
CUADERNOS GERONTOLÓGICOS

EDITORIAL

- *"A modo de introducción"* Dr. Rafael Sánchez Ortíz 3

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

- *"Potrocolo de valoración de Enfermería por patrones funcionales"*
DUEs Residencia El Vergel 5
- *"Psicofármacos en la enfermedad de Alzheimer"*
D. Manuel Martín Carrasco 25

VI PREMIO "TOMÁS BELZUNEGUI"

- *"Diario de Leyre"* 1º premio: D. Javier de Prada 41
- *"El valor de las palabras"* 2º premio: Dña. María Gracia de Andoni 47
- *"El sendero"* 3º premio: Dña. Juany Villaplana 53

RESEÑAS HISTÓRICAS

- *"La Meca cumple 300 años"*
Dña. Camino Oslé 57

ENTREVISTA

- *"Entrevista a Fernando Redón"*
Dr. Juan Luis Guijarro 63

DIRECTORA:

Lourdes Gorricho

COMITÉ DE REDACCIÓN:

Rafael Sánchez Ostiz

Itziar Iraizoz

Juan Luis Guijarro

Manuel Martín

María Gonzalo

DEPÓSITO LEGAL: NA 1839 - 1994

A modo de Introducción

Rafael Sánchez-Ostíz Gutiérrez
Presidente de la S.N.G.G.

Pamplona a 22 de Noviembre de 2006

Estimado compañero/a:

En puertas de celebrar nuestra Asamblea Anual tengo la satisfacción de realizar esta introducción un nuevo número de nuestra revista Cuadernos Gerontológicos.

La actividad de nuestra sociedad en 2006 ha venido marcada por el desarrollo de nuestro segundo congreso y el 48 congreso de la Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Podemos sentirnos tremendamente satisfechos del ÉXITO tanto económico como científico de este evento.

Desde le punto de vista económico los ingresos correspondientes van asegura la viabilidad económica de la sociedad en los próximos años y va a permitir poder continuar con las actividades docentes e investigadoras que venimos realizando, siempre con la apuesta por ir incrementando la calidad docente de todas las acciones que realizamos.

Desde el punto de vista científico también ha sido un éxito con los datos de satisfacción que se han recogido de los congresistas y por el incremento de comunicaciones y posters recibidos.

Comenzamos el 2007 con el reto de retomar las actividades de nuestra sociedad, en este sentido os animo a trasladar a la Junta cuantas propuestas considereis, estamos deseando poder desarrollarlas y a finales de este año procederemos a renovar los cargos de nuestra sociedad, entre ellos el de Presidente os animo a conformar una candidatura que conjugue la Geriátría y Gerontología, y que aglutine a todos los profesionales que desarrollamos nuestra labor en la atención a las personas mayores. Creo sinceramente que ha llegado el momento de dar el relevo y que otras personas asuman la ilusión de seguir aportando tiempo y conocimiento a esta sociedad en nuestra Comunidad Foral, ¡merece la pena!

Sin otro particular, recibe un cordial saludo y mis mejores deseos para este año que comenzamos.

II Curso de valoración Geriátrica Integral en Enfermería
***Protocolo de valoración de Enfermería
por patrones funcionales***

DUEs Residencia El Vergel:

*Laura Vicuña Sanz de Galdeano - Lourdes Martínez Mangado - Raquel Aranguren Iriarte
María Montoro Res. - Mikel Calvo Herrero - Silvia Pilart Medina - Loli Amatriain Artieda
Begoña Chivite del Pozo - Goretti Martínez Gabarrus - Irache Millán Salcedo
Marisa Ollo Jordán - Berta García Murillo.*

Descripción

A menudo, al intentar realizar una valoración integral de enfermería al residente obviamos u olvidamos muchos detalles a tener en cuenta. Para facilitar dicha labor hemos realizado este detallado cuestionario organizado por patrones funcionales.

Población a la que va dirigido

Este protocolo va dirigido al 100% de los residentes de la residencia el Vergel. Se les realizará esta valoración de enfermería al ingreso y cada vez que se les realice la revisión anual.

Objetivos

- Identificar el estado general del residente (físico, psicológico, afectivo, social...)
- Identificar problemas reales y potenciales del residente.
- Identificar las causas y factores relacionados.
- Plantear objetivos y actividades a realizar a partir de los problemas identificados.

Tipología de los patrones funcionales de salud

1. Patrón de percepción- manejo de la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón de actividad-ejercicio.

5. Patrón de reposo-sueño.
6. Patrón cognitivo-perceptual.
7. Patrón de auto percepción- autoconcepto.
8. Patrón de rol-relaciones.
9. Patrón de sexualidad-reproducción.
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores-creencias.

Bibliografía

- Manual de diagnósticos enfermeros. Marjory Gordon.
 - Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Edit IMSERSO 1998.
 - ATS/DUE del SNS-OSASUNBIDEA. Editorial MAD.
 - Intervención clínica y psicosocial en el anciano. ICEPSS 1995.
 - Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Guillén Llera, Perez del Molino Martín Editorial Masson S.A. 1994.
 - Los diagnósticos enfermeros. Revisión clínica y guía práctica. M Teresa Luis Rodrigo.
 - Manual de enfermería médico-quirúrgica. Brunner y Ddarth. Interamericana.
 - Enfermería básica. Dugas. Interamericana.
 - Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Anales del sistema sanitario de Navarra; volumen 22, suplemento 3. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. I. Linares, J.M. Munárriz y J.L. Guijarro.
 - Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Alberto Sola Alba, Francisco Guillén Llera, Juan Díaz de la Peña. Salvat.
 - Masson.
 - Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Rubio.
- @ www.geriaticos.org
@ www.terra.es/personal/duenas/diagnanda.htm

1. PATRON PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

¿Cómo percibe usted su salud? Excelente. Buena. Normal. Mala, explique porqué y desde cuando se siente así

¿Da importancia a la salud? Sí. No.

Problemas de salud

No.

Sí. Principal dolencia

Otras enfermedades, lesiones repetidas o intervenciones quirúrgicas

¿Cree tener conocimiento suficiente sobre sus enfermedades?

Sí.

No, ¿porqué?

¿Conoce los cuidados que precisa?

Sí.

No, ¿porqué?

¿Cumple estos cuidados?

Sí.

No, ¿porqué?

Actitud ante enfermedades y cuidados (ansiedad, negación, apatía, desmotivación, afrontamiento, adaptación)

¿Está contento con los **controles de salud** que se le realizan?

Sí.

No, ¿porqué?

Tratamiento farmacológico

No.

Sí. ¿Conoce su medicación?: No. Sí.

¿Cumple el tratamiento?: No. Sí.

Automedicación: No. Sí, ¿qué medicamento/s?

Oxígeno, horas/día, concentración

Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, café, drogas...)

No.

Sí, frecuencia y cantidad

Vacunaciones

Antitetánica: 1ª dosis 2ª dosis 3ª dosis

Antigripal. Sí. No, ¿porqué?

Antineumocócica. Sí. No.

Otros vacunas de interés

Alergias

No conocidas.

Sí,

Medidas de seguridad (indicar si es temporal o continuado)

Cinturón. Barras. Muñequeras. Chichoneras. Triángulo.

✓ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Mantenimiento de la salud alterado.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- Alto riesgo de lesión.
- Alto riesgo de traumatismo.
- Mantenimiento de la salud alterado.
- Infección.

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

✓ PROBLEMAS PARA COMER

Estado de la boca

Mucosas

- Buen estado.
- Estado deficiente. ¿Qué le ocurre?, ¿desde cuando?

Piezas dentales

- Buen estado.
- Estado deficiente. Caries, sarro... Higiene deficiente.
- Ausencia total.

Prótesis dentales

- No.
- Sí. Tipo de prótesis, estado de la misma, ajuste, higiene.

Problemas de masticación

- No.
- Sí. ¿Qué dificultades experimenta?, ¿desde cuándo?, ¿cómo lo soluciona?

✓ PROBLEMAS DIETÉTICOS

Alergias o intolerancias alimenticias

Tipo de dieta

Consideraciones especiales

¿Sabe qué dieta lleva y porqué?

- Sí.
- No.

¿Está de acuerdo con la misma?

- Sí.
- No. ¿Porqué?

¿Cumple la dieta?

- Sí.
- No. ¿Cómo la incumple?, ¿porqué?

Ingesta de alcohol

- No.
- Sí. Tipo, frecuencia y cantidad

Suplementos dietéticos

- No.
- Sí. Tipo Cantidad
- Desde hasta
- ¿Cuándo los toma? ¿Le quitan el apetito o le provocan algún tipo de molestia? ¿cuál?

✓ OTROS PROBLEMAS**Molestias antes o después de la ingesta**

- No.
- Sí, ¿qué tipo de molestias(acidez, nauseas...)?, ¿cuándo aparecen?, ¿se alivian de algún modo?

✓ TEST MNA (MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT) (Anexo I)**Puntuación**

- ≥ 24 estado nutricional satisfactorio.
- 17 a 23,5 riesgo de malnutrición
- < 17 mal estado nutricional

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Alto riesgo de nutrición alterada: ingesta superior a las necesidades corporales.
- Nutrición alterada: ingesta superior a las necesidades corporales.
- Nutrición alterada: ingesta inferior a las necesidades corporales.
- Alto riesgo de aspiración.
- Trastorno de la deglución.
- Mucosa oral alterada.
- Alto riesgo de déficits de volumen de líquidos.
- Déficits de volumen de líquidos.
- Exceso de volumen de líquidos.
- Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea.
- Alteración de la integridad cutánea.
- Alteración de la integridad tisular.
- Termorregulación ineficaz.

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN**✓ ELIMINACIÓN URINARIA****Continencia urinaria**

- Continente. Incontinente nocturno. Incontinente ocasional. Incontinente habitual.
- Incontinente total.

Motivo que causa la pérdida de orina

Uso de dispositivos

Uso de absorbentes. Uso de compresas. Uso de cuña. Uso de colector. Portador de sonda vesical. Ostomía.

Nº micciones/día

Molestias al orinar: No. Sí, tipo

¿Otros problemas? No. Sí, tipo

Ejercicios para fortalecer vejiga y músculos pélvicos: No. Sí. No se puede.

Otras observaciones

.....

✓ ELIMINACIÓN FECAL

Continencia fecal

Continente. Incontinente nocturno. Incontinente ocasional. Incontinente habitual.
 Incontinente total.

Uso de dispositivos

Uso de absorbentes. Ostomía.

Hábito intestinal: Normal. Estreñido. Diarrea. Alternancia estreñimiento/diarrea.

Ritmo deposicional

Molestias al defecar: No. Sí. Hemorroides. Dolor. Sangrado. Flatulencia.

Otros problemas

.....

Laxantes: No, Sí. Tipo

Enemas: No. Sí, tipo

Otras observaciones

.....

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Estreñimiento.
- Estreñimiento percibido.
- Estreñimiento colónico.
- Diarrea.
- Incontinencia intestinal.
- Alteración de la excreción urinaria.
- Incontinencia funcional.
- Incontinencia de esfuerzo.
- Incontinencia de urgencia.
- Incontinencia total.
- Incontinencia refleja.
- Retención urinaria.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

✓ CAPACIDAD DE MOVIMIENTOS**Deambulaci3n**

- Independiente.
- Camina con ayuda.
 - 1 persona.
 - 2 personas.
 - Bast3n.
 - Andador.
 - Muletas.
- Silla de ruedas.
 - Independiente.
 - Dependiente.
- Vida cama-sill3n.

AutocuidadosPuntuaci3n *Indice de Barthel* (Anexo II)

- <20 dependiente total.
- 20-35 dependiente grave.
- 40-55 dependiente moderado.
- ≥60 dependiente leve
- 100 independiente

✓ LIMITACI3N DEL MOVIMIENTO

- Problemas osteomusculares y dolor:** artritis, traumatismo, contractura,
- c3ncer y met3stasis, otros
- Problemas podol3gicos:** pie derecho, pie izquierdo.....
- Problemas cardiovasculares:** dolor vascular, palpitaciones, mareos,
- edemas, otros
- Problemas respiratorios:** disnea, tos, secreciones, precisa ox3geno,
- tabaco, otros
- Problemas neurol3gicos:** parkinson, ACV, neuropatias, otros
-
- Debilidad generalizada.**
- Problemas mentales:** estado confusional, depresi3n, demencias, otros
-
- Problemas sensoriales:** visual, auditivo.
- Inestabilidad y miedo a las caidas.**
- Incontinencia:** urinaria, fecal.
- Iatrogenia:** f3rmacos, restricci3n f3sica: cintur3n, muñequeras, barras en cama.
- Problemas metab3licos y hormonales:** anemia, sobrepeso, otros
-
- Otros**
-
-

✓ CONSECUENCIAS DE LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD

- Úlceras por decúbito:** grado, localización
- Osteomusculares:** pérdida de fuerza, rigidez, contracturas, dolor, otras
- Cardiovasculares:** hipotensión ortostática, trombosis, otras
- Pulmonares:** disminución de la ventilación, neumonías frecuentes, otras
- Gastrointestinales:** anorexia, estreñimiento, incontinencia fecal, otras
- Genitourinarias:** retención urinaria, incontinencia, otras
- Metabólicas:** deshidratación, hipotermia, alteración de la tolerancia a la glucosa, sobrepeso, otras
- Psicológicas:** confusión, aislamiento social, depresión, insomnio, otras

✓ EJERCICIO

- Paseo:** No Sí, horas/semana
- Deporte:** No Sí, tipo de actividad horas/semana

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.
- Fatiga.
- Movilidad física alterada.
- Alto riesgo de síndrome de desuso.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene.
- Déficit de autocuidado: vestido/arreglo.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: evacuación.
- Déficit de actividades recreativas.
- Patrón de respiración ineficaz.
- Gasto cardíaco disminuido.
- Perfusión tisular alterada: renal, cerebral, cardíaca, gastrointestinal, periférica.
- Alto riesgo de traumatismo.

5. PATRÓN DE REPOSO-SUEÑO

- Horas de sueño nocturno** al día
- Horario de sueño regular** No, Sí, de a
- ¿Se levanta cansado?** No, Sí.
- Siesta:** No, Sí, duración

Problemas con el sueño

- No.
 Sí.
- Problemas para conciliar el sueño.
 Tiempo que tarda en conciliar el sueño
 Frecuencia
- Problemas para permanecer dormido.
 Se despierta durante la noche, frecuencia
 Se despierta pronto, frecuencia

Problemas para dormir, causas

- Malos hábitos: alcohol, tabaco, café/té, cenas copiosas, excesivos líquidos por la tarde, siesta superior a 30', otros.....
- Entorno: temperatura, ruidos, luz exterior, ventana, otros.....
- Físicos: nerviosismo, dolor, trastornos digestivos, prurito, necesidad de orinar, postura, otros

Ayudas para dormir

- No.
 Sí, medicación.
 Sí, otras

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Alteración del patrón sueño-descanso.

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL**✓ ESTADO MENTAL****Nivel de conciencia**

- Alerta. Confuso. Adormilado. Comatoso. Otros,

Orientación

- No desorientado. Desorientación temporal. Desorientación espacial.
 Desorientación de personas.

Comportamiento

- Apático. Colaborador. Hiperactivo. Agresivo. Agitado. Inadecuado.

Ánimo

- Euforia. Inhibición. Desinhibición. Mutismo. Excitación. Triste.
 Apático. Preocupado. Tenso. Ansioso. Cambios de humor. Otros.

Observaciones

Puntuación MEC (al mes del ingreso) (anexo III)

- 28-35: normal.
 <28: deterioro cognitivo.

✓ SENSORIO

Audición

- Ninguna dificultad. Pérdida de audición izquierda. Pérdida de audición derecha.
- Sordera izquierda. Sordera derecha. **Audifono izquierdo.** **Audifono derecho.**
- Cerumen oído izquierdo. Cerumen oído derecho. Tinnitus. Otros
- Fecha de última exploración Observaciones
-

Visión

- Ninguna dificultad. Pérdida parcial de visión izquierda. Pérdida parcial de visión derecha. Ceguera izquierda. Ceguera derecha.
- Gafas.** Sí. No.
- Patologías. Catarata. Glaucoma. Otros.
- Fecha última revisión Observaciones

Alteraciones

- Gusto.
- Olfato.
- Tacto: Sensación de presión. Sensación de dolor. Diferencia de temperaturas.
- Entumecimiento. Hormigueos.
- Vértigos,
- Dolor. Si dolor, responder cuestionario de valoración del dolor:

Valoración del dolor

- Sordo. Profundo. Agudo.
- Mal localizado o difuso. Localizado en
- Permanente. Episódico, frecuencia
- Intensidad del dolor (escala de 1 al 10)
- Interferencias en:
 - Alimentación
 - Ejercicio
 - Movilización
 - Sueño, reposo
 - Realización AVD
 - Relaciones sociales
 - Otros

- Métodos para el alivio del dolor: Analgésicos. Compresas frías. Compresas calientes.
 Dieta. Otros

- Existencia de factores que modifican su percepción: Depresión. Pérdida reciente. Cambios recientes en el entorno. Aislamiento. Otros

Hallazgos físicos

- Integumentario: Enrojecimiento de la piel. Insuficiencia vascular.
- Musculoesquelético: Disminución de la movilidad. Contracturas. Espasmos Musculares.
- Neurológico: Menor sensibilidad al tacto. Menor sensibilidad a la temperatura.
- Menor sensibilidad al dolor. Neuropatías en brazos y piernas.
- Otros

✓ COGNICIÓN**Memoria**

- Ninguna dificultad.
 Pérdida de memoria: Reciente. Remota. Inmediata.
 Olvida: Objetos. Lugares. Personas.

Lenguaje

- Ninguna dificultad.
 Habla alterada: Lenta. Rápida. Mal articulada.
 Dificultad de expresión.
 Dificultad de comprensión.
 Capacidad de leer: Sí. No.
 Capacidad de escribir: Sí. No.

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Dolor.
 Dolor crónico.
 Alteraciones sensoriales/preceptuales (visual, auditiva, cinestésica, gustatoria, táctil, olfatoria).
 Déficits de conocimientos.
 Procesos alterados del pensamiento.
 Dificultad de decisión.

7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- ¿Se siente a gusto consigo mismo? Sí. No, ¿porqué?
- ¿Cree que tienen buena opinión de usted? Sí. No, ¿porqué?
- ¿Le preocupa lo que opinan de usted? No. Sí, ¿porqué?
- ¿Se siente querido? Sí. No, ¿porqué?
- ¿Le agrada su imagen corporal? Sí. No, ¿porqué?
- Arreglo personal, hábitos higiénicos.** Bueno. Deficiente,
- ¿Cambios físicos recientes? No. Sí, ¿cuáles?
- ¿Son un problema? No. Sí.
- Limitaciones para la actividad diaria. No. Sí, ¿cuáles?
- Observaciones
-

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Miedo.
 Ansiedad.
 Desesperación.
 Sensación de impotencia.
 Trastorno de la imagen corporal.
 Alto riesgo de automutilación.
 Trastorno de la identidad personal.
 Trastorno de la autoestima.

- Autoestima baja crónica.
- Autoestima baja circunstancial.

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES

✓ RELACIONES PREVIAS AL INGRESO

Relación de pareja

- No.
- Sí, ¿con quién?

Relación familiar

- No.
- Sí, ¿con quién?

Relación social

- No.
- Sí, ¿con quienes?

Motivo del ingreso

Situación económica

✓ RELACIONES EN LA RESIDENCIA

Amigos en la residencia

- No, ¿por qué?
- Sí, ¿quiénes?

Relación con los trabajadores

- No.
- Sí, observaciones

¿Está a gusto en la residencia?

- Sí.
- No, ¿por qué?

Adaptación a la residencia (horarios, normas...)

- Buena.
- Regular/mala, observaciones

Pertenencia a alguna asociación (club de jubilados, etc)

- No.
- Sí, ¿a cuál?

Actividades de grupo

- Terapia ocupacional.
- Gimnasia.
- Otros; cine, teatro...

Limitaciones sensoriales para comunicarse

- No.
- Sí, ¿cuáles?

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Duelo disfuncional.
- Aislamiento social.
- Deterioro de la comunicación verbal.

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**✓ MUJER**

- ¿Tiene **hijos**? No. Sí, ¿cuántos?
- ¿Ha tenido algún **aborto**? No. Sí, ¿cuántos?
- ¿Le quedaron **secuelas tras los partos**? No. Sí, ¿de qué tipo (incontinencia urinaria, alteración de la imagen corporal...)?
- Edad de la **menopausia**
- A consecuencia de la menopausia;
- ¿Sufre secuelas físicas? No. Sí, ¿cuáles (sofocos, sequedad vaginal...)?
- ¿Ha cambiado su estado de ánimo o forma de ver la vida? No. Sí, ¿en qué?
-
- ¿Acude a **revisiones ginecológicas**? No. Sí.
- ¿Cuándo tuvo la última consulta? ¿Cuál fue el motivo?
- ¿Ha sufrido **intervenciones** por algún problema ginecológico? No. Sí, ¿cuál (incontinencia urinaria, cáncer de mama, prolapsos uterino...)?

✓ HOMBRE

- ¿Acude a **revisiones urológicas**? No. Sí.
- ¿Cuándo tuvo la última consulta? ¿Cuál fue el motivo?
- ¿Ha sufrido intervenciones por algún problema urológico? No. Sí, ¿cuál?

✓ AMBOS SEXOS

- ¿Mantiene **relaciones sexuales**? No. Sí.
- ¿Tiene algún **problema**? No. Sí, ¿cuál (dolor y/o sequedad vaginal, disfunción eréctil, ETS...)?
- En caso de tener relaciones con riesgo de ETS, ¿toma **precauciones**? No. Sí, método
- Si tiene pareja, ¿qué tal es su **vida en pareja** (satisfactoria, falta comunicación, sin relaciones sexuales...)?
- ¿Ha tenido algún **trauma psíquico o físico** que le ha influido en su sexualidad? No. Sí, ¿de qué tipo (abuso sexual, influencia severa de su religión, influencia familiar...)?
-

✓ DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- Disfunción sexual.
- Patrón alterado de la sexualidad.

10. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Escala de depresión geriátrica de Yesavage, puntuación (anexo IV)

- 0 a 5: normal.
- 6 a 9: depresión moderada.
- >=10: depresión severa.

Definición de estrés: *experiencia de malestar procedente de demandas internas o externas del individuo, que sobrepasan su capacidad para afrontarlas; esto que se denomina incapacidad de afrontamiento, es percibida por el propio individuo como negativa. Ejemplo: estrés que produce el trabajo, una pérdida...*

¿Ha sufrido algún **cambio o pérdida** últimamente? No. Sí, ¿cuál?

¿Cómo le ha afectado?

¿Sufre actualmente **sensación de estrés**? No. Sí.

¿Ha padecido estrés con anterioridad? No. Sí, en caso afirmativo continuar con el test.

¿Qué le provoca **ansiedad**?

Efectos o consecuencias que tiene en usted:

Fisiológicos: Malestar. Dolor. Pérdida de apetito. Otros

Psicológicos: Ira. Miedo. Tristeza. Otros

¿**Cómo responde ante la situación**? Búsqueda de apoyo social. Evitando la situación de estrés. Técnicas de relajación. Medicamentos o drogas. Conductas temerarias. Otros

¿**Utiliza sistemas de apoyo**? No. Sí, Amigos, Familiares, Confianza en los demás, Buena comunicación, Expresa sus sentimientos, Otros

¿**Tiene dificultad para resolver los problemas**? No. Sí.

¿**Maneja el problema**? No. Sí, Autocontrol, Aceptación de la responsabilidad, Confrontación, Planificación de la solución del problema, Otros

Si padeciese una **enfermedad terminal**, ¿le gustaría obtener toda la **información** posible?

- No me gustaría saber nada, ni que tengo una enfermedad terminal.
- Sólo me gustaría saber que padezco la enfermedad, pero no mucha más información.
- Me gustaría obtener toda la información posible sobre mi enfermedad, el tratamiento si lo hay o no, el pronóstico de vida...

✓ **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS**

- Afrontamiento individual ineficaz.
- Afrontamiento defensivo.

II. PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS

¿Practica alguna religión o creencia?, ¿cuál?

¿Qué necesidades espirituales tiene?

¿Es importante en su vida?

¿Le ayuda en sus problemas?

¿Las prácticas le ayudan a encontrarse bien?

¿Le crea algún conflicto u oposición familiar?

¿Existen costumbres familiares?

¿Cuáles son las celebraciones importantes?

¿Tiene hechas **voluntades anticipadas**?

Sí.

No. ¿Le gustaría hacerlas? sí, no.

Observaciones

✓ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Sufrimiento espiritual.

ANEXOS

✓ TEST MININUTRICIONAL (MNA)

✓ ÍNDICE DE BARTHEL

✓ MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

✓ ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Nombre:	
Examinado por:	Fecha:



MENA (Mini Nutritional Assessment) (MNA®)*

Peso en kg: Talla en cm: Altura talón-rodilla:

I. INDICES ANTROPOMÉTRICOS	III. PARÁMETROS DIETÉTICOS
1. Índice de masa corporal (IMC = peso/talla ² en kg/m ²) 0 - IMC < 19 1 - 19 ≤ IMC < 21 2 - 21 ≤ IMC < 23 3 - IMC ≥ 23	11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? 0 - 1 comida 1 - 2 comidas 2 - 3 comidas
2. Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 - CB < 21 0,5 - 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 - CB > 22	12. ¿El paciente consume? - ¿Productos lácteos al menos una vez al día? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> - ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> - ¿Carne, pescado o aves, diariamente? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 - 0 o 1 sí 0,5 - 2 sí 1,0 - 3 sí
3. Circunferencia de la pierna (CP en cm) 0 - CP < 31 1 - CP ≥ 31	13. ¿Consumo frutas o verduras al menos 2 veces por día? 0 - no 1 - sí
4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 - pérdida de peso > a 3 kg 1 - no lo sabe 2 - pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 - sin pérdida de peso	14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación, en los últimos 1 mes? 0 - anorexia severa 1 - anorexia moderada 2 - sin anorexia
II. EVALUACIÓN GLOBAL	15. ¿Cuántos vasos de agua u otras bebidas azucaradas al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza) 0,0 - menos de 3 vasos 0,5 - de 3 a 5 vasos 1,0 - más de 5 vasos
5. ¿El paciente vive en su domicilio? 0 - no 1 - sí	16. Manera de alimentarse 0 - necesita ayuda 1 - se alimenta solo con dificultad 2 - se alimenta solo sin dificultad
6. ¿Toma más de 3 medicamentos por día? 0 - sí 1 - no	IV. EVALUACIÓN SUEJETIVA
7. ¿Ha habido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 - sí 1 - no	17. ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 - desnutrición severa 1 - no lo sabe o desnutrición moderada 2 - sin problemas de nutrición
8. Movilidad 0 - de la cama al sillón 1 - autonomía en el interior 2 - sale del domicilio	18. En comparación con las personas de su edad: ¿Cómo encuentra su estado de salud? 0,0 - peor 0,5 - igual 1,0 - no lo sabe 2,0 - mejor
9. Problemas neuropsiquiátricos 0 - demencia o depresión severa 1 - demencia o depresión moderada 2 - sin problemas psicológicos	TOTAL (máximo 30 puntos):
10. Úlceras o lesiones cutáneas 0 - sí 1 - no	ESTRATIFICACIÓN ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio 11 - 23 puntos: riesgo de malnutrición < de 11 puntos: mal estado nutricional

* Ref.: Guigoz Y, Velaz B et al. Facts and Research in Gerontology (suplement nº 2: The Mini Nutritional Assessment, 1994)
© 1994, Nestlé Ltd. (Nestlé Research Center) Clinics



Residencia "El Vergel"
 C/ Vergel, 4
 Teléfono 948 22 77 03
 Fax 948 22 77 02
 31014 PAMPLONA

Nombre y apellidos	Sexo		Edad	Fecha
	H	M		

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación personal del paciente, respecto a estas diez preguntas de la actividad básica de la vida diaria.

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
COMER	- Totalmente INDEPENDIENTE - NECESITA AYUDA para cortar carne, el pan, etc... - DEPENDIENTE.	10 5 0
LAVADO (BAÑO)	- INDEPENDIENTE. Entra y sale del baño. - DEPENDIENTE.	5 0
VESTIRSE	- INDEPENDIENTE. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. - NECESITA AYUDA. - DEPENDIENTE.	10 5 0
ARREGLARSE	- INDEPENDIENTE para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - DEPENDIENTE.	5 0
DEPOSICIONES*	- CONTINENTE. - OCASIONALMENTE algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. - INCONTINENTE.	10 5 0
MICCIÓN*	- CONTINENTE o es capaz de cuidarse de la sonda. - OCASIONALMENTE, máximo un episodio de incontinencia en 24 h., necesita ayuda para cuidar de la sonda. - INCONTINENTE.	10 5 0
USAR EL RETRETE	- INDEPENDIENTE para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa... - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE.	10 5 0
TRASLADARSE	- INDEPENDIENTE para ir del sillón a la cama. - MÍNIMA AYUDA física o supervisión. - GRAN AYUDA, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda. - DEPENDIENTE.	15 10 5 0
DEAMBULAR	- INDEPENDIENTE, camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA física o supervisión para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS sin ayuda. - DEPENDIENTE.	15 10 5 0
ESCALONES	- INDEPENDIENTE para subir y bajar escaleras. - NECESITA AYUDA física o supervisión. - DEPENDIENTE.	10 5 0
TOTAL		

*Micción y deposición: valorar la semana previa.

Máxima puntuación = 100 puntos (90 en caso de ir en silla de ruedas)

Resultado: <20 dependiente total.
 20-35 dependiente grave.
 40-55 dependiente moderado
 =>60 dependiente leve
 100 independiente

Questionario del Minixamen Cognoscitivo (M.E.C.)

ORIENTACIÓN (a) ¹	PUNTOS
Digame:	
Día de la semana	(1)
Fecha de hoy	(1)
Mes en que estamos	(1)
Estación del año	(1)
Año en que estamos	(1)
Lugar en que estamos	(1)
Planta o piso en que estamos	(1)
Ciudad en la que estamos	(1)
En qué provincia estamos	(1)
Nación o país en el que estamos	(1)

FIJACIÓN (b)²

Repita estas tres palabras hasta que las aprenda: "pelea, caballo, manzana". (3)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO (b)

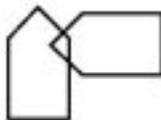
Si tiene 30 pts. y me va dando de 3 en 3,
¿cuántas le van quedando? (5 sustracciones) (5)
Repita los números 5 - 9 + 2 hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás (3)

MEMORIA (b)

Repita las tres palabras que le he dicho antes (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (b)

(Mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (1)
(Mostrar un reloj) ¿Qué es esto? (1)
Repita esta frase "En un trigal había cinco perras" (1)
Una manzana y una pera son frutas. ¿Qué son rojo y verde? (1)
¿Qué son perro y gato? (1)
(Dale un papel e indícale) Coge este papel con la mano derecha,
dóblelo por la mitad y póngalo sobre la mesa. (3)
Lea esto y haga lo que dice **CIERRE LOS OJOS** (1)
Escriba una frase (1)
Copie este dibujo (1)



Puntuación _____

OBSERVACIONES (escritura, nivel de conciencia...)

En _____ de _____ de _____
(Firma)

Nº Colegiado _____

¹ (a): Puntuación: Incorrecto - 0; Correcto - 1.

² (b): Cuestión múltiple: 1 punto por cada parte correcta.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

1.- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Si	no
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	Si	no
4.- ¿Se siente, a menudo, aburrido?	Si	no
5.- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	si	NO
6.- Tiene miedo a que le suceda algo malo?	Si	no
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo	si	NO
8.- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	Si	no
9.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si	no
10.- ¿Piensa que tiene mas problemas de memoria que la mayoría?	Si	no
11.- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.- ¿Piensa que no vale para nada, tal como está ahora?	Si	no
13.- Piensa que su situación es desesperada?	Si	no
14.- ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
15.- Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si	no

Valoración:

- 0 a 5 = Normal
- 6 a 9 = Depresión moderada.
- => 10 = Depresión severa

Ref: Yarrowe et al. J. Psychiatry Res. 17: 37-49, 1983

ISSN 0989

©CONFERENCIA IBEROAMERICANA

Psicofármacos en la enfermedad de Alzheimer

Manuel Martín Carrasco

Psiquiatra, Director Médico Clínica Padre Menni (Pamplona)

Introducción

Prácticamente todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer experimentan algún tipo de síntoma psiquiátrico a lo largo del curso de la enfermedad. Lo mismo puede decirse de las otras formas más comunes de demencia, como la demencia vascular o la demencia con cuerpos de Lewy. Estos síntomas pueden adoptar formas muy diversas, como síntomas depresivos, psicóticos, ansiosos, e insomnio, o bien aparecer como alteraciones del comportamiento, como agresividad o trastornos psicomotores(1;2). Entre el 65-98% de los pacientes con demencia pueden presentar estas manifestaciones, más abundantes en las fases más avanzadas del síndrome demencial. Este tipo de síntoma presenta notables repercusiones no solo en el paciente, sino en sus cuidadores, asociándose a un aumento del estrés del cuidador y a sus consecuencias: incremento de la sintomatología depresiva y ansiosa en el familiar, repercusiones sociales y económicas, y aumento de la tasa de institucionalización del paciente(3-5). Los síntomas psiquiátricos de las demencias dan lugar a una disminución de la capacidad funcional del sujeto, y requieren intervenciones terapéutica diversas, tanto de tipo farmacológico como no farmacológico. La mayoría de los ingresos hospitalarios de pacientes con demencia son debidos a los trastornos psiquiátricos, que constituyen un factor independiente de aumento de los días de hospitalización(6). No es de extrañar, por lo tanto, que algunos estudios establezcan que este tipo de síntomas es responsable de hasta el 30% del coste de la demencia(7).

En consonancia con la importancia de los trastornos psiquiátricos en las demencias, se ha postulado una gran variedad de intervenciones farmacológicas, aunque por desgracia el soporte científico de las mismas no es tan sólido como sería de desear. Por el contrario, abundan en la literatura científica los informes sobre las consecuencias deletéreas del mal uso de los psicofármacos en los pacientes ancianos con demencia(8). Este hecho justifica el título de este capítulo, en el que pasaremos revista al estado actual de conocimientos con relación al empleo de psicofármacos en pacientes con demencia, desde una perspectiva muy orientada a la práctica clínica.

Pautas generales para el empleo de psicofármacos en ancianos

Los psicofármacos son unas sustancias extraordinariamente útiles en los pacientes ancianos con demencia y trastornos psiquiátricos, pero su uso no está exento de riesgos. Para un empleo correcto, algunos autores(9) han sugerido una serie de preguntas que el clínico debería hacerse siempre antes de iniciar un tratamiento psicofarmacológico en un paciente con demencia, y que se recogen en la tabla 1.

Los conocidos axiomas "*primero, no dañar*" ("*primum non nocere*") y "*comenzar bajo e ir despacio*" ("*Start low and go slow*"), son principios básicos del tratamiento psicofarmacológico de las demencias. Es importante considerar que el objetivo no debe ser la erradicación a todo trance de los síntomas, sino antes bien su reducción hasta unos límites que se consideren tolerables, teniendo en cuenta además del estado del paciente, el de sus cuidadores. En principio es aconsejable la monoterapia, seleccionando aquel síntoma o conjunto de síntomas que resulten más problemáticos, y empleando inicialmente una dosis baja que progresivamente debe irse ajustando hasta que el fármaco deje de ser bien tolerado. Una vez llegado a este punto, puede considerarse el cambio de sustancia o la potenciación con otro fármaco en caso de mala respuesta terapéutica(10). A la hora de instaurar una terapia farmacológica debemos tener bien presente que hay determinados síntomas, especialmente alteraciones de la motricidad (Ej. Vagabundeo, seguimiento del cuidador, verbalizaciones disruptivas, etc.), que son muy resistentes a la misma.

Tabla 1. Cuestiones antes de iniciar un tratamiento psicofarmacológico en las demencias

1. ¿Cuál es el síntoma problema que queremos tratar?
2. ¿Está el paciente correctamente tratado de la enfermedad demenciante?
3. ¿Es necesario el fármaco?
4. ¿No pueden emplearse terapias no farmacológicas?
5. ¿Tiene esta sustancia efectos adversos que son más frecuentes en ancianos?
6. ¿Es la elección con mejor relación coste-efectividad?
7. ¿Cuál es la dosis de inicio adecuada?
8. ¿Cuál es la dosis mínima eficaz?
9. ¿Mejorará algún síntoma al suspender el tratamiento?
10. ¿Es posible evitar el empleo de varias sustancias?
11. ¿Cada cuanto tiempo y con qué criterios va a valorarse la necesidad de mantener el tratamiento?

Es importante llevar a cabo una evaluación periódica de la evolución de los síntomas. No es infrecuente que sea necesario un contacto semanal o al menos quin-

cenal en las primeras seis semanas de tratamiento. El contacto telefónico frecuente también puede ser de gran ayuda. Con frecuencia será necesario cambiar de objetivo principal y establecer nuevas prioridades, dada la tendencia de los síntomas psiquiátricos de las demencias a los cambios espontáneos en su intensidad y repercusión sobre el paciente. Para la valoración de estos síntomas puede ser útil el empleo de escalas como la BEHAVE-AD¹ (11;12), el NPI² (13;14), el CMAI³ (15;16) o la CSDD⁴ (17), aunque no sustituyen a la entrevista clínica, que en estos casos debe realizarse especialmente con los cuidadores(18). El clínico debe realizar una entrevista orientada a la detección de elementos psicopatológicos relevantes y trastornos del comportamiento, valorando la evolución de los mismos, su repercusión sobre el rendimiento funcional del paciente, e identificando los efectos adversos más comunes. El cuidador debe recibir información sobre los efectos adversos esperables (Ej. Síntomas extrapiramidales, caídas, etc.), y en cada visita debe explorarse su aparición o evolución.

Como ya se ha comentado, existe una gran variedad de opciones farmacoterapéuticas en el tratamiento de los síntomas psiquiátricos y comportamentales de las demencias (Tabla 2). Un primer punto de gran importancia es comprobar que el paciente se encuentra correctamente tratado en cuanto a la enfermedad que produce el síndrome de demencia. Por ejemplo, en el caso de una enfermedad de Alzheimer, se ha comprobado que los inhibidores de la colinesterasa (IACEs) disminuyen la frecuencia e intensidad de los síntomas psiquiátricos. Los antipsicóticos atípicos son los fármacos de primera elección para los síntomas psicóticos. Los fármacos antidepresivos pueden ser útiles en caso de depresión u otras alteraciones afectivas. También se han revelado útiles otras sustancias como las benzodiazepinas o los eutimizantes.

Inhibidores de la colinesterasa y memantina

Existe un número relevante de trabajos que indica que los distintos IACEs(19) - donepezilo, rivastigmina, galantamina -, pueden ser eficaces a la hora de disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas psiquiátricos de las demencias en que están indicadas estas sustancias. La aplicación de técnicas de metaanálisis parece confirmar esta impresión(20), sin que se hayan encontrado diferencias entre los fármacos. Se ha apreciado una reducción de la utilización de psicofármacos en pacientes tratados con donepezilo(21), así como una disminución en la aparición de síntomas psiquiátricos en pacientes con enfermedad de Alzheimer tratados con galantamina(22). Por lo general, los datos proceden de análisis post hoc de ensa-

1.- *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD)*.

2.- *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*.

3.- *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*.

4.- *Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)*.

yos clínicos en los que la medida de la evolución de los síntomas psiquiátricos no era el objetivo principal del estudio, por lo que deben ser tomados con cautela. Tampoco se ha encontrado un patrón específico de respuesta de determinados síntomas, aunque los síntomas de estirpe afectiva – por ejemplo, depresión, ansiedad, apatía irritabilidad - parecen responder mejor con donepezilo, mientras que rivastigmina puede ser más eficaz en síntomas de tipo psicótico, tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la demencia con cuerpos de Lewy(23;24). También existen datos que sugieren que memantina puede tener un efecto similar(25). Por todo ello, la indicación general consiste en asegurar que el paciente con demencia esté adecuadamente tratado de la enfermedad de base, sin que ello sea óbice para iniciar un tratamiento psicofarmacológico si aparecen síntomas psiquiátricos suficientemente graves.

Antipsicóticos atípicos

En los últimos años, los antipsicóticos atípicos o de segunda generación se han considerado los fármacos de elección para el tratamiento de los síntomas psicóticos de las demencias, y así se ha recogido en diversas Guías y Consensos, tanto nacionales(26) como internacionales(27). De las distintas sustancias disponibles en nuestro país – clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulpride, ziprasidona y aripiprazol – solo risperidona se encuentra aprobada para esta indicación.

Tabla 2. Psicofármacos empleados en las formas de demencia más comunes

Sustancia	Rango de dosis/día	Eficacia	Precauciones
<i>Antipsicóticos atípicos</i>			
Risperidona(28;29)	0,5-2 mg	Mejoría en psicosis y agitación	SEPs a dosis elevadas.
Olanzapina(30;31)	2,5-10 mg	Mejoría en psicosis y agresividad	Sedación a dosis elevadas. Atención en diabetes.
Quetiapina(32;33)	25-200 mg	Antipsicótico de elección en caso de SEPs	Sedación a dosis elevadas.
<i>Antipsicóticos clásicos</i>			
Haloperidol(34;35)	<1,5 mg	Mejoría en psicosis y agitación a dosis bajas	SEPs frecuentes. Uso limitado a agitación intensa y/o delirium.
<i>Antidepresivos</i>			
Sertralina(36;37)	25-50 mg	Eficaz en depresión y disforia.	Bien tolerado.
Citalopram(38;39)	10-30 mg		Bien tolerado.

Sustancia	Rango de dosis/día	Eficacia	Precauciones
Mirtazapina(40;41)	15-30 mg	Mejora el apetito, el sueño y la ansiedad.	
Trazodone(42;43)	25-200 mg	Útil en insomnio y/o agitación.	Sedación.
<i>Eutimizantes</i>			
Valproato(44;45)	250-500 mg*	Útil en agresividad re- fractaria.	Sedación. Control de enzimas hepática y tiempo de protrombina.
<i>Ansiolíticos e Hipnóticos</i>			
Bromazepam	1,5-3 mg	Eficaz en crisis de angustia.	Sedación y tolerancia. Uso puntual. 10% reacción paradójica.
Lormetazepam	1-2 mg	Eficaz en insomnio sin agitación.	Sedación y tolerancia. Uso puntual. 10% reacción paradójica.

SEPs: Síntomas Extrapiramidales; *: niveles terapéuticos 40 to 90 mcg per ml

La preferencia de elección de este tipo de sustancias sobre los antipsicóticos clásicos obedece a su mejor perfil de efectos adversos, especialmente de tipo extrapiramidal(46). En conjunto, los antipsicóticos atípicos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas psicóticos de la enfermedad de Alzheimer, aunque la eficacia global es modesta, y la dosis a emplear son notablemente más bajas de las utilizadas en otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia(47). Recientemente, los resultados de un metaanálisis efectuado por la FDA norteamericana sobre 17 estudios controlados con antipsicóticos atípicos en demencias han despertado preocupación acerca de la seguridad de estas sustancias, ya que se apreciaba un aumento de mortalidad asociado a eventos adversos de tipo cerebrovascular(48-50). No existe unanimidad en la comunidad científica acerca de la relevancia clínica de estos resultados, dado que en cualquier caso el incremento de mortalidad es pequeño. Por otra parte, no existen datos sobre la mortalidad asociada a antipsicóticos clásicos, pero los indicios indican que puede ser superior a la apreciada con los atípicos(51). No obstante, no cabe duda de que estos datos contribuyen a enfatizar la necesidad de emplear estos fármacos de forma cuidadosa y en el contexto de un protocolo clínico riguroso(50).

Risperidona es el fármaco mejor estudiado hasta el momento. Diversos trabajos (29;52) han demostrado que esta sustancia es eficaz a dosis entre 0,5-4 mgr/día para tratar los síntomas psicóticos de pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Katz y cols. (1999)(28) realizaron un ensayo clínico comparando la eficacia de tres dosis de risperidona (0.5, 1, 2 mg/día) con placebo en el tratamiento de los síntomas psicóticos y alteraciones conductuales de 625 pacientes diagnosticados de demencia, la mayoría en estadio avanzado de síndro-

me demencial. Se consideraba respuesta al tratamiento una mejoría del 50% o superior en la puntuación total de la escala BEHAVE-AD. El 70% de los pacientes completaron el estudio, y el 50% presentó una mejoría significativamente superior a placebo en la puntuación total de la escala BEHAVE al término de las 12 semanas del mismo. Todos los pacientes en tratamiento con risperidona habían experimentado una reducción significativa en la subescala de agresividad de la BEHAVE, pero solo los pacientes que recibían la dosis de 2 mg/día de risperidona experimentaron una mejoría significativa frente a placebo en la subescala de psicosis de la BEHAVE-AD. Los síntomas adversos más frecuentes fueron somnolencia, edema periférico y síntomas extrapiramidales, aunque la frecuencia de efectos adversos extrapiramidales fue igual en pacientes que tomaban la dosis de 1 mg/día de risperidona que en el grupo placebo. Estos resultados llevaban a los autores a recomendar el empleo de dosis de 0,5-2 mg/día de risperidona para el tratamiento de los trastornos del comportamiento, y de 1-2 mg/día para el tratamiento de los síntomas psicóticos.

Olanzapina es otra sustancia con un perfil adecuado para su empleo en los síntomas psicóticos de las demencias. El primero de los estudios en pacientes con enfermedad de Alzheimer se llevó a cabo en 206 pacientes, tratados aleatoriamente con placebo o con una dosis fija de 5, 10 o 15 mg/día de olanzapina durante seis semanas(30). En conjunto, olanzapina se mostró superior a placebo a la hora de reducir la puntuación en los ítems combinados de agitación, delirios y alucinaciones del NPI. Los mejores resultados se obtuvieron a la dosis de 5 mg, de manera que a esta dosis se consiguió una reducción del 50% o superior en la escala de evaluación, comparados con el 57,1% de la dosis de 10 mg o el 34,1% de placebo. Los efectos secundarios extrapiramidales fueron similares en los pacientes tratados con olanzapina y placebo, pero en las dosis más altas del fármaco aparecieron otros efectos adversos como somnolencia o alteraciones en la marcha. El segundo de los estudios se realizó sobre una muestra de 625 sujetos diagnosticados de enfermedad de Alzheimer y síntomas psicóticos, y se compararon con placebo dosis de 1, 2,5, 5 y 7,5 mg/día de olanzapina(31). Los resultados avalan la eficacia y tolerancia de olanzapina en este tipo de pacientes, aunque solo se obtuvieron diferencias significativas con placebo a dosis de 7,5 mg/día.

Por lo que respecta a quetiapina, esta sustancia posee una potencia anticolinérgica muy escasa, lo que unido a una tasa también muy baja de efectos extrapiramidales, la hacen especialmente atractiva para el tratamiento de los síntomas psicóticos de las demencias. Hasta el momento, la experiencia informada de esta sustancia en ancianos se centra en estudios generales en pacientes con trastornos psicóticos, producidos por diversas patologías(53;54) (ej. Esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer), o con enfermedad de Parkinson(55;56), aunque han ido apareciendo estudios abiertos y series retrospectivas de casos en pacientes con demencia, tanto en la enfermedad de Alzheimer(57) como en demencia con cuerpos de Lewy(58;59). Hay que señalar que en la demencia con cuerpos de Lewy los pacien-

tes presentan una extrema sensibilidad a los neurolépticos convencionales, por lo que se encuentran formalmente contraindicados. Los resultados confirman unas tasas de respuesta similares a las de los neurolépticos clásicos, pero con una tolerancia superior, especialmente en lo que respecta a efectos extrapiramidales y anticolinérgicos. Los principales efectos adversos consisten en somnolencia, hipotensión postural y opacidad lenticular - informada en perros beagle en estudios de larga duración, pero no en humanos ni en otras especies -. Existe un único estudio publicado doble ciego controlado con placebo y haloperidol sobre quetiapina en pacientes con enfermedad de Alzheimer y síntomas psicóticos. En el mismo participaron 284 pacientes, con una edad media de 83 años. No se encontraron diferencias significativas entre las tres ramas, aunque quetiapina resultó mejor tolerada que el haloperidol, y ambas peor toleradas que el placebo(33). Partiendo de los datos existentes en la literatura, la dosis de inicio de quetiapina en ancianos con demencia sería de 25-50 mg/día, situándose la dosis eficaz media en 25-200 mg/día. El efecto adverso más importante es la sedación, que puede aparecer especialmente los primeros días de tratamiento.

En el único estudio publicado con aripiprazol en 208 pacientes con enfermedad de Alzheimer y síntomas psicóticos(60), esta sustancia empleada a dosis de 5-15 mg/d se mostró eficaz a la hora de reducir la sintomatología psicótica medida con el BPRS, pero no mostró de forma concluyente su superioridad sobre placebo. Otros antipsicóticos atípicos, como ziprasidona(61) o amisulpride(62) también presentan un perfil favorable para su uso en ancianos, especialmente por la falta de efectos extrapiramidales, anticolinérgicos y de repercusión cognitiva, pero los estudios existentes son muy limitados.

Antipsicóticos clásicos

Los antipsicóticos clásicos han sido ampliamente utilizados para el tratamiento de los síntomas psiquiátricos de las demencias, aunque con escaso soporte científico. Los datos de sobreutilización y de efectos indeseables se refieren especialmente a este tipo de sustancias, sobre todo en residencias de ancianos y otras instituciones de larga estancia(63;64). Se han realizado dos trabajos de metaanálisis acerca de la eficacia de los antipsicóticos clásicos en pacientes con demencia(35;65). Los resultados apuntan a una eficacia modesta pero significativa sobre placebo, sin diferencias entre sustancias, y con un rango de dosis sensiblemente inferior a las empleadas en otros trastornos psicóticos. No se ha demostrado que los antipsicóticos clásicos sean inferiores en eficacia que los atípicos, por lo que preferencia por los últimos se basa en su mejor tolerabilidad. Sin embargo, el haloperidol continúa siendo ampliamente usado para el tratamiento agudo de cuadros de agitación intensa en pacientes con demencia, con o sin presencia de delirium, empleando en estos casos preferentemente la formulación intramuscular(66;67).

Antidepresivos

A la hora de emplear antidepresivos en pacientes con demencia conviene recordar que son especialmente indeseables las sustancias con acción anticolinérgica potente, como la amitriptilina. En general, todos los fármacos antidepresivos tricíclicos – imipramina, clorimipramina, maprotilina – poseen este tipo de acción junto con otras reacciones adversas potencialmente peligrosas (Ej. Acción quinidínica, bloqueo alfa-adrenérgico, etc.), por lo que no deben emplearse en sujetos con demencia. En su lugar conviene emplear fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRSs), de los que los más estudiados en demencia, y que cuentan con la ventaja adicional de ser los de primera elección en ancianos dada su tolerabilidad y sus menores interacciones farmacológicas, son la sertralina(36;37) y el citalopram(38;39) (tabla 2). Al margen de sus efectos antidepresivos, parece que son eficaces en el tratamiento de otras manifestaciones psiquiátricas de las demencias como la ansiedad, el miedo o la irritabilidad, y están consideradas como fármacos seguros, efectivos y de buena tolerabilidad. En estos pacientes, las dosis no se diferencian a las usadas en sujetos deprimidos no demenciados, aunque se recomienda un comienzo a dosis más bajas – por ejemplo, 25 mg/día de sertralina o 10 mg/día de citalopram - e ir aumentando lentamente si es necesario.

Otros antidepresivos útiles son la mirtazapina y el trazodone. La mirtazapina es un fármaco de acción dual - actúa antagonizando los receptores de serotonina y así mismo es un antagonista potente de los receptores alfa2-adrenérgicos presinápticos – que posee claras ventajas en el tratamiento de los síntomas depresivos de las demencias, dada su acción ansiolítica y el efecto beneficioso sobre el apetito y el sueño(40;41). Su rango de dosis se establece entre 15-30 mg/día. El trazodone es una sustancia con propiedades antidepresivas, pero en las demencias se utiliza sobre todo por su eficacia en cuadros de agitación psicomotriz, insomnio y agresividad, en los que sustituye con ventaja a los antipsicóticos en los casos en que no existen síntomas psicóticos. Su rango de dosis oscila entre los 50-200 mg/día, aunque no es infrecuente que se alcancen dosis superiores.

Eutimizantes

Estas sustancias se han empleado sobre todo en caso de agresividad y agitación refractaria a otros tratamientos. El fármaco mejor estudiado es el valproato, aunque su empleo se basa más en la observación clínica que en los datos provenientes de los ensayos realizados, en los que el valproato no sale excesivamente bien parado(68-70). Existen también series de casos con otras sustancias, como carbamazepina(71), o topiramato(72), pero la evidencia es poco concluyente.

Ansiolíticos e hipnóticos

Las benzodiacepinas no son fármacos a considerar en el tratamiento a largo plazo de los síntomas psiquiátricos de las demencias, incluso en casos de ansiedad

intensa. Sus efectos adversos en este tipo de pacientes - sedación, riesgo aumentado de caídas, reacciones paradójicas, aumento del déficit de memoria, desinhibición, dependencia, etc. - han sido descritos exhaustivamente. Por lo tanto, su utilización debe limitarse a episodios aislados de ansiedad aguda en pacientes sujetos a observación por parte de cuidadores. Su utilidad es mayor en caso de insomnio de conciliación, pero únicamente si no se acompaña de agitación o confusión, pues en estos casos los síntomas pueden agravarse. Dada la existencia de múltiples sustancias disponibles, es aconsejable que el clínico se familiarice con un par de ellas, intentando evitar en cualquier caso tanto las de duración corta (Ej. triazolam, alprazolam) – aumento de confusión, amnesia y desinhibición – como las de largo periodo de acción (Ej. diazepam) – aumento de sedación y riesgo de caídas -. La tabla 2 recoge las sustancias con las que el autor se siente más cómodo, sin que tenga otros datos para recomendarlas.

Conclusiones

1. Los síntomas psiquiátricos de las demencias constituyen el factor más importante de gravedad clínica de estas enfermedades. Se trata de un conjunto heterogéneo de alteraciones del comportamiento y síntomas psiquiátricos, para los que se han empleado una gran variedad de tratamientos psicofarmacológicos.

2. Se trata de un campo insuficientemente estudiado, en los que las opciones terapéuticas presentan por lo general un beneficio terapéutico moderado, que debe sopesarse juiciosamente con los numerosos efectos adversos que puede presentarse esta frágil población.

3. No obstante, la gravedad de los cuadros clínicos y la ausencia de otras alternativas realistas de tratamiento obliga en numerosas ocasiones al empleo de psicofármacos. Dada la amplia gama de tratamientos disponible, es importante que el clínico se familiarice con un arsenal terapéutico más reducido, que debe emplearse con cautela y bajo monitorización clínica constante, aplicando siempre el principio de la menor dosis eficaz posible durante el menor tiempo necesario.

Bibliografía

- (1) Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000; 157(5):708-714.
- (2) Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996; 46(1):130-135.
- (3) Upton N, Reed V. The influence of social support on caregiver coping. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006; 11(2):1256-1267.
- (4) Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(1):S2-13.
- (5) Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K. Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(5):796-803.
- (6) Wancata J, Windhaber J, Krautgartner M, Alexandrowicz R. The consequences of non-cognitive symptoms of dementia in medical hospital departments. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33(3):257-271.
- (7) Beeri MS, Werner P, Davidson M, Noy S. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(5):403-408.
- (8) Omelan C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician* 2006; 52:191-199.
- (9) Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 123(3):195-204.
- (10) Rayner AV, O'Brien JG, Shoenbachler B. Behavior disorders of dementia: recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2006; 73(4):647-652.
- (11) Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 Suppl:9-15.
- (12) Reisberg B, Auer SR, Monteiro I, Boksay I, Sclan SG. Behavioral disturbances of dementia: an overview of phenomenology and methodologic concerns. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 Suppl 2:169-180.
- (13) Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44(12):2308-2314.
- (14) Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernandez-Ferrandiz M, Llinas-Regla J, Lopez-Pousa S, Lopez OL. [The Neuropsychiatric Inventory. Psychometric properties of its adaptation into Spanish]. *Rev Neurol* 1999; 29(1):15-19.

- (15) Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34(10):711-721.
- (16) Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34(10):722-727.
- (17) Pujol J, de Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. [Depressive symptoms in dementia. The Cornell scale: validation of the Spanish version]. *Rev Neurol* 2001; 33(4):397-398.
- (18) Martín Carrasco M, Ballesteros Rodríguez J. Valoración del paciente con enfermedad de Alzheimer evolucionada: área conductual. *Med Clin* 2004; 5(6):29-34.
- (19) Levy ML, Cummings JL, Kahn-Rose R. Neuropsychiatric symptoms and cholinergic therapy for Alzheimer's disease. *Gerontology* 1999; 45 Suppl 1:15-22.
- (20) Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003; 289(2):210-216.
- (21) Gauthier S, Feldman H, Hecker J, Vellas B, Ames D, Subbiah P et al. Efficacy of donepezil on behavioral symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2002; 14(4):389-404.
- (22) Cummings JL, Schneider L, Tariot PN, Kershaw PR, Yuan W. Reduction of behavioral disturbances and caregiver distress by galantamine in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004; 161(3):532-538.
- (23) McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000; 356(9247):2031-2036.
- (24) Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Dennler HJ. Effects of two-year treatment with the cholinesterase inhibitor rivastigmine on behavioural symptoms in Alzheimer's disease. *Behav Neurol* 1998; 11(4):211-216.
- (25) Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291(3):317-324.
- (26) Martín Carrasco M. Consenso Español sobre Demencias. Barcelona: 2005.
- (27) Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56(9):1154-1166.
- (28) Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(2):107-15.

- (29) De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999; 53(5):946-955.
- (30) Street JS, Clark WS, Gannon KS, Cummings JL, Bymaster FP, Tamura RN et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10):968-976.
- (31) De Deyn PP, Carrasco MM, Deberdt W, Jeandel C, Hay DP, Feldman PD et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(2):115-126.
- (32) McManus DQ, Arvanitis LA, Kowalczyk BB. Quetiapine, a novel antipsychotic: experience in elderly patients with psychotic disorders. Seroquel Trial 48 Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(5):292-298.
- (33) Tariot PN, Schneider L, Katz IR, Mintzer JE, Street J, Copenhaver Metal. Quetiapine treatment of psychosis associated with dementia: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(9):767-776.
- (34) Jeste DV, Rockwell E, Harris MJ, Lohr JB, Lacro J. Conventional vs. newer antipsychotics in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7(1):70-76.
- (35) Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(5):553-563.
- (36) Finkel SI, Mintzer JE, Dysken M, Krishnan KR, Burt T, McRae T. A randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline in the treatment of the behavioral manifestations of Alzheimer's disease in outpatients treated with donepezil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(1):9-18.
- (37) Lyketsos CG, Sheppard JM, Steele CD, Kopunek S, Steinberg M, Baker AS et al. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of sertraline in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease: initial results from the Depression in Alzheimer's Disease study. *Am J Psychiatry* 2000; 157(10):1686-1689.
- (38) Pollock BG, Mulsant BH, Rosen J, Sweet RA, Mazumdar S, Bharucha A et al. Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):460-465.
- (39) Nyth AL, Gottfries CG. The clinical efficacy of citalopram in treatment of emotional disturbances in dementia disorders. A Nordic multicentre study. *Br J Psychiatry* 1990; 157:894-901.

- (40) Nelson JC, Hollander SB, Betzel J, Smolen P. Mirtazapine orally disintegrating tablets in depressed nursing home residents 85 years of age and older. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(9):898-901.
- (41) Raji MA, Brady SR. Mirtazapine for treatment of depression and comorbidities in Alzheimer disease. *Ann Pharmacother* 2001; 35(9):1024-1027.
- (42) Martinon-Torres G, Fioravanti M, Grimley EJ. Trazodone for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004990.
- (43) Teri L, Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE et al. Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology* 2000; 55(9):1271-1278.
- (44) Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2002; 65(12):2525-2534.
- (45) Lonergan ET, Cameron M, Luxenberg J. Valproic acid for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD003945.
- (46) Aupperle P. Management of aggression, agitation, and psychosis in dementia: focus on atypical antipsychotics. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006; 21(2):101-108.
- (47) Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD003476.
- (48) Herrmann N, Mamdani M, Lanctot KL. Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6):1113-1115.
- (49) Herrmann N, Lanctot KL. Do atypical antipsychotics cause stroke? *CNS Drugs* 2005; 19(2):91-103.
- (50) Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294(15):1934-1943.
- (51) Herrmann N, Lanctot KL. Atypical antipsychotics for neuropsychiatric symptoms of dementia: malignant or maligned? *Drug Saf* 2006; 29(10):833-843.
- (52) De Deyn PP, Katz IR. Control of aggression and agitation in patients with dementia: efficacy and safety of risperidone. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15 Suppl 1:S14-S22.
- (53) McManus DQ, Arvanitis LA, Kowalczyk BB. Quetiapine, a novel antipsychotic: experience in elderly patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(5):292-8.
- (54) Salzman C. Treatment of the agitation of late-life psychosis and Alzheimer's disease. *Eur Psychiatry* 2001; 16 Suppl 1:25s-28s.

- (55) Targum SD, Abott JL. Efficacy of quetiapine in Parkinson's patients with psychosis. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20(1):54-60.
- (56) Wolters EC, Berendse HW. Management of psychosis in Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol* 2001; 14(4):499-504.
- (57) Scharre DW, Chang SI. Cognitive and behavioral effects of quetiapine in Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16(2):128-130.
- (58) Takahashi H, Yoshida K, Sugita T, Higuchi H, Shimizu T. Quetiapine treatment of psychotic symptoms and aggressive behavior in patients with dementia with Lewy bodies: a case series. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27(3):549-553.
- (59) Fernandez HH, Trieschmann ME, Burke MA, Friedman JH. Quetiapine for psychosis in Parkinson's disease versus dementia with Lewy bodies. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(6):513-515.
- (60) De Deyn P, Jeste DV, Swanink R, Kostic D, Breder C, Carson WH et al. Aripiprazole for the treatment of psychosis in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25(5):463-467.
- (61) Rocha FL, Hara C, Ramos MG, Kascher GG, Santos MA, de Oliveira LG et al. An exploratory open-label trial of ziprasidone for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 22(5-6):445-448.
- (62) Mauri M, Manciola A, Rebecchi V, Corbetta S, Colombo C, Bono G. Amisulpride in the treatment of behavioural disturbances among patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Acta Neurol Scand* 2006; 114(2):97-101.
- (63) Kim H, Whall AL. Factors associated with psychotropic drug usage among nursing home residents with dementia. *Nurs Res* 2006; 55(4):252-258.
- (64) Beardsley RS, Larson DB, Burns BJ, Thompson JW, Kamerow DB. Prescribing of psychotropics in elderly nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37(4):327-330.
- (65) Lanctot KL, Best TS, Mittmann N, Liu BA, Oh PI, Einarson TR et al. Efficacy and safety of neuroleptics in behavioral disorders associated with dementia. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(10):550-561.
- (66) Leentjens AF, van der Mast RC. Delirium in elderly people: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(3):325-330.
- (67) Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002852.
- (68) Porsteinsson AP, Tariot PN, Erb R, Cox C, Smith E, Jakimovich L et al. Pla-

- cebo-controlled study of divalproex sodium for agitation in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(1):58-66.
- (69) Porsteinsson AP, Tariot PN, Erb R, Cox C, Smith E, Jakimovich L et al. Placebo-controlled study of divalproex sodium for agitation in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(1):58-66.
- (70) Sival RC, Haffmans PM, Jansen PA, Duursma SA, Eikelenboom P. Sodium valproate in the treatment of aggressive behavior in patients with dementia--a randomized placebo controlled clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(6):579-585.
- (71) Olin JT, Fox LS, Pawluczyk S, Taggart NA, Schneider LS. A pilot randomized trial of carbamazepine for behavioral symptoms in treatment-resistant outpatients with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(4):400-405.
- (72) Fhager B, Meiri IM, Sjogren M, Edman A. Treatment of aggressive behavior in dementia with the anticonvulsant topiramate: a retrospective pilot study. *Int Psy-chogeriatr* 2003; 15(3):307-309.

"Diario de leyre"

- 1º Premio -

Don Javier de Prada Pérez

El abuelo Fermín ha perdido la memoria

Y esto no sería un problema si su memoria fuera un uesebé, que se puede llevar en un llavero o colgado del cuello en una cinta. No, no es esa clase de memoria. Además, el cerebro de una persona tiene almacenados muchísimos gigas y sería difícil perder un disco duro tan gigantesco; eso al menos dice mi profe de informática. La verdad es que no la ha perdido toda, pero sí bastantes archivos importantes, así que mi abuela y mi madre están todo el día pendientes de él. Yo no había caído en eso hasta ahora, pero sin memoria, no podemos hacer nada. Si sales de casa, tienes que saber por dónde ir al supermercado, acordarte de la lista de la compra y luego encontrar el camino de vuelta. Pues eso es justamente lo que no puede hacer mi abuelo. Hasta se ha perdido alguna vez y mi madre ha tenido que llamar a la policía. Un día unos vecinos nos lo trajeron a casa. El abuelo Fermín está asustado, pero no quiere admitir que su disco duro ha empezado a fallar hace ya un tiempo.

El abuelo Fermín tiene un virus

Al principio no quiso creerlo, pero con el paso del tiempo está claro que el abuelo tiene un virus que le está borrando los archivos de la memoria. Pero no es uno de esos virus que de vez en cuando le entran a papá en el portátil, qué va. Esos le petan el disco duro en un pispás y entonces papá empieza a chillar 'a la mierda' y otras palabrotas que es mejor no repetir. El virus del abuelo ha empezado por borrar los archivos más nuevos. Pero muy despacito, para que no nos demos cuenta. El hacker que lo ha creado es muy listo, porque así nadie pensará que es un virus informático y será demasiado tarde para cuando podamos pasarle el antivirus. Me he enterado de que se llama alceymer. Yo sola he deducido el significado de la palabra:

AL-macén del CE-rebro Y de ME-moria R-eciente

Cartulinas para ayudar al abuelo Fermín

Hay que darse prisa, porque el virus avanza a toda velocidad. Para intentar que recupere los archivos perdidos, o al menos para que no siga perdiendo más, al abuelo ha empezado a ir todos los días a una especie de chiquipark para personas

mayores. Sí, sí, allí lo pasan guay. Una vez fui con mamá a recogerle y una enfermera muy simpática nos enseñó el sitio. Había muchos abuelos como el mío y todos llevaban el nombre colgado en una cartulina. Eso me ha dado una idea. Aquel sitio tenía carteles por todos los lados, y dibujos, y fotografías y balones de colores...es como si el abuelo Fermín tenga que volver al cole de nuevo. Pero a empezar otra vez desde el principio, desde la infantil. Los puzzles que hace son tan fáciles que hasta Lucía los terminaría en un periquete. Cuando fuimos, todos estaban cantando y bailando, y una abuela me quiso sacar a bailar. Se ve que el virus no destruye los archivos emepetrés, porque todos se acordaban de las canciones perfectamente, uno de enero, dos de febrero, tres de marzo, cuatro de abril... Y eso me ha dado otra idea.

Hay que ayudar al abuelo Fermín a recordar

Ayer me pasé la tarde entera recortando cartulinas de colores y escribí los nombres de toda la familia, de mis padres, de mis tías y de todos mis primos. Era el cumpleaños del abuelo y nos juntamos todos en casa. Cuando los vio mi madre, se echó a llorar al ver los papeles y dijo que no era buena idea y que guardara las cartulinas y los imperdibles. Me dio igual, cogí a todos mis primos y les puse su cartulina enganchada en el jersey. El abuelo Fermín no se equivocó ni una vez al decir nuestro nombre; y tampoco la tía Eulalia, que siempre me confunde con mi prima Irene. Me ha gustado tanto la idea que he preparado más cartulinas, como había en el chiquipark del abuelo, y las he puesto en las puertas de la cocina, del baño, del dormitorio para que el abuelo no se confunda al entrar. Lo he hecho con letras muy grandes y con dibujos que tenía metidos en el ordenador. La abuela se ha reído, pero ha dicho que no las va a quitar mientras el abuelo viva en casa. Pero ¿dónde va a vivir si no?

Hay que encontrar un antivirus para el abuelo Fermín

He oído a mamá y a la abuela discutir por llevar al abuelo a la residencia. Yo no veo nada malo en ello. El abuelo de Bart Simpson vive en una y parece muy feliz, siempre de broma y con más abuelos que le hacen compañía. Pero mi abuela no lo ve así. Hay que pensar en algo rápido, porque el virus va a formatear en poco tiempo todo el disco duro de mi abuelo. El lunes se me ocurrió que quizá el profe de informática me podía ayudar. No le conté lo de mi abuelo, porque me daba un poco de vergüenza y además pensaría que mi idea era una tontería. Pero estaba segura de que si le pasaba el antivirus más potente y más actual, seguro que detendría la destrucción de los archivos. Le pedí que me grabara en un cedé la última versión del panda y me preguntó para qué lo quería, y yo, que mi padre tenía problemas con el portátil, y él que le llevara el portátil, y yo que no hacía falta...al final me dio el cedé. Tenía que hacerlo sin que nadie se diera cuenta. El martes salí pronto de judo y como la casa de los abuelos está muy cerca, subí de una carrera las escaleras. Hola mi amor, ¿qué hace mi niña por acá a estas horas? me dijo Gladis. Ella sabe poco de antivirus porque acaba de llegar de Ecuador, así que no había

peligro de que se chivara. Cuida del abuelo todas las tardes. Él estaba sentado en el sillón viendo la tele, aunque no la miraba. Le di un beso y le puse los cascos del discman con el antivirus metido dentro. ¿Qué porras haces? No oigo nada, estos críos siempre con esos cacharros de un lado para otro. Estuvo bastante rato con ellos puestos, pero creo que no funcionó, o igual era demasiado tarde.

El abuelo Fermín todavía tiene varios gigas de memoria

El abuelo conserva todavía muchos gigas de memoria sin destruir. Se acuerda de todas las cosas de la guerra, porque mi abuelo estuvo en la guerra. Mi profa dice que en la guerra no hay ganadores ni perdedores, ni buenos ni malos, porque todos acaban perdiendo algo. Da igual, mi abuelo sé que era de los buenos, aunque creo que perdió la guerra porque estuvo en la cárcel. De toda esa parte debe de tener varios gigas sin tocar, porque te cuenta cómo se escapó a su pueblo en tren, y se escondió, y le cogieron, y estuvo haciendo trabajos forzados en Sevilla y que un día pasó a su lado Franco, que debía de ser el jefe de los malos, y mi abuelo, cuánto habríamos ganado si le doy con la pala en la cabeza; y mi abuela, no le envenenes a la cría con esos cuentos. Ya digo, son varios gigas de memoria que el alceymer todavía no ha mandado a la papelera de reciclaje.

El abuelo Fermín necesita una ampliación de memoria

Se me ha ocurrido viendo jugar a la play de mis primos. Para jugar con el fifadosmiliséis necesitas mucha memoria y así puedes crear jugadores y hacer equipos nuevos, hacer mundialitos, es una pasada... ¡Claro! Lo que necesita el abuelo Fermín es una ampliación de memoria. Tenía que haberlo pensado desde el principio: Si no hay manera de parar la destrucción de los archivos, es mejor ampliar el disco duro del abuelo. Pero ¿Cuánto? Bueno, es difícil de calcular. El disco duro de mi ordenador sólo tiene ocho gigas, es muy viejo, aunque la verdad es que caben bastantes programas. He decidido que para ampliar la memoria del abuelo tengo que cambiar mi regalo de cumpleaños. Ya no pediré la gameboy advance. Pediré un emepetrés con la memoria más grande que haya en la tienda. ¿Eso del petrés qué significa? Ha dicho la abuela, que se ha empeñado en regalármelo, es para bajar música que otros cuelgan en internet y poder descargarla y escucharla en los cascos ¿Bajar, colgar, descargar? Eso parece una fábrica de secar el bacalao, ha dicho mi abuela sin entender demasiado, bueno yo le doy el dinero a tu madre y que ella se aclare. Mi madre me ha dicho que se me va la pinza si pienso que me van a regalar el de cuatro gigas, pues pasa de los doscientos euros, yo le he dicho que es importante que tenga mucha memoria, y ella, que con un giga vas que te matas y tienes para aburrirte de escuchar música, y yo me he tenido que morder la lengua para que no descubra para qué lo quiero.

El emepetrés no mejora al abuelo Fermín

Ayer fue mi cumpleaños y el abuelo Fermín se parece a Dori, la amiga del padre de Nemo. Dori es un pez azul que tiene muy poca memoria. Es decir, tú le dices

cómo te llamas y al rato te vuelve a preguntar tu nombre. En la película Buscando a Nemo es muy divertido, pero si eso le pasa a tu abuelo no tiene ninguna gracia. El antivirus no le ha hecho ni cosquillas al alceymer, por eso había que colocarle rápido el emepetrés. No sabía cuánto tiempo hacía falta, pero era urgente, porque esta misma semana lo llevarán a la residencia. Mientras mi madre discutía con mis tíos por cómo iban a pagar la residencia, que parece que costaba una millonada, yo abrí la caja del emepetrés y le puse los cascos al abuelo. Él no decía nada, pero se los quitaba enseguida y se rascaba la oreja. ¿Quieres dejar en paz al abuelo, no ves que le estás molestando? dijo mi madre, es que quiero que oiga esta canción ¿Por qué no os vais a tu cuarto a jugar con las maquinitas? Pensé que con ese rato sería suficiente, porque cuando papá baja las películas tardan muy poco con el adesele.

Al abuelo Fermín hay que cuidarle como a Lucía

Me equivoqué con el emepetrés. El abuelo ya está en la residencia. La abuela no para de llorar. Mi hermana Lucía tiene unos pocos meses y por eso todavía lleva pañal, no habla y hay que darle de comer a la boca, porque no sabe. El abuelo Fermín ahora está casi como Lucía, sólo que él es mucho más grande. Lo que Lucía tiene que ir aprendiendo, al abuelo Fermín se le ha ido olvidando. Pero la diferencia es que a Lucía le hacen fiestas, le hablan, le cantan canciones, le hacen muecas, aunque ella sólo sabe reírse y dar palmas. En cambio en la habitación del abuelo Fermín todos están en silencio, nadie habla con él, sólo le dan un beso al llegar y siguen hablando como si ya no estuviera, el abuelo jugaba muy bien al mus, el abuelo conocía todo tipo de setas...como si ya se hubiera muerto. Mi madre juega con el móvil y habla con la enfermera. Ayer le dijo, si no come se morirá, habrá que ponerle una sonda,... yo estoy segura de que el abuelo no come porque se está muriendo, pero no se lo quiero decir a mi madre para no ponerla triste. Mirando a Lucía y al abuelo pienso que ese maldito virus ha hecho que el abuelo Fermín vaya marcha atrás, como les pasa a las películas cuando le das al rew del deuedé. Ahí está, otra vez en una cuna con barras, con pañal y comiendo papillas, igualito que Lucía.

El abuelo Fermín no es un robot

Con esa historia del virus yo pensaba que si los médicos descubrían por fin el antivirus, el abuelo Fermín se curaría. Pero la verdad es que al final no te mueres por tener mala memoria, porque el abuelo Fermín se ha muerto por una pulmonía, o algo así me ha dicho mi madre. Hace tres días que le visité en la residencia. Yo pensaba que ya no tendría ni un archivo, pero fue una sorpresa cómo, a pesar de que no me habló ni se acordaba de mi nombre, se le resbaló una lágrima hacia la almohada cuando me subí en la cama a darle un beso. Me he dado cuenta de que las personas no somos como los robots. Aunque nos falle el almacén de la memoria, todavía tenemos un corazón que sigue funcionando y nos ayuda a reconocer a las personas que queremos. Esta tarde se han ido todos al entierro del abuelo Fermín y me he tenido que quedar con Gladís y con Lucía en casa. Me ha dado

mucha rabia, porque quería darle un beso de despedida y de paso meterle en un bolsillo la memoria de la cámara digital, que tiene ciento veintiocho megas. No es mucho, pero creo que es suficiente para el viaje hacia el cielo, porque también he pensado que si vas al cielo me imagino que Dios te da una memoria nuevecita y vuelves a acordarte de todo. Viendo lo que le ha pasado a mi abuelo, he cambiado los planes para cuando sea más mayor. Ya no quiero ir a Hogwarts, la escuela de magia de Harry Potter. Creo que voy a estudiar informática para encontrar un anti-virus y curar a todos los abuelos que se olvidan del nombre de sus nietas.

"El valor de las palabras"

- 2º Premio -

Dña. María Gracia de Andoni Fernández

Recuerdo la primera vez que la vi. En un primer momento no me llamó la atención , pero he de confesar que con el tiempo me conquistó. Ahora ella ya no está, pero en cualquiera de los casos, sé que si me escuchara reiría con aquella sonrisa conque tan guapa lucía y estaría de acuerdo conmigo en que las cosas no son nunca relevantes por el simple hecho de lo que son ,sino por aquello que para nosotros suponen.

Parecía cansada , allí recostada sobre una cama con la mirada perdida en el pequeño mundo exterior que la ventada dejaba a la vista. Una enfermera , joven a mi criterio, intentaba de todas las maneras que comiera aquel puré.

- Sonsoles por favor, abre la boca. Sonsoles... mírame cuando te hablo- insistía la resignada y ya impacientada enfermera.

Aquella situación me resultó graciosa , no sé muy bien porqué , quizás por ver la situación inversa a lo habitual: hace algunos años podría haber sido aquella mujer la que desesperada intentase dar de comer a la joven enfermera. Al final, parece ser que la vida cambia de cara como una moneda y nos hace vivir todas las experiencias.

- Ya está, se acabó Sonsoles, si no quieres comer allá tú, luego no te quejes de hambre porque no tendrás razón- la enfermera ya había llegado a su cúlmen y recogía de mala manera la bandeja de aquella mujer.

A todo esto, yo me encontraba allí esperando los resultados de la radiografía de mi muñeca. Llevaba un buen rato esperando y aquello parecía que iba para largo, así que me acerqué a ella.

Continuaba observando atentamente la calle desde la ventana, así que pensé que no se había dado cuenta de mi cercana presencia, más me equivocaba, ya que sin apartar los ojos de la ventana me preguntó :

- Más te vale no ser ninguna de esas enfermeras chiquillas, ¿ lo eres?

Me sorprendió tanto aquello que balbuceé.

- No señora, no soy enfermera.

- Entonces qué quieres? ¿Quién eres?

Carai, aquella mujer no se andaba con sutilezas, y viendo que aquella conversación no iba a ninguna parte, di por finalizada mi misión de acercamiento amable.

- Déjelo, no soy nadie y no quiero nada. No se preocupe por mí que le dejo en paz.

Ya me alejaba cuando su llamada me sorprendió.

- Ven aquí y no seas tan digna, las jóvenes ya no destacáis por vuestro encanto.

- Bueno yo... perdóneme pero...

Ella me interrumpió.

- Haz el favor de no tratarme de usted. ¿Tan mayor crees que soy? Dime la verdad, ¿cómo me ves?

Aquello ya sí que me desconcertó del todo, pero a pesar de la brusquedad con la que formuló la pregunta, su rostro y sus ojos eran amables y tiernos. Me di cuenta entonces de que pedía a gritos alguien con quien poder hablar. O al menos así lo interpreté yo, así que me senté junto a ella.

- Bueno, mi opinión no es la más importante. ¿Cómo se ve usted?

Ahora la desconcertada era ella.

- ¿Yo? ¿A mí? Nunca lo había pensado. En realidad, creo que es porque nunca nadie me lo había preguntado.

Esta vez había conseguido robarle una sonrisa que acentuó aún más las arrugas que enmarcaban su rostro. Pero aún así, ella estaba guapísima.

- Pues es algo sobre lo que debería pensar. Muchas veces, el envejecimiento es causa de nuestros pensamientos y no tanto de nuestro cuerpo.

Su mirada me indicaba que estaba asimilando mi respuesta.

- Yo soy vieja porque estoy vieja y amargada, de mi cuerpo, espíritu y mente. Ya no creo en tonterías. A mi edad, hemos visto de todo y todo esta muy visto ya.

A pesar de querer aparentar autosuficiencia y dureza, percibía que aquello no era mas que un escudo de protección frente al exterior.

Así veía ella a las personas, al igual que lo hacía cuando miraba a través del cristal de la ventana: no había nada en el exterior que pudiera hacer daño, pero a la vez, no llegaba a conocer nada de lo que veía, ni a sentirlo, ni a oírlo.... Aquello debía ser como encontrarse atrapo dentro de una película de cine mudo.

Fue entonces cuando una enfermera se acercó a mí preguntando por mi nombre.

- Amanda, soy Amanda San Cristobal.

Ella me tendió una carpeta con lo que debían ser los resultados de mis radiografías. Le conteste con un gracias y se marchó.

- Bueno, ¿no vas a abrirlo o qué? ¡Cómo se nota que los jóvenes no tenéis prisa!

Me senté entonces a su lado, una silla plegable algo incómoda e inestable, pero aún así me encontraba a gusto. Saqué entonces las oscuras láminas del interior de la carpeta y las dos nos quedamos mirándolas un rato, en silencio, hasta que por fin ella lo rompió con un divertido comentario:

- Pues no sé si las estamos mirando del lado correcto.

Así que las giré y efectivamente, tenía razón.

- Es más lista de lo que parece señora.

- Soy más lista que el hambre. Y no me llames señora, que mi nombre es Sonsoles.

- Yo me llamo Amanda.

- Ni falta que hace que me lo digas, lo sé perfectamente.

- ¿ Lo sabía?- pregunté realmente asombrada.

- Por supuesto que lo sabía. Desde el preciso instante en que aquella enfermera se te acercó y tu se lo dijiste.

Parecía mentira, pero había sido capaz de hacerme sentir algo estúpida. Vaya, yo siempre había creído que a las personas mayores se les debía de hablar alto y claro, y si era preciso, repetir las cosas dos e incluso tres veces. Debió leer mis pensamientos porque acto seguido se me acercó al oído y me susurró:

- Las viejas como yo somos como pequeñas pasas arrugadas y de piel gruesa: no resultamos muy atractivas, así que solo llegan a conocernos aquellos que no nos juzgan y se atreven a probarnos.

Sonriendo a causa de su ocurrencia le contesté:

- Lo que sí que no ha probado usted es su comida de hoy.

Entonces se cercioró de que nadie nos escuchaba y dijo:

- ¿ Sabes por qué no me gusta el puré?

Sus ojos brillaban tanto que parecía que fuera a revelarme el mayor de los secretos.

- No, dígame.

- El puré, a veces, puede semejarse con la vida: es una mezcla de todo, de cosas buenas y malas, pero aún así, puede no saberte a nada.

Pensé en la enorme verdad que se escondía en aquellas palabras. Como siempre había visto suceder e las películas, una recopilación fugaz de los momentos decisivos de mi vida desfilaron por mi cabeza. Todo, absolutamente todo, quedaba reducido a nada o a un todo, a algo que podía dejarte tanto un buen sabor de boca como podía ser malo. Nada, absolutamente nada tenía sentido entonces , porque solo importaba el resultado final. Pero ese resultado dependía directamente de los ingredientes. Estaba confundida, y ella lo vio en mi cara.

- ¿En qué piensas?

- Después de todo...- vacilé, ¿mi vida no es más que un ...puré?

Ella rió por primera vez en aquella tarde, y lo hizo de una manera con la que me hizo a mí también sonreír.

- Todos los jóvenes sois así: todo tiene que ser blanco o negro, y rápido, muy rápido. A veces las cosas van despacio y no son tan significativas en sí mismas sino en lo que ellas conllevan.

Mi cara de confusión seguía sin desaparecer.

- No te quedes en las simples palabras, sino en las ideas de fondo. Eso es lo importante.

- Entonces lo importante no es que mi vida sea un puré, sino que su sabor sea agradable.

- Veo que no has entendido nada ... - contestó con una sonrisa y cara de resignación.

Pero se equivocaba. Lo había comprendido a la perfección, pero había conseguido robarle otra sonrisa.

- Cuando seas vieja como yo lo comprenderás.

- Usted no es vieja- le dije seria y convencida.

- Claro que lo soy, ¿no me ves? Su tono denotaba un atisbo de ironía.

- No, solo le diría que la muerte no llega con la vejez, sino con el olvido.

Ella parecía sorprendida y noté que mis palabras le habían hecho pensar.

- Chiquilla, ¿y de dónde has sacado tú esas palabras?

Sonreí para mis adentros.

- Digamos que se las tomé prestadas a un sabio.

Entonces se produjeron entre nosotras unos instantes de silencio, pero que lejos de resultar incómodos, sirvieron para unirnos aun más y asumir nuestras respectivas conclusiones. Ella rompió el silencio.

- Nunca hay día en que no descubras algo nuevo- susurró para ella misma, aunque yo alcancé a escuchar sus palabras.

Su mirada parecía melancólica y perdida mientras miraba de nuevo por la ventana. Inconscientemente le agarré de la mano, que a pesar de las arrugas, era suave y agradable. No pareció incomodarle pero si le sorprendió mi espontaneidad. Imaginé que hacía mucho que nadie le ofrecía muestras de cariño, y así había llegado a la conclusión de que no era quien para merecerlas.

- Anda, vete ya para casa que tu madre te estará esperando.

En sus palabras había cariño y en su rostro, una sonrisa. Metí mis papeles en la

mochila y le devolví la sonrisa.

- Pero vuelve algún día por aquí a visitar a esta vieja, ¿eh?

Yo le tomé de nuevo de la mano.

- ¿Tan fácil pensaba que iba a ser librarse de mí? Mañana mismo me verá aparecer por esa puerta.

Aparté mi mano de la suya y le dediqué una sonrisa mientras atravesaba la puerta de salida de la habitación.

Es cierto, no hay día en que no aprendas algo nuevo. Y yo de ella había aprendido a no quedarme en la superficie de las cosas. Una conversación nos había convertido en dos personas distintas. Mañana afrontaríamos en día con una nueva ilusión pues yo tendría alguien que estaría esperándome y ella tendría alguien a quien esperar.

¿El sendero?

- 3º Premio -

Dña. Juany Villaplana Merino

Un día más haré la maleta, dicen que no debo vivir sola. Como si mi soledad pudiera hacerme daño. Ya me acostumbré a luchar con ella arduas batallas que nunca tienen un ganador certero. Sin duda yo no soy la vencedora, pero tampoco me considero una perdedora. He luchado con ella desde que se marchó mi esposo, fue el penúltimo en abandonar nuestro hogar. Antes lo hicieron nuestros hijos y supongo que yo seré la encargada de cerrar la puerta que guarda nuestros misterios. Este viaje no es el que yo anhelaba. Siempre pensé que cuando mis piernas abandonaran mi hogar, lo harían para ir con él. Sé que me aguarda. Siempre fue un hombre paciente, sabrá esperar mi llegada.

Ellos creen saber qué necesito, ven en mí lo que está en el exterior. Se fijan en las arrugas de mi rostro. Contemplan con desasosiego el temblor que desde hace años persigue a mis manos y mis piernas. La coquetería se encarga de eliminar las canas de mi pelo cada mes, pero están ahí. Mis ojos están cansados, cansados de luchas y de llantos. Llantos de alegrías y tristezas. Porque eso es la vida, mis hijos todavía lo ignoran. Cuentan con la exención de la juventud, pero esa es una de las pocas virtudes que se pierden con la edad. Piensas que nunca envejecerás, miras al espejo cada mañana y tu imagen es perfecta. Un día todo cambia y él te lo dice sin remordimientos, - ¡Mira, eres tú, te estás haciendo mayor! Y entonces contemplas con estupor lo que han hecho los años en ti. Sí, tu imagen te desconcieta, pero has cambiado belleza por sabiduría. Sabes que cada paso que has andado te trajo hasta este lugar, y no tienes dudas que hay un porqué. Si algo hubiera cambiado, algo de este hoy no estaría en su sitio. Y si tienes cierto algo en tu vida es eso, todo está en el lugar que debiera. Tus hijos, tus nietos, tu futuro y tu pasado, en definitiva tu existencia.

Tengo el honor de haber gozado de una vida plena. He sobrevivido a días sin puchero, noches en vela pensando qué pasará mañana. Y sin embargo nunca tuve miedo. Siempre conté con el calor de mi hogar, la sonrisa de mis hijos y la mirada de mi esposo diciendo, -¡Tranquila!

Hoy sin embargo lo tengo, tengo miedo. Miedo a lo desconocido, despertar un día y no saber donde estoy. Miedo a no reconocer a mis hijos. ¿Qué madre olvida a los seres que llevó en sus entrañas nueve meses? Mis temores no son una sin razón de anciana. Olvido cosas, cosas importantes y cosas banales.

Todavía no he olvidado mi yo, sé quién soy, eso me ayuda a seguir luchando. Qué importa si olvidé donde está mi cartera o si desconozco dónde dejé la compra. Todavía recuerdo el rostro que me saluda desde el espejo y sé que soy yo. No comprendo la mirada de mi hijo cuando le llamo por el nombre de su padre, le confundo. Pero ¿Es tan terrible el error? Me mira asustado, le sonrío. - ¡Mamá, soy yo!. -Pues claro ya lo sé, ¡Qué tontería! ¿Porqué ahora todo es tan complicado? Antes lo llamaban olvidos,

-¡Mamá se está haciendo mayor! Ahora tiene otro nombre, un nombre muy raro que les estremece cuando lo pronuncian, Alzheimer. Digo yo, si tanto lo temen, que no lo digan. Sería tan fácil olvidarlo. Yo puedo, pero ellos no. Si ellos quisieran burlaríamos su mirada, podríamos escondernos y entonces quizá no nos viera . Pasaría por nuestras vidas sin recordar que está aquí con nosotros, espíándonos, vigilándonos.

A veces cierro los ojos y miro dentro de mí, busco a mi esposo y logro encontrarlo, eso me hace feliz. El día de nuestra boda prometió no dejarme nunca, es hombre de palabra, sé que está aquí. A veces sujeta mi mano y juega con mis dedos. Siento sus besos en mi rostro y su esencia en mi nariz. Pero el destino lo disfrazo para hacerme daño. Así que cuando abro los ojos y pronuncio su nombre, él está ahí, es mi hijo. Y vuelve a mirarme como a una desconocida. Observa de reojo cuando salgo de una habitación, siempre me acompaña, le miro y le dedico una sonrisa. Mi cuerpo le indica que puede hacerlo, puede acompañarme. Conozco caminos que él nunca andará. Quiero mostrárselos. ¡Si él pudiera seguirme un día!.

Si yo pudiera mostrar a mis hijos este mundo paralelo, mundo en el que están todos los seres que quiero. Si pudieran penetrar en él, saborearían guisos que nunca comieron. Verían la sonrisa de mi madre alrededor de un balde lleno de ropa. Sentirían el olor a agua y jabón sin más pretensión que el olor a limpio. Jugar en primavera descalzos pisando la hierba o algo tan quimérico como sentir de nuevo los besos de mi madre en el rostro nítido de mi juventud. Tocar con mis manos el rostro de mi padre, eso hace que mi templanza sea incondicional. O cuando abro los ojos a este mundo, el que ellos llaman real, y veo la figura de mi esposo diciendo, -¡Tranquila!

Pero este sendero ellos no lo ven, está oculto. Oculto de miradas provocativas. Es mío mi camino, mi pasado. Un camino que por alguna razón desconocida me reclama que vuelva a andarlo. Mi destino no quiere que camine hacia el futuro, me muestra constantemente el pasado. Un camino que a mis hijos les hace daño, les insulta mis retornos, les duelen mis equívocos. Yo hubiera querido evitarles este dolor y en algunas ocasiones llegué a lograrlo, pero es tan complicado fingir siempre.

No tengo claro qué tengo que meter en esta maleta, es demasiado pequeña para introducir mi vida en ella. Y demasiado grande para llenarla de cosas. Mi hija me está observando desde el otro lado del dormitorio y con mirada de asentimiento

me indica que sí, me está dando su aprobación, este vestido va en la maleta. Pero su color no me gusta, hace que me sienta incómoda cuando me lo pongo. Quizá no se percate si lo dejo de nuevo en el armario.

Es amarillo como el otoño, en otoño murió mi esposo. Prefiero el vestido azul, lo compramos en una tienda muy pequeña de..... no recuerdo donde, ¿Qué importa!. Estábamos juntos él y yo, me sonrió y dijo, - Hace juego con tus ojos. Mis ojos son azules como los de mi madre. Si ella estuviera aquí ahora podría ayudarme. Me agarraría a su cuello y así nadie podría hacerme daño, ni él, ni el Alzheimer. Ella es una mujer valiente, sé que le vencería, por eso la busco en mi sendero. Siempre la veo en el cuarto de baño, me ayuda a ducharme, como cuando era niña. Su voz es dulce, pero a veces se equivoca y me llama -¡Mamá! No importa, es mayor, lo comprendo no puedo enfadarme con ella. Su mirada dice que todo está bien. Cuando mis manos la tocan sienten la suavidad de su piel, es tersa y joven, la mía está arrugada. Tengo la necesidad de volver a cerrar los ojos, los abro con temor de lo que van a ver y sí, ella está conmigo es mi hija, yo debería protegerla a ella.

-¡Mamá, te estás despistando! Recuerdas, tienes que hacer la maleta. Tenemos que asegurarnos que esté todo y cerrarla.

Claro que lo sé, a eso tengo miedo hija mía, a terminar mi equipaje. Un equipaje que está repleto de amor, colmado de vida y no exento de algunos dolores. Una valija que contiene mis secretos más tiernos y mis anhelos más profundos. Es mi existencia, mi yo, si la cierro y olvido como abrirla no me quedará nada.

Parece que ella supiera que pienso. Me mira para serenarme y agarra suavemente mis manos, las traslada a sus labios y las besa. Una sonrisa me indica que todo marchará bien, no debo tener miedo. Doy por concluido mi equipaje, creo que ya no cabe nada más en él. Con un ademán se lo indico y ella besa mi cara. - Mamá no olvidemos las fotos, así podrás ver nuestros rostros siempre que lo necesites. Me muestra un cuadro lleno de gente que me contempla, no reconozco a todos. Pero sé que eso le producirá dolor, así que de nuevo fingiré, todavía puedo hacerlo. Todavía puedo protegerla, es mi niña.

La Meca ha cumplido 300 años

Camino Oslé Guerendiain

Vocal de la Casa de Misericordia de Pamplona

Directora del Departamento de Trabajo Social

Universidad Pública de Navarra

La Casa de Misericordia de Pamplona debe su origen a un conjunto de aspectos que trascienden los límites locales. Las casas de misericordia tienen sus principios inspiradores en el mensaje de la doctrina de la Iglesia sobre la caridad con el prójimo, simbolizado en las catorce obras de misericordia, siete espirituales y siete corporales. Institucionalmente, las misericordias fueron una de las alternativas históricas a este mensaje.

Toman forma en las figuras asociativas de la Edad Media como organizaciones de ayuda que, en muchos casos, sólo se efectúan entre los propios miembros. Sin embargo, en otros casos, son manifestaciones de piedad popular, en las que se muestra un mundo en el que nadie puede vivir solo y donde se necesita a los demás. Este espíritu de caridad se convierte en acción con las obras de misericordia. Poner en práctica de una u otra forma el ejercicio de la caridad va a ser una de las diferencias que van a distinguir a las misericordias de los distintos países europeos. En Italia, por ejemplo, comenzaron con enterrar a los muertos. En Portugal, por visitar al enfermo. En Francia, ambas cosas y, en España, se puede interpretar que es para dar de comer al hambriento.

La primera misericordia en Europa nació en Florencia en el siglo XIII bajo la forma de cofradía. Desde allí se extendieron a la Riviera Francesa, en concreto a Niza y Mónaco, y posteriormente llegaron a Portugal, para desde Coimbra extenderse a España.

El punto de partida de las misericordias en España lo encontramos en D. Miguel de Giginta, quien envió en 1576 desde la ciudad de Coimbra, un memorial a las Cortes de Madrid proponiendo crear casas de misericordia en España para albergar y alimentar a los necesitados.

Giginta escribe un memorial, publicado en el año 1579 en Coimbra, y dedicado al Presidente del Consejo de Castilla, D. Antonio Rodríguez Maurino de Paços. Este escrito se conformará un poco más tarde en su Tratado de remedio de pobres. En él propone que, en cada ciudad importante del Reino, se fundase una casa de misericordia, donde se albergase a los necesitados y se les diera de comer:

A partir del primer impulso dado por Giginta empiezan a surgir casas de misericordia por varias ciudades. La primera fundación fue del mismo Giginta, la casa

de misericordia de Toledo (1580), que se debió en buena parte al ánimo, favor y hacienda que le proporcionó el Cardenal Quiroga, Arzobispo de Toledo e Inquisidor General. Esta nueva institución albergó a 600 mendigos durante 1584. También con el apoyo del cardenal se creó una nueva casa en Madrid que cobijaba a 900 pobres en el año 1581.

Poco a poco fueron creándose misericordias por las diferentes ciudades llegando a un número importante, según la estadística de Cangas-Argüelles. En 1797 existían en España 101 Casas con 11.786 acogidos y 727 servidores. Una parte notable de estos establecimientos, coinciden con el gobierno del Conde de Floridablanca (1777-1792), quien tuvo gran empeño en resolver el problema de la mendicidad.

En Navarra existieron siete casas de misericordia repartidas por diferentes puntos de la geografía y entre ellas podemos encontrar tanto afinidades como grandes diferencias. La primera casa que se fundó en esta comunidad fue la de Pamplona en 1706, después aparecieron las de Tudela (1771), Baztán (1789) y Estella (1795). Casi un siglo después se crearon las de Viana (1829), Vera de Bidasoa y Santesteban (1883).

La Casa de Misericordia de Pamplona se fundó en 1706 y ha perdurado sin interrupción hasta nuestros días.

a) El siglo XVIII: nacimiento y consolidación

Queda fuera de toda duda que la Casa de Misericordia nació de la voluntad popular, pero fue el Regimiento de la Ciudad quien puso la idea en marcha y la llevó a todos los estamentos de la población para su aceptación, apoyo y cooperación. Para este fin se habilitó un edificio en el Paseo de Sarasate. Se trataría de recoger en él a los verdaderamente pobres, de apartarlos de la calle, de evitar molestias a los vecinos y hacerles trabajar en las tareas de la casa. Así mismo, se instalaría una industria como vía de rehabilitación para acogidos y como posible fuente de financiación para la Casa.

El día 15 de agosto de 1706 quedó inaugurada la Casa de Misericordia de Pamplona, que se dedicó a Nuestra Señora de la Misericordia. En el acto inaugural bendijo la Casa el Sr. obispo, D. Juan Iñiguez de Arnedo, y estuvieron presentes las autoridades municipales y el virrey, Sr. Marqués de Solera. Abrió sus puertas a 80 pobres y 12 jóvenes a los que se instruía en gramática y latinidad. Para su gobierno, la Ciudad nombró a dos superintendentes de entre sus regidores a un capellán, un administrador y un ama.

El siglo de las Luces puede considerarse el período de consolidación de la Casa de Misericordia de Pamplona. A lo largo de esta centuria se asentó, cobró fuerza y elaboró las constituciones que servirían de guía y punto de referencia. En estos años aumentó el número de pobres: de 80 en sus comienzos se pasó a 200 a finales de siglo; aumentó igualmente su personal agregándose un médico, cirujano, portero, fabricante, alguacil y un batanero.

En los últimos años del siglo XVIII ocurrió un acontecimiento importante. El Regimiento de la Ciudad tenía bajo su patronazgo otra institución, que en este caso estaba especializada en la atención a los niños huérfanos, denominada el Seminario de la Doctrina Cristiana. El Ayuntamiento, preocupado por los problemas que tenía con su gobierno, decidió que fuera la misma Junta quien gobernara la Casa de Misericordia y el Seminario de los Doctrinos. Seminario que en la Guerra de la Convención (1793-1795) se cedió como hospital de campaña, debiendo los niños alojarse en la Casa de Misericordia. Con lo que ésta iba a tener un doble frente de actuación: los pobres y la educación de los doctrinos.

El gran caserón del Paseo de Sarasate sufrió sucesivas transformaciones, unas iban dirigidas a ampliar su capacidad para poder ir albergando a mayor número de pobres. En otros casos el edificio era sometido a obras que incorporaban adelantos de las corrientes higienistas del momento.

A comienzos del siglo XIX se llevó el agua a la cocina y al patio de la Casa. Más tarde se solicitó que también se le pasara agua al estanque de la Casa, que le fue proporcionada del estanque del Vínculo y de su horno.

La llegada de inquilinos hizo que la Misericordia tuviera que habilitar nuevos espacios para ellos. Los niños y las niñas que se incorporaron precisaban de un lugar de esparcimiento y para ello se decidió dividir en dos el patio de la Casa. Una mitad sirvió para el desahogo de los niños en las horas de recreo y la otra mitad para las niñas.

b) El siglo XIX: grandes cambios

Para la Misericordia pamplonesa el siglo XIX puede considerarse como el de los grandes cambios. Se modifican cuatro veces sus constituciones: 1807, 1831, 1860 y 1897, consecuencia sobre todo de tener que adaptarse a las tendencias de los tiempos, especialmente a las Leyes de Beneficencia de 1822 y 1849 con su desarrollo reglamentario de 1852. Las Hijas de la Caridad en 1822 se incorporan a la Casa y asumen su gobierno interior. La educación de los doctrinos también sufre modificaciones. Inicialmente la Junta dejó su educación en manos del capellán y más tarde en la colaboración de un maestro. Sin embargo, poco después se decidió que se incorporaran a las escuelas públicas de la ciudad hasta que, en el año 1855, se acordó crear una escuela dentro de la Casa. Este hecho generó una organización educativa que fue completándose con otra escuela para niñas a cargo de las Hijas de la Caridad y con una escuela de música, creada por el Ayuntamiento para la formación musical de los acogidos y para que organizase una banda de música.

En esta centuria la situación económica siguió siendo precaria pero, aparte de las limosnas, se tomaron medidas importantes para paliar la situación: mejoras en la Fábrica de Paños incorporando maquinaria, nuevas formas de gestión y también nuevos inventos, como el de plastificar tejidos para hacerlos impermeables. Se añadieron nuevos negocios, como el del trinquete y las rifas, y en 1803 los gobernantes

tes de la Misericordia pensaron en la construcción de una plaza de toros, como una premonición de lo que años después sería una de sus fuentes principales de ingresos.

Al final de este siglo empezó a ser preocupante la situación del edificio. Hacía ya muchos años que había sido construido y se encontraba en muy mal estado. Por otra parte, se había quedado pequeño para los planes de futuro que tenía la Casa y su ubicación no se adecuaba al desarrollo urbanístico de la ciudad. Todos estos factores hicieron que fuera necesario su traslado.

c) El siglo XX: identidad actual

En el siglo veinte la Casa pasó de ser una institución asilar, tal y como fue creada en el XVIII, a ser una institución de acción social. En este trance podía haber dejado de existir, como les ocurrió a muchas casas de misericordia españolas, pero la Misericordia de Pamplona fue transformándose paulatinamente para salir engrandecida de su metamorfosis. En esta centuria podemos vislumbrar tres periodos claramente diferentes.

1º Periodo

En 1915, la Declaración Gubernativa de Institución Benéfico Municipal y, más tarde, la construcción, titularidad y gestión de la Plaza de Toros por parte de la Casa. La Plaza de Toros es significativa para las finanzas de la Casa. El Ayuntamiento, en sesión del 20 de agosto de 1920, acuerda ceder a la Casa de Misericordia "gratuitamente y a perpetuidad" los terrenos para su construcción. La obra corre a cargo del guipuzcoano Francisco Urcola. La inauguración se celebra el 7 de julio de 1922. Desde la construcción y gestión de la Plaza de Toros, la Casa no volvió a pasar por malos momentos económicos hasta la guerra civil. Pero con la llegada de la guerra se le cerraron de nuevo todas sus fuentes de financiación que básicamente eran los donativos y la explotación de la plaza. El único ingreso del que disponía eran los pagos que hacían algunos asilados por sus estancias, modalidad ésta que se introdujo en aquellos años. Ante esta situación, la Casa no tuvo más remedio que recurrir a la ayuda de los fondos oficiales. Una vez terminada la guerra, la Misericordia empezó, aunque muy despacio, su recuperación.

El incendio del viejo caserón del Paseo Sarasate y en 1932 la construcción del nuevo y definitivo edificio. La noche del 9 de septiembre de 1924 el viejo caserón del Paseo de Sarasate se quemó. El dictamen de la Junta dice que se trató de un incendio casual que comenzó en el tejado de la enfermería de hombres y que, aunque no hubo víctimas, fue imposible que los acogidos continuaran en el edificio. El incendio del caserón del Paseo Valencia en 1924 obligó a poner en marcha la construcción del nuevo inmueble en el término de la Cruz Negra. Mientras se procedía a su edificación, los asilados y la Comunidad de Hermanas de la Caridad ocuparán unos pabellones habilitados al efecto en el solar del Hospital de Barañáin.

Fue entonces cuando -forzados por las circunstancias- se puso en marcha de forma definitiva la búsqueda de terrenos y la construcción del nuevo edificio. Los

terrenos que se buscaron y seleccionaron como los mejores pertenecían a la Diputación. Se trataba de la parcela comprendida entre la línea de Ferrocarril del Plazaola y la carretera de la vuelta del Castillo. Una vez conseguidos los terrenos, se realizó el proyecto del arquitecto D. Víctor Eusa. Se acordó que la colocación de la primera piedra se celebrara con toda solemnidad el domingo 27 de marzo de 1927, aprovechando la estancia en la ciudad de Federico Tedeschini, Nuncio de su Santidad. El Marqués de Vesolla que fue el encargado de apadrinar el acto.

Por fin, en Enero de 1932 se inauguró la Nueva Casa de Misericordia de Pamplona, con una misa cantada por el Orfeón Pamplonés y la bendición del edificio. Hubo también una recepción, donde la Junta dio las gracias a los señores cooperadores y bienhechores y una comida extraordinaria para los asilados.

2º Periodo

Nace de las consecuencias de los acontecimientos políticos de la Segunda República y de la Guerra Civil que tuvieron una gran repercusión en la Casa. Sus órganos de gobierno, tal vez por la cercanía de la Junta al poder local, sufrieron importantes cambios. Por otra parte, la vida interna de la institución pasó por momentos muy difíciles, ya que eran malos tiempos para el abastecimiento y la pobreza era generalizada. Para la institución fue muy difícil atender todas las necesidades que los acontecimientos ocasionaban.

3º Periodo

Abarca la segunda mitad del siglo y es ante todo una etapa de renovación. En esta nueva fase la Casa acabó su transformación y reeditó, en 1955, las viejas Constituciones de 1824. Su Junta rectora apostó por una modificación profunda de su personal: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal auxiliar para ocuparse de tareas de limpieza y mantenimiento de la Casa. Las Hijas de la Caridad ya no llegaban a todo y las personas que había en la institución no podían ni debían hacerlas.

Los cambios también se notaron en nuevas formas de atención al sector infantil y juvenil. Las nuevas tendencias apostaban por una integración en valores familiares y en una mayor personalización de los niños. A tal fin se comenzó un proceso de integración de los niños en sus casas y si éste no era posible, se les enviaba a pisos donde el ambiente fuera lo más parecido al de una familia.

Durante esta época también tuvo lugar la reforma del edificio. Los grandes pabellones se adecuaron a las necesidades del momento y se convirtieron en habitaciones individuales, con cuartos de baño para las personas mayores, que eran los habitantes de la Casa.

La actualidad

Podemos afirmar que a la Casa de Misericordia la han rejuvenecido los viejos. Ha dejado de ser un asilo de pobres para convertirse en una moderna residencia geriá-

trica. La Casa de Misericordia de Pamplona ajusta su antigüedad con la edad de sus actuales residentes. Hoy habitan las suficientes centenarias para que solamente con ellas sobrepasen con creces los trescientos años de la institución.

En sus tres siglos de historia, lo que ha hecho la Casa es evolucionar. Cambiar manteniendo su identidad y principios, así como sus principales referentes, la Ciudad, la Junta y sus Constituciones.

En el momento actual el número de camas disponibles es de 555, de las cuales 185 son para personas mayores asistidas y 370 para personas válidas o autónomas. Un número tan elevado de personas mayores puede parecer, a primera vista, un elemento negativo, pero no lo es en la práctica. Por un lado, la distribución modular del edificio actúa de mecanismo corrector. Es un gran centro geriátrico donde las personas pueden pasear por sus amplias y luminosas galerías que se distribuyen en 16 comedores, dependiendo de diferentes factores. El propio tamaño y distribución de las galerías facilita la convivencia.

Hemos visto que la Casa de Misericordia durante toda su historia ha sido pobre y ha recogido pobres. En la actualidad no es así, esto no significa que la Casa sea rica, aunque si la comparamos con muchos de los momentos de su historia, habría que afirmarlo. Las fuentes de ingreso que hacen de la actual Casa un lugar agradable para vivir y con capacidad para prestar numerosos servicios son: el pago que hacen de sus estancias los propios residentes, la Plaza de Toros y las concesiones administrativas que el Ayuntamiento de Pamplona le deja en explotación (las barracas, aparcamientos, etc.). A todo ello han de sumarse los donativos que los vecinos de la ciudad siguen aportando a su Casa de Misericordia y, sin duda, la buena administración y la controlada gestión económica.

Las personas que hoy están ingresadas en la Casa de Misericordia son una muestra de la población general, de un corte de edad cada vez más numerosa en nuestra sociedad (60-100 años). La edad media de las personas que viven en ella es hoy de 84 años, encontrándose más de la mitad de los residentes entre los 80 y los 90 años. A partir de los 91 años su número desciende ostensiblemente, pero en 2006 ya se registra una residente que supera los 100 años.

Así que vista su trayectoria y su capacidad de adaptación podemos augurar a la casa de Misericordia de Pamplona un largo futuro en ese papel de servir de cobijo y de ayuda a diferentes personas que la necesiten.

Entrevista a Fernando Redón

Dr. Juan Luis Guijarro

Quien no pertenece al cuerpo de entrevistadores profesionales como sucede en mi caso, ese encuentro humano que es la entrevista se presenta como una atrayente aventura. Esta vez fue Fernando Redón el encontrado. Y la aventura muy grata. Accedió gentilmente a conversar un rato en una de sus ocupadas tardes, brindándonos su visión del mundo de la vejez. Hace algún tiempo que ha ingresado en el numeroso colectivo de los mayores, de los nacidos en 1941 y antes. Pero todos los que tienen la fortuna de tratarle gozan de la experiencia de una relación cordial y juvenil. Ciertamente este famoso arquitecto derrama vitalidad, siempre contenida, contagiosa, natural. Y no solo es la palabra dócilmente engarzada en una amena narración. Llega también el gesto rubricando las emociones. Y un aura amable, estimulante, algo más allá de los sentidos, que insidiosamente te sitúa en el borde luminoso y cálido del vivir.

Fernando Redon esta contento de haber vivido para el Arte. Porque Arte es, el mayor por su volumen, la Arquitectura. Construcciones para vivir con comodidad, en espacios luminosos de limpia geometría, para recrear los ojos con sus formas, piedra, hierro, cristal y sombra, para darle rostro grato a la ciudad. Hay muchos edificios que llevan su nombre y su sello. Un libro reciente, Fernando Redón Huici, arquitecto, muestra con detalle su historia artística, el valor de su creación constructiva. En arte menor practica, desde joven, el dibujo con toda soltura y perfección: es un excelente ilustrador. Y usa los pinceles en los óleos para ganar utilidad a su tiempo y dejar recuerdos entre los que le admiran. Esta actividad es muy grata, le presta ilusión y entretenimiento.

Pero el hombre y su historia no se acaba con esto. De las muchas facetas que la componen, destacaría su generosidad concretada en su relación con la Casa de Misericordia. Mis recuerdos de Fernando Redón allí se ubican. Su altruismo como hombre de Junta, comprometido y laborioso, ha tenido en esto una larga materialización. Además, su pasión por los viajes. Ver y vivir, ofrecer relativismo al conocimiento tras el paso por el ancho mundo Y es ganar en cultura y en comprensión de las gentes y sus asuntos. Al final, siempre, su lugar entrañado y placentero, Pamplona. Y siempre, su familia y sus amigos, en este nido acogedor donde el transcurrir de la edad halla sosiego y plenitud.

Pero que sea él quien nos acerque más a su persona y a sus años.

Duele la jubilacion de un arquitecto famoso?

En realidad no estoy jubilado. Se acaba de inaugurar una bodega en Ayegui que hecho yo y ahora comienzan dos viviendas que he diseñado. Es verdad que no estoy a pie de obra pero sigo trabajando. Además pinto. La verdad es que me vendrían bien tres horas más al día. He dejado muchas cosas, pero apenas me da el tiempo de sí.

Crees que al pasar de los 70 se afecta la capacidad creadora de un hombre como tú?

Creo que no. Es más, con la experiencia y la madurez, la creación puede estar más fresca. Además se gana en sinceridad, se está más libre de prejuicios. Es casi innecesitaba la acuarela para mi trabajo.

¿ Como juzgas tu actividad mental pasados los 70?.

Creo que me mantengo tan joven como los 30 años. Puede hacer prácticamente todo lo que hacia antes. La lástima es que tengo poco tiempo.

Te sientes útil?

No sé si me siento útil. Pero sé que tampoco es inútil mi vida. Soy independiente, puedo hacer todo. Juego al golf tres veces a la semana. Subo escaleras, no como en aquellos tiempos de las obras. Y viajo. Aunque procuro que no sea a los lugares que ya conozco. Hay países como Grecia en los que he estado cinco veces.

No sé si pudiste ser espectador de la vejez de tu padre?. Si existe paralelismo entre ambos envejeceres, en que consiste?

Mi padre tuvo una vejez excelente. Hacía todo lo que deseaba. Al final, estando la enfermedad de mi madre muy avanzada, en la cama, mi padre quiso ir a un concierto a Madrid a asir a Nicanor Zabaleta Le convencimos para que no condujera solo. Y le acompañó una persona como chofer. Y al llegar a Agreda, cuando mi padre le dejó el volante para descansar un poco, tuvieron el accidente. El quedó tetrapléjico. Y puede pasar a cualquiera en cualquier momento. Pero no ha sido algo aislado. La tragedia de los accidentes mortales de carretera ha afectado mucho a mi familia. Han sido siete personas las que han muerto a consecuencia de esto. Pero recuerdo a mi abuelo materno, Serapio Huici, hombre de gran inteligencia y actividad, que tuvo en sus últimos años un deterioro mental importante. Eso si que me preocupa.

¿Te preocupa envejecer?.

Pero más que la vejez, la invalidez. Ahí está el recuerdo de mi padre. Para mí sería peor la ceguera que la parálisis y la inmovilidad. Y la demencia, como mi suegra y una hermana de mi madre. Menos mal que no sufren. Porque yo temo al dolor físico. Y no solo el mío, también el de mis allegados.

Crees que influye en tu modo de envejecer tu relación con la Casa de Misericordia?

Yo soy el Decano de la Junta. Pues claro que influye en mi visión del envejecimiento. Estas personas que han estado aquí residiendo y que yo conocía de antes, Florencio Idoate, Fuentes. Siempre te impresionan cuando los conoces. Y es que cada vez hay menos gente que conoces y que has tratado. De mis amigos de la Universidad, en Madrid, que éramos veinte, y solo quedamos dos.

Eres un hombre de fino humor. ¿Porque no intentas definir tu vejez en clave irónica?

Como se dice por aquí: Es algo a lo que llegas mal que te pese.

¿Cuántos medicamentos tomas ¿. Te llevas bien con tus enfermedades?

Solamente tres. La verdad es que me llevo muy bien con ellas. Yo tuve una afección cardiaca en una época difícil para mí al comienzo de los 90. Fue una enfermedad coronaria y me hicieron angioplastia. Pero no las siento.

Si tuvieras que vivir de nuevo, cambiarías mucho de todo aquello que te ha acontecido?

Apenas algunas cosas. Pero cualquiera sabe... La perspectiva de la vida y las experiencias te hacen ver tu historia de otra manera. Recuerdo que me dijo Rafael Moneo: te debías haber ido a Madrid. Si hubiera sido mi profesión y mi vida distintas.

Que crees que habrá en ti que te hará sentirte viejo?. Por cierto, te has sentido viejo alguna vez?

La pereza de las facultades, su defecto.. La vista, la capacidad mental, la movilidad. Ya he perdido algo de memoria, pero me parece normal con mi edad. Ahora no noto ninguna deficiencia especial. me siento bien, mis capacidades siguen siendo normales. Por eso sigo viajando. Pero soy prudente, no me pongo a prueba, acepto las limitaciones que son lógicas con esta edad que tengo.

Tu primer recuerdo.

Tenía entonces seis años. La Guerra en su comienzo, el mismo 18 de Julio.. Pasaban los Requetés con sus boinas rojas. Con una manivela de un coche rompían el rótulo de la Plaza de la Constitución.

Seguramente un poco antes, en el París-Madrid de la Gran Vía, un bocadillo que salía de una máquina al introducir una moneda. Estaban muy adelantados.

Tú última obra?

Como te decía, esas dos casas que proyecto en Gorraiz y que van a empezar a ser construidas. Y he trabajado en ellas con la misma ilusión que el primer día. Es algo que te ayuda a vivir todos los días con no poca plenitud.

¿ Te cuesta hacer nuevos amigos?.

No demasiado. Soy más exigente que antes, necesito que existan más coincidencias. No me gusta el mundo del cotilleo, huyo de esas conversaciones y de quienes con esto disfruta. Tampoco me apasionan las cartas. Si que he jugado al mus y lo sigo haciendo con los más conocidos. Una vez fui pareja con D. Juan de Borbón. Se enfadaba enseguida.

Tu relación con la gente joven, te deprime o te estimula?.

Según como sean. Si me agradan, esta relación me estimula grandemente, me encuentro muy a gusto con ellos. Es la persona lo que me interesa, no sus cargos.

Hacia el futuro, optimista, pesimista o realista?.

Yo siempre veo la botella medio llena. Todo lo optimista que se puede ser con una cierta lógica. Lo que importa es hacer algo.

Con lo que sabes ahora, que otra profesión te hubiera gustado ejercer?.

Pintor. Hubiera sido pintor. Eso me aconsejaban también mis profesores. Y se lo dije a mi padre. Pero para no disgustarle porque tenía un proyecto premeditado para mí y , su ilusión era que fuera arquitecto, hice arquitectura.

En dibujo, tanto en el artístico como en el técnico, destacaba y con toda facilidad. Mi examen dibujando una estatua de Miguel Angel aún se conserva en Madrid.

Qué dos personas mayores más te han impresionado?

Ajenas a mi familia, el arquitecto austríaco Richard Neutra, cuando yo era joven. Y Julio Caro Baroja. Yo hablaba mucho con Julio de la vejez y de la muerte. Era un magnífico conversador. Y un hombre bueno, virtud humana cada día para mí más sobresaliente.

Por orden de preferencia: Ver TV, navegar por Internet, leer algún libro, hacer solitarios.

Leer libros.

Que tres libros leerías dos veces?

Fortunata y Jacinta, de Perez Galdós. La historia de San Michelle, de Axel Munthe. Por cierto que se la he aconsejado a mi mujer y le ha entusiasmado. Y Guerra y Paz de Tolstoi.

Un miedo permanente.

La ceguera.

¿Cuál es hoy tu mayor ilusión?

Seguir haciendo lo que me gusta. Y acabar mis días sin dar disgustos a mis allegados, sin dar ni tener sufrimiento

Has hecho mucho de aquello que pensaste dejar para más allá de la jubilación?

Pintar. Pero no desde una perspectiva fácil y bucólica. Y asistir a las Juntas de la Casa de Misericordia y poder hacer algo en ellas.

¿ Te gustaría escribir y publicar tus memorias?

No, pero sí ir dejando en el ordenador los momentos más interesantes de mi vida. Como aquellos "Momentos estelares de la Humanidad " de Stefan Sweig. Algo como lo que me sucedió en Costa Rica una vez que iba con Enrique de las Casas. Estaba rodando en el río Tortuguero Carlos Saura "Eldorado" sobre la vida de Lope de Aguirre. Ver aquellos soldados que dormitaban con sus armaduras del siglo XVI me causó la impresión de que había retrocedido en el tiempo.

¿Podrías liderar un partido político de mayores en defensa de sus derechos?

Como líder no, pero me apuntaría a cualquier partido que tuviera en su programa dar satisfacción a todo aquello que sigue siendo injusto en la edad mayor. Como militante de base.

Vivirías en una Residencia de Ancianos?. ¿Y en la Meca?.

Ya lo he pensado más de una vez con mi mujer. En momentos futuros con problemas de salud o con decrepitud. Pero es para mí fundamental la convivencia en esos centros, el respeto, la educación. Y por supuesto que sí lo haría en la Meca.

Qué aconsejarías a los mayores que envejecen?.

Que se busquen una ocupación que les sea grata y atractiva. Puede ser el tresillo o hacer crucigramas, tarea que, por ejemplo, le absorbía a mi madre.. Pero siempre con ilusión.

Pamplona, 22 de Noviembre de 2006

. bora

Dpto. Bienestar Social

San Juan, Puerto Rico