



# cuadernos gerontológicos

Nº12. AÑO 2011

Publicación de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología.

## Editorial

## Originales

**GRUPO DE TRABAJO EN ÉTICA**

**COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD**

**ANCianos Y SISTEMAS DE CUIDADOS**

**ENTREVISTA A D. FAUSTINO MENÉNDEZ PIDAL Y NAVASCUÉS**

**CRÓNICA DE UN CONGRESO**

**IX Premio Tomás Belzunegui**

**"AMANDA"**

**Reseñas históricas**

**RESIDENCIA SAN ISIDRO DE LUMBIER**

**Trabajos publicados**

**LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA A LOS MAYORES**

**Gerontología y cine**

**DOS EJEMPLOS DEL GÉNERO DOCUMENTAL RECIENTES**

## Directora

Lourdes Gorricho

## Comité de redacción

Inés Francés  
María Gonzalo  
José Ramón Varo  
Javier de Prada  
José Luis Larrión

## Depósito legal

NA 1839 - 1994

## Diseño y maquetación

iLUNE

## EDITORIAL

4

Lourdes Gorricho, directora de Cuadernos Gerontológicos

## ORIGINALES

6

**Grupo de trabajo en ética vinculado a la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología para la constitución de un comité de ética sectorial de atención a personas mayores de navarra**

Maite Pérez Echarri, Miembro SNGG;  
Miembro Comité de Intervención Social de Navarra

**Comorbilidad, fragilidad y discapacidad:  
Conceptos distintos e interrelacionados**

Patxi Uriz, Geriatra, Hospital San Juan de Dios

**Ancianos y sistemas de cuidados**

José Luis Larrión, Geriatra, Hospital de Navarra

**Entrevista a D. Faustino Menéndez Pidal y Navascués**

Juan Jerez, Sociedad Navarra de GyG, y Lourdes Gorricho, Geriatra

**Crónica de un congreso**

Inés Francés, Geriatra, Presidenta de la SNGG

## IX PREMIO “TOMÁS BELZUNEGUI”

30

“AMANDA”

(Ionne) JUANY VILLAPLANA MERINO

## RESEÑAS HISTÓRICAS

34

**Residencia San Isidro de Lumbier**

Miguel Ángel de la Iglesia, Director

## TRABAJOS PUBLICADOS

38

**La asistencia psiquiátrica a los mayores**

José Ramón Varo, Psiquiatra

## GERONTOLOGÍA Y CINE

42

**Dos ejemplos del género documental recientes**

Javier de Prada, ANDEP

# Editorial

## ¿Veinte años no es nada?

**S**egún consta en acta, el 1 de marzo de 1991, a las 16 horas tuvo lugar la Asamblea Constituyente de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología.

El lugar fue la Casa de Misericordia de Pamplona, que nos permitía reunirnos en la consulta del Dr. Juan Luis Guijarro, promotor de proyecto y primer Presidente de la Sociedad. Ya han transcurrido veinte años. A él le siguió en la presidencia, como todos sabemos, el Dr. Rafael Sánchez – Ostiz y la actual presidenta, la Dra. Inés Francés.


Todos ellos, junto con los diversos miembros de las sucesivas Juntas Directivas, y con el apoyo inconmensurable de la Secretaría Técnica, han hecho un ímprobo trabajo para ir llevando a cabo los fines y actividades que nuestros estatutos contemplan.

Han sido muchas las tardes gerontológicas, muchos los cursos y talleres que se han realizado. A raíz de la puesta en marcha del Baluarte, también se pudo celebrar en el año 2006 el Congreso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, y de la misma manera, el año pasado se celebró el IV Congreso de la Sociedad Navarra conjuntamente con la Asociación Vasca de G. y G, Zahartazaroa, en su X congreso.

El establecimiento de los Premios Tomás Belzunegui, con las nuevas modalidades Audiovisual y Senior, y ¡cómo no! la publicación de la revista Cuadernos Gerontológicos, a pesar del desembolso importante que supone. Finalmente no quiero olvidar la puesta en marcha de la página web.

Pero hay un aspecto que, a mi modo de ver, sería necesario potenciar, y es el que tiene que ver con la actividad, recogida en los estatutos y que textualmente dice: “La adopción y emisión de criterios conducentes al asesoramiento sobre aspectos generales o concretos en relación con la acción gerontológica”. De lo dicho se deduce que podemos y debemos orientar a diversas entidades, públicas o privadas, y prestarles asistencia técnica para conseguir la mejor manera de atender las necesidades de los ancianos, en el ámbito de actuación de la Comunidad Foral.





Se han elaborado y puesto en marcha dos Planes Gerontológicos, se está llevando a cabo la conocida como “Ley de dependencia”, pues prevención de la discapacidad, no existe, y a los representantes políticos se les llena la boca diciendo que en Navarra se atiende a más personas mayores, mejor y más rápido que en otras CCAA. Pero es falso. En Navarra hay carencias en servicios y recursos para ancianos. Y lo sabemos. Recuerdo que en la clausura del Congreso de la Sociedad Española de G.y G. celebrado en Pamplona, el entonces presidente de la misma, Isidoro Ruipérez, nos dijo que él pensaba que Navarra era una comunidad avanzada en la prestación de servicios a las personas mayores, y que se había llevado un gran desengaño al conocer realmente lo que existía. Por ello hizo una llamada al Gobierno de Navarra para que fuera subsanando esos déficits.

La doctora Francés, en la editorial del número anterior de ésta publicación, también mostraba su queja por la poca consideración hacia la profesión geriátrica y se preguntaba si toda la culpa era de los profesionales “¿toda la responsabilidad es nuestra?” (sic).

Por todo ello, quizás debiéramos plantearnos la cuestión desde otro punto de vista y si, como profesionales que somos de todos los ámbitos posibles en la atención geriátrica, tenemos meridianamente claras las carencias y las dificultades existentes para el mejor y más adecuado cuidado de éste sector de la población, será necesario dar a conocer a toda la sociedad dichas necesidades, y dejar de ser unos profesionales clamando en el desierto.

Quizás entonces, quienes tienen capacidad para solucionarlo, es decir, los representantes políticos responsables, tengan más en cuenta lo anteriormente referido. Alguien dijo que la política es el arte de hacer posible lo imposible. Pero, parece ser, que antes tienen que tener la demanda de esas necesidades

Por tanto hago un llamamiento para generar una vía de comunicación con la sociedad en general, y los ancianos en particular, a fin de que sean ellos quienes exijan los recursos necesarios y puedan ser atendidos de la más eficiente manera posible. Se ahorraría dinero y sufrimiento.

## Grupo de trabajo en ética vinculado a la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología para la constitución de un comité de ética sectorial de atención a personas mayores de navarra

**Maite Pérez Echarri, Miembro SNGG;  
Miembro Comité de Intervención Social de Navarra**

### **Ética y Atención a Personas Mayores**

El proyecto de vida es la forma en que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia para conseguir nuestras metas, alcanzar nuestros deseos y en definitiva ser felices. A lo largo de nuestras vidas las personas vamos construyendo nuestro proyecto. Con nuestra experiencia, las situaciones que nos vamos encontrando, los apoyos que vamos teniendo escribimos nuestra biografía y proyectamos el futuro con nuestras particulares expectativas.

Aún estando en la última etapa de la vida, las personas mayores seguimos teniendo un proyecto de vida que es el nuestro. Podemos llegar a esta etapa con mayor o menor necesidad de ayuda y con pequeñas o grandes dificultades para tomar nuestras propias decisiones pero manteniendo la personal manera de entender la vida.

Los profesionales que atendemos a las personas mayores debemos reconocer su singularidad y hacer de ella el centro de nuestras actuaciones. Lo que denominamos atención gerontológica centrada en la persona. Este modelo nos obliga a situar a las personas mayores en el primer plano mientras que las estructuras e instituciones en las que les atendemos están a su servicio, son sustentadoras.

Por tanto utilizamos las competencias técnicas específicas de cada una de las profesiones o disciplinas y también gestionamos las estructuras y los recursos de manera flexible porque nuestras intervenciones son respetuosas, prudentes y personalizadas posibilitando así cada proyecto vital.

En el quehacer diario es donde nos surgen los dilemas y conflictos éticos que nos hacen preguntarnos ¿qué debo hacer? ...para que las personas mayores participen y decidan sobre su manera de vivir y sobre sus cuidados al final de su vida,...para proteger su intimidad, privacidad y derecho a la confidencialidad,... para conciliar seguridad y libertad si es preciso realizar una sujeción,...para diseñar espacios accesibles y cálidos que posibiliten el arraigo,... para integrar a las familias y cuidarlas cuando están sobrecargadas y sufren,... para que las normas no inunden los derechos cuando se vive en una residencia,... para que las tareas, horarios y cuestiones laborales no marquen el compás de la atención del servicio...

No es fácil en muchas ocasiones encontrar la mejor manera de resolver estas cuestiones y no hay una única manera de hacerlo bien por que aunque los conflictos se parecen, las personas y las situaciones son diferentes. Necesitamos poder contar con un apoyo para



resolver nuestras dudas. Recurrir a profesionales con formación en ética que nos ayuden a tomar decisiones.

Sería bueno poder acudir a un Comité de Ética que analice con rigor, describa los problemas éticos a los que nos enfrentamos, valore la situación y nos haga plantearnos diferentes cursos de acción para ayudarnos a tomar la decisión más adecuada.

### **Comité de Ética Sectorial de Atención a Personas Mayores**

En base al DECRETO FORAL 60/2010, de 20 de septiembre, por el que se regula el

Comité de Ética en la atención social de Navarra y los Comités de Ética de carácter sectorial o de centros publicado el pasado 20 de octubre de 2011, es posible ya en nuestra comunidad constituir un Comité de Ética Sectorial de Atención a Personas Mayores.

Este Comité de Ética Sectorial de Atención a Personas Mayores, como así lo recoge el Decreto Foral, es un órgano consultivo, deliberativo, interdisciplinar e independiente encargado de promover la ética en la atención a las personas mayores como usuarias de servicios, centros e instituciones sociales.



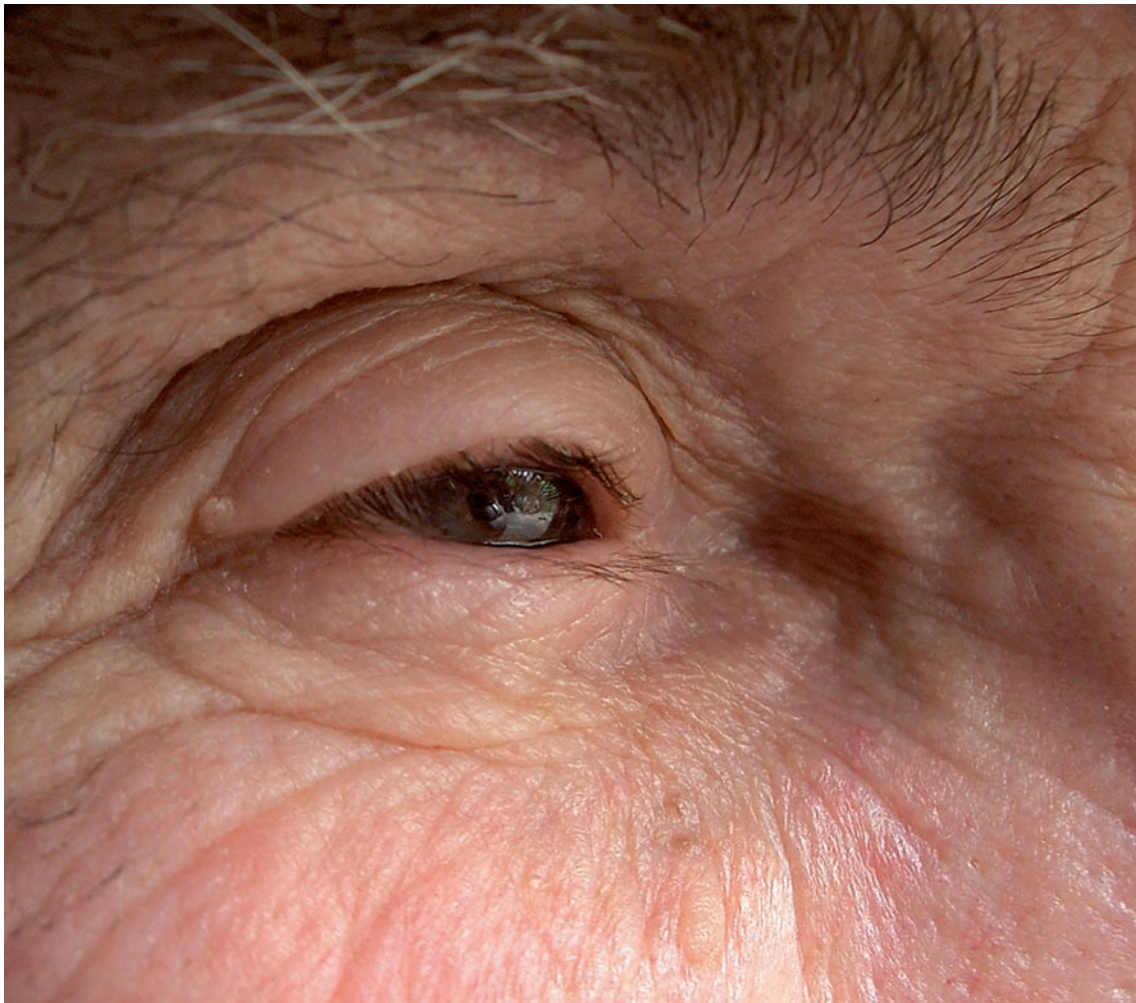
Tiene como principales funciones:

- El asesoramiento en procesos de decisión ante situaciones de conflicto ético a propuesta de las propias personas mayores y sus familiares así como de los profesionales y centros e instituciones que los atienden.
- La elaboración de protocolos y/o buenas prácticas en referencia a aquellos aspectos clave o específicos que precisen una especial consideración ética.
- La promoción de la investigación y la docencia en ética, en el ámbito de la atención a las personas mayores y sus familiares.

Por otro lado, no son funciones de este Comité peritar o manifestarse sobre las denuncias o reclamaciones que afecten a los aspectos técnicos de la intervención social ni la emisión de juicios acerca de las eventuales responsabilidades de las personas o profesionales implicados en las situaciones que se planteen.

En cuanto a su composición debe estar constituido por al menos 5 miembros, de los cuales al menos 3 cuentan como mínimo con 120 horas de formación acreditada en ética entre las que deberán figurar:

- Profesionales cuyo puesto de trabajo sea de relación asistencial con las personas mayores en el ámbito de los servicios sociales, debiendo ser, al menos, la mitad de los miembros.





**Los profesionales que atendemos a las personas mayores debemos reconocer su singularidad y hacer de ella el centro de nuestras actuaciones**

- Profesionales con experiencia en ética cuyo puesto de trabajo no sea asistencial, debiendo ser una de ellas licenciada en derecho.

No podrán formar parte de este Comité Sectorial personas que ostenten cargos directivos en la entidad que lo promueva.

Con respecto a su funcionamiento, el Comité Sectorial depende orgánicamente de la entidad que lo promueve pero goza de plena autonomía y no depende funcionalmente de ella.

Los miembros del Comité de Ética Sectorial de Atención a las Personas Mayores no podrán percibir directa ni indirectamente remuneración alguna.

Para poder ser acreditado este Comité Sectorial debe, también según Decreto Foral, llevar al menos un año tras su creación.

**La Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología promueve e impulsa el Comité de Ética Sectorial de Atención a Personas Mayores en Navarra**

La Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología desde su constitución ha velado por el respeto y consideración a la dignidad de las personas mayores, la humanización de su atención y la promoción de su autonomía y autogobierno.

En este sentido hay que recordar todo el camino recorrido en una apuesta por la forma-

ción en Bioética ya que a lo largo de 7 años ha realizado los CURSOS BÁSICO Y AVANZADO DE ÉTICA Y ANCIANIDAD. Un gran número de profesionales navarros han adquirido esta formación y han podido trasladarla a su quehacer diario.

Promover e impulsar un Grupo de trabajo en Ética que finalmente, tras un año de trabajo como así se exige, pueda constituirse en el Comité de Ética Sectorial de Atención a las Personas Mayores supone para la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología un paso más en esta trayectoria. Cuenta para ello con suficiente prestigio y credibilidad como entidad y con miembros expertos en el tema dispuestos a trabajar con ilusión y compromiso.

Está finalizándose la constitución del Grupo y en este próximo otoño comienza su funcionamiento. Os haremos llegar lo antes posible nuestra organización y la manera de conectar con nosotros.

Hay mucho por hacer, muchos temas que abordar, mucho que caminar.

**“Forjé un eslabón un día, otro día forjé otro y otro.”**

**De pronto se me juntaron -era la cadena- todos”**

*Pedro Salinas*

# Comorbilidad, fragilidad y discapacidad:

## Conceptos distintos e interrelacionados

### 1. INTRODUCCIÓN

En 1990 el libro blanco de la "American Medical Association" concluye que una de las tareas más importantes con la que la comunidad médica se enfrenta es la de prepararse para los problemas en el cuidado del anciano en la década de los 90 y principios del siglo XXI. Este informe hace especial hincapié en la creciente población de personas mayores vulnerables, con múltiples problemas de salud y alta complejidad en sus cuidados.

Tres términos o conceptos son usados frecuentemente y de forma indistinta para identificar la vulnerabilidad de esta población: comorbilidad o múltiples enfermedades, fragilidad y discapacidad. Sin embargo, existe un amplio consenso dentro de la medicina geriátrica de que son entidades clínicas distintas, pero interrelacionadas entre sí, y de que el manejo clínico de cada uno tiene su propio contenido y desafío.

Cada una de ellas es frecuente en la población mayor, puede aparecer de forma individualizada o asociada, contribuye a la complejidad de este grupo poblacional. También constituyen factores de riesgo de aparición de eventos adversos de salud (institucionalización, hospitalización-reingresos, mala calidad de vida y muerte).

El objetivo de este artículo es el de dar mayor claridad en cuanto a la definición, características, relevancia clínica y concurrencia de estos problemas o condicionantes de salud, con el fin de poderlos identificar y establecer estrategias para su prevención y tratamiento.

### 2. COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD

#### 2.1- Comorbilidad

Se entiende por comorbilidad "cualquier entidad (enfermedad, condición de salud) adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad guía". No hay que confundir este término con multimorbilidad, definida como la "concurrencia de varias enfermedades o condiciones de salud en una persona, sin dominancia o relación entre ambas". Estos dos términos aparecen en la literatura médica utilizados muchas veces de manera indistinta, a pesar de representar diferentes conceptos. Para no crear más confusión en este artículo lo utilizaremos de forma similar

La presencia de múltiples enfermedades es frecuente en edades avanzadas. Estudios poblacionales han comprobado cómo el número de enfermedades que presentan los sujetos aumenta con la edad. Se ha descrito que el

24% de los mayores de 65 años y el 31.4% de los mayores de 85 años padecen cuatro o más condiciones crónicas. En el Women's Health and Aging Study más de la mitad de las mujeres tenían tres o más condiciones crónicas importantes, siendo la media de tres por mujer. En nuestro país, el estudio Leganés refleja que casi el 60% de la población mayor de 65 años presentaban cuatro o más

enfermedades crónicas de un total de 13 evaluadas. Si a esto sumamos que un número importante de mayores con menos enfermedades crónicas, presenta otras alteraciones subclínicas, como pérdida de fuerza, lentitud en la marcha o pérdida de memoria, y que existe un alto porcentaje de enfermedad infradiagnosticada e infrarreferida, los porcentajes pueden ser aún mayores.

### **PORCENTAJE DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN ANCIANOS EN ESPAÑA (ENSE,2006)**

<b>Enfermedad Crónica</b>	<b>65 a 74 años, %</b>	<b>75 a más años,%</b>
Hipertensión arterial	50,65	53,89
Infarto de Miocardio	6,49	8,87
Otras enfermedades del corazón	13,13	21,56
Varices en piernas	23,36	21,68
Artrosis, artritis, reumatismo	51,04	56,00
Dolor de la espalda crónico cervical	30,70	28,04
Dolor de la espalda crónico lumbar	30,68	30,21
Alergia crónica	9,02	8,75
Asma	6,49	8,31
Bronquitis crónica	9,10	13,30
Diabetes	17,25	19,72
Úlcera de estómago o el duodeno	9,95	11,25
Incontinencia urinaria	9,30	16,72
Colesterol alto	34,30	25,56
Cataratas	20,52	39,64
Problemas crónicos de la piel	9,15	8,21
Estreñimiento crónico	9,50	14,94
Depresión ansiedad u otros	21,07	20,97
Embolia	3,07	4,77
Migraña o cefalea	12,31	11,61
Hemorroides	12,69	11,93
Tumores malignos	6,62	4,99
Osteoporosis	15,02	14,54
Anemia	6,96	9,96
Problemas tiroides	5,93	5,63
Problemas de la próstata	11,13	16,40

Las consecuencias de la comorbilidad sobre los resultados de salud son bien conocidas desde hace tiempo. Afecta y modula las enfermedades concurrentes, modifica la eficacia de los tratamientos, aumenta el riesgo de iatrogenia

y eventos adversos, incrementa el riesgo de hospitalización, prolonga la estancia hospitalaria, empeora la calidad de vida de las personas, aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia e incrementa el riesgo de muerte.



## **2.2 - Fragilidad**

La fragilidad es un término comúnmente utilizado para describir la condición de una persona mayor que tiene problemas crónicos de salud, ha perdido la capacidad funcional y es probable que se deteriore aún más. La fragilidad se define como un “síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y resistencia a los estresores; debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos”.

A pesar de la relevancia de este problema, sigue existiendo cierto desconocimiento por parte de algunos profesionales sobre su presencia y definición. En una encuesta realizada sobre 62 médicos geriatras en 6 centros médicos de la “Wake Forest University”, el 98% reconocen que la Fragilidad y discapacidad son dos entidades clínicas distintas aunque comparten un mismo mecanismo causal. Al menos un 50 % de los especialistas citan algunas de las características que acompañan a la fragilidad (en orden descendente): desnutrición, dependencia, encamamiento, úlceras de presión, trastorno de la marcha, edad mayor de 90 años, pérdida de peso, anorexia, miedo a caerse, demencia, fractura cadera, delirium o confusión, vida confinada en domicilio y polifarmacia. Cuando se le indica cual es la manifestación principal de este síndrome responden: debilidad generaliza, pérdida de peso o desnutrición, baja actividad y trastorno de la marcha o miedo a caerse.

Diferentes autores han caracterizado este síndrome en la práctica clínica diaria a través de criterios, constructos y escalas. Los más utilizados, y que definen el fenotipo de fragilidad, son los descritos por L.P. Fried en 2001, que comprenden la pérdida de peso no intencionada, la debilidad, el cansancio, la lentitud de la marcha y el bajo nivel de actividad física.

La debilidad seguida del cansancio suelen aparecer en las fases iniciales. Una vez diagnosticado (3-5 criterios de Fried), la lentitud de

la marcha suele ser el síntoma que más prevalece. Su duración es menor si lo comparamos con los otros problemas (comorbilidad o discapacidad). Al año y medio, un 12-20% se recuperan a un estado prefrágil (<3 criterios de Fried) y un 20% fallecen.

La fragilidad es frecuente y aumenta de forma exponencial con la edad, desde un 3,2% a los 65 años, un 16,3% en los mayores de 80 años y un 23,1% a los 90 años. Diferentes estudios de cohortes han encontrado prevalencias entre el 4 y el 16,3% en diferentes ámbitos y países; siendo más prevalente en mujeres y afroamericanos.

Hoy en día existe un consenso entre la medicina geriátrica de que la fragilidad es una entidad específica reconocida por los médicos y más que una enfermedad es un síndrome: “grupo de signos y síntomas que aparecen juntos y caracteriza una anormalidad particular” con múltiples manifestaciones y vías de presentación.

La principal relevancia de este síndrome es que funciona como un importante predictor de eventos adversos graves en ancianos: mortalidad, institucionalización, caídas, deterioro de la movilidad, aumento de la dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y hospitalización.

## **2.3 - Dependencia-discapacidad**

Dependencia -discapacidad es definido como la dificultad o la pérdida para realizar o llevar a cabo actividades para el autocuidado y el manejo en su medio ambiente.

Podemos distinguir distintos tipo de discapacidad, según el grado de complejidad o dificultad en la realización de dichas actividades:

- actividades básicas de la vida diaria: denotan por lo general tareas propias del autocuidado como por ejemplo vestido, aseo, alimentación, deambulación etc.

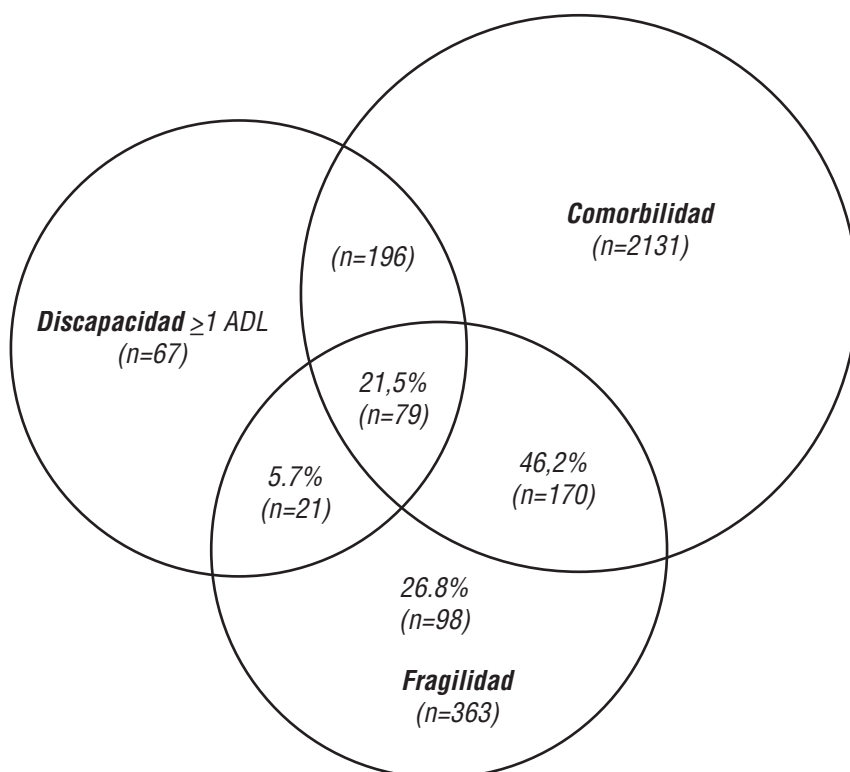
- actividades instrumentales de la vida diaria. Indican capacidad del sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad, como por ejemplo manejo del hogar, teléfono, medicación etc. Dependen de varios factores afectivos, cognitivos etc.

La dependencia o discapacidad es un problema frecuente en las personas mayores. El número de ancianos que necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, se duplica con cada década hasta la edad de 84 años, y se triplica entre los 85-95 años. En personas mayores de 75 años, la restricción de su actividad es dos veces más común que entre personas de 45 a 64 años. La proporción de personas mayores con dependencia en actividades instrumentales es de 10-20%, llegando a 30% en mayores de 80 años. Aproximadamente la mitad de los casos de discapacidad se produce de forma crónica y progresiva por

la presencia de varias enfermedades crónicas subyacentes o un estado de fragilidad, y la otra mitad por la presencia de un proceso clínico agudo (fractura cadera, accidente cerebrovascular). Por otra parte la presencia de discapacidad se asocia frecuentemente a eventos adversos de salud tal como la hospitalización, institucionalización, reingresos hospitalarios y mortalidad.

### 3. INTERRELACION ENTRE COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD

Tal como se ha demostrado epidemiológicamente (Figura 1) la fragilidad es una entidad clínica distinta que se puede superponer a la comorbilidad y a la discapacidad o a ambos simultáneamente. En adición ambos, fragilidad y comorbilidad, son importantes predictores de discapacidad. Además la discapacidad, al igual que la comorbilidad, puede exacerbar o empeorar la fragilidad.



**Figura 1.** Prevalencias y concurrencia de comorbilidad, discapacidad y fragilidad entre ancianos  $\geq 65$  años participan en Cardiovascular Health Study. De un total de 2.762 de participantes que presenta comorbilidad y / o discapacidad y / o fragilidad. 368 son frágiles 2576 padecen 2 o más de los siguientes nueve enfermedades: infarto de miocardio, angina de pecho, insuficiencia cardíaca congestiva, claudicación, la artritis, cáncer, diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De estos, 249 (total) fueron frágiles.

Por otra parte, la presencia de discapacidad y fragilidad podrían contribuir a la progresión de las enfermedades crónicas (según datos del Cardiovascular Health Study). Dicha relación causal podría explicarse, por una reducción de la actividad asociada; o bien, por alteración de mecanismos biológicos básicos, esenciales en el mantenimiento de la homeostasis: inflamación y equilibrio simpático-parasimpático.

Probablemente, la edad sea el factor denominador común de estos tres condicionantes de salud, que confiere a este grupo de población una serie de características y complejidad que lo hacen susceptible de una atención sanitaria específica. Es la edad la que provoca un declinar progresivo en la reserva funcional de los sistemas creando vulnerabilidad y pérdida de la homeostasis; es la edad la que motiva que determinadas enfermedades sean más prevalentes, tiendan a la cronicidad, a la discapacidad y dependencia.

### **3.1 – Interrelación: comorbilidad y discapacidad**

Lo que más ocupa y preocupa en el ámbito de la geriatría es la asociación de discapacidad y comorbilidad. Kieli et al describen en un estudio de cohortes prospectivo a dos años, que la presencia de cuatro de las siguientes patologías (cardíaca, artrosis, diabetes, cáncer, ictus) duplica el riesgo de presentar deterioro funcional frente a los que padecen una o ninguna. De igual manera, Wolf et al estudiaron 16 patologías crónicas (hipertensión arterial (HTA), Enfermedad coronaria, cardiopatía, ictus, cáncer, diabetes, artritis reumatoide, osteoartritis, demencia, enfermedad psiquiátrica, osteoporosis, fractura de cadera, Parkinson, EPOC, la obesidad (índice de masa corporal IMC mayor de 30 Kg/m<sup>2</sup>) y la desnutrición IMC menor de 18.5 Kg/m<sup>2</sup>) y encontraron, que presentar una de ellas, supone un riesgo de 1.9 veces de presentar dependencia, presentar dos supone un riesgo de 4.3 veces mayor, y cuatro un riesgo de 13 veces mayor.

En el Women's Health and Aging Study se relacionan 14 enfermedades (artrosis, cardiopatía, al-

teraciones sensoriales, ictus, enfermedad pulmonar, diabetes, cáncer, hipertensión, deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson y fractura de cadera) y sus interacciones dos a dos de la discapacidad. Los autores encontraron una alta asociación entre enfermedad y discapacidad, mayor que la esperada con la edad. Se detectó que cada enfermedad se asocia a un perfil específico de discapacidad y que parejas específicas de enfermedades se asocian de manera sinérgica a alguna discapacidad. Por ejemplo el cáncer y la cardiopatía tienen una odds ratio de discapacidad de 1.2 y 2.3 cuando aparecen aisladas. Si coexisten, el riesgo aumenta a 6.2, siendo 10.3 para actividades básicas y 5.1 para las instrumentales.

Recientes trabajos desarrollados dentro de la geriatría, sugieren la existencia de una fase preclínica dentro de la comorbilidad, en la que varios mecanismos compensadores puedan estar alterados. Problemas como pérdida de fuerza, alteración del equilibrio, déficit sensorial (visión o audición), o la existencia marcadores inflamatorios (interleukina 6, factor de crecimiento de tipo insulina) sugieren esta posibilidad.

De la misma forma que la edad por sí sola no se correlaciona con disfunción aunque dicho problema aumenta con la edad. El cúmulo de enfermedades, aunque se asocia con este problema, no es un factor determinante. La comorbilidad no produce necesariamente alteraciones funcionales o discapacidad, y si se producen no van necesariamente paralelas al grado de gravedad de la enfermedad. Por lo que otros factores como la fragilidad puedan incidir en el desarrollo de dicho problema.

### **3.2 – Interrelación: fragilidad y enfermedades crónicas**

Los ancianos frágiles presentan con mayor frecuencia distintas enfermedades crónicas que los no frágiles (HTA, enfermedad renal crónica, osteoartritis, depresión, enfermedad coronaria, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, artritis reumatoide, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica). De alguna manera, la



incidencia se duplica o triplica en el anciano frágil (HTA, Insuficiencia Cardíaca). Sin embargo no existe una única enfermedad vinculante o una asociación más fuerte que las otras. Sí puede existir un cierto sinergismo entre distintas enfermedades crónicas. En un estudio realizado en 620 mujeres, 2 pares de enfermedades o condiciones aumentaban el riesgo de fragilidad: anemia con depresión (56%) y anemia con enfermedad pulmonar (61%); sin que se haya determinado cual pueda ser el factor causal común.

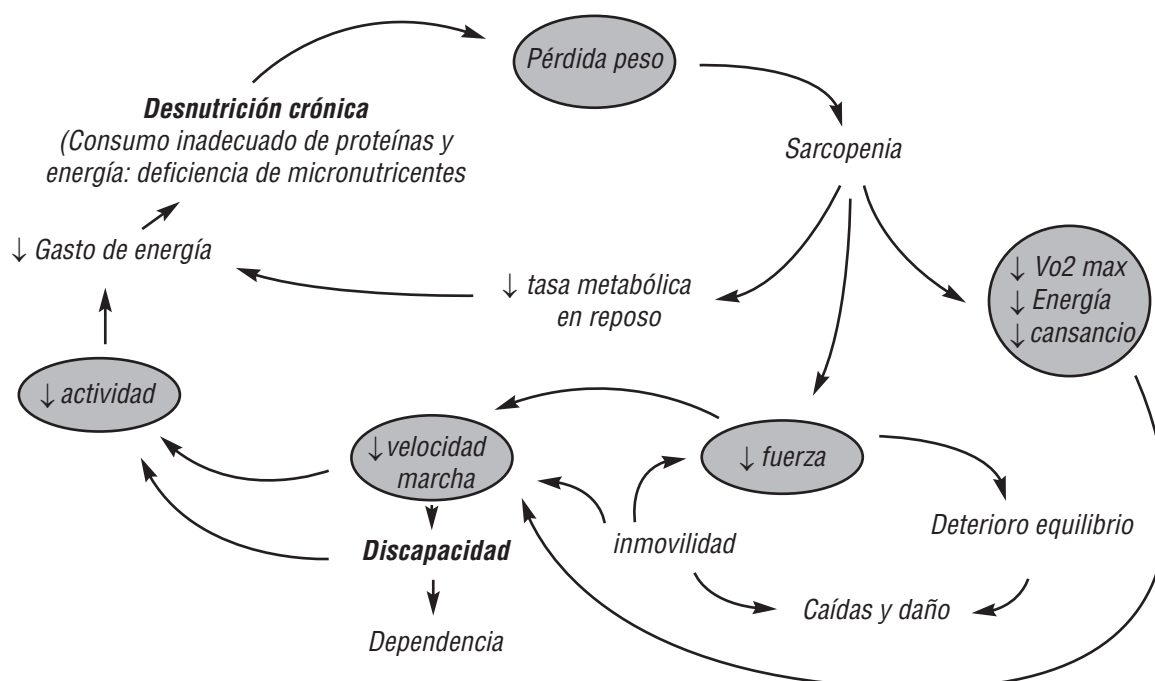
Por otra parte, existen condiciones comunes que son causa o resultado de comorbilidad y pueden coexistir con la fragilidad. Problemas como la malnutrición o debilidad son frecuentes en este grupo de población. Apoyado por la hipótesis de la “disregulación de la energía”; algunos autores sugieren que los ancianos frágiles necesitan consumir más energía para alcanzar los niveles normales de trabajo y reducen su velocidad (de la marcha) para normalizar dicho gasto. Similar a lo que ocurre en otras patologías médicas como la insuficiencia cardíaca, diabetes, accidente cerebrovascular, y Enfermedad pulmonar crónica. Como resultado de ese gasto energético puede aparecer la malnutrición o la pérdida de peso etc.

Otros condicionantes, como la inflamación, asociados a múltiples patologías crónicas, pueden contribuir al desarrollo de la fragilidad. Esta teoría es confirmada por el aumento de marcadores inflamatorios (trombocitosis, interleucina 6, factor de crecimiento) observado en pacientes con fragilidad.

### 3.3 – Interrelación: fragilidad y discapacidad

Los ancianos con fragilidad, desarrollan más discapacidad que los no frágiles. De hecho la fragilidad, es un factor predictor de discapacidad con independencia de otros factores (comorbilidad, hábitos de salud o problemas psicosociales). Según el Women’s Health and Aging Study una mujer mayor de 65 años con criterios clínicos de fragilidad tiene un riesgo de 1.5 veces a los 3 años de desarrollar dependencia de la marcha y de 1.8 para desarrollar dependencia en actividades de la vida diaria. Entre los criterios de fragilidad, la lenta velocidad de la marcha es el predictor más fuerte de dependencia funcional y discapacidad. Posiblemente ambos condicionantes (fragilidad y discapacidad) compartan mecanismos causales comunes que justifiquen esta asociación, como muestra el ciclo fragilidad (ver figura 2).

Figura 2. Interrelación fragilidad y discapacidad. Ciclo de la fragilidad (Xue QI et al)



#### **4.-LA COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y O DISCAPACIDAD**

La aproximación es más sencilla en la medicina moderna convencional, donde se manejan exclusivamente clasificaciones detalladas de enfermedades para profundizar en su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Sin embargo, en la medicina geriátrica el problema se complica debido a la existencia de estos condicionantes.

¿Por qué es importante conocer que no todos los ancianos son frágiles o presentan discapacidad, o que no todos los pacientes con discapacidad son frágiles, o que la comorbilidad puede o no estar presente? Una razón es que cada condicionante: comorbilidad, fragilidad y discapacidad le confiere una atención y necesidades específicas. Segundo, la complejidad de estos cuidados en este grupo de población hace que sea necesaria una coordinación entre los diferentes profesionales y servicios, que aumentara según el número de condicionantes que padezca. Y tercero, existe un pronóstico diferente asociado a cada condición.

En primer lugar detallaremos el tratamiento de cada condición con el objetivo posterior de describir la complejidad cuando varias condiciones estén presentes.

##### **4.1 - Manejo de la comorbilidad**

Es reconocido que la atención especializada focaliza su tratamiento en una sola enfermedad sin tener en cuenta muchas veces las demás. Más allá del diagnóstico y tratamiento de una determinada enfermedad pueden existir otros problemas debido a la presencia de múltiples enfermedades (desnutrición, caídas, etc.). Así mismo los tratamientos dirigidos a una determinada enfermedad pueden no llevarse a cabo, por limitaciones producidas por otra enfermedad concomitante (demencia, depresión) u otros factores asociados (falta soporte social etc.). Además el tratamiento

específico de una enfermedad puede generar otras patologías o puede ser contraproducente (benzodiazepinas para pacientes con deterioro cognitivo y trastorno marcha basal). Por otro lado la presencia de patologías con pronóstico vital reducido, hace que a veces sea inapropiado el uso de terapias cuyo efecto beneficioso se produce a largo plazo (empleo de estatinas en pacientes con enfermedad terminal).

En cada una de estas situaciones, los médicos deben prestar especial atención a las dinámicas de cada una de las enfermedades a fin de mejorar su estado de salud y reducir los posibles efectos adversos asociados. En algunos casos es necesario priorizar, qué enfermedades a tratar son más importantes, ya que no todos los tratamientos son factibles por el alto riesgo de interacción y efectos adversos. Un adecuado conocimiento del manejo de la comorbilidad en este grupo, puede derivar en la modificación de tratamientos estandarizados, ayudar a priorizar actuaciones y evitar tratamientos innecesarios basándose en la regla de la medicina “*primum non nocere*”.

##### **4.2 - Manejo de la Discapacidad**

La piedra angular en el tratamiento de la discapacidad sigue siendo la rehabilitación, con el objetivo de mejorar y minimizar el compromiso de la función muy presente en este grupo poblacional. Dicha terapia puede ser administrada en la comunidad (unidades hospitalarias externas u hospital de día) o bien ingresado en un hospital (unidad de agudos, unidad de media estancia).

Muchas veces los pacientes necesitarán de ayudas técnicas y humanas para poder cubrir sus necesidades, que actualmente están limitadas por su discapacidad (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, accesos a servicios de salud y rehabilitación). Estas personas presentan un mayor riesgo de padecer eventos adversos de salud como aislamiento social, consumo de recursos sanitarios



(hospital, centro salud), institucionalización etc., y precisan de una atención multidisciplinaria coordinada entre diferentes profesionales y servicios; (coordinación sociosanitaria). Por último la misma discapacidad predispone al desarrollo de nuevas enfermedades crónicas y a la aparición de fragilidad.

Con frecuencia los médicos subestiman o no reconocen la dependencia de sus pacientes, especialmente las que se instauran en cortos periodos de tiempo. Pasando a ser más un fenómeno social; en estos casos, los esfuerzos realizados van encaminados a ofrecer cuidados de soporte en vez de intentar restablecer la función hasta el máximo que sea posible, evitando la discapacidad crónica y sus consecuencias. Identificar y tratar los problemas

para conseguir la mayor independencia posible genere medidas menos costosas y más saludables que los cuidados institucionales a largo plazo, por lo que preservar y restaurar la función o capacidad física en el anciano es tan importante como tratar la enfermedad subyacente.

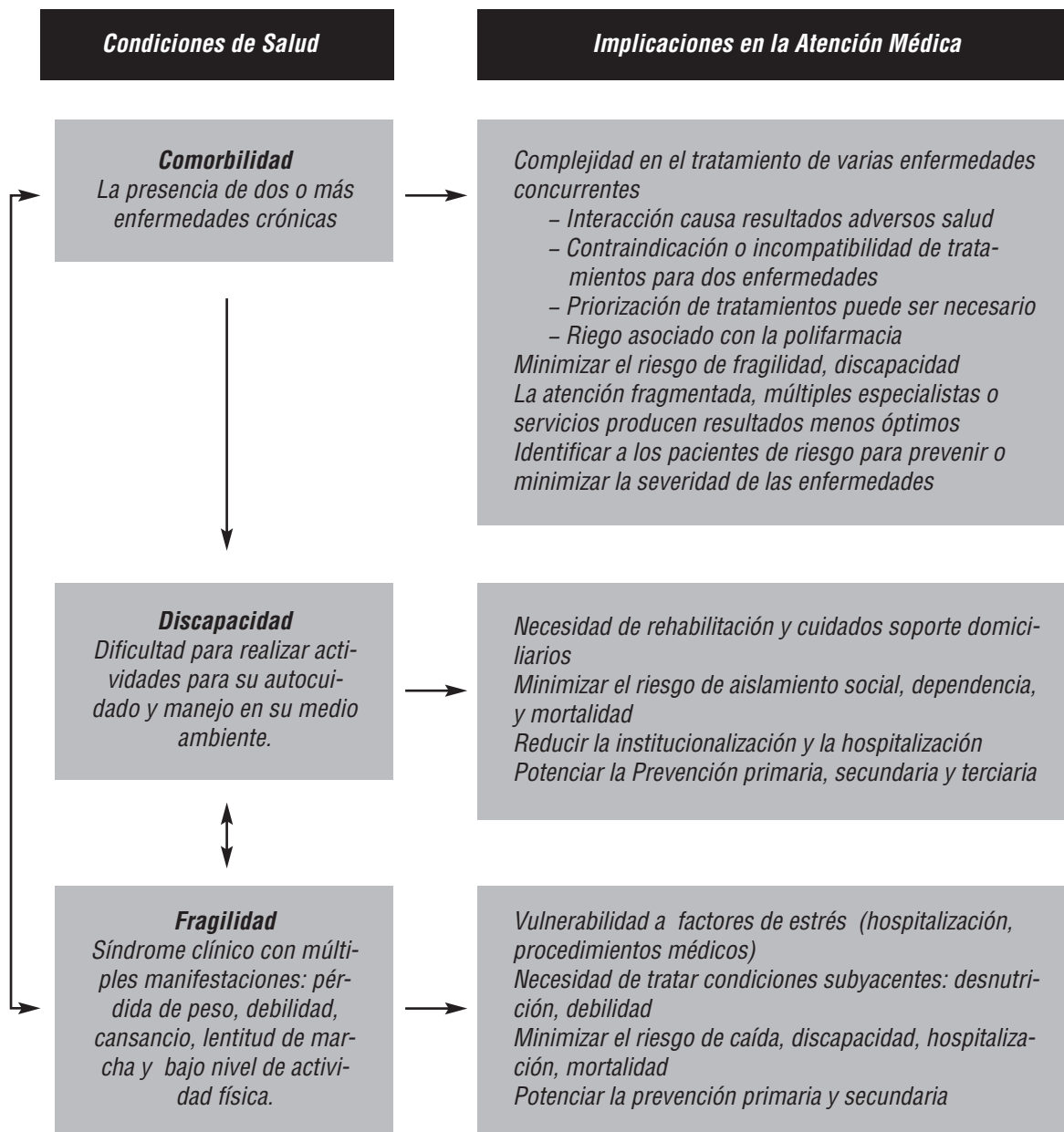
#### **4.3 - Manejo de la fragilidad**

Para proporcionar una atención óptima a los pacientes con fragilidad, es necesario descartar y tratar diferentes patologías que pueden producir debilidad progresiva, cansancio, pérdida de peso, menor tolerancia al ejercicio, menor rendimiento y disminución de la velocidad en la marcha ; lo que podría desencadenar una “ fragilidad secundaria” (depresión, insuficiencia cardiaca, hipotiroidismo, tumores etc.). El tratamiento debe estar encaminado a disminuir la pérdida de peso, y otros marcadores de fragilidad; además de detectar y prevenir el desarrollo de discapacidad. Los ejercicios de resistencia, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de este problema, aumentado 2 a 3 veces la masa corporal magra con mejoras en la fuerza, tolerancia al ejercicio y velocidad de la marcha. Este beneficio crece con la adición de suplementos nutricionales.

Por el contrario, los pacientes con fragilidad parecen tener menor capacidad para tolerar factores estresantes: tales como procedimientos médicos u hospitalización; aumentando así el riesgo de discapacidad u otros resultados adversos. La rehabilitación en estos pacientes, puede estar comprometida por fluctuaciones del estado de salud y alto riesgo de complicaciones médicas. La supervisión y vigilancia médica continua, para la prevención de éstos problemas, mejora la efectividad de la rehabilitación y el pronóstico funcional de estos pacientes. Es importante su identificación precoz intentando minimizar el riesgo de los diferentes factores estresantes y así prevenir los frecuentes resultados adversos de salud asociados.



Figura 3. Comorbilidad, fragilidad y discapacidad: Definición y complejidad en la atención médica



**4.4 - Complejidad de la Comorbilidad –Fragilidad-Discapacidad**

Por último la presencia concomitante de esas condiciones de salud: comorbilidad, fragilidad y discapacidad, aumenta la complejidad en la atención médica de estos pacientes:

- pronóstico: una condición empeora otra, una condición aumenta el riesgo de presentar otra, la combinación de dos condiciones tienen un efecto sinérgico sobre el estado de salud (no aditivo)

- diagnóstico: una condición dificulta o enmascara el diagnóstico de otra
- tratamiento: el tratamiento de una condición puede empeorar u originar otra, la respuesta al tratamiento de una condición se ve afectada por una segunda existente y la combinación de tratamientos para varias condiciones originan nuevos problemas de salud
- etiología: dos o más condiciones aparecen juntas con mayor frecuencia de lo esperado (comparte mecanismos causales comunes).

La presencia de estos problemas de salud (comorbilidad, discapacidad y fragilidad) junto con la complejidad en el cuidado de este grupo de población, hace necesaria la realización de una valoración geriátrica global en la que incluyan estos condicionantes, con el fin de establecer una atención integral, continuada y coordinada entre los diferentes profesionales y servicios, reduciendo la vulnerabilidad y los eventos adversos de salud muy presentes en este grupo poblacional.

## 5. CONCLUSIONES:

La ciencia médica convencional no permite una visión global y comprensible de la complejidad del paciente geriátrico, y se centra habitualmente en la enfermedad en vez de centrarse en el enfermo. Problemas como fragilidad, discapacidad, multi o comorbilidad muchas veces son infradiagnosticados, y se utilizan de forma similar para describir la vulnerabilidad del anciano a pesar de ser entidades clínicas distintas

Posiblemente la edad sea el denominador común que confiere a este grupo de población una serie de características que lo hacen sus-

ceptible de una atención sanitaria específica; es la edad la que provoca un declinar progresivo en la reserva funcional de los sistemas creando vulnerabilidad y pérdida de la homeostasis; es la edad la que motiva que determinadas enfermedades sean más prevalentes, tiendan a la cronicidad, a la discapacidad y dependencia.

La interconexión casual de estas enfermedades y su concurrencia, hacen que el diagnóstico y tratamiento de cada condición, mejore los resultados de salud y reduzca de forma importante los eventos adversos asociados (institucionalización, hospitalización, empeoramiento calidad de vida, mortalidad).

El reto del médico o de los sistemas de salud actuales, es la mejora en la atención de estos pacientes complejos. La investigación futura debe basarse en el conocimiento de ésta práctica o habilidad para poder distinguir estos problemas: comorbilidad, fragilidad y discapacidad; perfeccionar su definición y criterios; desarrollar enfoques estandarizados para su detección y evaluación de riesgos; y adquirir conocimientos sobre su prevención y tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Linda P. Fried, Luigi Ferrucci, Jonathan Darer, Jeff D. Williamson, Gerard Anderson. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2004; 59: 255-263
- Carlos O. Weiss, Frailty and chronic diseases in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2011 Feb;27(1):39-52.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci*. 2011;56A: M146-M156
- Fried LP, Walston J. Frailty. In: principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 6th Ed. Hazzard WR, Halter JB, Ouslander J, Studensky S, Kevin P, Asthana S, Tinetti ME, eds. New York: Mc Graw-Hill; 2009:631-645
- INE. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en: [www.ine.es/ineb-menu/mnu\\_salud.htm](http://www.ine.es/ineb-menu/mnu_salud.htm)
- Santos –Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64(6):675-81
- Fried LP, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Guralnik JM. Association of comorbidity with disability in older women: The Women's Health and Aging Study. *J Clin Epidemiol*. 1999;28:153-9
- Fried LP, Kronmal RA, Newman AB, et al. Risk factors for 5-years mortality in older adults: The Cardiovascular Health Study. *JAMA* 1998;279:585-592
- Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, et al. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol A Biol Sci* 2008;63 (9):984-90
- Fairhall N, Aggar C, Kurrle S, Sherrington C, Lord S, Lockwood K, Monaghan No, Cameron D. Frailty Intervention Trial (FIT) *BMC Geriatr*. 2008; 8: 27.
- Martínez N; Gaminde I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:441-6. - vol.136 núm 10
- Abinzana P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: Utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(4):219-228
- Wolf JL, Boult C, Boyd C, Anderson G. Newly reported chronic conditions and onset of functional dependency. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:851-5
- Boyd CM, Xue QL, Simpson CF, et al. Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med* 2005;118(11):1225-31
- Ensrud KE, Ewing SK, Cawthon PM et al. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(3):492-8

# Ancianos y sistemas de cuidados



El aumento de la esperanza de vida, que según los gurús de la demografía nos afectará hasta al menos el año 2050, ha generado un escenario diferente en cuanto a los sistemas de cuidados se refiere. Actualmente son las enfermedades crónicas las predominantes y las que condicionan la utilización y consumo de los sistemas de salud. Nadie cuestiona que el actual sistema queda obsoleto y no da cumplida respuesta a las demandas crecientes de atención diferencial. A menos que los científicos realicen un milagro consiguiendo eliminar las enfermedades crónicas – y que se sepa, no se encuentra al alcance de su mano-, estas son y serán las protagonistas de la utilización actual y de los desafíos acachantes de los próximos años. El actual sistema de cuidados, basado en un divorcio y fragmentación de estos cuidados por parte de cada especialidad – perdón, supraespecialidades soberanas que saben casi todo de casi nada-, no ha sido capaz de mostrar eficacia a la hora

de abordar pacientes complejos. Entre estos se encuentran los mayores. Un buen ejemplo puede quedar reflejado en pacientes que, incluidos en múltiples listas de espera, son valorados por a su vez múltiples especialistas que actúa sin conexión, sin flujos de información y sin coordinación. Evidentemente, y utilizando la jerga de los gestores, esto resulta ineficaz.

Este escenario supone un reto a los sistemas de cuidados. Si el planteamiento que nos antecede, y basado en el manejo de los problemas agudos, no parece resultar el más adecuado, es razonable y necesario buscar y encontrar alternativas. Pero esto genera diversas cuestiones:

- Las personas mayores, con pluripatología, alta utilización de recursos y discapacidad asociada han sido generalmente desdeñadas. Hasta que recientemente, y desde una

disciplina concreta –léase Medicina Interna, proa del desdén hacia este colectivo- se encuentra dispuesta a convertirse en capitán de barco que lleve a buen puerto y, de paso, solucione todos los problemas de salud de los mayores. Aunque sea una opinión personal, su formación en los cuidados del paciente crónico y con comorbilidad, queda muy por debajo de lo óptimo. Y sin hablar de su nulo interés por una de las mayores condicionantes de la calidad de vida y del consumo de recursos sanitarios y sociales: la discapacidad.

- El principal reto de los sistemas de cuidados, sobre todo en lo que a los mayores respecta, es ser fiel a los principios de efectividad, eficacia y, fundamentalmente, eficiencia. Prima la eficiencia social, por cuanto engloba los condicionantes de gasto en salud, sociales y la implicación en los cuidados de los allegados. Es más, en la actual coyuntura de déficit, resulta una obligación ineludible el ser solidario con estos principios de eficiencia.
- Existen diversas y diferentes modalidades de cuidados, cada una de las cuales surgidas de sistemas de salud demasiado diferentes como para poder ser extrapoladas. También existen propuestas surgidas desde el desconocimiento y desde el oportunismo que, sin sustento científico, tratan de aprovechar coyunturas favorables, sin reparar- ni reparar- lo que hoy constituye la evidencia ( Alguien dijo que “ hay mucho escrito, pero muy poco leído). Si bien es cierto que están surgiendo nuevas modalidades de sistemas de atención, con evidencias de beneficios clínicos y económicos, a los que hay que sumar la posibilidad adicional de evaluación de su efectividad, es más cierto que resulta más fácil y oportunista crear nuevas unidades que optimizar las ya existentes. Esta afirmación puede aparentemente resultar discordante con otra que dice que el mejor cuidado no es el habitual – medido en amplias poblaciones de pacientes-, sino el derivado de la evidencia en poblaciones

concretas. En estas poblaciones, como ocurre con los mayores, los tres componentes principales de un buen sistema de cuidados ( coste, acceso y calidad – estrechamente interrelacionados-) quedan en entredicho. Si se trata de reducir costos a través de reducir el acceso a los servicios, la calidad de los cuidados y sus resultados se verán mermados. Si el objetivo de los cuidados no se acerca a la diana, la discapacidad, mal vamos.

- En ancianos frágiles, el retrasar la discapacidad y el mantenerlos en el domicilio son al menos tan importantes como el reducir su mortalidad. Estos objetivos quedan alejados del quehacer tradicional – centrado en el abordaje estanco de patologías concretas o en el afrontamiento de pluripatologías sin un faro de destino que cuente con evidencia y que no se encuentre cercano al buen puerto, como sucede con los intentos del planteamiento del pluripatológico por parte de Medicina Interna-. Este previsible escenario, en el que la Geriátrica queda obviada, no parece el más adecuado en la cobertura de las complejas necesidades de los mayores y para atender a los antiguos principios de eficacia y eficiencia social.

**Boult C et al: Successful models of comprehensive care for older adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's Retooling for an Aging America “. Report. Journal of American Geriatrics Society 2009; 57: 2328-2337.**

Revisión de 2.714 artículos sobre sistemas de cuidados destinados a mayores de 65 años con enfermedades crónicas. Tan solo un 4.5 cumplían los criterios de inclusión ( utilización de medidas validadas, registro replicable de los datos, análisis riguroso de los datos, efectos sobre la eficiencia y resultados relacionados con la salud. Incluyen términos de búsqueda tales como manejo de casos, manejo de enfermedades, valoración geriátrica, programas de cuidados para el anciano,



cuidados paliativos, cuidados en atención primaria, servicios farmacológicos, automanejo y cuidados transicionales). Identifican 15 estudios con modelos exitosos de cuidados para mayores con enfermedades crónicas. Nueve de ellos se basaban en cuidados interdisciplinarios en atención primaria o modelos servicios suplementarios. Tres consistían en cuidados transicionales y dos en cuidados agudos domiciliarios. Cada uno de estos modelos proporciona cuidados integrales y todos han mostrado su capacidad para mejorar alguno de los aspectos de calidad, resultados o eficiencia, comparados con los cuidados habituales.

**Reuben D et al. Better ways to Care for Older Persons: Is anybody Listening?. Journal of American Geriatrics Society 2009; 57: 2348-2349**

Refrendan las recomendaciones del Panel de Expertos del Instituto de Medicina de Estados Unidos ( año 2007) y que se concretan en : 1).- Las necesidades de salud de los mayores precisan un abordaje integral. 2).- Los servicios deben ser eficientes. 3).- Los mayores deben ser participantes activos en su propio cuidado. Se preguntan por qué novedosos sistemas de cuidados no se ponen en práctica y apelan a varias razones, tales como la falta de incentivos – financieros y no financieros- o de la inercia que perpetúa el status quo, o de obstáculos comportamentales. Concluyen con que las innovaciones debieran ser simples de entender, compatibles con los valores vigentes y experiencias pasadas, y con las necesidades de quienes las adopten.

**Montagne TJ et al. Time for chronic disease care and management. Can J Cardiol 2007; 23: 971-975**

Para los autores, el manejo de la enfermedad crónica supone fundamentalmente la colaboración con otros, las intervenciones en equipo basadas en la evidencia, la medida de resul-

tados y de las prácticas y la involucración de los pacientes /familia en los cuidados.

**Baztan JJ et al. Effectiveness of Acute Geriatric Units on Functional decline, living at home and case fatality among Older Patients admitted to Hospital for Acute Medical Disorders: met analysis. BMJ 2009; 338:650-657**

Es un metaanálisis llevado a cabo por un grupo de geriatras español, acerca de la efectividad de las Unidades Geriátricas de Agudos en cuanto al declive funcional durante la hospitalización, el retorno al domicilio, los reingresos y los costos que, como se ha comentado anteriormente, parecen ser los “end point” del manejo de los pacientes mayores con enfermedades crónicas. Analizan los estudios randomizados, los no randomizados y caso-control que comparaban los resultados de los ingresados en Unidades Geriátricas de Agudos con los hospitalizados en Unidades convencionales ( fundamentalmente de Medicina Interna). Tan solo once estudios cumplían los criterios de inclusión. El declive funcional era un 18% menor entre quienes ingresaban en las Unidades Geriátricas y la probabilidad de retorno al domicilio era un 25 % mayor. Todo ello sin repercusión en los costos, mortalidad o número de reingresos.

**Baztan JJ et al. Eficiencia de la Unidades Geriátricas de Agudos: metaanálisis de estudios controlados. Revista española de Geriátria y Gerontología 2011; 46: 186-192**

Es una ampliación del trabajo anterior, de los mismos autores. Describen mas pormenorizadamente el análisis de la búsqueda realizada y se centran posteriormente en la eficiencia. Según los autores, la reducción del coste en hospitalización de agudos sobre los cuidados convencionales, fue del 8% ( no desdeñable en épocas de crisis). El beneficio en cuanto al retorno al domicilio previo ( 25%), persistía a los tres meses. El beneficio, expresado en tér-

menos clínicos de número de pacientes a tratar para evitar un evento desfavorable suponía que por cada 19 pacientes tratados en una Unidad Geriátrica de Agudos, frente a una Unidad convencional, se evitaba que uno sufriera deterioro funcional o que, de cada 17 pacientes tratados en estas unidades geriátricas, uno retornaba a su domicilio previo. Resulta sorprendente comprobar como estos resultados favorables son similares a los obtenidos en Unidades de reciente creación y que cuentan con el beneplácito y aquiescencia de la Administración, como son las Unidades de Ictus, o como la utilización de los anticoagulantes orales para la prevención de ACV en mayores de 75 años con fibrilación auricular. Los autores, realizando un ejercicio de extrapolación de datos actuariales en cuanto a la optimización – incluida la implantación de Unidades Geriátricas en toda la geografía española, o el incremento de su presencia allá donde las hubiere- del modelo geriátrico de atención hospitalaria, supondría un ahorro directo de 450 millones de euros/año (quedan incluidos los costes estimados de los nuevos modelos de atención al paciente pluripatológico propuestos por Medicina Interna)

#### **Conclusiones del autor, acerca de las oportunidades del sistema:**

- 1.- Parafraseando a Goethe, no es suficiente conocer las brechas de la salud, simplemente debiéramos pensar mejor.
- 2.- La asunción de los cuidados a pacientes con enfermedades crónicas es un proceso adaptativo que tiene que tener las circunstancias locales y la responsabilidad de los profesionales. La “tecnología” de la Geriátrica se ha mostrado como la mas eficaz en el manejo de los problemas de este grupo de población ( mayores con múltiples enfermedades crónicas) No se trata de un conflicto entre diferentes disciplinas que tratan de imitarla. Diagnosticar de “ anciano frágil” es chabacano, inútil y falto de sustento, cuando la Geriátrica, que se ha preocupado históricamente por estos pacientes- acudiendo este concepto- y ha mostrado no solo su eficacia, sino su disponibilidad en la colaboración con el sistema, se siente en la obligación de reafirmar cotidianamente sus principios clásicos.
- 3.- Una buena adaptación de los recursos actualmente es prioritaria. Poner en marcha sistemas relevantes en la literatura en los que utilizan resultados clínicos y sociales, complementaría el input del sistema, favorecería su dotación administrativa, y obtendría mejores resultados globales. No parece que sistemas parcelares de atención, como los propuestos desde otras disciplinas, sean capaces de contemplar la globalidad y de menguar los costos finales, al no mantener entre sus objetivos los mayores condicionantes de consumo de recursos ni de la calidad de vida. Es posible que la creación de diversos grupos estancos en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas específicas – tendencia que actualmente parece ser la prioritaria- vuelva a abordar de manera parcelar ( con sus desconexiones, falta de interrelación, y ausencia de coordinación) los problemas de salud de este colectivo de mayores, obviando las recomendaciones de los expertos y de los análisis de la evidencia, que habla del “ mejor cuidado”. Este pasa, a la luz de los escritos, por la atención geriátrica.
- 4.- Existe una concordancia universal en la utilización de todos los recursos disponibles, encabezados por la Atención Primaria. Su soporte en forma de sistemas de información, formación y apoyo presencial directo, parece imprescindible.
- 5.- Alguien dijo que “ si la Geriátrica no existiese, habría que inventarla” (Flicker L, BMJ 2008). Este mismo autor afirma que esta disciplina surgió de la negligencia de los médicos hacia los mayores con múltiples enfermedades crónicas y con discapacidad.

# Entrevista a D. Faustino Menéndez Pidal y Navascués

**E**n esta ocasión, y aceptando la sugerencia de Juan Jerez, hemos pensado entrevistar al último premio Príncipe de Viana de la Cultura, D. Faustino Menéndez Pidal y Navascués. En ésta decisión ha tenido que ver el claro ejemplo de una excelente manera de envejecer, en la que los años suman conocimiento, experiencia, capacidad, en vez de restar, ya que, como hemos podido comprobar, la edad de D. Faustino es sólo una oportunidad para seguir haciendo más cosas cada día.

En su biografía se descubre a un prestigioso historiador, que es Vicedirector de la Real Academia de la Historia, desde hace dos años. Ha sido Director de la Real Academia Matritense de Heráldica y Genealogía durante muchos años y en la actualidad es Director Honorario de la misma. Es un renombrado especialista universal en heráldica, reconocido con la concesión de numerosos premios y distinciones mundiales. Investigador, que ha recorrido España en busca de blasones, escudos, para documentar sus publicaciones, y que sufre por ver “como a veces estamos explotando obras de arte y destruyendo la memoria histórica”.

Nos recibe en su casa de Cintruénigo, en una calurosa tarde de finales de agosto. Agradecemos la amabilidad que nos dispensó en las conversaciones telefónicas para proceder a fijar la fecha de la entrevista y las facilidades para realizarla.

Nada más entrar, uno se siente sobrecogido por la vivienda a la que accedemos, una impresionante casa solariega, la casa familiar de los Navascués, del S. XVII, inmensa, magnífica, en la que el pasado ha quedado detenido, con el cuidado exquisito que han tenido los diferentes propietarios en su conservación, declarada como “Bien de Interés Cultural” en el año 1995, no solo por el edificio, sino principalmente por el archivo que conserva intacto, todas las actuaciones que han tenido lugar en la misma, incluyendo la propia construcción.

La entrevista, quizás sería más correcto decir la conversación, tiene lugar en el jardín de la casa, en una galería, donde el canto de los pájaros es la música de fondo. Estamos con D. Faustino, a quién Inés, su mujer ha conseguido localizar en su taller, trabajando. Llega hasta nosotros con paso rápido, es una persona ágil, de mirada dulce pero despierta, con una voz firme, y una facilidad incommensurable para comunicar. Tiene 86 años, nació un 15 de noviembre de 1924, en Zaragoza, “por circunstancias, pero soy de Cintruénigo”, responde con rotundidad a la pregunta que hace referencia a su nacimiento en la ciudad aragonesa.

## **¿Cómo un Ingeniero de Caminos, se dedica a la Heráldica?**

Me dedicaba a la ingeniería profesionalmente, pero la afición inicial surgió en mi casa, con un familiar, Santiago Otero Enríquez, (Marqués de Hermosilla), antes de la guerra, el cual,



junto con otros amigos, fundó y mantuvo la “Revista de Historia y Genealogía Española”.

### ¿Cómo surgieron los escudos?

Paul Adam, francés, era puntero en Heráldica. El refiere que la Heráldica nació en el occidente de Europa, durante el segundo cuarto del S. XII, a la vez por toda Europa, podía ir variando algo según costumbres de la zona, pero de forma espontánea y colectiva. Igualmente un investigador, Michel Pastoureau, publicó en 1993, un libro en el que opina que fue debido a que hubo una modificación en el equipo de los guerreros, un casco que volvía irreconocibles a los mismos y por eso se inventaron los emblemas, (en mi opinión esto es absurdo). El mismo, en el libro que defendía esto, (editorial Picard), en su 5ª edición se convenció y añadió la otra teoría.

### ¿Hay alguna relación hoy en día sobre cómo se originó un escudo, y lo que ha prevalecido?

Los escudos cambian su significado, el sentido, y no la parte formal, es decir, su forma gráfica. Estas perduran porque se transmiten por simple imitación, mientras que los sentidos o significaciones anexos a ellas evolucionan de acuerdo con la evolución de las ideas aceptadas en las sucesivas épocas.

A finales del SXIV y XV, aparecen las leyendas que explican las teorías de los escudos. Antes en el S XII ó XIII, nadie adoptaba un emblema para recuerdo, si no algo vivo y actual, por ejemplo: hacen alusión a los nombres, López lo representa un lobo. A finales del XIV o XV, se quiere ver como un recuerdo, pero no es así y por eso se han inventado leyendas. Estas son aceptadas y se llevan a la realidad. Por ejemplo, los Reyes Católicos conquistan Granada e introducen una granada en el escudo.

### ¿Todos los apellidos tienen un escudo?

Tienen escudos quienes tienen objetos y lugares donde poner un escudo, por ejemplo en sellos, enterramientos, capillas.....Sería como un nivel social. Hay moros y judíos con escudos, e hidalgos sin ellos, pero a partir del S. XV no es así, a partir de entonces la opinión es que sólo los nobles pueden tener escudo.

El escudo hace referencia al linaje, en Navarra aún más. Se llevaban escudos del linaje que no se corresponde con el apellido. Antes la información se transmitía rápidamente, de unos sitios a otros, por ejemplo en Santander, en un pueblecito llamado Limpías, hay linaje Palacio, de Giles o Negretes, porque un “segundo” que no tiene manera de vivir, se entera de que en Villarroya hay una “Lexa”, una fundación, un legado, de Mosén Pascasio Palacio, se va a Villarroya desde Limpías, se casa con la heredera y se hace Palacio. Lo que llama aquí



la atención es que el mismo apellido (Palacio), se da tanto en un pueblecito de Santander, como en una aldea de Aragón, aunque sin ninguna relación de parentesco.

**¿Cuál cree que ha sido su influencia en la Heráldica?**

Creo que ha sido positiva, aunque hay gente que no quiere oír.

Preguntamos también por la influencia de Inés, su esposa, y están de acuerdo en que ella ha influido en él, dándole tiempo.

No me resisto a preguntarle por el escudo de la casa de Alba, me dice que es muy complicado, porque tienen muchos “cuarteles, mucho honor”.

Su vida está llena de actividad, ingresó en la Academia de la Historia en 1993, (fue elegido académico en el año 1991), es uno de los 6 mayores, y confiesa que habrá realizado más de mil informes sobre escudos para Ayuntamientos, exhortaciones para monumentos...

En la actualidad es Director Honorario de la Real Academia Matritense de Heráldica. Acude todos los viernes a la Real Academia, “en metro y también en autobús” desde su domicilio en Madrid. Imparte clases en la UNED, a la que también acude semanalmente.

En su día a día también atiende las numerosas consultas que recibe del mundo entero, “es un manitas con Internet” nos dice Inés. Del ordenador hace uso para escribir sus trabajos, y prepara las fotografías para ser publicadas.

**¿Qué le hubiera gustado haber hecho?**

Un estudio de los orígenes en España de Heráldica desde el SXII al SXIII. Se puede hacer porque hay mucho material, aunque se deberá ampliar apoyándose en hipótesis fundadas.

En relación con esto nos explica que está en imprenta un nuevo libro cuyo título es “HERÁLDICA DE LA CASA REAL DE LEÓN Y DE CASTILLA, (S. XII – XVI)”.

Nos muestra la prueba que le han entregado, y les puedo asegurar que es un libro extenso, con mucho trabajo de campo, lleno de dibujos y fotografías, que no dudamos que ha precisado muchísimas horas de trabajo y que D. Faustino nos presenta como algo normal.

Siempre está ocupado, en su familia le dicen que las reglas matemáticas no son sólo las cuatro de siempre (suma, resta, multiplicación y división), sino que existe una quinta, la “faustinación”. Es muy hábil, nos explica Inés, hace encuadernaciones, cualquier cosa manual, por ejemplo ahora está trabajando en la fabricación de unas puertas de madera.

Por lo demás su vida es muy metódica, se levanta temprano, a las 6 horas, coge el periódico, toma un té y se pone a trabajar. Acude a la Academia, a la Biblioteca, o a la UNED. Come a las 13 horas, es muy parco, nos aclara su esposa, echa una siesta corta y sale de nuevo. Cena temprano, aunque en verano cambia los horarios. Le gusta ir al Rastro.

**¿Alguno de sus hijos ha heredado su afición?**

Son 4 los hijos, dos varones y dos mujeres, ahora están en otra fase de la vida, pues para dedicarse a esto hace falta tiempo, pero sus hijos tienen ambos afición.

Y, ¡cómo no!, preguntamos por su relación familiar con D. Ramón Menéndez Pidal, su tío.

Nos cuenta que descienden de Pajares, Asturias. Su abuelo, también llamado Faustino, era el mayor de los hermanos, que el segundo Juan, fue director del Archivo Histórico Nacional, donde fundó la sección de Sigilografía, además de publicar varias obras históricas y poesías en castellano y en bable. De la misma manera par-



tipó activamente en política junto con Alejandro Pidal y otros católicos. Falleció joven.

Le seguía su tío Luis, pintor de gran renombre. “Hay billetes de banco con pinturas tuyas”.

Y Ramón, que falleció a los 99 años. Tenía un hijo, Gonzalo, que murió hace 3 años. Finalmente la hermana pequeña, Rosario.

Seguimos hablando de muchas cosas, a la vez que nos invita a visitar la increíble casa. La capilla en la que se han casado sus hijas, las numerosas y variadas salas, habitaciones, con diferentes estilos decorativos, según la moda imperante, llena de cuadros, muebles, tapices, alfombras inmensas que cubren unos suelos llenos de historia. Nos cuenta cuanto tuvieron que luchar para conseguir que no la

derruyesen para construir viviendas modernas. Y el ordenado archivo, que contiene todo lo acontecido en esa vivienda desde la hora cero e su existencia.

Han pasado tres horas desde que llegamos, y está empezando a oscurecer. No queremos abusar de su hospitalidad, así que nos despedimos.

No es posible finalizar esta entrevista sin hacer alusión al “ángel” que habita en esa casa y que se llama Inés Navascués, la esposa de D. Faustino. En su elección se demuestra, una vez más, la inteligencia del señor Menéndez Pidal. Su alegría y cordialidad quedará siempre en nuestra memoria.

A los dos muchas gracias.

# Crónica de un congreso

**E**l pasado mes de mayo nuestra Sociedad, la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, celebró el cuarto congreso de su historia. Como todos los asociados conocéis, en el año 2009 acordamos en la asamblea, a propuesta de Zahartharoa (la Sociedad Vasca de Geriátría y Gerontología), celebrar un congreso anual de forma conjunta con esta sociedad vecina, rotando el lugar de celebración entre las cuatro provincias. Este año 2011 correspondió a Pamplona la organización del evento. Fue todo un reto para los miembros de nuestra sociedad, para la junta y para todos aquellos que habéis participado directa o indirectamente en la preparación del mismo, y desde aquí quiero daros las gracias.

Nuestro objetivo en todo momento fue diseñar un congreso que atrajera por su contenido a las personas interesadas en el mundo de la geriatría y de la gerontología, y además, dar a conocer este campo del conocimiento a otros profesionales y despertar el interés de la población general. Sabéis que desde estas páginas siempre hemos defendido la necesidad de la formación en un área que va a tener, mejor dicho, que ya tiene un carácter preferencial, por la realidad demográfica que nos está tocando vivir, y que no podemos abordar desde paradigmas que son propios de otros grupos de edad.

Con el lema “arte y envejecimiento” queríamos transmitir una doble idea. El envejecer es un arte: recorrer la involución que supone el proceso biológico del envejecimiento requiere, en muchos casos, una dosis importante de arte para sortear las dificultades añadidas y que son más frecuentes cuanto más mayores nos hacemos, tal son las enfermedades, las pérdidas, la discapacidad... Lo mismo que el arte

ha sabido hacer bellas situaciones, personajes, hechos oscuros, también el ser humano puede hacer un canto de una realidad ineludible como es el envejecimiento. Y muestra de ello, la segunda idea: también en la edad tardía se puede producir: se puede producir laboralmente, hay creación artística, científica. El hombre, aunque viejo, no pierde su potencial, aunque éste sea distinto. Aquí también valdría el principio de la conservación de la energía: “la energía ni se crea ni se destruye solo se transforma”. Y el hombre, aunque viejo, tiene capacidad para transformar su conocimiento, su creatividad y hacerlo llegar a los demás. Es menester que las generaciones más jóvenes no lo ahogemos con el silencio, con la indiferencia, con las prisas. Es necesario que les dejemos hablar.

Con este trasfondo, se inauguró un congreso que tuvo una buena acogida y no sólo por el número de participantes (un total de 427 entre asistentes y ponentes): la mayoría de las salas estuvieron llenas, siendo necesario incluso aumentar el aforo en alguna de ellas. De las 12 mesas redondas y talleres que se celebraron, siete obtuvieron acreditación de la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema Nacional de Salud y la valoración realizada por los asistentes arrojó una puntuación entre buena y muy buena en sus diferentes aspectos (calidad de los ponentes, contenido, organización...). El Congreso contó además con dos colaboraciones muy especiales: la inauguración que corrió a cargo del Profesor José Regidor, rector de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, que disertó sobre el arte de envejecer desde la biología, y la clausura, ilustrada por el Dr. Vicente Madoz que nos envolvió, desde su sabiduría y experiencia, con una magnífica conferencia



Publicación de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

**EDITORIAL**

**ORIGINALES**  
El Voluntariado Geriátrico por Maite Font Arellano.

**ENTREVISTA**  
Entrevista al Dr. Miguel Andériz por José R. Varo.

**IX PREMIO "TOMÁS BELZUNEGUI"**  
Cuando salí de Cuba por Paco Varela (Francisco Alenza García). Primer Premio "Tomás Belzunegui" 2010  
Los dos lados de la vejez por Angelita Gochicoa Navarro. Premio "Tomás Belzunegui" 2010, modalidad senior

**RESEÑAS HISTÓRICAS**  
Residencia El Vergel, Pamplona por Carmen Aguirre Hernández. Directora de la Residencia El Vergel

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**  
por Inés Francés

**GERONTOLOGÍA Y CINE**  
por Javier de Prada

sobre la adaptación al envejecimiento. Se presentaron 20 comunicaciones orales y otras 22 en formato póster y se celebró el primer certamen de casos clínicos en geriatría y nutrición, con la presentación de 10 trabajos.

Aparte del contenido científico, el congreso contó con una colaboración artística procedente de la tercera edad. La rondalla Armonía, compuesta toda ella por personas mayores,

ofreció una actuación musical el día de su inauguración, y durante todos los días que duró el evento, se expuso una muestra pictórica también de autores veteranos.

Desde estas líneas quiero dar las gracias a todos los participantes: congresistas, ponentes, artistas y colaboradores, sin los cuales no hubiera sido posible su celebración. Nos encontraremos en el próximo congreso.



# “AMANDA”

(lonne) JUANY VILLAPLANA MERINO

**E**l primer día que llegué a mi nueva casa me la encontré en la escalera. Bajaba despacio, escalón a escalón, movimientos lentos y muy estudiados para no caer. Su bastón ocupaba todo el espacio y adelantarla era imposible. Recuerdo que pensé;

- “¡Qué pérdida de tiempo!”

Al pasar a mi lado en el rellano levantó la mirada del suelo y me miró con curiosidad. Sonrió y al hacerlo su cara se iluminó. Esa sonrisa atractiva era la antesala a una pequeña conversación.

-¡Hola, me llamo Amanda! -dijo.

Respondí con una sonrisa e intentando parecer interesada, pero lo que quería era subir a mi piso, estaba de mudanza y tenía montones de cosas que hacer.

- Encantada, yo Ana, un placer.

Hice intención de pasar, creyendo que ella se apartaría, pero no, quería más conversación.

- ¿Cuándo darás a luz?

¡Vaya con la ancianita! Pensé. Se había fijado en mi sobresaliente barriga. Y entonces deseé decirle

-“¿Porqué no se aparta para que yo siga con mis cosas?”

Pero respondí con educación;

- De siete meses, ya queda poco y tengo todavía muchísimas cosas que hacer.

Mi respuesta implicaba que yo no quería más charla, sin embargo ella continuó con la conversación.

- Si necesitas algo soy tu vecina, puerta con puerta. El otro día conocí a tu marido, muy simpático, me ayudo a subir la compra.

Vaya, así que esta es mi vecina. Pedro me lo dijo;

-“Tenemos una vecina muy simpática, se ha ofrecido a ayudarnos en lo que haga falta. ¡Como somos nuevos en la ciudad!”

Creo que tengo que hablar con mi marido, esta vez sí que se ha pasado de gracioso.

-Sí, ya me dijo. Encantada Amanda, pero ahora mismo tengo mucha prisa. Otro día hablamos más, ¿le parece?

Ella se apartó dejándome pasar y yo continué hacia mi piso.

-No me llames de usted, Amanda está bien. Cuando necesites algo, lo que sea, me dices. He vivido toda la vida en este piso, 75 años, nací aquí, era de mis padres.

-¡Gracias, Amanda! Ahora te dejo, adiós.

Di por concluido nuestro pequeño diálogo. Recuerdo que pensé;

- “¿En qué creará la viejecita que puede ayudarme?”

Continué mi camino haciendo un gesto de asentimiento con la cabeza.

No tenía familia, mis padres murieron en un accidente de tráfico siendo yo una niña, un hombre borracho chocó contra ellos. Y quizá por eso no era muy dada a demostrar cariño. Era desconfiada, Pedro decía que necesitaba darme a la gente, pero me costaba. Y sí, reconozco que Amanda no me interesó al principio. Una anciana sola con ganas de dar la lata. Esa fue la primera valoración que hice de mi vecina.

Los primeros días en mi nuevo piso fueron duros. Tenía que hacer montones de cosas y Pedro trabajaba mucho, siempre me decía;

-“Cuando llegue el bebé estaré más en casa.”

Sí, pero de momento yo estaba sola.

Poco a poco iba poniendo en orden mis cosas. La canastilla del bebe estaba preparada, su cuna y sus ropitas. Tenía ganas de tenerlo en mis brazos, de entregarle todo el amor que estaba atesorando para él. Mi vida era casi perfecta, sí, casi, porque a veces me sentía sola. Algunos días deseaba tener a mi madre cerca para contarle mis sensaciones, mis miedos. Pero no, estaba sola, o por lo menos era lo que yo creía.



Aquel martes parecía uno más. Me levanté con Pedro, lo hacía cada día para no desayunar sola. Cuando él se marchaba la casa estaba desierta, así que ponía música para llenar su vacío. No sé porqué pensé que guardar en el altillo la ropa que no usaba era tan urgente, pero lo hice. Sí, fui una imprudente, cogí la escalera y subí sus peldaños. No recuerdo qué pasó, desperté en el suelo. Me dolía todo, el instinto hizo que me acariciara la tripa, el bebé se movía. Eso me tranquilizó. Quise ponerme en pie y relajarme un poco antes de llamar a Pedro, pero no pude. Entonces me percaté, estaba sangrando.

- ¡Que alguien me ayude, por favor!...- ¡Por favor!

No sabía si los gritos eran reales o estaban solo en mi cabeza. Pero, ¿quién me iba a oír? La música estaba muy alta. Faltaban horas para que Pedro volviera a casa. Se filtraban tantas cosas en mi cabeza, tenía tanto miedo. Me puse a llorar e intenté de nuevo levantarme, me dolía todo. Y casi estaba en pie cuando oí abrir la puerta de casa.

-¡Pedro!, grité, -¡En el dormitorio, ven!

Y sí, Pedro estaba ahí, vino hacia mí, me abrazó y gritó;

-¡Amanda, llama a urgencias, rápido!

Me besaba e intentaba tranquilizarme;

- Tranquila, cariño, ya viene ayuda. Todo irá bien.

Y sí, todo fue bien. Amanda, la viejecita de al lado, ella lo hizo posible. Iba a su paseo matutino cuando escuchó el golpe. A pesar del esfuerzo que le suponía volvió a subir las escaleras y llamó a mi puerta. Insistió, y al no recibir respuesta se asustó. Afortunadamente Pedro no era como yo, él sí habló y escuchó a Amanda. Eran buenos vecinos y ella se había interesado por su trabajo, por sus

cosas. Amanda pudo pedirle ayuda porque sabía dónde encontrarle.

Tuve que guardar reposo el resto del embarazo. Durante ese tiempo disfruté de una enfermera de excepción, Amanda. No intentó invadir nuestra intimidad, pero estuvo cada vez que la necesité. Cada mañana, se encargaba de traerme el pan y el periódico. Subía despacio las escaleras, con sus cuidados, pero segura. El bastón en una mano, la bolsa con mis cosas en la otra, y su natural sonrisa cuando se encontraba con un vecino. Seguramente muchas veces entorpecía sus prisas, pero ellos le daban el tiempo que ella necesitaba. Algo que yo tardé en comprender. Durante las tardes pasaba a casa y me hacía compañía. Así fue como ella supo lo sola que a veces me encontraba. Ni una sola vez quiso ser ella la protagonista. Me escuchaba tranquila, con cariño y sin pedir nada a cambio. Hablé de mis padres, de mis turbaciones, de mí.



Así pasaron los días hasta que di a luz. El día que me puse de parto sujetó mi mano hasta que vino la ambulancia. Y la vi emocionarse cuando me apartaron de su lado. Me dedicó una amplia sonrisa y se fue a su casa, así, sin importunar.

En el hospital tuve muchas visitas, compañeros de trabajo de Pedro y algún vecino. Pero cada día especulaba sobre lo que estaría haciendo Amanda. La echaba de menos, anhelaba su conversación y su cariño. Deseaba que conociera a Sandra, mi niña, el nuevo miembro de mi familia.

Y por fin había llegado el día, me iba a casa.

-¿Qué estará haciendo Amanda? ¿Sabrá que regreso?

Era más un pensamiento en voz alta que una pregunta. Pedro me miró y sonriendo besó mis labios.

-¡Claro que sí! Todas las noches cuando llego a casa le cuento cómo van las cosas y le enseño las fotos que le hago a la niña. Dice que es preciosa como su madre.

Mi cara debió mostrar la ilusión que esa noticia me hacía. Y Pedro continuó;

-Sabía que os llevaríais bien, tenéis muchas cosas en común.

Hice una mueca de sorpresa, no entendía lo que quería decir. Entonces Pedro continuó;

-Pensaba que lo sabías.

Cada vez me encontraba más perdida.

-¿Qué? ¿Qué debía saber?

-Ella no te lo ha contado...

Era más una afirmación que una pregunta.

Entonces Pedro me narró lo que le habían contado los antiguos dueños de mi piso.

-Amanda perdió a su marido y a su hijo en un accidente de coche. Fue hace muchos años, regresaban de un partido de fútbol y un loco se les echó encima. Pensaba que lo sabías.

Una lágrima se escapó de mis ojos y recorrió mi cara. Hice un gesto negativo con mi cabeza. No podía hablar. Y Pedro continuó;

-Me dijeron que era una anciana muy agradable. La perfecta vecina. Al morir su familia se quedó sola y abatida. Pero en lugar de amargarse y encerrarse en sí misma había optado por intentar vivir para los demás. Cuando era más joven había colaborado de voluntaria en cualquier lugar que le necesitasen. Pero ahora al llegar al ocaso de su vida se dedicaba a los que tenía más cerca, sus vecinos. Todos sabían que podían contar con ella. Ha hecho de canguro, recogido paquetes, cualquier cosa que le hayan pedido en el edificio. Le gusta ser útil.

Tuve que sentarme en la cama, mis piernas no sujetaban mi cuerpo. Ella me había escuchado y en ningún momento me pregunté cuál sería su propia historia.

-Pedro, vayamos a casa, alguien importante me está esperando.

Tomé en brazos a mi hija y me aferré a mi marido. Caminé con paso seguro, por primera vez en mucho tiempo sin ningún recelo. Quería llegar a casa, a mi hogar. Amanda me estaría esperando y no quería hacerla esperar más. Miré a mi hija y susurrando le dije;

-Sandra, hoy vas a conocer a alguien muy especial. Se llama Amanda, y va a ser muy importante en nuestra familia.

Pedro me miró con ternura y los dos nos dimos cuenta que ya habíamos formado un hogar. Y sí, Amanda estaba en él.



# Residencia San Isidro de Lumbier

**N**os remontamos a finales de los años setenta y principios de los ochenta, ya del pasado siglo XX, cuando surge la idea, se inician las gestiones y posteriormente las obras que hacen realidad la Residencia de Ancianos “San Isidro”, situada en la villa de Lumbier. Supuso la puesta a disposición de los terrenos destinados a tan fin por parte del Ayuntamiento de Lumbier, como promotor del proyecto, a favor de la que entonces era Diputación Foral de Navarra, encargada de materializarlo. Así es que en la conocida como zona de la Rieca, donde antes se situaba la estación local del antiguo tren Iratí, ahora se levanta la Residencia de Ancianos y psicogeriátrico “San Isidro” de Lumbier.

Don Josecho Juanto y Don Juan Ignacio del Burgo, estampaban sus firmas en los documentos de la época como Alcalde de Lumbier y Presidente de la Diputación Foral de Navarra respectivamente. Los Arquitectos Tabuenca y Blasco son los ganadores del concurso y realizan el proyecto técnico en 1982, ejecutándose las obras con rapidez. El edificio es luminoso, con largos pasillos, de planta cuadrada y con cuatro patios interiores ajardinados. La disposición de las habitaciones se hace sobre cuadrados que nos recuerdan las zonas de vecindad de nuestros pueblos. La entrada principal es amplia y en ella convergen ascensor, escaleras y una rampa interior

que une los pisos. Es también una singularidad de esta residencia la pasarela peatonal que, atravesando la carretera, une desde la terraza del tercer piso, el edificio con la zona alta del pueblo. El conjunto está rodeado de jardines, enmarcado entre la Sierra de Leyre y el Alto de Loiti; próxima a la foz de Lumbier, a los ríos Irati y Salazar que unen sus aguas a escasos cientos de metros. Su medio circundante es rural y apacible. El edificio cumple sobradamente con las expectativas depositadas en él, respondiendo a las necesidades de su tiempo. Se pone bajo la protección de San Isidro Labrador, del cual toma su nombre.

Aún quedaba por resolver la forma jurídica para su gestión. El ya entonces llamado Gobierno de Navarra, y su Departamento de Sanidad y Bienestar Social, encargaron a los servicios jurídicos del en aquellos días denominado Organismo Autónomo Servicio Regional de Bienestar Social, un informe para despejar esta incógnita. Las alternativas barajadas para la gestión eran tres:

- 1ª Directamente por el Gobierno de Navarra, a través del Servicio Regional de Bienestar Social.
- 2ª El Ayuntamiento de Lumbier y el resto de los Ayuntamientos concertaban con él.
- 3ª Constitución de una Mancomunidad con todos los Ayuntamientos de la zona.”

**El edificio es luminoso, con largos pasillos, de planta cuadrada y con cuatro patios interiores ajardinados**

Se optó definitivamente por la última, es decir, la constitución de una Mancomunidad. No podemos olvidar aquí que uno de los objetivos considerados era el marcado carácter comarcal, “orientado a la población anciana de la zona, con el fin de que sus instalaciones sirvan, para dar respuesta a las demandas de la población, evitando además el desarraigo, al

no tener que desplazarse del entorno en el que siempre han vivido”.

La Mancomunidad de Servicios Sociales la crearon los Ayuntamientos y Concejales de la Comarca de Lumbier, Almiradío y Valle de Salazar, aprobándose los Estatutos de su formación y publicándose en el B.O.N. de 27



de noviembre de 1987. La citada Mancomunidad, se integra inicialmente por las entidades locales de Lumbier, Urraúl Alto, Urraúl Bajo, Romanzado, Navascués, Gallués, Esparza de Salazar, Oronz, Ezcaroz Jaurrieta, Izalzu e Ibilcieta.

Ya era realidad el edificio nuevo, además estaba perfectamente equipado, con el personal cuidador ya seleccionado y determinada la forma de gestión; ya sólo faltaba lo más importante: sus usuarios. Así es que, el 26 de julio de 1988, unos empleados llenos de entusiasmo y con la ayuda de las Hijas de la Caridad de San Vicente Paúl, reciben a los primeros residentes y el edificio cobra vida. A lo largo de las siguientes semanas y meses, la residencia fue completando sus plazas hasta un total de 75.

Entre los usuarios del comienzo, se contaban con los dedos de una mano los que utilizaban silla de ruedas para los desplazamientos, siendo casi todos autónomos para las actividades cotidianas. Las plazas de residencia eran escasas, y de esas 75 iniciales se aumentaron a 80, y luego a 88, con aprovechamientos de espacios y ampliando la plantilla de trabajadores.

Poco a poco las necesidades relacionadas con la mayor dependencia de terceras persona de los usuarios fueron cambiando. Palabras como alzheimer, ictus, demencia... se fueron instalando en nuestro vocabulario para quedarse. El edificio, sus instalaciones y el personal se han tenido que ir adaptando a la situación cambiante relacionada con el dete-

rioro de sus usuarios. Siempre con el ánimo alto y con la intención de prestar el mejor servicio a nuestros mayores, dándoles una mejor calidad de vida, tanto a ellos como de forma indirecta a sus familiares, ayudándoles a superar sus dificultades y sobre todo, proporcionándoles el calor humano que precisan las personas. El grado de implicación del personal ha sido muy elevado, dando la talla en las situaciones más difíciles de nuestra existencia como Institución, pero también en el día a día, siendo algunos de ellos (y ellas) sencillamente imprescindibles e insustituibles. Sus nombres forman realmente la reciente historia de la Residencia San Isidro. Con trabajadores así, la residencia en su conjunto se puede considerar afortunada y en particular los residentes atendidos.

El tiempo pasa y nos situamos en los años noventa y el en el contexto de una demanda de plazas residenciales, ya asistidas, nos encontramos con el desarrollo del Plan Gerontológico de Navarra, elaborado por el Departamento de Bienestar Social. A su amparo se proyectan treinta nuevas plazas en la Residencia de Lumbier. Se situarán en un edificio nuevo, dentro del conjunto de la residencia y unido con la parte que ahora llamamos antigua por un pasillo. El proyecto se encarga a los arquitectos Tabuenca y Saralegui, ganadores del concurso. La reciente obra se adapta a la situación de las necesidades que presentan la tendencia de los usuarios presentes o en lista de espera. Su planta es en forma de L, y el edificio levantado es aún más práctico que el ya llamado antiguo. Se pretendía destinarlo a zona de enfermería de la residencia. Pero, todo cambia muy rápido, y la situación de necesidades de usuarios potenciales nos han llevado a destinarlo a Centro Psicogeriátrico; constituyendo en la actualidad un Centro único, que según reza en la placa de su entrada es: "San Isidro/Residencia de Mayores/Residencia Psicogeriátrica/Gobierno de Navarra/Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte".

**Durante este casi cuarto de siglo de nuestra pequeña historia, han pasado entre nosotros cerca de 700 personas**

**Las plazas de residencia eran escasas, y de esas 75 iniciales se aumentaron a 80, y luego a 88, con aprovechamientos de espacios y ampliando la plantilla de trabajadores**

Ya en el mes de septiembre de 2002, Sor Laura, Sor Pilar, Sor Margarita y Sor Dolores, queridas por todos y últimas integrantes de la Hijas de la Caridad de San Vicente Paúl en Lumbier y en la Residencia se retiraron, ya sin relevo.

A lo largo de estos años se han disfrutado de muchos acontecimientos felices como pueden ser los centenarios de algunos residentes, así como festividades, en especial la de nuestro patrón San Isidro Labrador. Los residentes se han visto acompañados tanto por las autoridades locales como por los más altos representantes del Gobierno de Navarra. La participación de los residentes siempre ha sido significativa dada la gran afición navarra a las jotas y otras canciones propias de nuestra tierra. En otras ocasiones cocineros afamados (Rodero, Josetxo...) dedicaron su tiempo y saber a elaborar platos de sus cocinas para nuestros mayores. También nos visitaron futbolistas de Osasuna. Y los vecinos de Lumbier siempre recuerdan a los que viven en la residencia dándoles alegría con sus visitas además de los grupos de Aurores, Reyes Magos, Olentxero...

En la actualidad la Residencia tiene además de un impacto social y objetivo principal para la atención de las personas mayores de la zona y por añadidura a todos los navarros, una repercusión de naturaleza económica generadora de puestos de trabajo. No olvidamos en ningún momento que estamos en un medio rural, pero que aún con buenas comunicaciones por carretera, es parco en la atracción de

inversiones creadoras de empleo. Es este aspecto, el de engendrar puestos de trabajo, que no puede pasarse por alto, pues trabajan en la Residencia de forma estable 70 personas, entre las que cabe destacar el personal sanitario titulado.

Recordamos también como rendíamos homenaje a nuestros nonagenarios por la festividad de nuestro patrón, San Isidro. Acto que hemos retirado, puesto que, debido a la longevidad de los residentes, lo singular se ha generalizado, y si antes eran uno o dos los mayores de noventa años, ahora serían treinta o cuarenta. Ya tendríamos que pensar en los centenarios, que ya tenemos alguno.

Durante este casi cuarto de siglo de nuestra pequeña historia, han pasado entre nosotros cerca de 700 personas, dejándonos muchos recuerdos y curiosidades, que procuran paliar la tristeza de la partida definitiva.

Desde la Residencia de Ancianos y Psicogeriátrico San Isidro de Lumbier, con la experiencia que nuestra corta temporalmente, pero intensa historia nos ha dado, miramos al futuro cambiante como un reto. Continuaremos adaptándonos a las nuevas situaciones, centrándonos siempre en las personas, dando a nuestros usuarios un servicio de calidad técnica y humana.

*Miguel Ángel de la Iglesia González*  
(Director)



# La asistencia psiquiátrica a los mayores

José Ramón Varo Prieto

**L**a vejez, por sí misma y en ausencia de otros factores, no tiene por qué llevar consigo un aumento de la patología psíquica.

Pero es cierto que determinadas circunstancias que se presentan en esta edad pueden influir en el equilibrio psíquico, induciendo alteraciones.

Las más frecuentes y determinantes de estas circunstancias son acontecimientos vitales como: la soledad y el aislamiento, el fallecimiento de familiares próximos y afectivamente significativos, los problemas y carencias económicas, la enfermedad física y la limitación funcional.

La respuesta del individuo a estos problemas depende, lógicamente, de la estructura y características de su personalidad, y también de otras condiciones, como el grado y la calidad de apoyo social y familiar de que el individuo disponga.

Esas eventualidades ocasionan a menudo, en cualquier época de la vida, reacciones emocionales que están dentro de la normalidad, las más frecuentes de matiz depresivo o ansioso, preocupación e inquietud. Estas reacciones son circunscritas al acontecimiento, transitorias y cambiantes según evolucione el mismo, y se resuelven muchas veces sin precisar tratamiento o asistencia. También se caracterizan por ser de intensidad proporcionada a la circunstancia que las provocó.

Hasta aquí, como hemos dicho, estamos dentro de la normalidad y de los cambios de ánimo que se producen en las personas en función de vicisitudes de la vida.

Pero aquí nos referimos más bien a los trastornos psíquicos que aparecen en la ancianidad y que no son meras reacciones emocionales. Los verdaderos trastornos psiquiátricos, diagnosticables como patología, requieren algún tipo de asistencia o tratamiento por su gravedad o tipología.

Los llamados trastornos adaptativos son reacciones depresivas, ansiosas o conductuales tras la aparición de circunstancias vitales, pero se caracterizan por su gravedad, duración y limitación que producen.

**En Navarra no existe hasta el momento un plan específico y global de asistencia psicogeriátrica**

En la ancianidad pueden aparecer así mismo por primera vez síndromes psicóticos u otros (los citados anteriormente), en ocasiones coexistiendo con la patología del área cognitiva, con las peculiaridades que puede conllevar en las manifestaciones sintomáticas.

También se ven en la ancianidad cuadros psicopatológicos que ya la persona padecía antes, que continúan en esta edad, pero que a veces son modificados por las características evolutivas de la misma. En efecto, el sín-

drome psiquiátrico previo puede estabilizarse o amortiguarse en esta etapa de la vida, o bien manifestar además mayores rasgos de deterioro psíquico y funcional y descompensaciones. Las psicosis previas, por ejemplo, pueden mostrar peculiaridades evolutivas en esta edad.

No hay que olvidar otra condición que suele configurar en gran medida las características de los problemas psiquiátricos y los requerimientos asistenciales en la vejez. Nos referi-



mos a los trastornos de personalidad. Rasgos como la ansiedad, pesimismo, carencias en la capacidad de relación interpersonal, inestabilidad emocional, obsesividad, agresividad, rasgos esquizoides o paranoides, histrionismo, dependencia, intolerancia, oposicionismo y otros, pueden estar en la base de dificultades en la asistencia, en la convivencia familiar y social, y en la misma evolución del cuadro psicopatológico.

Ahora bien, ¿cómo se atienden hoy, cómo se atienden en Navarra los trastornos psiquiátricos del anciano? En Navarra no existe hasta el momento un plan específico y global de asistencia psicogerítrica. Y sin embargo, en el primer (y hasta ahora único) Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 se citaba como prioridad la definición y puesta en marcha de un Plan de este tipo, sobre todo en la red de asistencia psiquiátrica pública, con elaboración y planificación de actuaciones en este campo.

Pero la ausencia de un Plan no significa que no se haga nada y que los mayores se hallen sin asistencia psiquiátrica. Existen muchos y eficientes recursos, públicos y concertados. Algunos son inespecíficos, e incluyen para tratamiento tanto a las personas mayores como a las de los demás tramos de edad. Así por ejemplo, los Centros de Atención Primaria, los Centros de Salud Mental o las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Por otra parte, los centros residenciales incluyen, dentro de su asistencia médico-geriátrica y social, la que se refiere a estos aspectos y pueden contar con interconsultas a otros niveles.

En un primer nivel, y como eje de la asistencia psiquiátrica especializada, pero dentro de los que hemos llamado inespecíficos, se encuentran los Centros de Salud Mental (9 en Navarra en este momento). De hecho, el 3% de mayores de 65 años (prevalencia), han sido atendidos en estos Centros en los últimos años.

En 2009 los Centros de Salud Mental trataron a 498 pacientes nuevos (primeras consultas) mayores de 64 años y pasaron por todos los Centros 2589 pacientes en total, siempre refiriéndonos a esta edad. Estas cifras corresponden respectivamente al 9,9% y 14,1% del total de pacientes que acuden a los Centros. Sin duda, una parte de estos pacientes no requieren intervenciones psicogerítricas altamente específicas y son asumidos por los tratamientos propios también de la edad adulta. Pueden, pues, estar incluidos dentro de los programas de Trastornos Mentales Graves, o Menos graves, como se definen en los Centros.

Pero también las personas mayores son incluidas en otros recursos públicos no específicos, como las Unidades de Hospitalización, Hospitales de Día, Servicios de Rehabilitación, etc.

Recursos propios del Gobierno de Navarra son además el Centro Psicogerítrico, con sus varios pabellones, actividades y programas y la Clínica Psicogerítrica, la Unidad de Memoria.

Y por otra parte, determinados servicios de carácter privado ofrecen una importante asistencia psicogerítrica de calidad, manteniendo el Gobierno de Navarra concertos con algunos de ellos. Hay que destacar especialmente los centros dependientes de las Hermanas Hospitalarias y la Clínica Psicogerítrica Josefina Arregui.

Como hemos dicho, no existe un Plan definido y publicado sobre asistencia psiquiátrica a los mayores, recordando una vez más que este era un objetivo explícito ya en el primer Plan de Salud Mental de Navarra, de 1986. Y esto tiene, por un lado, el inconveniente de que puede perderse la perspectiva global sobre a dónde nos dirigimos en este campo. Y por otro, que las actuaciones realizadas, sin duda muy útiles y eficientes, puedan parecer fragmentadas y con insuficiente coordinación en la planificación y actividades desarrolladas.

Hemos indicado también que los ancianos están presentes como pacientes en la red de atención a la salud Mental. En los centros inespecíficos es necesario tener en cuenta que los ancianos pueden presentar peculiaridades y necesidades propias de la enfermedad mental, y a la vez de las características inducidas por la edad. Por consiguiente, es necesario evitar que esas peculiaridades sean soslayadas o sean poco atendidas o tenidas en cuenta en el desarrollo de la asistencia y tratamiento.

En cualquier caso, y ante la cantidad de esfuerzos realizados hasta ahora, los recursos públicos y privados puestos en marcha y las diversas actividades, parece conveniente que se haga explícito un modelo integral e integrado, con flexibilidad y capacidad de adaptación a los requerimientos que se vayan planteando en el área de la asistencia psiquiátrica que prestamos a los mayores, con modelos de coordinación y áreas de responsabilidad claros y con el desarrollo de las carencias que aparecen.

La tendencia a la saturación y sobrecarga asistencial en los diferentes servicios afecta también a la asistencia a los ancianos.

Debemos además instaurar del todo, como un hecho habitual, constante y corriente, La evaluación y el control de la calidad y eficiencia de nuestras intervenciones.

Y siempre debe lucharse por combatir el estigma y la desesperanza o nihilismo con que a veces se enfrenta la enfermedad mental y especialmente en los ancianos. Se ha avanzado mucho a este respecto, pero aún queda camino por andar.

## **REFERENCIAS**

---

**Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-O.**

**Memoria 2009.**

**Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad Plan de Salud Mental 1986.**

**Gobierno de Navarra. Plan de Salud 2001-2005.**

**Martín, M. Trastornos de personalidad en el anciano.**

**Cuadernos Gerontológicos nº 4 año 7-19 2004**

**Martínez, A; Francés, I; Cabodevilla, I; Ayesa, M; Gómez, AR.**

**Acontecimientos vitales en el anciano.**

**Cuadernos Gerontológicos. Vol. 2 nº 2 23-59 2003**

**Varo, J.R.**

**Hablemos de asistencia psicogerítrica.**

**Cuadernos Gerontológicos nº 5 3-8 2005**

**Varo, JR.**

**La reforma de la atención a la Salud Mental en Navarra. Comienzos y desarrollo.**

**Pfizer. Madrid 2011**



# Gerontología y cine:

## Dos ejemplos del género documental recientes

### BICICLETA, CUCHARA, MANZANA

Dirección y guión:  
Carles Bosch. País: España.  
Año: 2010.  
Duración: 106'.  
Género: Documental.  
Música: Josep Sanou.  
Fotografía: Carles Mestres.  
Premios: Goya Mejor Documental.

**SINOPSIS:** en el otoño de 2007, Pascual Maragall recibe el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer. Tras el duro golpe, él y su familia inician una cruzada contra la enfermedad, de la que este documental se convierte en testigo excepcional. Con inteligencia, sinceridad y buen humor, Maragall se deja retratar durante dos años con su familia y los profesionales que le acompañan para dejar constancia del día a día de su lucha personal.

**COMENTARIO:** sobrecoge de entrada la visión de un personaje público, con presencia en acontecimientos de la envergadura de unas Olimpiadas, enfrentado a la lucha contrarreloj del progresivo deterioro de sus facultades, con plena consciencia de ello. Retrata su afán por evitar la compasión, y su empeño en lanzar un mensaje de confianza en la curación futura de la enfermedad de Alzheimer, con la puesta en marcha de la fundación que lleva su nombre.

La autonomía, la libertad de decisión para las personas en su situación es también una cuestión que gravita en el discurso del político.



En contraposición con lo que habitualmente les sucede a otros enfermos, con familias que tienen dificultades para mantener una supervisión constante, Maragall se siente vigilado, coartado y rodeado de personas constantemente.

Un testimonio valiente, que también protagonizan sus hijos y esposa, que se contempla con cierto pudor por la desnudez en el retrato íntimo, pero que contribuye a hacer visible socialmente una enfermedad todavía recluida a veces en la intimidad familiar.

## COMENTARIOS Y SELECCIÓN: Javier De Prada Pérez. Enfermero y Licenciado en CC de la Información

### CUIDADORES

Dirección y guión:  
Óscar Tejedor. País: España.  
Año: 2010.  
Duración: 90'.  
Género: Documental.  
Música: Pascal Gaigne.  
Fotografía: José Luis Barredo.  
Premios: 5 Candidaturas Premios Goya.

**SINOPSIS:** durante año y medio, cuidadores de familiares con enfermedades degenerativas se reúnen cada 15 días. Comparten sus temores y miedos, ponen encima de una mesa la historia de cada uno de ellos. Se muestra su actividad cotidiana mezclada con su testimonio que conforma un mosaico de vivencias que desvela las diferentes caras del afrontamiento de la enfermedad.

**COMENTARIO:** en el pasado IV Encuentro Gerontológico de Primavera de la SNGG se pudo disfrutar de este excepcional documental de obligado visionado para cualquier profesional o persona en contacto con el mundo de la demencia. Óscar Tejedor elabora un equilibrado relato con un guión en el que va entrelazando retazos de la vida cotidiana de cuidadores con profundo significado. Diferentes caras, pero un sustrato común de biografías condicionadas por el desmoronamiento de proyectos vitales y con la tarea de reconstruirlos, cada cual desde su condición de hija, esposa o marido de la persona enferma.



Un collage emocional en el que deliberadamente se huye del tremendismo y la sensiblería, con algún toque tragicómico, que sobrecoge por su verdad, por su delicadeza, sin hurtar el dolor que se esconde detrás de cada historia. En mi opinión, supera al anteriormente comentado como herramienta de acercamiento a la complejidad del problema y a las diferentes personas que asumen el rol de persona cuidadora. Imprescindible.



[www.sngg.es](http://www.sngg.es)