

Editorial

Originales

EL ANCIANO CON DISFUNCIÓN SEXUAL. PARTE II ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS Y CLÍNICOS por Fco. Javier Alonso Renedo
SUJECIONES EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA por Maite Pérez Echarri.

Entrevista

a **LUCIA BAQUEDANO** por Lourdes Gorricho, Médico Geriatra. Gestión Asistencial.

IX premio Tomás Belzunegui

MI ÁNGEL DE LA GUARDA por M^a Teresa Arizaleta
NUNCA ES TARDE por Loli Albero Gil

Reseñas históricas

RESIDENCIA SAN MANUEL Y SAN SEVERINO por Cristina Tello Dominguez de Vidaurreta

Trabajos publicados

por el Dr. José Ramón Varo, Psiquiatra

Gerontología y Cine

por Javier de Prada



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

g
s

EDITORIAL 4

por Ildefonso Grande

ORIGINALES 6

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

Sujeciones en residencias de personas mayores.
Una responsabilidad compartida
por Maite Pérez Echarri.

IX PREMIO “TOMÁS BELZUNEGUI” 21

Mi Ángel de la Guarda
por M^a Teresa Arizaleta

Nunca es tarde
por Loli Albero Gil

RESEÑAS HISTÓRICAS 28

Residencia San Manuel y San Severino
por Cristina Tello Domínguez de Vidaurreta

TRABAJOS PUBLICADOS 31

por el Dr. José Ramón Varo, Psiquiatra

GERONTOLOGÍA Y CINE 34

por Javier de Prada

AGENDA 35

Los mayores ante la crisis económica

Con frecuencia los medios de comunicación se hacen eco de noticias relativas a los efectos de la actual crisis económica sobre las pensiones actuales y futuras. Políticos de uno signo polemizan sobre lo acertado de las medidas tomadas a corto plazo sobre la evolución los ingresos que perciben nuestros mayores. El problema no es nuevo y la sostenibilidad del sistema de pensiones empezó a preocupar hace más de veinticinco años, cuando las entidades financieras españolas más importantes lanzaron al mercado los primeros planes de jubilación y de pensiones. Las pensiones se pagan con cargo a los presupuestos generales del estado que financian otras muchas partidas, parcial o totalmente como la educación, las fuerzas armadas o las obras públicas, por citar solamente algunos ejemplos.

Para poder hacer un juicio imparcial y ajeno a intencionalidades políticas sobre los mayores y el impacto que sobre ellos tiene la crisis económica y las medidas de congelación de las pensiones es necesario analizar la evolución de las pensiones entre 2.000 y 2.010. Al principio del período la pensión media era de 535 y en 2.010 alcanza los 880. Sin embargo, para hacer comparaciones es necesario referir el valor del dinero a un mismo año. Los 535 de 2.000 equivalen a 709 de 2.010. Los 649 de 2.004 son 758 de 2.010, como se ilustra en la tabla nº 1. Para conocer los incrementos de las pensiones la base de comparación es 709, al tener en cuenta la evolución de los índices de precios según las mediciones del Instituto Nacional de Estadística, organismo riguroso en su quehacer e imparcial. Las pensiones medias de jubilación han experimentado una evolución ascendente próxima al 25 % en términos reales, no monetarios. La pregunta que pro-

cede es valorar la situación derivada de percibir las catorce pagas anuales.

Tabla nº 1 Evolución de la pensión media entre 2.000 y 2.010

Año	Pensión mensual media del año	Valor en 2010 en 14 pagas	Pensión anual
2000	535	709	9.926
2004	649	758	10.612
2008	814	829	11.606
2010	880	880	12.320

Fuente: elaboración propia.

Ello conduce a medir la tasa de riesgo de pobreza, que la estima el Instituto Nacional de Estadística, con su proverbial imparcialidad y rigor. El INE lleva a cabo la Encuesta de Condiciones de Vida que también se realiza en todos los países de la Unión Europea desde 2004. Este estudio proporciona información sobre la renta, el nivel y composición de la pobreza y la exclusión y sirve para la realización de comparaciones entre países de la Unión Europea y juzgar sobre la conveniencia de intervenciones sociales. La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2.010 se realizó en España entre los meses de marzo y junio de 2.010 con una muestra de 16.000 hogares en toda España, de los cuales 480 corresponden a Navarra.

El riesgo de pobreza se define como la proporción de personas con ingresos disponibles equivalentes por debajo del umbral de la pobreza. El umbral es el 60% de la mediana del ingreso disponible equivalente nacional, variable según países. Por ejemplo, si este ingreso fuera de 1.000, los inferiores a 600 implican riesgo de pobreza. Como todos los hogares no son iguales se calcula el ingreso

Tabla nº 2.

Evolución de la tasa de riesgo de pobreza. Datos en porcentaje sobre la población.

	Tasa de riesgo de pobreza						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (P)
Varones							
Total	18,9	18,5	18,5	18,5	18,3	18,3	20
Menos de 16	25,7	24,3	23,7	23,6	23,2	22,1	23,9
De 16 a 64	15,7	15,6	15,4	15,9	15,8	16,6	18,8
65 y más años	26,5	26,3	27,8	25,7	24,7	22,6	21,8
Mujeres							
Total	20,8	20,8	21,3	20,9	21	20,6	21,6
Menos de 16	22,6	23,7	24,4	23,5	24,9	24,6	25,1
De 16 a 64	17,1	17,2	17,4	17,8	17,7	17,9	19,4
65 y más años	31,7	31,5	32,8	30,1	29,4	27,1	26,7
Total población española	29,5	29,3	30,7	28,2	27,4	25,2	24,6

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2010.

equivalente. La cantidad de dinero necesaria para llevar una digna depende del número de personas que viven en un hogar y de su edad y también del país donde se encuentren. En el caso de España el ingreso equivalente en 2.010 es de 8.000 si una persona vive sola y 12.000 si viven dos en el mismo hogar, por ejemplo. En general el ingreso equivalente básico se multiplica por un coeficiente en función del número de personas que vivan en un hogar y su edad.

La evolución de la tasa de riesgo de pobreza experimenta una tendencia a la baja entre 2.004 y 2.010 para las personas de 65 años y más, tal como se puede apreciar en la tabla nº 2. Baja del 26,50 % para los hombres a 21,80 % entre 2.004 y 2.010. Tratándose de las mujeres disminuye desde un 31,70 % a un 26,70 %. Que sean más alta en mujeres es debido a la cuantía de sus pensiones, especialmente las de viudedad son inferiores a las que perciben los hombres. Si además se presta atención al contenido de la tabla nº 1, en 2.010 el ingreso medio derivado de la percepción de 14 pagas sitúa al hogar receptor por ligeramente por encima del ingreso asociado al riesgo de pobreza.

A modo de conclusión se puede señalar que pese a la gravedad de la crisis que padecen las economías de la zona euro, el colectivo de los mayores se ha visto favorecido a lo largo de la última década, y el riesgo de pobreza se ha reducido de forma muy importante, incluso en los peores momentos. En otros colectivos este riesgo ha aumentado. No obstante ha de tenerse en cuenta que en los razonamientos expuestos se ha considerado solamente la pensión media. No se ha entrado a analizar las no contributivas, por discapacidad, dependencia, etc. Los diversos gobiernos que ha tenido España desde finales de los 90 han hecho esfuerzos importantes para elevar las pensiones, cuya cuantía era baja, a unos niveles que han ido reduciendo el riesgo de caer en la pobreza. Que esta crisis acabe pronto y que los presupuestos estatales se incrementen para que se puedan seguir elevando y consolidando las pensiones de nuestros mayores.

*Ildefonso Grande.
Universidad Pública de Navarra.*

El anciano con disfunción sexual. PARTE II

Comorbilidades asociadas a la disfunción eréctil

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

“La prudencia consiste en una razón establecida, en una sabiduría constante y en el arte de saberse conducir por justas reflexiones” (René Descartes)

En el número anterior de los Cuadernos Gerontológicos se comentaron aspectos relativos a la fisiopatología y evaluación clínica de la disfunción eréctil (DE) del anciano, por ser este trastorno de la función sexual el más investigado en epidemiología, fisiología, fisiopatología, comorbilidades asociadas y opciones terapéuticas. Los factores que afectan a la sexualidad del anciano son tres: a) psicosociales, fisiológicos, culturales; b) relacionados con la salud; y c) trastornos sexuales previos y en la ancianidad. Pues bien, en esta segunda parte comentaré aquellos factores relacionados con la salud en la génesis y en el mantenimiento de la DE.

Comorbilidades asociadas

A. Enfermedad vascular: Los trastornos cardiovasculares son la causa más frecuente de DE orgánica con la disfunción endotelial como denominador fisiopatológico común. Comparten etiología: hipertensión arterial, diabetes, hiperlipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo(1).

La disfunción endotelial se define como una respuesta endotelial anómala que lleva a una reducción en la biodisponibilidad de NO y a

una vasodilatación defectuosa, arteriosclerosis, incremento de la agregación plaquetaria, inflamación vascular y proliferación de fibras musculares lisas.

Ya que DE y enfermedad cardiovascular (ECV) comparten los mismos factores de riesgo, existe la posibilidad de que la primera, en un hombre por lo demás asintomático, pudiera ser un marcador de ECV subclínica, sobre todo cardiopatía isquémica, pero también la presentación de otras enfermedades como diabetes o depresión. La presencia de indicios de daño en el árbol vascular o en órganos diana ha mostrado ser muy frecuente en ancianos y conllevar un elevado riesgo, no solo de ECV clínica, sino de fragilidad. En el Cardiovascular Health Study (CHS), un estudio observacional sobre más de 5000 sujetos mayores de 65 años, han encontrado que más del 35% de los participantes blancos la presentaban, con unos porcentajes crecientes en función de la edad, de manera que por encima de 80 años, estas cifras pueden alcanzar el 50%.(2) Aunque estos sujetos con ECV subclínica (definida por la presencia de al menos un parámetro de la tabla 1) no tenían historia de eventos cardiovasculares agudos en el momento de la evaluación ini-

cial, en su seguimiento se ha comprobado que el riesgo conferido por su presencia es tan elevado como el que conlleva la presencia de ECV clínica, con una capacidad predictora más potente que los factores de riesgo tradicionales(3). De la misma manera se ha visto que estos pacientes con ECV subclínica tienen mayor probabilidad de ser frágiles (definidos como aquellos de mayor riesgo de hospitalización, mortalidad y discapacidad) que quienes se encuentran libres de cualquier forma de ECV(4). El estudio de la vasculopatía subclínica queda reflejado en la tabla 2.

Se ha sugerido, pero nunca demostrado, que el tratamiento precoz de los factores de riesgo cardiovascular podría reducir el riesgo posterior de DE. La recomendación más prudente

es diagnosticar estos factores tan pronto como sea posible, tratarlos con fármacos que no causen ni exacerben la disfunción y desaconsejar el hábito tabáquico.

B. Hipertensión arterial: Hay algunas razones lógicas para que la HTA y la DE estén relacionadas, tales como:

- a) el descenso típico de la testosterona plasmática con la edad (5), que se puede acentuar ligeramente con la HTA (6)
- b) una asociación más estrecha con la apnea del sueño (7)
- c) mayor rigidez aterosclerótica de vasos pudendos y disfunción endotelial (8)

Tabla 1. Definición de la enfermedad cardiovascular subclínica (CHS)

Parámetro	Definición
Índice tobillo-brazo	≤ 0.9
Grosor pared de carótida interna	> percentil 80
Grosor pared de carótida común	> percentil 80
Estenosis carotídea	> 25%
Electrocardiograma	Alteraciones mayores (Código Minnesota)
Cuestionario de Rose para angina o claudicación intermitente	Positivo

Tabla 2 . Estudio de la vasculopatía subclínica

Territorio	Estudio
Coronario	Prueba de esfuerzo. TC multicorte Coronariografía
Encefálico	GIM carotídea
Periférico	Ecografía abdominal Índice tobillo-brazo
General	Albuminuria. Disfunción eréctil Función endotelial

d) efectos adversos de los diuréticos, como los observados en el estudio TOMHS (9)

e) el sufrimiento psicológico de padecer una enfermedad incurable para toda la vida, de la que se dice que habitualmente causa impotencia.

Con independencia del motivo, los varones con DE pueden presentar más enfermedad coronaria angiográfica, de forma que “ si no se puede tener una erección, es posible que el corazón vaya mal” (10).

C. Diabetes Mellitus: La DE es una complicación frecuente de la diabetes y se asocia a una pobre calidad de vida. Es tres veces más frecuente en diabéticos que en no diabéticos. Entre 35 y 75% de hombres con diabetes tiene algún grado de DE. Es probable que la prevalencia estimada de DE haya sido subestimada (en el 2025 se ha calculado una prevalencia mundial de 322 millones de hombres), dado el incremento mundial en la incidencia de la diabetes y el envejecimiento. La incidencia y gravedad de la DE aumentan con el envejecimiento, la duración de la DM, el peor control glucémico y con la presencia de micro-macroangiopatía. El nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un predictor potente independiente de función eréctil(11). La patogénesis de la DE en diabetes continúa siendo desconocida, aunque se presume que es multifactorial (neurológica, vascular, psicológica).

La enfermedad aterosclerótica es la principal causa de muerte en ancianos y en diabéticos tipo 2, entre los que un 80% fallecen a causa de enfermedades cardiovasculares. El mismo porcentaje de ancianos con diabetes padece arteriosclerosis con o sin expresión clínica y un 60% algún tipo de pérdida funcional (Tabla 3). Esta pérdida de función no se correlaciona siempre con las complicaciones atribuidas de forma clásica a la diabetes(12).

Se ha evidenciado un aumento de las respuestas vasoconstrictoras y una disminución de las respuestas vasodilatadores endotelio-dependientes ante la estimulación de diferentes agonistas endoteliales. De todos estos mecanismos los más estudiados muestran una disfunción en la producción de NO por parte de la célula endotelial. Existen varias vías a través de las cuales la hiperglucemia produce daño endotelial:

a) Vía de la glicosilación no enzimática de proteínas: Los AGE (advanced glycosilation end proteins) aumentan la formación de radicales libres (anión superóxido, entre otros) disminuyen los niveles de NO y generan peroxinitritos Además favorecen la creación de un estado procoagulante y proagregante.

b) Vía de los radicales libres: Estado de estrés oxidativo a través del aumento de la producción de radicales libres y una disminución de los mecanismos de defensa antioxidante.

Tabla 3. Repercusión de DM en ancianos

Enfermedad coronaria	50%
Enfermedad cerebrovascular	15%
Enfermedad vascular periférica	20%
Pérdida funcional severa	5% en mayores de 75 30% en mayores de 85
Disfunción cognitiva	20% leve, 10% severa
Disfunción afectiva	Del 15 al 40 %



c) Vía de los polioles: El sorbitol difunde lentamente a través de la membrana celular e induce daño por uno o todos de los siguientes mecanismos postulados:

1. daño osmótico a las células
2. generación de diacilglicerol (DAG) y activación de proteína quinasa C (PKC)
3. depleción de mioinositol intracelular, que reduce la actividad $\text{Na}^+\text{-K}^+$ ATPasa y produce entrada de sodio a favor de gradiente de concentración, afectando a la velocidad de conducción nerviosa.

Han sido bien documentados los efectos psicosociales devastadores de la DE, que incluyen depresión, frustración, desánimo y menor aceptación de la diabetes(13). Estudios transversales mostraron asociación de la DE con depresión, así como un efecto mutuamente reforzante de DE, depresión y ECV, lo que sugiere la necesidad de investigar sistemáticamente depresión y enfermedad cardio-cerebrovascular en pacientes con DE, y una DE en pacientes con enfermedad cardíaca-cerebrovascular.

D. **Obesidad:** Se considera una situación de estrés oxidativo crónico e inflamatorio que origina una disfunción endotelial y un aumento de las concentraciones séricas de marcadores de inflamación vascular, como PCR, IL-6 e IL-

8. Los niveles de PCR se correlacionan significativamente con una reducción en la disponibilidad de NO y una mayor gravedad de la enfermedad vascular peneana objetivada por eco doppler. Los investigadores están de acuerdo en que la obesidad es un factor de riesgo independiente de DE (14). Asimismo, también se especula que la excesiva actividad de la aromatasas de los obesos se relaciona con la disfunción, al disminuir la dihidrotestosterona (DHT).

E. **Tabaquismo:** Amplifica los efectos de los otros factores de riesgo, produciendo daño endotelial, neural y del tejido conectivo peneano. Altera la relajación del músculo liso de los CC dependiente de endotelio, impidiendo la producción de NO y generando radicales libres como anión superóxido (15).

F. **Enfermedad de Peyronie:** Patología descrita a mediados del siglo XVIII por Francois Gigot de la Peyronie. Consiste en la formación de placas fibrosas por debajo de la piel del pene que producen dolor en el coito y en el 20-40% de los casos, DE. Enfermedad infradiagnosticada, con una prevalencia entre el 1 y el 4% en hombres de 40-70 años, se asocia a trastornos psicológicos, es necesaria una búsqueda activa. Desde la introducción de sildenafil, los médicos han informado una mayor incidencia

de casos de enfermedad de Peyronie. Su etiología no es bien comprendida, se piensa que se debe a traumatismos penianos en el curso de una actividad sexual vigorosa. Este traumatismo de la túnica albugínea desencadena una cascada de eventos inflamatorios y celulares que resultan en una fibrosis anormal, formación de una placa y el desarrollo de las calcificaciones características de esta enfermedad.

G. Síntomas del tracto urinario inferior (LUTS): La presencia de hiperplasia benigna de próstata incrementa el riesgo de DE. No está claro si la presencia de una HBP incrementa el riesgo de DE independientemente de la edad o si este mayor riesgo se debe al hecho de que la prevalencia de ambas condiciones es mayor en los ancianos. La prevalencia de la DE aumenta con la frecuencia, gravedad y molestias de los síntomas urinarios como goteo terminal, nicturia, frecuencia, urgencia, incontinencia o vaciado incompleto.

LUTS constituyen el mayor determinante de DE entre hombres libres de comorbilidades.

La relación entre LUTS y DE podría deberse a factores biológicos o psicosociales. Poco se conoce sobre estos últimos, pero es notorio que aquellos pacientes con síntomas molestos son más probables que tengan una enfermedad más grave que aquellos con síntomas no molestos. Los factores biológicos podrían incluir la aterosclerosis difusa de próstata, pene y vejiga, una hiperactividad del sistema nervioso autónomo (en estudios animales una obstrucción parcial de la salida causó una vasoconstricción incrementada y cambios ultraestructurales de los CC) y una reducción en la producción de NO en el pene y la próstata, ya que el NO tiene un importante papel en la inervación autonómica de la próstata y la inervación nitrérgica esta reducida en la HBP (16).

H. Hipogonadismo: Constituye una causa potencialmente reversible de DE. Podría ocurrir como resultado de una insuficiencia testi-

cular primaria (hipogonadismo primario) o por causas hipotalámicas o hipofisarias (hipogonadismo secundario). La prevalencia aumenta con la edad. El trastorno endocrino más habitual en los ancianos es el déficit androgénico en el varón anciano, que es un hipogonadismo asociado al envejecimiento. El tratamiento con testosterona (TT) a los ancianos carece de suficiente evidencia de que sea beneficioso, según lo referido en el informe del Institute of Medicine Committee on Assessing the Need for Clinical Trial of Testosterona Replacement Therapy (17). Muchos estudios documentan que las concentraciones séricas de testosterona disminuyen con la edad desde unos 600 ng/dl a los 30 años a 400 ng/dl a los 80 años.

Una pregunta esencial pero no respondida es si este descenso es fisiológico o patológico. Esta hormona tiene muchos efectos en diferentes tejidos, lo que puede ser explicado por su capacidad de actuar directamente o mediante su conversión a DHT a través del receptor androgénico, o a través del receptor estrogénico mediante su conversión a estradiol.

Una razón para pensar que este descenso podría ser patológico es que hay semejanzas entre las consecuencias de un hipogonadismo franco debido a enfermedad hipofisaria o testicular y las consecuencias del envejecimiento, como disminución de la densidad ósea, masa muscular, fuerza, energía y líbido.

Otra cuestión importante es si revirtiendo este descenso de las concentraciones de TT se exacerbarán enfermedades TT-dependientes a las cuales los ancianos están más predispuestos, como cáncer de próstata, HBP, eritrocitosis y quizás apnea de sueño. Desafortunadamente no existen datos disponibles para responder a esta cuestión. Aunque el tratamiento con TT no resultó en un incremento significativo en el riesgo de estas condiciones en un pequeño número de estudios controlados con placebo, el número de sujetos fue demasiado pequeño como para llegar a la

conclusión de que la TT no perjudica. Según una estimación, un estudio necesitaría incluir 6000 hombres ancianos hipogonadales asignados de forma randomizada a recibir placebo o TT durante 6 años para determinar si el tratamiento con TT incrementa el riesgo de cáncer de próstata un 30%.

El Institute of Medicine comité evaluó los datos existentes con respecto a la eficacia de tratar ancianos con concentraciones de TT bajas-normales (300 a 400 ng/dl) y concluyó que no se ha demostrado de forma suficiente una eficacia del tratamiento que justifique embarcarse en un estudio a largo plazo para determinar los riesgos asociados con el tratamiento sustitutivo. En lugar de ello, el comité recomendó realizar estudios controlados con placebo, randomizados y a corto plazo para evaluar el efecto de la TT en varios resultados en ancianos cuyas concentraciones de TT eran menores de 300 ng/dl y posteriormente, solo si estos estudios demuestran eficacia, realizar un estudio a largo plazo para evaluar los riesgos.

Mientras tanto, el clínico, en su práctica diaria, mantiene la duda acerca de la mejor forma de abordar el cuidado de ancianos con síntomas que podrían ser causados por un hipogonadismo. Unos pocos principios básicos pueden guiar el manejo hasta que se dispongan de estudios más concluyentes (18):

1. El diagnóstico de deficiencia testosterónica debería ser más estricto en la ausencia más que en la presencia de una enfermedad causante de hipogonadismo, así como en hombres ancianos (> 65) que en hombres jóvenes. Según este principio, un anciano puede considerarse hipogonadal si la concentración de TT sérica total matutina se mantiene permanente e inequívocamente, en tres ocasiones, por debajo de lo normal (quizás 200 ng/dl).
2. La terapia de sustitución deberá ser considerada solo si la deficiencia de TT puede ser demostrada según lo expuesto en el cri-

terio anterior.

3. Los ancianos hipogonadales que son tratados con TT deberán ser monitorizados para asegurar que el objetivo del reemplazo hormonal se ha logrado
4. Los ancianos hipogonadales que son tratados con TT deberán ser monitorizados por la posible exacerbación de enfermedades TT-dependientes.

El déficit androgénico en el varón anciano tiene una sintomatología y semiología inespecífica, de tal manera que puede confundirse con enfermedades crónicas, depresión, síndrome de fatiga crónica, estrés agudo, fármacos, endocrinopatías, hemocromatosis... La declinación androgénica no es siempre un estado sintomático, puede ser de hecho un estado asintomático.

Su sintomatología incluye afectación de la función sexual, disminución del sentido de vitalidad, energía y bienestar, reducción de la masa y fuerza muscular, tendencia a la depresión, cambios fáciles de humor, irritabilidad, deficiencia cognitiva, disminución de la actividad y productividad intelectual, sofocos y sudoración excesiva, inestabilidad vasomotora, osteopenia, aumento de la grasa visceral, enfermedad cardiovascular, disminución del vello corporal, mala tolerancia a la glucosa, DM, síndrome metabólico, anemia y disminución de la capacidad fecundativa, disminución de volumen y consistencia testicular.

Se deberá administrar tratamiento con reemplazo hormonal androgénico cuando el beneficio global exceda los riesgos potenciales, en pacientes que tenga valores subnormales de TT sérica. No está indicada su administración para el tratamiento de la DE con un nivel normal de TT sérica; si son hipogonadales y con DE, y ha habido fracaso de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, se podría plantear tratamiento hormonal, informando sobre efectos adversos (ginecomastia, LUTS, cáncer de próstata, eritrocitosis...), teniendo en cuenta

las contraindicaciones absolutas (cáncer de próstata o de mama, población masculina de alto riesgo para cáncer de próstata, cáncer de testículo) y la necesidad de un seguimiento ambulatorio (monitorizar niveles plasmáticos de TT, realizar tacto rectal, indagar sobre síntomas del tracto urinario inferior, PSA, exploración mamaria, hematocrito y posibilidad de desarrollar apnea de sueño).

I. Hipotiroidismo: El aumento de TSH estimula la liberación de prolactina por las células lactotropas hipofisarias que inhibe la actividad dopaminérgica central y la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), generando un hipogonadismo hipogonadotrófico.

J. Trastornos neurológicos: ACV, neuropatía autonómicas (diabetes, alcoholismo, amiloidosis, Parkinson, paraneoplásica, atrofia multisistémica), síndrome de piernas inquietas, lesiones medulares, demencia, cirugía pélvica radical (prostatectomía, resección anal...) y cirugía aorto-ilíaca.

K. Enfermedades sistémicas: Entre otras, insuficiencia renal crónica, hemocromatosis, cirrosis hepática, neoplasias, SIDA, EPOC, esclerodermia, prostatitis, uretritis, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)... La fisiopatología es multifactorial: disminución de los niveles de TT sérica, insuficiencia vascular, uso de fármacos, neuropatía somática y autonómica, estrés psicológico.

L. Drogas y fármacos: Además del alcohol y el tabaco, cabe decir que la marihuana, cocaína, anfetaminas, cannabis, opiáceos, ácido lisérgico, drogas de síntesis son también reconocidas como inductoras de disfunción eréctil.

Entre los fármacos implicados, destaco los siguientes, de uso amplio en población geriátrica:

a) Fármacos antihipertensivos o con acción cardiovascular: los diuréticos tiazídicos, la

espironolactona, digoxina, bloqueantes beta, fibratos/ estatinas y antiarrítmicos, como la amiodarona. No se ha observado, sin embargo, de una manera constante o significativa que la disfunción sexual sea más frecuente con los bloqueantes beta (19).

b) Fármacos psicotrópicos: Los antipsicóticos típicos y atípicos actúan sobre un gran número de receptores en el SNC, a saber, receptor DA₂, 5HT₂, muscarínico, histamínico y adrenérgico. Producen hiperprolactinemia las butirofenonas (haloperidol), las fenotiazinas como la levomepromacina y la tioridazina, las benzamidas como sulpiride y metoclopramida, y de los atípicos el que más produce hiperprolactinemia, sobre todo a dosis mayores a 1 gramo diario, es la risperidona. Otros fármacos implicados son las benzodiazepinas, los anticomiciales y los antidepresivos, fundamentalmente los tricíclicos con aminas terciarias por su mayor acción anticolinérgica (amitriptilina, imipramina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

c) Antihistamínicos: Tanto los H₁, como la hidroxicina y la difenhidramina, como los H₂, como cimetidina, famotidina y ranitidina (efecto antiandrógeno).

d) AINES e inhibidores de la ciclooxigenasa 2

e) Opiáceos: Morfina, fentanilo, codeína, tramadol, buprenorfina.

f) Citostáticos, como el metrotexato.

g) Antiparkinsonianos: La levodopa y el biperideno.

h) Tratamiento hormonal: Los inhibidores de la 5 α reductasa (finasteride, dutasterida) empleados en la HBP; antiandrógenos utilizados en el cáncer de próstata avanzado como flutamida, bicalutamida y agonistas de la LHRH; estrógenos y progestágenos empleados en cáncer de próstata metastático; por último, los corticoides en uso crónico pueden facilitar el desarrollo de una DE al inhibir la secreción hipotalámica de la

GnRH.

BIBLIOGRAFÍA

1. New treatment options for erectile dysfunction in patients with Diabetes Mellitus. Basu A. *Drugs* 2004; 64(23):2667-2668
2. Differences in prevalence of and risk factors for subclinical vascular disease among black and white participants in the Cardiovascular Health Study. Kuller, LH. *Arterioscl Thromb Vasc Biol* 1998; 18:283-293
3. Subclinical disease as an independent risk factor for cardiovascular disease. Kuller, LH. *Circulation* 1995; 92:720-726
4. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. Newman, AB. *J Geront* 2001; 56: M158-M166
5. Prevalence and incidence of androgen deficiency in middle-aged and older men: estimate from the Massachusetts Male Aging Study. Araujo y cols. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 5920-5926
6. Sexual activity and plasma testosterone levels in hypertensive males. Fogari y cols. *Am J Hypertens* 2002;15: 217-221
7. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. Russell y cols. *Mayo Clin Proc* 2004;79: 782-794
8. Impaired brachial artery endothelium-dependent and -independent vasodilation in men with erectile dysfunction and no other clinical cardiovascular disease. Kaiser y cols. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 179-184
9. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment of hypertensive men and women. *Hypertension* 1997; 29:8-14
10. Erectile dysfunction may be an early sign of heart disease, suggests new research. Chawla, R. *BMJ* 2004;329:1366
11. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycaemic control. Romo, JR. *J Urol* 2000; 163:788-781
12. El anciano con factores de riesgo cardiovascular. SEMEG. Capítulo 4 La diabetes mellitus como factor de riesgo cardiovascular. Manzarbeitia, J; Solis, J.
13. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. De Berardis, G. *Diabetes Care* 2002 25:282.
14. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 56: 302, 2000
15. Cigarette smoking and erectile dysfunction: focus on bioavailability and ROS generation. Osawa, Y. *J of Sex Med* 2008 5(6): 1284-1295.
16. Effect of lower urinary tract symptoms on the incidence of erectile dysfunction. Shiri, R. *The Journal of Urology* 174(1), pp205-209. July 2005
17. Testosterone and aging: clinical research directions. Washington, D.C: National academis (in press). Liverman, CT
18. Hypogonadism in elderly. What to do until the evidence comes? Snyder, PJ. *New Eng J Med* 350(5): 440-443. 2004
19. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue and sexual dysfunction. Ko DT and cols. *JAMA* 2002;288:351-357

Sujeciones en residencias de personas mayores

Una responsabilidad compartida

por Maite Pérez Echarri. MÉDICO. MASTER EN BIOÉTICA CLÍNICA.

TITULADA EN DIRECCIÓN DE CENTROS SOCIALES

En el pasado mes de septiembre el Departamento de Asuntos Sociales ha presentado un documento básico de “Decreto Foral de uso de sujeciones físicas y farmacológicas en los Servicios Sociales de Navarra”. La elaboración de este Decreto es la primera actuación que se contempla como medida para la garantía y promoción del uso racional de inmovilizaciones físicas y farmacológicas. Esta medida está incluida en la Línea Estratégica 5 del Plan de Calidad de los Servicios Sociales de Navarra (2010-2013) de fomento de la seguridad y gestión del riesgo.

Llega este Decreto tras un periodo de tiempo en el que, también desde el Departamento de Asuntos Sociales, se está desarrollando un programa llamado “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” con repercusión en nuestra Comunidad ya que recibió el premio Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia y eco en la prensa local por los artículos publicados.

Para gran número de familiares y de personas mayores que viven en residencias y para los profesionales que en ellas trabajan existen varios interrogantes:

¿Atar o realizar una medida terapéutica?

Evidentemente no es lo mismo.

La principal y más importante diferencia es la que afecta a las personas mayores que viven en residencias y a los profesionales que trabajan en ellas. Les afecta en la consideración

y respeto a la dignidad de ambos. Los mayores son personas, están en el centro de nuestro cuidado y no pueden ser “atados”. Los profesionales también son personas, fines en si mismos no sólo medios o “recursos” para el cuidado de los mayores, y no se puede decir de ellos (o insinuar, o dar a entender) que “atan” en las residencias.

Si se entiende que los mayores están atados en las residencias es preciso y existe el deber de “Desatar” a todos sin tardanza y no atar nunca a ninguno. Se debe prohibir atar y se debe penalizar a quien lo haga. Sencillamente es inadmisibles regular esto. Y mucho menos plantear cursos de formación para enseñar a atar ya que no es lícito atar aunque se ate bien.

Mientras que si lo que se realiza es una medida terapéutica debemos entonces realizar una “Buena Práctica”. De realizar una buena práctica es de donde se parte para establecer cómo y quién debe prescribirla, realizarla, cuidarla y evaluarla. Desde donde se pueden plantear las dificultades y necesidades de los profesionales a los que tenemos que facilitar y formar. Es también desde donde se puede evitar y exigir que no se realicen malas prácticas. Desde donde se pueden plantear oportunidades de mejora para alcanzar la excelencia.

El documento básico “Decreto Foral de uso de sujeciones físicas y farmacológicas en los Servicios Sociales de Navarra” en su exposición de motivos recoge como necesidad prioritaria



definir de forma precisa y clara el concepto de sujeción. Sin embargo las definiciones que aporta son simplistas e incompletas y no contemplan su finalidad que siempre es el hacer bien evitando un daño. Pierde la oportunidad de dignificar. Por que no define a las sujeciones con la categoría que se merecen: la de medida terapéutica.

¿Qué hace diferente a las sujeciones de otras medidas terapéuticas?

No son únicamente los riesgos para la salud o que su uso abusivo vulnere derechos fundamentales de las personas como aparece en el Decreto. En esto se iguala a tratamientos que puedan presentar consecuencias negativas para la salud. Y es indudable que el uso excesivo de numerosas medidas terapéuticas vulneran estos derechos.

Lo que la hace singular es que la sujeción aunque se realice de manera correcta e incluso excelente, siempre limita la libertad de

las personas. Lo que la diferencia es que ya en si misma lleva la necesidad de respetar diversas consideraciones legales y éticas. Y añadido a lo anterior y contribuyendo a su singularidad está el que no podemos nunca obviar que en la definición de medida terapéutica tiene que estar su condición de proporcionada y excepcional.

Lo proporcionado hace que siempre deba pautarse la sujeción que menos limite la libertad y más proteja su dignidad.

Lo excepcional es lo que obliga a buscar alternativas ambientales y de abordaje conductual entre otras, antes de ser pautada. Alternativas que en la mayor parte de los casos no limitan o limitan menos la libertad de las personas. Justamente el punto en que los Servicios Sociales más pueden trabajar puesto que el abordaje farmacológico es claramente del ámbito de Salud.

Pero no todas las alternativas son válidas. Tienen que ser buenas alternativas. Y tener en cuenta que algunas de ellas exigen también una valoración y el consentimiento de las personas o sus familiares. Como por ejemplo la de la cama baja y colchón colocado en el suelo versus barandillas para evitar caídas de la cama, también precisa que la persona mayor o su familiar exprese su preferencia. La alternativa del colchón supone no limitar la libertad (no en todos los casos por que hay personas cuya movilidad es reducida y no se pueden levantar solos de la cama) y las barandillas limitan la libertad. Pero también la alternativa es caer, aunque sea de pequeña altura y sobre un colchón, o no caer teniendo barandillas. Esto exige siempre valorar riesgo de caídas, número de caídas y movilidad e informar y hacer partícipe de la decisión de la medida a tomar. ¿Todos elegiríamos caer al colchón como alternativa a las barandillas?. Esto no se contempla en el Decreto. Se puede hacer bien o mal y en ambos casos respetando el Decreto



¿Cómo regular las sujeciones? ¿Comenzar por un decreto?

Lo fundamental es definir el propósito que pretendemos: conseguir unos mínimos o alcanzar unos máximos.

Es obvio que en lo que se refiere a sujeciones no es ético pretender conseguir únicamente unos mínimos. Lo que pretendemos alcanzar son los máximos deseables de calidad. Es decir orientaremos nuestras acciones hacia ellos. Este Decreto lo pone de manifiesto. Este Decreto persigue claramente llegar a los máximos y alcanzar la excelencia. Pero no lo consigue.

Varias de las cuestiones que intenta regular en relación a sujeciones farmacológicas ya lo están en Salud y el Decreto remite a la Lex Artis del ejercicio médico. Otras lo están también en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Hay cuestiones importantes como la de quien prescribe las sujeciones que quedan sin defi-

nir puesto que el hablar de facultativo no concreta que profesional está facultado para ello.

Pero es en el capítulo de “garantías en el uso de sujeciones y fármacos psicotrópicos” donde claramente no llega. No llega por que las cuestiones que plantea son complejas. Por ejemplo recoge que “si la persona restringida lucha por zafarse de la sujeción será obligada la intervención de un profesional cualificado para que valore el riesgo de complicaciones graves, y la necesidad de tomar medidas al respecto” (Art. 7 Punto 6) Crea varios interrogantes: ¿qué profesional cualificado? ¿valora sólo complicaciones graves?. De nuevo esto puede hacerse bien o mal y en ambos casos respetando el Decreto. Quizás por que no puede garantizarse hacerlo bien comenzando por un decreto.

De lo anterior se deduce que deberíamos utilizar otra manera de hacer, previa a un decreto. En el ámbito de los Servicios Sociales lo más adecuado sería empezar por la “Buenas Prácticas”. El decreto llegaría después haciendo referencia a ellas.

De hecho este Decreto lo hace. Por que no es posible dejar de hacerlo. Hace referencia, dentro de los principios básicos que recoge, a “las buenas prácticas que puedan ir observándose respecto del uso de las medidas...”. Está claro que exige un trabajo previo. ¿Cómo hacerlo? Tendremos que plantearnos el siguiente punto.

¿Qué son la “Buenas Prácticas”?

Las “Buenas Prácticas” es un concepto más amplio que lo que supone actuar según pautas basadas en conocimientos actuales y teniendo en cuenta principios éticos. Esto es simplemente una buena praxis, que tiene un gran valor y que es imprescindible para que una “buena práctica” sea realidad. Pero estamos hablando de algo mas.

Las “Buenas Prácticas” tienen que tener un marco teórico de conocimientos basados en estudios de investigación que los mantengan actuales, pero también tienen que enmarcarse en un ámbito organizativo (recursos, formas de trabajo...) y en un ámbito relacional de las personas con sus familiares y los profesionales que les atienden, donde las actitudes adecuadas son imprescindibles para que lo teórico pase de la mejor manera a la práctica. Teniendo también en cuenta las políticas que se estén desarrollando tanto a nivel autonómico como nacional e incluso internacional y con la visión fundamental de situar a la persona en el centro de la toma de las decisiones.

De ahí que las “Buenas Prácticas” además de éticamente aceptables, jurídicamente conformes, actuales, verificables, evaluables, tienen que entroncarse en las organizaciones y ser realistas, interdisciplinarias, participativas y consensuadas.

Es decir tienen que estar relacionadas e integradas en la manera de organizar de la residencia, de la planificación del trabajo en equipo y de los estilos de relación personal, para poder establecer formas de intervención.

Y tienen que anticiparse a las dificultades y limitaciones que podamos encontrarnos en su implantación para de antemano poder dar respuesta a los conflictos que surjan.

Deben involucrar a todos los que participan en su desarrollo: personas mayores, familiares, profesionales y Administración. Para todos tiene que ser considerada como una práctica valiosa. Por lo tanto es importante que no sea impuesta. La responsabilidad es compartida.

Sólo si cree en lo que se hace y en cómo se hace, será efectiva.

¿Qué es una “Buena Práctica en Sujeciones?”

La que garantiza que las sujeciones son las inevitables y que se realizan adecuadamente

¿Cómo garantizar que sólo se realicen sujeciones inevitables?

Siendo excepcionales y contemplando buenas alternativas la responsabilidad es compartida

¿Cómo garantizar que se realicen adecuadamente?

Considerándolas medida terapéutica la responsabilidad es compartida



Entrevista a Lucía Baquedano

por Lourdes Gorricho. MÉDICO GERIATRA. GESTIÓN ASISTENCIAL.

Nació en Pamplona un 18 de Diciembre de 1938, ivaya año para nacer! ¿Cree que éste hecho pudo afectar a su vida?

Puede que el nacer al final de una guerra y haber conocido todas las carencias de la posguerra haya afectado a mi vida, pero francamente, no lo he notado.

Usted estudió secretariado, y trabajó fuera de casa hasta su matrimonio. ¿Se planteó en algún momento continuar con su trabajo tras el mismo?

En la época en que me casé, casi todas las mujeres dejábamos el trabajo para atender a la familia. Nunca lo he lamentado. Además tuve la suerte de empezar a publicar mis libros cuando ya no era tan necesaria en casa, y como esto se convirtió en mi trabajo, no pensé en volver a la oficina.

¿A sus hijos usted les contaba cuentos o se los inventabasobre la marcha?

A mis hijos les contaba muchísimos cuentos, todos los que recordaba de mi infancia. Los míos, los escribía y ellos los leían. Tiene su mérito, porque estaban escritos a máquina y no tenían el atractivo de los cuentos comprados.

¿Cuándo comenzó a escribir?

Me recuerdo siempre escribiendo. Creo que tenía unos diez años cuando empecé a hacerlo.

¿Desde que escribió su primer libro, "Cinco panes de cebada" hasta que lo presentó a un concurso literario pasaron muchos años, ¿qué le decidió finalmente a hacerlo?

Era muy joven cuando escribí CINCO PANES DE CEBADA. Nunca pensé en que podría publicarse, pero cuando supe de la convocatoria del premio Gran Angular y lei las bases, sentí el impulso de presentarlo.

¿Le resultó difícil publicar en esos años?, y de ser así, ¿cree que ser mujer tuvo algo que ver?

La verdad es que tuve la suerte de ganar un premio la primera vez que participé en un concurso. Publicar siempre es difícil cuando se es una persona desconocida y un premio ayuda mucho. Sobre todo el Barco de Vapor que obtuve en 1986. No creo que el ser mujer tenga nada que ver. A mí no me ha ayudado ni me ha perjudicado.

¿Le sorprendió el éxito de su primer libro?

El éxito de mi primer libro publicado, el que se siga leyendo y gustando treinta años después, es algo que todavía me sigue sorprendiendo. Estoy muy contenta.

¿Le dijeron alguna vez que mejor se dedicara a sus labores?

Nunca me han dicho que me dedique a "mis labores", a las que por cierto dediqué lo mejor de mi vida. Fue una época realmente gratificante que no me impidió interesarme y participar en muchas cosas.

A menudo sus protagonistas son niños de pueblo, con mucha vida de calle, que en las ciudades de hoy no es fácil, ¿le da pena por los niños de ahora que se pierdan eso?, y por el contrario ¿qué cree que han ganado los niños de ahora?

Los tiempos que vivimos son excelentes en muchas cosas para los niños. Sin embargo no tienen la vida de la calle que se da en un pueblo o en una ciudad de tiempos atrás. Hay inseguridad y peligros de muchas clases, y me he dado cuenta de que ahora se acompaña a los niños al colegio a una edad en la que mis hijos ya iban solos. El trayecto de vuelta a casa con los amigos, o quedarse un rato jugando en una plaza era ideal. ¿Qué han ganado? Muchas cosas. Creo que viven mejor que sus abuelos y hasta los libros de estudio son tan bonitos que parece que aprenden jugando. Se piensa mucho en su bienestar y se montan parques infantiles y espectáculos magníficos para su disfrute. Además, para mi envidia, dominan enseguida la informática, caballo de batalla para los de mi generación. Parecen haber nacido con un ordenador bajo el brazo. En general viven mejor, pero no sé si son más felices. Tal vez un poquito de necesidad les haría valorar más todo lo que tienen.

Su idea es "engancha a los niños a la lectura" ¿qué hay que hacer para conseguirlo?

Me parece importante la narración oral. Hay niños a los que les cuesta mucho leer,

pero casi todos están dispuestos a escuchar. Un niño a quien le han contado cuentos en casa y también se los han leído, seguro que ha disfrutado tanto, que querrá leer. Mi experiencia como madre de cuatro hijos, todos excelentes lectores, me hace pensar así.

Me han informado que usted echa de menos a una abuela de pelo blanco, y por eso se la inventa en muchos de sus libros, ¿es así?

No conocí a ninguno de mis abuelos y me hubiera encantado tenerlos.

y usted ¿hace ese papel con sus nietos?

Ser abuela es una de las cosas más estupendas que me ha dado la vida. Soy feliz con mis cinco nietos, y creo que también ellos me quieren mucho.

También me consta que al iniciar una nueva escritura, no piensa toda la historia desde el principio, sino que va surgiendo, ¿de qué depende el curso que va tomando el mismo?

Efectivamente suelo empezar a escribir cuando tengo una idea que voy desarrollando sobre la marcha. Creo que soy una escritora trabajadora y por eso todo lo demás se me ocurre con la pluma en la mano.

Por cierto, de dedica mucho tiempo a la escritura?

Soy bastante irregular, no tengo costumbre de escribir un cierto número de folios al día, y tampoco pienso en una o dos horas. Escribo cuando tengo algo que contar, y por eso unos días escribo mucho y otros nada.

¿Hay un libro que le hubiera gustado escribir?

Hay muchos libros que envidio porque me hubiera gustado escribirlos yo. Uno podía ser LAS GUERRAS DE NUESTROS ANTEPASADOS de Miguel Delibes.



¿Ha hecho alguna vez balance de su vida?

Si hiciera un balance de mi vida, creo que llegaría a la conclusión de que ésta ha sido bastante afortunada.

¿Qué le preocupa en estos momentos?

Me preocupa la crisis que estamos viviendo ya que no sabemos a donde puede llevar la pobreza y desesperanza de los que más la sufren, que como siempre ocurre, suelen ser los más pobres.

¿Se cuida mucho?

Mi salud es bastante buena. Nado o camino a diario. Esto es cuidarse, ¿no?

¿Cómo es un día cualquiera en la vida de Lucia Baquedano?

Mi día es igual al de cualquier persona que compagina su profesión con la preocupación diaria del ama o amo (que los hay) de casa.

¿Cómo valora el nivel de cultura de nuestra sociedad en general y Navarra en particular?

Valoro bien nuestra cultura, aunque me preocupa todo eso que dicen ahora de que la de nuestros jóvenes estudiantes está por el suelo. ¿Será verdad que muchos no entienden lo que leen?

Si usted fuera Consejera de Cultura .

Nunca sería Consejera de Cultura. Estoy segura de que no lo haría bien. Me parece difícilísimo.

Mi Ángel de la Guarda

por M^a Teresa Arizaleta.

Se llama Mariano, y es pequeño, rechoncho y cabezón. Un querubín de ochenta años con boina, bastón y alpargatas.

Con esa pinta y llamándose Mariano, ¿cómo iba yo a sospechar? Si se hubiera llamado Miguel, o Rafael...

Apareció por primera vez en el otoño de 1991, de incógnito, con cita previa, como un paciente más.

A vacunarse de la gripe.

Una enfermera joven, novata y voluntariosa como yo, no dejó pasar la oportunidad: peso, altura, tensión arterial, perímetro de cintura, glucosa....,no me deje nada por medir.

Un desastre, concluí para mis adentros.

Todos los parámetros por las nubes.

Allí había mucho margen de mejora, y me puse a ello inmediatamente.

Con ardor juvenil, llena de vanidad profesional, convencidísima de la gran labor que podía yo hacer por mejorar la salud de aquel abuelo.

Le expliqué los riesgos de la hipertensión, el sobrepeso y la vida sedentaria.

Le di una dieta escrita en un folio, y con ella en la mano se fue.

No me dijo que le parecía.

Ni se me ocurrió preguntárselo.

En la siguiente visita:

- Tiene usted que perder veinte kilos, Mariano.

- ¿Perder?. A mí nunca me ha gustado perder. Es más bonito ganar.

- Y andar una hora todos los días.

- ¡Ay maja!, Yo ya anduve mucho por los montes cuando era joven.

- Y suprimir los dulces.



- ¡Uy!. Eso no puede ser. La Pepa hace un flan que no se puede resistir.

Ignorando sus protestas, le volví a explicar todos los riesgos que comportaba para su salud aquel estilo de vida tan insano y peligroso.

Le cite para una próxima visita, y otra, y otra...

Yo me desesperaba y le indicaba una y otra vez lo que tenía que hacer.

Y él seguía con su vida.

Al parecer, tenía una amplísima y bien avenida familia que lo celebraba todo. Comiendo.

Yo le preguntaba que tal seguía la dieta, y él me contaba lo rica que estaba la tarta en el cumpleaños de su hija. Y la morcilla que trajo su nieto del pueblo. Y las natillas que hizo Pepa el domingo cuando vinieron los hijos a comer, y el lunes seguían estando buenas, ¡no las iban a tirar!

Nuestra relación se convirtió en una guerra no declarada. Avances y retrocesos (medio kilo arriba o abajo), cambios de estrategia por mi parte; pues lo suyo fue siempre la resistencia pasiva.

- Mariano, ha engordado un kilo desde la última vez.

- Pues no sé, si no como nada. Ayer ni cené.

- ¿No cenó?.

- No.

- Pero, ¿se fue a la cama sin comer nada?.

- Bueno, ¿qué me comí?. Cinco salchichas, pero cenar, cenar...

Estaba desesperada, quería hacerlo bien, y aquel hombre se me resistía. No se deja ayudar, me decía a mi misma.

No se me ocurría preguntarle si necesitaba mi ayuda. Tan convencida estaba de que la verdad estaba de mi lado.

Yo sudaba ingeniando una nueva forma, una metáfora irrefutable para convencerlo de la necesidad de seguir mis consejos,

Y él tan feliz, mirándome con sus ojitos traviesos y su sonrisa socarrona.

Ni pizca de respeto me tenía, que un día, medio en broma, hasta me arreó con el bastón por hacerle esperar.

Que se le hacia tarde para el paseo.

¿Había dicho paseo?. ¡Encima con ironías!

Podría contar que al fin comprendí; que vi la luz: mentiría.

Fue una rendición en toda regla. Por falta de munición: se me acabaron los argumentos. Ya no sabía que decirle.

Así que, un día, derrotada y sin palabras, me callé.

Y habló Mariano. Me contó cómo a los nueve años comenzó a trabajar de pastor. Se zampaba todo lo que le daban nada mas salir del pueblo, la comida escaseaba y a él le sobraba el hambre, luego bebía leche directamente de las ubres.

Ya entonces demostraba ser un chaval con recursos para salir adelante.

Se dio cuenta de que en el pueblo no había futuro; en el monte hay tiempo para pensar, me dice.

Emigró y conoció a la Pepa. Se enamoraron y trabajaron. Se casaron y siguieron trabajando. Mucho.

Tuvieron cuatro hijos y trabajaron aún mas para darles estudios a todos.

“

He dicho que es mi ángel de la guarda porque aún hoy, después de doce años, me vigila.

”

Ahora todos tienen buenos trabajos. Se ganan la vida honradamente y tienen sus propias familias.

Han llegado los nietos. Todos están sanos, recalca Mariano.

Mariano y Pepa viven solos, y se siguen queriendo. De verdad se quieren.

Todo eso me contó aquel día en que me permití escucharle.

Y entonces sí que vi la luz. Su aura de hombre feliz.

Un triunfador.

Que ha conseguido en la vida, a base de esfuerzo y amor, mucho más de lo que se atrevió a soñar cuando pasaba hambre.

Aquel día entendí, (¡al fin, que paciencia tuvo conmigo!), que Mariano era mucho más sabio que yo.

Bajo su aldeano aspecto inmune a las modas y a la modernidad, había mucho sentido común y unas ideas muy claras.

Sentí vergüenza por haber pretendido enseñarle algo. No necesitaba para nada mis lecciones, ya sabía él bien cómo quería vivir su vida, y qué cosas son importantes.

Mariano perdonó mi insolencia, de hecho, hizo como si no se hubiera dado cuenta de nada.

A partir de entonces, no le dije más lo que tenía que hacer, y él dejó de tomarme el pelo.

Intenté ser capaz de ayudarlo a conseguir que su vida fuera lo que él quería que fuese.

Me permitió aprender de su manera de encarar la vida, de afrontar la enfermedad, el dolor, de sus comentarios aparentemente casuales, y hasta de su forma de morir: con sencillez, en paz, dando y recibiendo amor.

He dicho que es mi ángel de la guarda porque aún hoy, después de doce años, me vigila.

Lo sé, porque alguna vez olvido lo que aprendí con él, y empiezo a ponerme sabihonda delante de algún paciente.

Y en esas ocasiones, no falla: la boina, y detrás la cabeza entera de Mariano aparecen por encima de la pantalla del ordenador para mirarme con sus ojitos traviosos, y hasta creo escuchar su risa.



Nunca es tarde

por Loli Albero Gil.

Llevo tanto tiempo en soledad que no logro entender la angustiada zozobra que últimamente me embarga. Aunque la pasada noche -otra larga noche de insomnio- la empleé en consideraciones valientes y creí palpar la posible causa de mi desazón: ver que fracasé en la vida y ya no me queda tiempo para enmiendas, para un decoroso arreglo. Quizá por eso, esta mañana, al sentir con más intensidad que nunca cómo se me caía la casa encima, he salido temprano a mi paseo diario y el aire, el mismo que me enmarañaba el pelo, ha debido barrer los lastres de mi desamparo.

Soy mayor. No se crean que llevo sobre mi espalda la cascada de oro que porté de joven. Pero tampoco me resigno al modelo que acostumbra a lucir las mujeres de cierta edad, portadoras infalibles de un enrollado típico de peluquería, un poco como salidas en serie de una cadena, en vez de coches, de bucles. Yo conservo la media melena lisa que me vi obligada a adoptar nada más casarme con Celso, aquel hombre que dejé de amar, según iba recortándomelo todo, porque no sólo fue el pelo

“Ahora, que ya eres mi mujer, lo más urgente es que lo parezcas, que cambies ese estilo juvenil por el de una señora respetable”

—me espetó en pleno viaje de novios, instándome a entrar en una peluquería, de donde salí rapada). Ahí surgió nuestra primera discu-

sión, al replicarle que era la primera y última vez que consentía aquel estrago en mi cabello. Ya no lo volvería a llevar largo, pero conseguí que me rozase los hombros, y hoy el aire me lo revolucionaba a mil y, por un instante, he sentido que volvía a mi juventud y que estaba siendo espoleada para despertar a la verdad, esa verdad que, durante décadas, me he negado a ver clara. Así pues, anoche vislumbré que mi zozobra radicaba en que soy una fracasada. Y hoy, tras el paseo revelador, me atrevo a afirmar, por fin, que mi fracaso se lo debo a quien decía ser mi mitad, cuando lo único que hizo fue absorberme entera, aprensándome en una cárcel sin barrotes, tras una ancha e invisible muralla.

De cara a la galería éramos un matrimonio de película y ni siquiera a mí se me ocurría protestar, porque me habían educado para estar callada. “Abnegación, resignación y obediencia ciega -fue lo que me dijeron el día que salí de casa para ir al altar donde, como en los altares de las viejas civilizaciones (perdónenme el cotejo) se iniciaría mi pavoroso sacrificio-, para que no olvides lo que implica el paso que vas a dar, que no es ninguna broma”. ¡Vaya que si no fue broma! Y lo triste es que haya desperdiciado cincuenta años de mi vida sumida en la impresión de que aquello era lo normal, cuando, en mí, a cada momento, brotaba una rebelión que me incendiaba, aunque siempre acabara aplacándola con el agua bendita de la iglesia donde me refugiaba a rezar. “Dame fuerzas, Señor, para soportar tanto —le rogaba en el reclinatorio. Y así, poco a poco, me fui convirtiendo en un ser exhausto y sin voluntad. La de él lo totalizaba todo y era

preciso pulir mis más nimias tentaciones rebeldes, como aquel querer ser artista, escribir, pintar, modelar barro...

-¿No ves que eso no son más que inclinaciones del diablo? –me recriminaba Celso, rasgando mis lienzos sin piedad, destruyendo mis poemas, estampando contra el suelo la silueta de arcilla recién moldeada.

Y yo me encogía de hombros y, aterida por la violencia, me resignaba a aquella vida anodina, a aquel callejón oscuro, a aquel túnel sin luz.

Hoy sé que fui una mujer maltratada. Hoy le puedo poner nombre a lo que he sido. Hoy, que él ya no está. Hoy, que, paradójicamente, aún parece que le echo de menos (el síndrome de Estocolmo y su efecto). Hoy, que he tomado la dura determinación de consumirme en una residencia de ancianos, o una "casa del silencio", según les llama Ángela Becerra, una escritora que leí hace poco y me impre-



sionó por su fuerza en lo que cuenta y su saber vivir. Yo no supe vivir, y ya no aguanto tanta soledad, ni tanto silencio, ni tanto recuerdo... La casa se me cae encima y he salido con el bolso repleto de recortes para pegar en los comercios que me lo autoricen: "Vendo piso. Económico". En esta época de crisis será un buen reclamo. Soy capaz de venderlo por cuatro perras, con tal de encontrar otro sitio. Y mi sitio es ése: la residencia, el último agujero.

En la zapatería "Venecia" el joven propietario coloca unas manolequinas en posición caprichosa, cuando yo, un punto azorada, le pido permiso para pegar mi anuncio. Me da su aprobación y con cierta ternura en su mirada me pregunta si me voy del barrio.

-Soy Mintxo, ¿no se acuerda?

Entonces escucho un estruendo en mi interior. Mintxo, el pequeño Mintxo, aquel que se deslizaba por el tobogán por donde los empleados lanzaban las cajas de zapatos solicitadas, en vez de subir y bajar escaleras sin tregua. Un niño guapo, vivaracho y travieso como casi todos los niños, convertido hoy en un flamante caballero, muy semejante a quien me evoca un episodio crucial en mi vida.

-Hace tantos años... -le presiono la mano, le envuelvo en el celofán de mis ojos hechos miel, miel que gotea-. Qué hombre te has hecho... Seguro que ahora son tus hijos los que corretean por ahí dentro.

Asiente. Sonríe. Me invita a pasar, pero declino la invitación porque llevo prisa.

-Me urge vender el piso. Quiero irme a una residencia.

-¿Usted? Pero si todavía no es mayor... Y ni aun así, ¿cómo se le ocurre?

Azorada por la emoción que provoca escuchar una lindeza en jóvenes labios, iba a responder que ya cumplí 84 cuando la voz grave y rotunda de un caballero resuena a mis espaldas, electrizándome entera.

-No se atreverá, Elisa, no se atreverá a enterarse viva.

La voz me barrena por los recuerdos. Quizá por eso tardo en reaccionar. Por fin, me doy la vuelta y compruebo que no me he equivocado. Es él, don Eduardo Arraiza.

-Usted... es usted... -repito, incrédula.

-Sí -asiente, mientras me tiende la mano y exhibe una sonrisa plena-. Todavía estoy por aquí, no soy un fantasma...

Sonrí yo también, le estrecho tímidamente la mano. Parece que todavía resonara en mis estratos profundos el eco de terror que me insuflara Celso, cuando aquella mañana me disponía a vestir mis pies en la prestigiosa zapatería "Venecia" y don Eduardo, propietario entonces, palpaba mi empeine para encajar el zapato.

-Divino, divino -fue su pronóstico.

-Divina te voy a poner yo la cara -le chilló Celso, que lo vio desde el escaparate e irrumpió con la ceguedad de un poseso, derribándolo contra la estantería cargada de cajas-, y tú un mes encerrada, por lo menos ... -me amenazaba, iracundo.

No fue un mes. Fue la vida al completo. A partir de ese momento, ya nunca me permitió salir sola. Hacía más de treinta años que no veía a D. Eduardo Arraiza.

Ha sido emocionante el reencuentro. Después de mi inicial reticencia, he acabado yendo a un café para hablar de ese tiempo muerto que nos separaba. A veces, debo reconocerlo, me

había preguntado qué sería de aquel hombre apuesto y educado que tal vez me amaba, pero nunca me faltó al respeto ni con la mirada. En nuestra conversación imprevista, me ha confirmado el viejo y silencioso amor que me profesó nada más verme y me ha rogado que desista de mi idea y atienda a su dossier de sabios consejos, por los que él ha alcanzado sus noventa y tres espléndidos años: Ilusión y actividad.

Gracias a Eduardo Arraiza ahora sé que la gente no se muere por culpa de la edad, sino por falta de horizontes vitales, es decir, ilusiones. Llevo saliendo con él tan sólo unos meses y soy una Elisa nueva, sencillamente porque él ha transformado de forma radical mis registros. Eduardo ha hecho que rescatara mis inquietudes de juventud, es decir, mis sueños. A su vez, es capaz de disfrutar contemplándome mientras pinto, ofreciéndome



opiniones sobre el resultado y mostrando sugerencias que siempre aprovecho. Eso sin contar las bellas fotografías que sabe recoger en sus paseos junto a mí, entre bucólicos paisajes, convencido de que yo, luego, los trasladaré al lienzo superándolas. Tanta ilusión renovada se refleja en mi rostro, que irradia otra luz, y hasta la serotonina ha debido regularse, que vuelvo a dormir seis o siete horas de un feliz tirón. Al despertar, sonrío recordando que Eduardo me espera en el café habitual, donde revisaremos el plan del día, sin duda un gran plan. Porque cada día es distinto y siempre es genial, lo nunca visto en mi vida, hasta ahora cuadriculada, aburrida y habituada al formato de la soledad y las penas. Este hombre las ha barrido todas. Su optimismo es el gran escobón que posibilitó el milagro, y en una simple jornada recupero veinte años de existencia absurda. “Nunca es tarde, ¿lo ves?” –me guiña un ojo, pletórico, y me arrastra tras sus decididos pasos, porque ser nonagenario no le ha arrebatado, ni un ápice, el brío con que siempre vivió. “Tenía tanta energía -me confesó ayer-, que por eso me fui de la ciudad tras el incidente con la mala bestia de tu marido-. Aunque quizá fui egoísta; por no darle el mal golpe que merecía y arruinar mi vida, te condené a ti a tanta desventura...”. Yo le digo que hizo lo que debía. Y que ahora también está haciéndolo, que no se mortifique, que me ha salvado, que soy una Elisa nueva, incluso joven me siento.

Al parecer, ambos hemos mantenido costumbres que incentivan la salud y la longevidad, si bien en él me fascina su estricta vida, algo casi impensable en un hombre: nunca ha fumado, ni probado una gota de alcohol, muchísimo menos otro tipo de tóxicos. Cada tres meses hace una novena de infusión de ortigas. Desde su juventud desayuna una fruta y un cuenco de leche que se desborda por la cantidad de aderezos que añade: levadura de cerveza, germen de trigo, polen de abejas, lecitina de soja, copos de avena, nueces... La carne está excluida de su dieta y dice comer



pimientos (del piquillo, mejor), “que también son rojos, pero sin manipulación ni hormonas” –asevera. Abusa de fruta y verdura y nunca prueba azúcares refinados ni nada que los contenga. Hace gimnasia a diario, camina por la mañana y por la tarde. Practica yoga y meditación espiritual, es decir, a su manera reza, se conecta con las altas instancias del alma. Hace voluntariado con personas de su propia escalera, más jóvenes que él y, sin embargo, impedidos. Algunas veces acude a los colegios, e incluso a la universidad, a impartir charlas a los niños y jóvenes para que aprendan sus excelentes hábitos de vida. Desde que ha logrado el milagro conmigo, se plantea acudir a los clubs de jubilados, porque ha constatado que nunca es tarde para recuperar la sonrisa. Por si era poco, lee sin tregua y navega por internet, infatigable. Ahora está deseando que llegue el verano para nadar en la playa, un placer que la piscina climatizada no le reporta.

Yo me quedo maravillada y él me dice:

-Es que soy como Francisco Arámburo: por mi parte habrán de disculparme, pero no tengo tiempo para hacerme viejo. Con su permiso o sin él, voy a ser Matusalén.

Residencia San Manuel y San Severino

por Cristina Tello Domínguez de Vidaurreta.

El 25 de mayo de 1930, Severino Fernández Camón, cumpliendo la voluntad de su esposa, Manuela Navascués Cemboráin, redacta su testamento en Zaragoza y él ordena la fundación de un asilo-escuela que se llamaría “Asilo de San Manuel y San Severino”, dedicado a niños y niñas pobres, preferentemente huérfanos y naturales de Tafalla. Para ello se utilizó 1.925.000 pesetas, dinero que donó el matrimonio benefactor.

El 10 de noviembre de 1932 fue la fecha exacta en la se constituyó la Fundación San Manuel y San Severino.

Esta voluntad del matrimonio Fernández-Navascués, entresacada del libro Historia de Tafalla de José M^a Esparza Zabalegui, se materializaría en el año 1935 con la construcción del citado asilo, proyectado por el prestigioso arquitecto navarro Victor Eusa.

Así comienza esta historia, y una vez constituida y nombrada su primera junta, construido el edificio, sólo faltaban los protagonistas, 40 niños y niñas y 9 Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Durante el invierno, además, daría comida para cincuenta pobres de la ciudad, durante treinta días, preferentemente ancianos.

Numerosas historias y anécdotas albergan este edificio, numeras mujeres y algunos hombres, antiguos niños y niñas de aquel entonces han recordado bonitos recuerdos y momentos, a pesar de las difíciles situaciones vividas que les había hecho llegar allí.

Cuentan algunos de ellos, que el día se iniciaba a las 6.30 de la mañana y se repartía entre escuela diaria de mañana y tarde, misa matutina y rosario vespertino. Por la mañana antes de ir a la escuela procedía a la limpieza de la casa y luego por la tarde, después de las clases y mendar, tenían horas de estudio y labores domésticas de bordar, coser, hacer punto, mantillas, encajes, bolillo, etc. También lavaban la ropa y planchaban, ayudaban en las cocinas y colaboraban con la huerta y los animales. A medida que iban creciendo también les enseñaban a escribir a máquina. Salían con una formación básica y un certificado de estudios para ir a trabajar a cualquier lado. También tenían ratos libres que como cualquier niña de su edad aprovechaban para jugar, correr, saltar, hacer comedias, cantar, charlotear o cualquier cosa que invente la imaginación de un niño.

El curso escolar acababa en junio y con él llegaba el verano. No eran vacaciones como las de ahora, pero el calor, los días largos, las actividades al aire libre y la sensación de mucho más tiempo eran las mismas que ahora. El calor y el agua, binomio por excelencia del verano, también eran para ellas que se aplicaban con esmero en limpiar la alberca de los cerdos, llenarla de agua y... ¡A chapotear en ella, vestidas!. Aún con los vestidos puestos debía ser tal el alboroto que montaban, que desde la cerna fábrica de Armendáriz un día se asomó a la ventana el dueño, Casimiro Armendáriz, a ver qué pasaba. Las vio jugando el agua, felices y alborotadas, pero en un aska de cutos, y se le ocurrió que bien se podría construir una piscina para aquellas chicas y de



paso, con el tiempo, previo pago de entrada, sería una piscina de uso exclusivo para mujeres. Dicho y hecho, estrenaron piscina en el verano del año 1962, y las propias hijas del Sr. Casimiro Armendáriz y estrenaron, por fin bañadores. Sor Felicitas sacó los patrones y con las telas de las batas verdes de las obreras de la fábrica de Armendáriz confeccionaron ellas mismas sus flamantes bañadores.

La alimentación la tenían asegurada con todo lo que proporcionaba la hermosa huerta que extendía hasta el río. Además de las frutas y verduras estaban los animales de la granja. Cerdos, gallinas, patos, conejos, vacas proporcionaban alimentos frescos todo el año.

En esta casa además de atender a los niños necesitados, había huérfanos de padre y/o madre, niños de familias numerosas en las que los padres no tenían recursos para poder atenderlos, ha acogido diferentes causas en Tafalla:

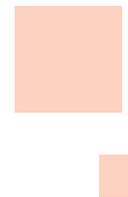
Hospital de sangre mientras duró la guerra así que compartieron, la casa niñas y los soldados heridos o enfermos.

En la época de la posguerra fueron tiempos de mucha escasez y dificultades para las familias, que entonces eran muy numerosas. Cáritas estableció en la casa sus oficinas, en ellas tuvieron sus actividades, un comedor de invierno mayoritariamente para niños y algunas personas mayores. Fuera del comedor se atendían a transeúntes, comida caliente, ropa y billete de traslado a otras ciudades, a veces también se les buscaba cama. La dedicación a los transeúntes es la actividad que durante más tiempo se ha desarrollado en la casa.

En tiempos muy precarios se montó un pequeño taller de bordados, se daban clases y se bordaba de encargo, también se tejían chaquetas y calcetines, todo a máquina.

También se comenzó a recibir escolares de pueblos cercanos a Tafalla. Las niñas de fuera de la ciudad se quedaban internas y muchos escolares se quedaban sólo a comer.

Diversas actividades más como oficina de veterinarios, Ikastola, Asociación de Butano del barrio de la Panueva, Escuela Dominical,



Ayuntamiento, lugar para la comparsa de Gigantes, Sede de la Policía y no hace muchos años albergó provisionalmente el Juzgado. Estas dos últimas compaginadas con la actividad de Residencia de Ancianos.

Los tiempos cambian, el asilo para niños y niñas pobres que concibieran Severino Fernández y Manuela Navascués duró hasta la década de los 70. En aquellos años, reunida la Junta del Patronato, vieron que la sociedad había cambiado y que las necesidades que durante todo este tiempo habían dado sentido al asilo, ahora eran otras. Debatieron sobre cuál debía ser el nuevo objeto de la fun-

Numerosas historias y anécdotas albergan este edificio, numeras mujeres y algunos hombres, antiguos niños y niñas de aquel entonces han rememorado bonitos recuerdos y momentos, a pesar de las difíciles situaciones vividas que les había hecho llegar allí.

dación y determinaron convertir el asilo en un residencia de ancianos. Fueron las propias monjas que estaban las que siguieron con esta labor y fue de nuevo Víctor Eusa quien realizó el proyecto de reforma del edificio para acondicionarlo como residencia (habitaciones individuales y equipadas con baño, salas de estar, etc.). En diciembre de 1974 llegan los primeros doce residentes y así hasta la actualidad. La partida de las monjas en el año 90 supuso un momento de impasse pues hubo que realizar una serie de cambios y dotarse de trabajadores y personal laicos e infraestructuras más acordes con los tiempos. Esto

trajo también un cambio en los estatutos de la fundación que habían permanecido invariables desde su redacción. Así se aprobaron el 2 de mayo de 1991 unos nuevos estatutos, ratificados en diciembre del mismo año por Gobierno de Navarra, de los que se elevó escritura el 22 de septiembre de 1992 y son los que rigen en la actualidad.

Ante los nuevos planes urbanísticos del Ayuntamiento en la zona, en los años 97 y 98, procedieron a la venta de parte de los terrenos de la huerta y edificios anexos del asilo. Fue una inyección de dinero importante que sirvió para sufragar las obras de remodelación del asilo y convertirlo en el moderno y funcional edificio que conocemos hoy. En esta ocasión fue el tafallés Txuma Ibáñez Aldaz, el arquitecto encargado del proyecto. Del antiguo edificio de Víctor Eusa se conservó la fachada original y la torre de la Iglesia, el resto se rehizo de nuevo, de acuerdo a las necesidades que ahora tiene.

Y así sigue hoy en día la fundación “San Manuel y San Severino”, ayudando a los más necesitados y desprotegidos, aunque con unos recursos muy diferentes a los iniciales, en los que sólo con recursos generados por las mismas personas que vivían podían ser suficientes para subsistir en tiempos difíciles. Hoy en día para poder dar a los residentes una calidad de vida, suplir unas necesidades básicas, etc hace falta subvenciones de Gobierno de Navarra así como cobrar una tarifa de los residentes en función de sus posibilidades económicas.

En la actualidad la residencia está dirigida por Cristina Tello Domínguez de Vidaurreta. Una vez que se fueron las Hijas de la Caridad, es la tercera Directora al frente del centro residencial tras Ana M^a Gómara, y M^a Carmen Lizasoáin.

Trabajos publicados

por el Dr. José Ramón Varo, PSQUIATRA

Actividad física y evolución de la enfermedad de Alzheimer.

Scarmeas N et als.

Am J Geriatr Psychiatry 2010 Jul 14

La actividad física ha sido relacionada con menor riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer (aparte de tener otros muchos beneficios para la salud física y mental). Pero se ha estudiado poco la posible influencia de la actividad física en el curso evolutivo de la enfermedad.

En este trabajo que comentamos se pretende estudiar en forma prospectiva la posible asociación del ejercicio físico y la evolución y comienzos que sigue la enfermedad.

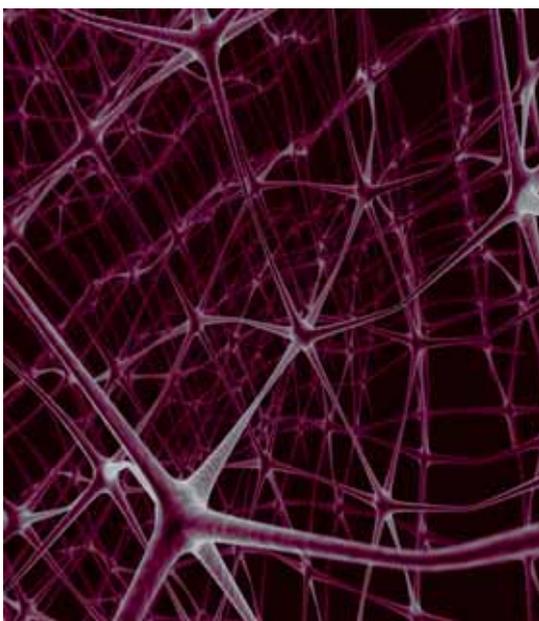
El grupo estudiado está compuesto por 357 participantes, a los que se realizó unos 5 años

de seguimiento. Se trataba de individuos mayores de 65 años, que al principio del estudio no presentaban demencia.

Algunos de ellos fueron diagnosticados de demencia durante el curso del estudio. Se analizó su situación desde el punto de vista neurológico y neuropsicológico. También se comprobó y clasificó en varios niveles su actividad física (ligera, moderada, intensa).

Conclusión del estudio: la actividad física afecta no sólo al riesgo de aparición de la demencia de Alzheimer (disminuyéndolo) sino también al curso de la enfermedad (mejorándolo).

Otras variables estudiadas no mostraron este mismo tipo de asociación. Así pues, hagamos ejercicio, por si acaso.



“Purpose in life” se asocia al riesgo reducido de discapacidad en un grupo de personas mayores viviendo en la comunidad.

Boyle PA

Am J Geriatr Psychiatry 2010 Jun 10

Parece que en el deterioro cognitivo y las discapacidades concurrentes con la edad, e incluso en la enfermedad de Alzheimer, no todo es genética, y menos entendida de modo simplista. Se han estudiado diversos rasgos de personalidad, experiencias vitales previas y



otras circunstancias, para tratar de hallar relación entre éstos y la aparición del deterioro en las capacidades psicofísicas o su evolución.

“Purpose in life” puede describirse como un rasgo de personas que tienen capacidad de asumir experiencias y poseer un sentido de intencionalidad y búsqueda de objetivos en la vida, que guíen la conducta. Se explora mediante un cuestionario (breve y simple). Este rasgo psicológico apenas había sido estudiado a este respecto.

Pues bien, los autores de este trabajo han examinado a un grupo de personas con una media de edad de 80.4 años, residentes en Chicago. Se trata de un estudio longitudinal que duró 7 años de seguimiento del grupo (una evaluación clínica anual), incluido en una investigación más amplia. La muestra fue ajustada por edad, sexo y nivel educacional.

Encuentran que las personas que poseían esta cualidad psicológica (intención y propósito en su propia vida) mantenían mejor su estado funcional general en la vida cotidiana, menos dificultades psicofísicas instrumentales y menor riesgo de deterioro. Lógicamente, analizaron y procuraron depurar otras posibles relaciones.

Así que será mejor mantener el gobierno y trazar el rumbo de nuestra propia nave siempre que se pueda.

Factores precipitantes de caídas en pacientes en un pabellón psicogeriátrico.

Tångman S y cols.

Int Psychogeriatr 2010 Jun (4)

La caída es un motivo habitual de preocupación en las personas mayores y en quienes las cuidan. Entre estas últimas generan considerable atención, primeramente en cuanto a su evitación.

Los autores de este (y otros estudios) intentan evidenciar factores que puedan influir y contribuir al riesgo de caídas en pacientes con demencia.

Para ello, analizan las caídas producidas durante un periodo de 2 años en una sala psicogeriátrica de un hospital de Suecia. Estudian (por personal independiente del pabellón), las circunstancias presentes en los episodios de caída.



En total, de 223 pacientes ingresados con algún tipo de demencia en dicha sala, 91 se cayeron al menos 1 vez. De éstos, 45 eran hombres y 46 mujeres. Su media de edad era de 80.3 años, con rango 60-94. En total registraron 298 episodios, pudiendo ser establecidas las circunstancias acompañantes en 247.

Pues bien, encuentran por un parte que casi la mitad de las caídas se produjeron entre las 9 de la noche y las 7 de la mañana. Las caídas estaban relacionadas con una combinación de factores. Entre ellos, destacan la enfermedad en situación aguda y el efecto secundario de fármacos.

Concluyen que en las personas con demencia y que presenten episodios de caídas hay que pensar en estos dos factores, si bien deben considerarse otras influencias después.

A veces los resultados de los estudios científicos parecen obvios, relacionándolos con nuestras creencias y percepciones. Pero es necesario comprobar esta obviedad mediante metodología científica, a fin de consolidar objetivamente nuestros juicios y en este caso de precisar al máximo las medidas de prevención.

Efecto de la rehabilitación geriátrica sobre la capacidad de ejecución (en actividad física) y dolor en hombres y mujeres.

Niemelä K y cols.

Arch Gerontol Geriatr 2010 Oct.

No sólo es importante hacer verdadera rehabilitación (no todo lo que se presenta como rehabilitación lo es), en este caso en personas mayores. Es igualmente importante valorar con la máxima precisión los efectos que en realidad producen las actividades de rehabilitación.

Los autores de este trabajo estudiaron a un grupo de 441 personas, residentes en la comunidad, con una media de edad de 83 años y que asistieron a un centro de rehabilitación.

La actividad rehabilitadora se realizó siguiendo un protocolo previamente establecido.

Se comprobó mediante pruebas específicas la capacidad cognitiva de estas personas, su experiencia de dolores y su capacidad de ejecución de actividades físicas.

Tanto hombres como mujeres mejoraron con la rehabilitación su capacidad en la actividad física y su rendimiento en ella y también vieron disminuida su vivencia de dolor y síntomas de enfermedad.

Las mujeres tendían a mejorar más que los hombres. Esta diferencia de resultados según el sexo debería tal vez plantear perspectivas en cuanto a la planificación de actividades rehabilitadoras.

Lo dicho anteriormente: hay que hacer auténtica rehabilitación y no sucedáneos o sustitutivos; debemos conocer muy bien lo que se consigue y lo que no y en qué circunstancias, a efectos de programar las intervenciones de la manera más eficiente.



Gerontología y cine:

Diferentes visiones acerca del Alzheimer

por Javier de Prada.



La enfermedad y los hijos

Extraordinaria película que acerca al espectador los sentimientos que genera a su alrededor una persona que sufre la enfermedad de Alzheimer. Por un lado, el marido que sigue profesando un cariño reverencial por su esposa ingresada en una residencia. Por otro,

los sentimientos encontrados de un hijo para quien ahora es imposible la comunicación con su madre. Norma Alejandro y Héctor Alterio, como siempre, magistrales.

TÍTULO ORIGINAL: El hijo de la novia

AÑO: 2001

DURACIÓN: 124 min.

PAÍS: Argentina

DIRECTOR: Juan José Campanella

GUIÓN: Fernando Castets y Juan José Campanella

REPARTO: Ricardo Darín, Héctor Alterio, Norma Aleandro, Natalia Verbeke y Eduardo Blanco.

PREMIOS: 2001: Nominada al Oscar: Mejor película de habla no inglesa

SINOPSIS: Rafael piensa que las cosas deberían irle mejor. Dedicar todas las horas al día a su restaurante, está divorciado, ve muy poco a su hija, no tiene amigos y elude comprometerse con su novia. Además, desde hace mucho tiempo no visita a su madre, internada en una residencia geriátrica. Una serie de acontecimientos inesperados le obligan a replantearse su vida. Entre ellos, la intención que tiene su padre de cumplir un viejo sueño de su madre.



La enfermedad y el cuidador principal

Deslumbrantes interpretaciones de los cuatro protagonistas en este biopic (película biográfica) sobre Iris Murdoch y el proceso de la enfermedad en una escritora eminente.

TÍTULO ORIGINAL: Iris
AÑO: 2001. DURACIÓN: 97 min.
PAÍS: Gran Bretaña
DIRECTOR: Richard Eyre
GUIÓN: Richard Eyre y Charles Wood (Biografía: John Bayley)
REPARTO: Kate Winslet, Judi Dench, Jim Broadbent y Hugh Bonneville.
PREMIOS: Oscar mejor actor secundario (Jim Broadbent)



La enfermedad y la pareja

Película que muestra de manera inquietante la relación de pareja durante el proceso de la enfermedad a partir del ingreso en una residencia de uno de los cónyuges..

TÍTULO ORIGINAL: Away From Her
AÑO: 2006.
DURACIÓN: 110 min.
PAÍS: Canadá
DIRECTOR: Sarah Polley
GUIÓN: Sarah Polley
REPARTO: Julie Christie, Gordon Pinsent y Olympia Dukakis.
PREMIOS: Globo de Oro mejor actriz de drama (Julie Christie) y nominación al Oscar.

Agenda

CONGRESO SNGG y ZAHARTZAROA "VEJEZ Y ARTE"

5, 6 y 7 de Mayo de 2011
Pamplona.

11ª Edición del Premio Tomás Belzunegui Febrero

El plazo de presentación de Escritos y Montaje Audiovisual, concluirá el 7 de Octubre de 2011.



www.sngg.es