recién cumplidos. Con veintidós años tenía dos hijos. Con cincuenta y cinco, tres nietos. Con setenta y tres, era viuda, y sus hijos, con su prole ya crecida e independiente, dedicaban el escaso tiempo libre que les quedaba en sus ajetreadas vidas, a viajar por lugares que ella ni siquiera sabía que existían. Con el “hacen bien, que disfruten”, justificaba sus ausencias y su soledad recién adquirida.

Pero ella, acostumbrada a las manías y caprichos de su marido, que a veces compartía y otras discutía, pero que siempre echaba de menos; no encontraba su lugar en el enorme vacío de su piso de apenas ochenta metros cuadrados.



Y así, sin pensarlo demasiado, de un impulso, se encontró en una habitación de aquella residencia para la tercera edad, con su maleta llena de fotos de Antonio y de los niños, su ropa y las joyas que a lo largo de más de medio siglo de aniversarios, cumpleaños y ahorros, había ido reuniendo.

FAUSTINO Y FABIOLA

El médico dijo que no era Alzheimer, que sólo había sido un descuido, algo habitual a esa edad pero que desgraciadamente, en su caso, había traído consecuencias terribles.

Fabiola, su mujer desde hace cuarenta y dos años, había ido a San Sebastián con sus amigas, en una de esas excursiones que organizan casi gratis las empresas para vender colchones, ollas o cualquier otro aparato, a cambio de que los excursionistas escuchen

con paciencia la charla del vendedor y, si la dialéctica da buen resultado, compren alguno de los productos en cuestión.

Antes de ir a tomar algo con la cuadrilla del barrio; Pepe, Lucio y ese al que llaman "el Maño", había querido dejar la comida preparada, así que cuando tuvo los garbanzos tiernos, retiró la cazuela del fuego utilizando un trapo para no quemarse con las asas de hierro fundido... pero olvidó cerrar la llave de la cocina de butano.

Cuando regresó a casa, dos "marianicos" más tarde, se encontró a los bomberos y a todos los vecinos en la calle. El fuego había prendido en el trapo, se propagó a la campana extractora manchada de grasa y de ahí a los armarios de la cocina, la moqueta del pasillo... en poco rato todo había quedado calcinado.

Durante meses, Faustino estuvo recluido en casa de un sobrino, sin levantar cabeza, con Fabiola sentada en una silla al otro lado del salón. Ella nunca le había echado en cara lo sucedido, no dijo absolutamente nada, sólo lloró.

Reconstruir su hogar costaría muchísimo más de lo que el seguro les daba tras la tragedia. Y peor que la falta de dinero es la falta de ilusión. Infinitamente peor.

Su único hijo se ofreció a llevarlos con él a vivir en el pequeño pueblo belga donde trabajaba como informático de gestión; pero Faus-

tino y Fabiola, que nunca habían ido más allá de Falces y que apenas si podían leer con soltura en castellano, no concebían la idea de vivir en otro país.

Sumidos en la tristeza, casi en la depresión, y aconsejados por la asistente social del barrio que amablemente se ocupó de las gestiones, solicitaron el ingreso en la residencia donde vivía una prima segunda de Fabiola y que recordaban de alguna visita anterior por el olor a fresco y las frondosas plantas que flanqueaban el pasillo principal.

SEGUNDA PARTE: UNA BUENA COMIDA

HOY SÁBADO 12 DE OCTUBRE
FIESTA DE LA HISPANIDAD.
COMIDA ESPECIAL Y SORTEO
DE REGALOS

En la misma mesa cuadrada, con mantel blanco y menú especial de día festivo; con langostinos, fritos variados, cordero asado, tarta helada y una copa de cava, se sentaron sin conocerse todavía Julio, Marina, Faustino y Fabiola.

La conversación brotó de manera sencilla y natural entre ellos, al abrigo de la buena mesa y del cava; y antes de que llegara el postre, todos sabían la historia de los otros, de cómo habían llegado allí sin que nunca antes se les hubiera pasado por la imaginación la idea de acabar sus días en una residencia para la tercera edad.

Y sin embargo, por esos caprichos del destino, reunidos todos en aquella mesa de mantel

blanco, se encontraron a gusto, desahogando sus penas y recordando sus buenos momentos y jugando la primera partida de brisca. Relajados, por primera vez en mucho tiempo, todos fueron conscientes de que habían encontrado otro lugar donde ser felices.

Y en cada partida de cartas que celebraron a partir de aquel día, renovaban tácitamente su promesa de aprovechar esa nueva vida, que sin pensarlo, casi sin quererlo, les brindaba compañía, tranquilidad y por qué no, también diversión.

Como decían en aquella película, “la vida es como una caja de bombones, nunca sabes cuál te va a tocar”... por eso, no hay que dejar de probarlos todos, hasta los que pudieran parecer menos apetitosos pueden llevar el relleno más sorprendente.

FIN

Pasado, presente y futuro del Psicogeriátrico San Francisco Javier

por **Laurindo Miji Viagem**. DIRECTOR TÉCNICO DE PROGRAMAS Y FORMACIÓN
CENTRO PSICOGERIÁTRICO SAN FRANCISCO JAVIER

Lo que actualmente es el Psicogeriátrico San Francisco Javier, se diseñó y comenzó a construirse a finales del siglo XIX a raíz de la donación testamentaria realizada por D. Fermín Daoiz y Argaiz (1873), denominándose entonces “Manicomio Vasco Navarro” y sus primeros pacientes ingresaron en 1.904. El Centro se ubica en la Avda. Villava de Pamplona, en una parcela de aproximadamente 120.000 m² y tiene una superficie construida que se acerca a los 34.000 m².

A modo de pincelada y para apreciar un poco más, el importante papel que el Centro ha tenido, en el entramado social y sanitario navarro, reseñar que comenzó atendiendo a 104 enfermos con 43 trabajadores y en los años 50 llegó a tener su mayor capacidad, alrededor de 1.200 pacientes ingresados con una plantilla 168 trabajadores además de la Comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

En su recorrido cabe resaltar que, desde su inicio, tuvo un carácter pionero en algunos aspectos que se conformaron como hitos a lo largo de su historia y de la evolución de la

atención psiquiátrica en Navarra, algunos de ellos fueron:

- > Su inicial diseño arquitectónico y estructural que se efectuó desde una perspectiva higienista y terapéutica. Considerando ya entonces, la terapia ocupacional y las actividades de la vida diaria como elementos fundamentales para los tratamientos y la buena atención a enfermos mentales por lo que además de espléndidas zonas ajardinadas, se le dotó entre otros de granja, huertas, espacios para trabajos manuales, domésticos, preelabóres, etc.
- > En las décadas de los 40-50 tuvo un nuevo resurgimiento, volviendo a ser pionero en los entonces llamados tratamientos biológicos y con el uso de neurolépticos.
- > Fue a finales de los 80 cuando sobre él pivotó una parte fundamental del proyecto de la “Reforma de Salud Mental en Navarra”, deshaciéndolo como un recurso de tipo manicomial y manteniendo una parte del mismo como recurso residencial, finalista.

En la actualidad atiende a 212 personas ingresadas y 100 en tratamiento ambulatorio, con una plantilla de 300 profesionales



Tras la reforma, el Centro se quedó con un volumen aproximado de 250 pacientes y a partir del año 1998 se constituyó en un Psicogeriátrico.

En la actualidad atiende a 212 personas ingresadas y 100 en tratamiento ambulatorio, con una plantilla de 300 profesionales. Tiene una línea de actividad dirigida a personas con TMG y otra a personas con deterioro cognitivo, demencias o alteraciones graves del comportamiento. Su pertenencia es del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea del Departamento de Salud.

La actividad anual en las unidades psicogerítricas ronda las 59.000 estancias/año de las cuales el 20% aproximadamente son estancias de Hospitalización de Día. En las unidades más psiquiátricas o RAEM las estancias/año están alrededor de 25.000.

El número de pacientes tratados en la Unidad de deterioro Cognitivo esta alrededor de 190 y se realizan mas de 6.800 sesiones/año.

Recientemente, como consecuencia de la asignación de una dotación presupuestaria en el Plan Navarra 2008-2012 dirigida al Plan Director Psicogeriátrico San Francisco Javier, se comenzó con un importante proceso de reflexión y participación sobre la función y adecuación de su situación actual en función de la necesidad, demanda, actividad, servicios, instalaciones y recursos asignados que ha dado como fruto la elaboración de:

1.- Plan Estratégico SFJ 2009. Como resultado de lo anteriormente señalado, se trabajó y

aprobó el plan que expone las líneas de desarrollo y actividad hacia el futuro. Propone un proceso de transformación progresivo hacia nuevos dispositivos para la Red de Salud Mental, en base a aumentar la oferta de servicios a la población, adecuar la cartera de servicios a sus necesidades de salud, mejorar la calidad de la atención prestada y conseguir una total normalización de la oferta de servicios de Salud Mental a la ciudadanía navarra en condiciones de igualdad respecto a cualquier otra necesidad de salud. Proyecta nuevas o renovadas estructuras, nuevos modelos organizativos y asistenciales que den soporte a una actividad asistencial, docente, investigadora y administrativa donde el compromiso por la calidad y el desarrollo sean los ejes centrales de la actuación profesional.

Los nuevos dispositivos resultantes de esta transformación desarrollarán una actividad asistencial de carácter fundamentalmente rehabilitador, no finalista y ofrecerán servicios de referencia y calidad, encaminados a satisfacer coordinada e integralmente necesidades de atención en Salud Mental (psiquiátricas y psicogerítricas). Sus actividades estarán enmarcadas en programas de carácter comunitario y de media o larga hospitalización, su organización y coordinación será en red y su calidad y adecuación se evaluará periódicamente.

Algunos de los valores sobre los que se quiere afianzar el futuro son calidad, innovación, eficiencia, seguridad, liderazgo, pertenencia, relaciones éticas y normalización.

- 2.- Plan Director SFJ 2010, se consideró que el Centro Psicogeriátrico tiene un gran potencial para acoger unas dotaciones totalmente renovadas para la atención a la Salud Mental en las mejores condiciones no solo funcionales sino también ambientales, ya que se trata de un emplazamiento con grandes valores como son la disponibilidad de espacio, la abundancia de zonas verdes y el valor añadido de la arquitectura de algunas de sus edificaciones así como la buena accesibilidad y la integración con la ciudad.

Recoge las actuaciones técnicas, arquitectónicas y urbanísticas que servirán de base para las diferentes fases del desarrollo futuro. Es la propuesta de ordenación que organiza las necesidades funcionales, aprovecha la potencialidad del emplazamiento y facilita su renovación en fases sucesivas mediante la ejecución de nuevas edificaciones, la rehabilitación de las existentes o su sustitución. El planteamiento de la nueva ordenación es abierto y pretende aprovechar al máximo las dotaciones existentes, siempre que su estado lo permita y no supongan una dificultad para conseguir una buena ordenación final.

Para ordenar las sucesivas fases de actuación se tendrá en cuenta la distinción entre las tres grandes áreas funcionales del centro ya que, por razones técnicas y asistenciales, el orden de actuación previsto en el recinto será: ejecución de las nuevas dotaciones para el área psiquiátrica, actuación en las áreas de servicios centrales y generales y ejecución de las nuevas dotaciones de área psicogeriátrica.

- 3.- Plan Funcional SFJ 2010, orientado a la ejecución final de los proyectos de obras, profundiza en el análisis de la cartera de servicios que pretende ofrecer y en la definición de necesidades, concreta que la primera actuación que se desea impulsar



está relacionada con el área de psiquiatría y con los programas asistenciales de Tratamiento Asertivo Comunitario, Intervención Precoz en Nuevos Episodios, Media y Larga Estancia, junto con servicios de apoyo y soporte necesarios en este desarrollo.

En la realización de todos estos planes se han incorporado para su reflexión, las propuestas recibidas de los profesionales en cada una de las diferentes etapas, así como los modelos funcionales elaborados por cuatro grupos de trabajo en los que han participado expresamente 35 profesionales de la red de Salud Mental de Navarra. Vuelve a ser un buen momento para agradecer su generosa y valiosa colaboración a todos y cada uno de ellos.

Se puede concluir por tanto, que el actual Psicogeriátrico San Francisco Javier se encuentra ante un profundo cambio, en una etapa de transformación y desarrollo hacia el nuevo rumbo guiado por su Plan Estratégico, éste es un proyecto que por su dimensión tendrá un carácter plurianual e intergeneracional. Un momento apasionante que exige a todos los agentes (profesionales, pacientes, familias y responsables de la política sanitaria) el mayor apoyo posible y a sus gestores el firme compromiso para efectuar una transición bien planificada y con las máximas garantías de éxito.

Caídas. El síndrome olvidado

por **María Gonzalo Lázaro**. GERIATRÍA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Es bien conocida la alta incidencia de caídas en la comunidad, dato que aumenta logarítmicamente con la edad. Según algunos estudios, uno de cada tres individuos mayores de 65 años se caen. Si añadimos a esta circunstancia el hecho del progresivo envejecimiento poblacional, podemos deducir que las caídas constituyen un problema cuya envergadura tiende a aumentar en las próximas décadas.

El episodio de caída suele traer consecuencias inmediatas, como son contusiones, lesiones cutáneas, traumatismos craneoencefálicos o fracturas. El consumo de recursos sanitarios se refleja en que, al menos uno de cada cinco individuos que se caen precisa atención médica. Y en que la fractura de cualquier localización, o la aparición de hematoma subdural, es la consecuencia de una de cada diez caídas. Desgraciadamente, el hecho de caer también conlleva repercusiones a medio-largo plazo, entre otras, la pérdida de independencia, aparición del síndrome postcaída o miedo a caer, hospitalización, institucionalización y un largo rosario de consecuencias que van convirtiéndose en cascada de consumo de recursos, fundamentalmente a nivel sanitario y social.

Por tanto, es responsabilidad de instituciones, médicos, asociaciones, hospitales, medios residenciales, autoridades, la consecución de protocolos de intervención cuyo objetivo sea minimizar en la medida de lo posible la incidencia de caídas y sus consecuencias. Ante

un episodio de caída los médicos tenemos que activar nuestro botón de alarma y poner en marcha el engranaje que pasa por examinar factores de riesgo, y actuar sobre ellos. Veremos más adelante que estas estrategias de diagnóstico y prevención de caídas son efectivas.

Al hilo de lo comentado, comentamos algunos artículos, los más representativos en cuanto a lograr el objetivo: disminución de la incidencia de caídas.

1. Tinetti ME, et al. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *NEJM*, 1988; 319: 1701-7. Este artículo realiza un protocolo para el abordaje diagnóstico de caídas. También revisa los programas de intervención en caídas llevados a cabo hasta la fecha, subrayando aquellos que demostraron ser efectivos en la reducción de caídas en ancianos en la comunidad. Por otra parte, comenta que dado el perfil del anciano que se cae, con amplia pluripatología, comorbilidad y polifarmacia, el abordaje y la actuación es compleja y requiere estrategias a veces complicadas de llevar a cabo.
2. Falls following discharge after an in-hospital fall. Davenport RD et al. *BMC Geriatr*. 2009 Dec1; 9:53. Comenta un dato interesante: Los pacientes que caen durante el ingreso hospitalario, especialmente si son multiingresadores, tienen alto riesgo de

caída en domicilio durante el primer mes tras el alta. Añade que las caídas en pacientes ingresados representan más de un tercio de las incidencias hospitalarias y constituyen la categoría más amplia de eventos adversos. Aproximadamente el 2-7 % de pacientes hospitalizados por procesos agudos se caen al menos una vez durante el ingreso. Por esto, desde siempre se ha priorizado la implementación de programas que prevengan las caídas intrahospitalarias; aunque están menos cuantificadas las caídas post-alta. Por tanto, concluye, estrategias de intervención para reducir caídas deberían tenerse en cuenta durante este periodo.

Aporta más datos: Factores de riesgo de caída hospitalarios (previos al alta): andador, deterioro en movilidad, dependencia en AVD, caídas múltiples durante el ingreso, deterioro cognitivo, multiingresador en el último año. Factores de riesgo post-ingreso: cuadro confusional, antidepresivos, alteración en el equilibrio.

3. Update on falls prevention for community-dwelling older adults: review of single and multifactorial intervention programs. Costello E et al. *J. Rehabil Res Dev.* 2008; 45 (8): 1135-52.

La incidencia de caídas, lesiones y costes asociados a éstas continúa elevándose de forma paralela al aumento de la población anciana. Los programas de prevención de caídas en la comunidad para los ancianos proliferan en un intento de abordar este problema de salud. Estos programas preventivos varían ampliamente desde estrategias de intervención única hasta abordajes multifactoriales y se ofertan, tanto a grupos diana de ancianos con alto riesgo de caídas, como a grupos no seleccionados de ancianos que viven en la co-

munidad. Este artículo revisa de forma exhaustiva los ensayos clínicos randomizados que investigaron la efectividad de los programas de prevención de caídas en ancianos comunitarios. Tras un análisis crítico de la literatura, presentan los siguientes resultados:

- Programas de prevención multifactorial de caídas parecen ser más efectivos en los ancianos con historia previa de caídas frente a grupo no seleccionado.
 - Consumo de fármacos y agudeza visual deben ser incluidos en el screening de factores de riesgo de caídas.
 - Ejercicio es efectivo para reducir caídas y debe incluir un programa exhaustivo e integral que combine fuerza muscular, equilibrio, ejercicio de resistencia al menos 12 semanas.
 - Asesoramiento sobre riesgos en domicilio, con las pertinentes modificaciones sobre éstos, puede ser beneficioso en la reducción de caídas, sobre todo en el grupo diana.
4. Interventions for preventing falls in elderly people. Gillespie LD et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009.

Aproximadamente el 30% de los mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen cada año, dicho número aumenta en instituciones. Aunque menos de una de cada 10 caídas tiene como consecuencia una fractura, un quinto de las caídas requieren atención médica. Los objetivos consisten en evaluar los efectos de intervenciones diseñadas para reducir la incidencia de caídas en ancianos, ya sea en medio comunitario, residencial u hospitalario.

Estratifican los resultados en cuanto a eficacia:

a. Intervenciones beneficiosas:

I. Programa de aumento de fuerza muscular y adiestramiento-reeducación del equilibrio, prescrito individualmente en domicilio por un fisioterapeuta. Riesgo relativo RR: 0'80 (0'66-0'98).

II. Intervención con Tai-Chi en grupo, durante 15 semanas, RR: 0'51 (0'36-0'73).

III. Evaluación de riesgos en domicilio y modificación de éstos en ancianos con historia previa de caídas, por un profesional adiestrado. RR: 0'64 (0'49-0'84).

IV. Retirada de medicación psicotrópica. RR: 0'34 (0'16-0'74).

V. Programas de screening-intervención sobre factores ambientales-de salud multidisciplinares y multifactoriales, bien para población en general (RR: 0'73 (0'63-0'86) como para población con historia de caídas RR: 0'79 (0'67-0'94).

VI. Marcapasos para caedores en los que se objetiva hipersensibilidad del seno carotídeo.

b. Intervenciones con dudosa efectividad: ejercicios dirigidos a grupos, suplementación nutricional, vitamina D con o sin calcio, modificación de riesgos en domicilio y modificación farmacológica. Terapia farmacológica ergótica, terapia hormonal, programas preventivos en residencias.

c. Intervenciones no beneficiosas: deambulación a paso ligero en mujeres con fractura de miembro superior durante los dos años previos.

5. Interventions for preventing falls in acute and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. Coussement J et al. Belgium. JAGS 2008 Jan; 56 (1): 29-36. Este metaanálisis no encuentra evidencia de que los programas hospitalarios diseñados para prevención de caídas puedan reducir el número de éstas, o bien el número de caedores. Estas intervenciones parecen ser útiles únicamente en unidades de larga estancia.

Como conclusión, aludir a la cantidad de referencias bibliográficas que aparecen en relación con la prevención de caídas, algunos brevemente comentados aquí, resaltando que la mayoría coinciden en la obligatoriedad de abordar el mundo de las caídas, por ser un mundo "agradecido" en cuanto a obtención de buenos resultados tras un manejo relativamente sencillo y de bajo coste.



**III Congreso de la
Sociedad Navarra de
Geriatría y Gerontología
- IX Congreso
Zahartzaroa**

Celebrado en San Sebastián en el Palacio Miramar del 22 al 24 de abril, bajo el lema "Atención Sociosanitaria: un espacio virtual, una necesidad real". Participaron 410 personas y se presentaron 37 comunicaciones, 23 fueron orales y 14 en posters.

Agenda

III JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOGERIATRÍA. SUICIDIO EN EL ANCIANO

2 de julio 2010

Pamplona, Facultad de Medicina- Universidad de Navarra.

Organiza Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría. Colaboran Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

VII CURSO AVANZADO DE BIOÉTICA

Del 27 de septiembre al 22 de octubre de 2010
Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier".
Pamplona

Organiza la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

**TARDE GERONTOLÓGICA:
FORMACIÓN DE CUIDADORES: GARANTÍA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN**

4 de noviembre

Pamplona, Colegio de Médicos
Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI 2010

Fecha límite de entrega de trabajos el 8 de octubre de 2010.

**TARDE GERONTOLÓGICA:
ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN**

1 de octubre de 2010

Residencia Misericordia. Pamplona
Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología

IV CONGRESO NACIONAL DE ALZHEIMER

Sevilla, del 21 al 23 de octubre
Organizan SEGG, CEFA y SEN

CONGRESO LARES "CALIDAD EN EL EMPLEO. CALIDAD EN LA ATENCIÓN"

Pamplona, 26, 27 y 28 de mayo de 2010

52 Congreso de la SEGG - 15 Congreso de la Sociedad de Castilla-La Mancha de Geriatría y Gerontología

Valladolid, del 2 al 5 de junio



www.sngg.es