



**Editorial
Originales**

**EL ASOCIACIONISMO ENTRE LAS PERSONAS MAYORES EN LA RIBERA NAVARRA
ANALGESIA EN EL ANCIANO**

**VIII premio Tomás Belzunegui
COMO EN AQUELLA SERIE DE TELEVISIÓN
LA CENTENARIA
"REGRESO A CASA"**

**Reseñas históricas
RESIDENCIA SAN JERÓNIMO**

**Trabajos publicados
DILEMAS EN NUESTRA PRÁCTICA. DEMENCIA EN ESTADO TERMINAL**

Directora

Lourdes Gorricho

Comité de redacción

Inés Francés

María Gonzalo

José Ramón Varo

Javier de Prada

José Luis Larrión

M^a Jesús Castillejo

Depósito legal

NA 1839 - 1994

Diseño y maquetación

iLUNE

EDITORIAL

6

ORIGINALES

8

El asociacionismo entre las personas mayores en la Ribera de Navarra

Alberto Ariz Larumbe,

presidente de la Federación de Clubes de Jubilados Blanca de Navarra

Analgesia en el anciano

"Divinum opus est sedare dolorem"

("Calmar el dolor es una obra divina", aforismo atribuido a Hipócrates)

VIII PREMIO "TOMÁS BELZUNEGUI"

16

Como en aquella serie de televisión

Por Carlota Delgado (seudónimo)

La centenaria

Por Dolores Albero Gil

"Regreso a casa"

Por Juany Villaplana Merino

RESEÑAS HISTÓRICAS

26

Residencia San Jerónimo

TRABAJOS PUBLICADOS

28

Dilemas en nuestra práctica. Demencia en estado terminal

Editorial

Comienza una nueva etapa de la revista Cuadernos Gerontológicos, en la que el comité de redacción, como portavoz de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología quiere ser eco de la realidad que están viviendo los mayores de nuestra comunidad y aportar, desde el conocimiento científico, nuestro granito de arena en la construcción de una sociedad en la que el anciano siga siendo considerado un valor importante para la misma.

Ya hace un siglo que Marjorie Warren sentó las bases asistenciales de lo que se convertiría, un poco más adelante, en la especialidad que se encarga de la atención al anciano, la Geriátría. Lo que hoy en día nos parecen a algunos profesionales actuaciones de sentido común, sirvieron entonces para disminuir la discapacidad y posibilitar el retorno al domicilio de muchos ancianos etiquetados de irrecuperables e ingresados en centros para crónicos. Y estas actuaciones no se basaron en equipos diagnósticos complejos ni en sofisticadas intervenciones terapéuticas. Partían de una actitud que huía del ageísmo hasta entonces existente, considerando que nadie es lo suficientemente viejo o se encuentra lo suficientemente deteriorado como para justificar el nihilismo terapéutico.

Cien años mas tarde, en pleno inicio del siglo XXI, debemos reconocer que las cosas no han cambiado demasiado. Siguen existiendo demasiadas voces que no quieren entender que el anciano, sobre todo el frágil, requiere un planteamiento diferente en su asistencia. En unos momentos en los que la supraespecialización de la medicina (saber cada vez más de cada vez menos, hasta saber casi todo de casi nada), atomiza al paciente en áreas mínimas, sin la posibilidad de una fotografía integral, el sistema hace peregrinar al anciano por múltiples consultas de múltiples especialidades y consigue prescribirle múltiples fármacos como supuesta solución a sus problemas, no contemplando que un grupo cada vez más numeroso de pacientes precisa de otros modelos de atención. Modelos que les están siendo negados, a pesar de la evidencia.

El actual sistema de cuidados no responde a las necesidades de los problemas de salud de los mayores. Ya en el año 2002, la OMS (Reunión de Madrid) advirtió que, en los próximos años, las enfermedades agudas no iban a ser las máximas responsables de la mortalidad ni del gasto sanitario, sino las enfermedades crónicas. Añadieron que es preciso adaptar este sistema de cuidados al nuevo escenario, en el que el hospital pasa de ser el epicentro, a ser tan solo un elemento más en la cadena de cui-





dados, junto con los sistemas de soporte domiciliario y con los de recuperación funcional. Con su obligatoria coordinación. Esta recomendación de la OMS era para el futuro, que ya es presente, y que nos persigue desde hace años. La pregunta es ¿hasta cuando nos perseguirá? Porque la respuesta obtenida de nuestras instituciones está siendo cerrar los ojos o mirar para otro lado.

El generar recursos de convalecencia y de rehabilitación es una necesidad. No es un lujo, como piensan algunos responsables de la Administración. Y que estos recursos estén incorporados a la Red Pública también es una necesidad: la continuidad en los cuidados y la calidad final resultante, como objetivo último e ineludible, exige esta incardinación. Y, por encima de todo, es preciso que nuestros gestores acepten la evidencia: al menos hasta el año 2050, el porcentaje de mayores se va a incrementar y, por tanto, el consumo de recursos de salud y sociales. No basta con la política del avestruz, negando no sólo la realidad, sino la redicha evidencia. Los mayores no son los principales responsables de las estancias hospitalarias inadecuadas, sino los propios fallos del sistema. Tampoco son los peores utilizadores de urgencias, sino los mejores. Y cuando se les trata de manera adecuada (léase Unidades de Geriátría, en su acepción mas amplia), el rendimiento costo-eficacia es enorme. Pocos sistemas de cuidados han sido sometidos a tantos y tan exigentes exámenes de efectividad, siendo superados con éxito. Y de esto, la administración hace oídos sordos. Temores, como el de generar listas de espera, bloquean supuestamente la puesta en marcha de cuidados basados en la evidencia.

Siempre he pensado que la geriatría como especialidad, posiblemente no hubiera sido necesaria, si otros profesionales hubieran tenido el interés suficiente por asistir al ser humano cuando envejece y se hace menos “agradecido” en su respuesta a la enfermedad. Creía que conforme el conocimiento geriátrico se extendiera, lo mismo que el de otras especialidades, los médicos adquirirían habilidades que harían extensivas a sus áreas de trabajo, pero de nuevo la superespecialización no nos deja ver más allá de lo que hemos estudiado.

Existe un cuerpo de evidencia y conocimiento que justifica la geriatría como especialidad y unos resultados asistenciales que la avalan. La ignorancia nunca ha sido un eximente de responsabilidad.

El asociacionismo entre las personas mayores en la Ribera de Navarra

Alberto Ariz Larumbe, presidente de la Federación de Clubes de Jubilados Blanca de Navarra

Los jubilados de la Ribera de Navarra, apoyados y ayudados por la Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de la zona de Valtierra, Arguedas, Cadreita, Milagro y Villafranca, han sido capaces de analizar sus problemas, sus necesidades más urgentes, priorizarlas y elaborar un plan de trabajo que ha supuesto un cambio radical en el ocio, en el cuidado de la salud y en el tiempo libre de los jubilados integrantes de los clubes, e incluso de los propios vecinos de los pueblos que han participado en el proyecto.

En 1985 se pone en marcha los Servicios Sociales en la zona de Valtierra-Cadreita. Dentro del servicio se incluye el Programa de Anima-

ción Sociocultural y dentro de dicho programa se organiza el proyecto de dinamización de los clubes de jubilados. A los dos años se comienza a organizar en cada pueblo una asociación de jubilados. En 1991 estos clubes de jubilados deciden unirse para poner en marcha actividades que en solitario les era imposible llevar a cabo y aquí nace la Federación de Clubes de Jubilados Blanca de Navarra.

Durante estos años, el trabajo de los clubes se ha centrado en las actividades relacionadas con llenar el tiempo libre de los jubilados, trabajando contra la soledad que suele aparecer cuando llega la jubilación. Las actividades de ocio suponían ya un apoyo social entre los



jubilados y, en menor medida pero también, entre generaciones.

Es a partir de 2004 cuando se detecta la necesidad de seguir trabajando en el apoyo social y en la salud, potenciando la ayuda con todo tipo de actividades que eviten la soledad, que creen lazos de relación social entre vecinos, jubilados, amigos y familiares, y proyectos que puedan mejorar la salud y la calidad de vida de los mayores. Para la puesta en marcha, y asesorados por profesionales de los

Servicios sociales de Base de la Zona, se desarrolló un proceso participativo con los jubilados de los cinco pueblos.

Un grupo representativo de cada localidad, mediante técnicas de trabajo en equipo y participación, expresaron cuáles eran sus necesidades y problemas más acuciantes que les afectaban en su zona. Con los datos obtenidos se elaboró un primer diagnóstico, y con él se fueron trabajando los diferentes temas que darían lugar al proyecto definitivo.

Principales problemas

detectados

Los principales problemas que los jubilados transmitieron fueron los siguientes:

a) En el área de salud.

Los jubilados consideraron que necesitaban una atención sanitaria específica y más especializada para enfermedades como artritis, artrosis, demencias, alzheimer, etc., y opinaban que era necesario trabajar para prevenir y, si era posible, curar estas y otras enfermedades.

b) En el área de servicios sociales.

Los jubilados vieron como un gran avance el Programa de Atención a Domicilio, que había sido puesto en marcha por la Mancomunidad de Servicios Sociales, pero solicitaron que se aumentara el tiempo de atención de las trabajadoras familiares en los domicilios y que se les formara muy bien para atender a las personas mayores, ya que a veces se exigía, en el ejercicio de su profesión, manejar con habilidad a los enfermos o necesitados de atención domiciliaria.

Otra de las peticiones más insistentes fue la de mejorar las residencias y exigir que sus precios fueran más baratos, ya que aunque los centros pasaran a manos privadas (con ánimo de lucro) no se podía descuidar la atención a los ancianos, sino mimarlos. En su opinión, la residencia era un mal necesario, donde la soledad suele ser muy frecuente. También consideraron necesario centros de día para mayores con problemas mentales, para que las familias pudieran descansar.

c) En el área de ocio.

En el análisis de las necesidades, los jubilados coincidían en que uno de los problemas más graves de las personas mayores es la soledad. Por ello, propusieron que los clubes realizaran más actividades cuyo principal objetivo fuera propiciar hacer cosas juntos, es decir, fomentar los contactos sociales con otras personas. Para ello, apostaron por tener un local donde pudieran hablar, jugar, cambiar impresiones, con la participación de pequeños y mayores. Creyeron, además, adecuado potenciar clases, talleres, cursos..., por ejemplo talleres de memoria, neurología, primeros auxilios, pintura, uso de ordenadores y móviles, cocina, bolillos o baile.

Proyecto comunitario

Una vez realizado este análisis, se plantearon dos líneas de actuación:

1) Priorizar actuaciones que los jubilados pudieran abordar de una forma participativa y sencilla, centrándose en los problemas y las necesidades detectados, y en aquellas que resultaran más fáciles de llevar a la práctica.


2) Buscar financiación para poner en marcha un proyecto que abordara dichas necesidades.

Así, se están llevando a cabo dos proyectos:

- Proyecto de Atención Integral a las personas mayores.
- Proyecto de Actividades de personas mayores.

El compromiso social es el aspecto más importante de los proyectos, ya que son los clubes de jubilados los responsables. Los miembros de las juntas directivas son quienes voluntariamente ponen en marcha los programas, buscando fomentar sobre todo el apoyo social, que la relación social sea una base de mejora personal frente a los problemas de soledad, falta de compañía y situaciones o peligro de abandono.

Para una mayor ampliación del tema se puede consultar 'Trabajo social comunitario: La perspectiva de la tercera Edad en la Ribera de Navarra' (Pablo Bretos Peralta)



_Para una mayor ampliación del tema se puede consultar 'Trabajo social comunitario: La perspectiva de la tercera Edad en la Ribera de Navarra' (Pablo Bretos Peralta)

Analgesia en el anciano

"Divinum opus est sedare dolorem"

("Calmar el dolor es una obra divina", aforismo atribuido a Hipócrates)

1. Introducción

El dolor es el síntoma más temido por un paciente, a veces más que la misma muerte. Tiene una elevada prevalencia en la población anciana, que además sufre un mayor deterioro; asimismo posee mayores limitaciones y menos recursos. Se trata de una población con pluripatología, polifarmacia, mayor incidencia de efectos secundarios de los fármacos, interacciones de los mismos, tendencia a la automedicación, farmacodinamia y farmacocinética también diferentes.

Ante un paciente anciano la presencia de dolor es lo primero a valorar, seguido del estado de ánimo y la repercusión funcional del mismo. La valoración del dolor en la anamnesis puede hacerse siguiendo el acrónimo ALLICIA (aparición, localización, intensidad, carácter, irradiación y alivio) o el acrónimo PQRST provoca, "qualidad" o carácter, radiación, severidad, temporalidad). Por lo general el uso de la escala visual analógica (EVA) puede ser suficiente, aunque resultará imposible en los pacientes con demencia, en quienes habrá que valorar la expresión facial y datos de la exploración como, frecuencia cardíaca y respiratoria, ritmo deposicional, aparición de un síndrome confusional agudo.

Los ensayos clínicos específicos de analgesia en la población anciana son escasos, por lo general se han extrapolado los datos de otros grupos poblacionales y pacientes oncológicos.

Además, el síntoma dolor puede verse muy condicionado por circunstancias específicas de los ancianos como son las pérdidas (cónyuge, amigos, trabajo, aficiones y capacidades, dependencia física o económica), generalmente acentúan la percepción del mismo. El dolor se asocia con frecuencia a depresión, insomnio y anorexia o hiperorexia.

2. Recomendaciones (modificadas por el autor) clave de la Sociedad Americana de Geriátrica en el manejo del dolor

- El dolor es una parte importante de la valoración integral del paciente anciano, así como la cuantificación del mismo tras una terapia adecuada.
- Los AINEs deben emplearse con precaución (si se usan en absoluto, posiblemente exceptuando el metamizol) dada la frecuente posibilidad de efectos adversos los ancianos.
- El paracetamol es el fármaco de elección para el control del dolor músculo-esquelético de intensidad leve-moderada.
- Si el dolor se considera (o se vivencia) entre moderado e intenso se intentará controlar con opiáceos; las instituciones sanitarias deben facilitar el acceso del anciano con dolor a una analgesia opioide eficaz

- La analgesia no opioide puede ser eficaz para sujetos con dolor neuropático y otras modalidades de dolor crónico.
 - Las estrategias no farmacológicas aisladas o en combinación son una parte integral en los planes de cuidados.
 - Cuando los intentos de control del dolor fracasan, se debe ofertar la posibilidad de una valoración multidisciplinar (considero los opioides potentes como la "prueba del algodón": si no hay respuesta a los mismos a dosis altas, posiblemente no estaban indicados o hay factores extraorgánicos para el dolor).
3. Actitud terapéutica general en el paciente anciano
- estimar aunque sea de forma aproximada (ecuación de Cockcroft Gault) el aclaramiento de creatinina antes de comenzar un tto.
 - no rechazar "a priori" ninguna opción terapéutica en función exclusiva de la edad, incluyendo la cirugía y tras valorar el riesgo/beneficio
 - cumplir la regla "primum non nocere", más si cabe en la población anciana
 - utilizar una ANALGESIA AMBICIOSA (a dosis plenas tolerables sin provocar efectos secundarios), PAUTADA (nunca "a demanda" o "si precisa") y AJUSTADA INDIVIDUALMENTE A CADA PACIENTE (el proceso de "tailoring" en inglés, "hacerle un traje" a la medida a cada paciente, dada la heterogeneidad de la población anciana), junto con un SEGUIMIENTO ESTRECHO de cumplimiento, efectos secundarios y respuesta al tto.
 - Para facilitar el CUMPLIMIENTO, proporcionar instrucciones claras y precisas al paciente o cuidadores, en terminología y expresión escrita legible, si es posible en fármacos monodosis.
- Ajuste de dosis frecuente en función de la respuesta, iniciando con dosis pequeñas (sobre todo los opioides)
 - Antes de cambiar, revalorar cumplimiento, dosis y efectos secundarios, así como la adecuación inicial de la prescripción (¿era el fármaco más adecuado para este paciente con este dolor?)
4. Aspectos básicos en el uso de la analgesia en el anciano
- intentar tto. etiológico del dolor, o al menos fisiopatológico (es decir, no utilizar AINEs en la artrosis en tanto no hay fenómenos inflamatorios sino en las exacerbaciones)
 - valorar medidas no farmacológicas (cirugía, fisioterapia incluyendo el uso de TENS, psicoterapia, "cariñoterapia": a veces escuchar y cuidar es el mejor analgésico)
 - utilizar la vía de administración menos invasiva, preferentemente la oral o transdérmica
 - utilizar formulaciones de acción rápida para el dolor agudo o incidental, utilizando las de liberación retardada para el crónico
 - individualizar la dosis y pautarla en cronología precisa, dejando siempre analgesia de rescate para el dolor incidental o episódico
 - escoger el fármaco adecuado y con menos efectos secundarios e interacciones (paracetamol o metamizol+/ opiáceos como tramadol o codeína para el dolor moderado, opiáceos potentes para el severo, evitando por lo general los AINEs salvo en momentos puntuales, de rescate o si la fisiopatología del dolor lo indica: traumatismos, procesos inflamatorios agudos, postoperatorio, metástasis óseas)
 - nunca utilizar los AINEs (salvo el metamizol, una pirazolona) a menos que sean imprescindibles; nunca más de uno a la vez y por



el periodo más corto posible, previo cálculo del aclaramiento de creatinina y con seguimiento estrecho de la TA, función renal y estatus hemodinámico y cardiovascular (empeoramiento de cuadros de fallo cardiaco). En caso de utilizar vía parenteral: ketorolaco, dexketoprofeno; en caso de VO: ibuprofeno, meloxicam, selectivos (celecoxib), nabumetona.

- utilizar los opioides en el dolor moderado severo, especialmente si es nociceptivo en su origen (ver más abajo), en formas de acción prolongada si es crónico o rápida si es episódico, en cuyo caso se ajustará a cada paciente en vez de una pauta horaria preestablecida (sulfato de morfina vo o cloruro mórfico parenteral, fentanilo parenteral o transmucosa oral).
- no es útil mezclar los opioides débiles (codeína, tramadol) con los potentes, ni los poten-

tes entre sí (salvo como medicación de rescate), ni los AINEs entre sí.

- informar a pacientes y familiares, consensuando en lo posible la aproximación terapéutica: el uso de mórficos no es el heraldo de la muerte, ni la acelera, etc.
- anticipar y corregir los efectos secundarios con fármacos adecuados (hidratación adecuada, laxantes osmóticos y antieméticos al inicio del tto opioide, gastroprotectores si AINEs).
- VALORAR EL USO DE COADYUVANTES según el tipo de dolor (sobre todo en el neuropático).

5. Opiodes y edad avanzada

- comenzar lento y continuar despacio, iniciando a dosis menores de las habituales (hidromorfona 2 mg/d, cloruro mórfico 5-10 mg/4 6h, sulfato de morfina 10 mg cada 4-6h, MST 10 mg cada 12h, meperidina 50 mg/4h, codeína 30 mg/4h, tramadol 25-50 mg/6h, fentanilo transdérmico 12-25 microgrs/72h, buprenorfina 35 microgrs/72h -ojo, nunca mezclar la buprenorfina con ningún otro opioide, dado que es un agonista parcial y en presencia de un agonista puro de los receptores como todos los otros puede antagonizar el efecto).
- establecer pautas regulares de tto según la vida media de cada fármaco, dejando dosis de rescate.
- vía de administración cómoda (oral, transdérmica, transmucosa).
- dosis mínima eficaz (desaparición del dolor y estado de bienestar del paciente) con aumentos de forma paulatina, recordando que los opioides no tienen techo de dosis

"Cuando un enfermo se queja es que algo le duele" (D. Santiago Ramón y Cajal)

- valorar respuesta y efectos secundarios de forma frecuente
6. Dosis de los principales analgésicos (comenzando con las dosis de inicio)
- PARACETAMOL: 1 g/4-6h (dosis máxima 6 g/d; asociado a codeína o a tramadol a dosis fijas o variables, según el fármaco; vo o parenteral)
 - METAMIZOL: 500 mg a 2 g/8h (vo o parenteral)
 - Ketorolaco: 1 amp o 10 mg/8h (vo o parenteral)
 - Dexketoprofeno: 50 mg/8h (parenteral u oral)
 - Ibuprofeno: 400-600 mg/8h (vo)
 - Meloxicam: 15 mg/24h (vo)
 - Nabumetona: 2 g/24h (vo)
 - Celecoxib: 100 mg/12 24h (vo)
 - AINEs tópicos: eficacia moderada
 - Sulfato de morfina: 10 mg en adelante cada 4h, sin techo (vo)
 - Cloruro mórfico: 5 mg en adelante cada 4h, sin techo (parenteral)
 - MST: 10 mg/12h, sin techo (vo) (cuando se comienza MST, las primeras 48h dejar dosis de rescate de sulfato de morfina, hasta lograr niveles eficaces, lo mismo con el fentanilo o utilizar fentanilo transmucoso hasta alcanzar niveles)
 - Codeína: 30 mg/4h, sin techo (vo)
 - Tramadol: 25 mg/6h, sin techo (vo, por lo general bien tolerada por liberación osmótica, presentación "push pull")
 - Meperidina: 50 mg/4h, sin techo (solo vía parenteral)
 - Hidromorfona: 2 mg/24h, sin techo (vo)
 - Fentanilo: transdérmico: 12.5 microgrs/72h, sin techo; transmucosa oral: en presentaciones de 200 a 1.600 microgrs por dosis, el paciente lo consume en menos de 15 minutos y a los 15 minutos valorar si es necesaria una 2ª dosis, en cuyo caso puede repetirse. Titular la dosis como tto del dolor irruptivo, máximo 4 unidades al día; parenteral: 1 amp/4-6h.
 - Buprenorfina: 35 microgrs/72h, techo según efectos secundarios, puede antagonizar el efecto de los otros opioides. No requiere receta de estupefacientes, lo cual es cómodo para prescribir, pero yo no lo utilizo apenas: si hay que usar un opioide potente no es el de primera elección en mi opinión.
7. COADYUVANTES sobre todo en el dolor neuropático, así como para tratar el insomnio, depresión y ansiedad que acompañan al dolor crónico.
- Antidepresivos: Amitriptilina (25-75 mg/d; imipramina 25-75 mg/d; duloxetina: 60 mg/d; venlafaxina: 75 mg/d).
 - Antiepilépticos: clonazepam (1-5 gotas/8h; gabapentina: 600-1.800 mg/d; pregabalina: 150-600 mg/d; topiramato: 50-400 mg/d carbamazepina: 200-1.200 mg/24h; oxcarbazepina: 300-2.400 mg/d)
 - Relajantes musculares: baclofeno (20-75 mg/d)
 - Gel de capsaicina: una aplicación/8h (concentraciones de 0.025 a 0.075%)
 - Bifosfonatos y calcitonina (nasal, sc): manejo del dolor óseo: clodronato (vo, iv), pamidronato (iv), ácido zoledrónico (iv)

- Neurolépticos: Levopromazina (vo, parenteral)
- Glucocorticoides sistémicos: prednisona (vo, normalmente 1 mg/kg), metilprednisolona. Disminución gradual de dosis hasta mínima eficaz, numerosos efectos secundarios.
- Anestésicos locales: lidocaína, mexiletina

8. Abordaje no farmacológico del dolor en el anciano

- Medidas generales y ambientales: organizar el espacio físico, horarios, visitas, dieta, actividades, psicoterapia y "cariñoterapia", atención espiritual y social
- Medios físicos: reposo, crioterapia, termoterapia, electroterapia, TENS, magnetoterapia, laser, masoterapia, hidroterapia, cinesiterapia, ayudas técnicas (bastones, ortesis férulas)
- Métodos invasivos-técnicas neuroquirúrgicas (escapan al escopo de este artículo)
- Métodos en pacientes oncológicos: radioterapia

9. Bibliografía

Ribera Casado JM et al. Guía práctica para el manejo del dolor en el Anciano. Ergon 2005, Madrid. Omoigui S. The pain drugs handbook. Mosby Year book 1995, St. Louis. Gálvez Mateos R. Guía de dolor intrahospitalaria 2007. Abadia group 2007, Granada. Blanco Tarrío E et al. Dolor en atención primaria: programa de formación continuada. Science Tools 2008.

Dr. Ángel García Forcada
Especialista en Medicina Interna
Servicio de Medicina Interna, Hospital Nacional de Parapléjicos
Finca La Peraleda s/n, 45017 Toledo
agf2513@hotmail.com

Como en aquella serie de televisión

Por Carlota Delgado (seudónimo)

Cuando murió mi marido –que Dios tenga en su Gloria- sentí por un lado un dolor insoportable, fruto de cuarenta años de matrimonio, y por otro, una vez transcurridos los primeros meses de viudedad, una sensación inconfesable de liberación. No me interpreten mal; siempre quise a mi marido, le respeté y le atendí, en la salud y en la enfermedad, como le había prometido el día de nuestra boda. Y él, a su manera, me correspondió. Pero mi esposo era un hombre de los de antes, de los que esperan que su mujer sea devota, buena cocinera y ama de casa, mientras él sale de vinos con la cuadrilla. Del tiempo que me dedicaba, no faltaba el paseo del domingo, con el transistor pegado a la oreja para escuchar el fútbol, y las vacaciones de verano, un año tras otro, en el mismo pueblecito de Castilla donde apenas si teníamos una casucha y un terrenillo en el que plantábamos las sillas de campo y la mesa plegable para la timba nocturna. Así que cuando falleció, y me atreví a volar fuera del nido, como un pajarillo que se queda huérfano y se ve obligado a buscar él sólo alimento, pude comprobar que me quedaban muchas cosas por hacer.

La vejez es la etapa más extraña de la vida; o al menos, la que genera más sentimientos contrapuestos. Llega sin darte cuenta. Después de unos años de preocupaciones, de repente un día, te das cuenta de que los hijos son mayores y tienen su vida hecha y entonces, cuando dejas de preocuparte por ellos, tienes nietos y otra vez preocupada por la varicela, las caídas y los catarros. Por un lado, el mundo se te cae encima cuando cada mañana sientes pinchazos en todas las articulacio-

nes, y por otro lado, das gracias por seguir viviendo a pesar del reuma. Quieres ocuparte de los nietos y ayudar a tus hijos en sus terribles horarios laborales, pero estás cansada y te gustaría pasar la tarde tomando un café y hablando un poco con las vecinas. Quieres ser necesaria pero también quieres que simplemente te hagan compañía.

En esas meditaciones andaba yo a los pocos meses de la muerte de mi esposo: decidiendo si había llegado al final de una vida o al principio de una nueva, cuando encontré de nuevo la ilusión. Mi revelación llegó de la mano de Jacinta. Ella también enviudó hace algunos años y durante semanas sólo salía de casa para ir al súper y a misa. Fue su hija la que decidió poner fin a aquella situación y le obligó a montarse en un autobús del Inerser con destino a Torremolinos, bajo la amenaza de no dejarle ver nunca más a sus nietos si se negaba. Cuenta Jacinta que durante todo el viaje fue apretándose la cartera, donde viajaba la foto



de su difunto esposo, contra el pecho y aguantando las ganas de llorar; pero al entrar en el hall del hotel, la foto de su Manolo y las ganas de llorar se evaporaron entre el bullicio, el trajín de maletas y las caras sonrientes de un montón de abuelos que le hablaban como si la conocieran de toda la vida. Esa fue la primera vez que visitó Torremolinos. Después vinieron Alicante, Cullera, Gandía, Marbella y otras ciudades costeras, además de los baños de Fitero, la talasoterapia y los cursillos de sevillanas.

A Jacinta le costó lo suyo convencerme, pero al final, un poco por quitármela de encima y otro poco porque ya me había metido el gusanillo, acabé montándome con ella en un autobús para la playa. Nunca me había reído tanto como en aquel viaje, ni bailado, ni jugado al bingo, ni trasnochado. Volvimos de la playa con la pensión en números rojos, la tensión disparada y las ganas de vivir desbordadas. Habíamos intimado con otras dos viudas y las cuatro volvíamos en el autobús hablando sin parar, riéndonos y haciendo planes para el próximo viaje. Y en plena verborrea desaforada a una de nosotras se le ocurrió la idea.

"¿Por qué no vivimos juntas?". De primeras, la idea nos pareció divertida pero las cuatro teníamos que salvar el obstáculo de los recuerdos y del qué dirán, así que durante varias tardes de brisca seguimos dándole vueltas al asunto. Hasta que nos decidimos. Elegir en qué piso íbamos a vivir, repartirnos los gastos y organizar las habitaciones y los armarios fue —a pesar de los pesares— la parte más sencilla; lo realmente difícil fue decírselo a la familia.

A veces, las decisiones más difíciles son también las más sencillas. No había nada de malo en probar la aventura de compartir piso, como si fuéramos unas universitarias en su primera estancia fuera de casa. Si salía bien, perfecto, y si no, cada una a su casa y Dios a la de todas. Pero en una ciudad pequeña y conservadora como ésta, donde todo el mundo se conoce, que cuatro abuelas hagan algo fuera de lo convencional... da mucho que hablar. Y además, están los hijos: ¡Los hijos!... ¡Qué dirán los hijos!

Como me esperaba, mi hijo se echó las manos a la cabeza y me preguntó si estaba loca; que qué pintaba yo con tres ancianas, que cómo nos íbamos a apañar, que qué iban a decir mis hermanos y que por qué no contrataba a una chica sudamericana —como hacía todo el mundo— para que me hiciese compañía. Mi nuera me animó, con evidente cara de alivio porque ya me imaginaba metida en su casa; y mis nietos me preguntaron que si les podía dejar mi piso para invitar a unos amigos en San Fermín. Y yo, como una chiquilla que acabara de cumplir la mayoría de edad, les contesté —en riguroso orden— que era mi vida y que tenía derecho a hacer lo que me viniera en gana, que gracias por sus sinceros ánimos y que no, que si querían traer a sus amigos, los metieran en casa de sus padres.



Al cabo de un mes, y con nueve hijos en total –unos enfadados, otros contentos y algunos simplemente sorprendidos- las ‘chicas de oro’ compartían un piso de tres habitaciones en el centro. Lucía y yo en un cuarto y Jacinta y Elvira en otro. Y aún nos sobraba una habitación –como solía decir Lucía con sonrisa picarona- para cuando tuviéramos ‘invitados’.

Sí, sí, las “chicas de oro”. Así nos bautizó mi sobrino, por el título de una serie de televisión que ponían en los ochenta; una comedia sobre cuatro mujeres “maduritas” que vivían juntas en una ciudad de Estados Unidos.

Lo pasamos de maravilla viviendo juntas, nos reíamos, discutíamos, íbamos juntas a misa y nos quedábamos hasta las tantas viendo al Cantizano, y jugando a las cartas. La convivencia resultó más sencilla de lo que todas esperábamos, quizá porque el paso de los años te hace ver las manías de los demás de una manera más liviana o simplemente porque en el fondo todas éramos conscientes de que llegaría un día –desgraciadamente, no muy lejano- en el que no podríamos seguir disfrutando de esa vida tan independiente. Así que, sin decir en voz alta lo que todas pensábamos en nuestro fuero interno, dedicamos el tiempo que pudimos a salir, disfrutar de la vida y por qué no, también a coquetear. Doy gracias a Dios porque me ha tocado envejecer en una época en la que no se acaba la vida tras la jubilación o la viudedad. Doy gracias a Dios porque las mujeres mayores nos arreglamos y salimos y viajamos, porque tenemos la oportunidad de elegir, de cuidar a los nietos si queremos o de apuntarnos a cursos del Ayuntamiento de introducción al internet. La vida no se acaba a los sesenta y cinco, ni a los setenta, ni siquiera a los ochenta.

Pero, no todo iban a ser alegrías.

Un martes, hace exactamente cuatro meses y seis días, nos juntamos en la cocina para desayunar; pero, Lucía no estaba. No nos extrañamos al principio, porque era la más

remolona a la hora de levantarse y la noche anterior habíamos estado viendo Ben-Hur en la tele hasta muy tarde. Cuando ya teníamos el café listo y las magdalenas y las galletas sin azúcar, nos fuimos a su habitación para sacarla de la cama... pero no pudimos despertarla. Dormía como un angelito. Yo me senté al borde de su cama y le coloqué bien el pelo que le caía sobre los ojos cerrados, mientras Jacinta llamaba al 112.

Infarto cerebral.

Lo último que dijo antes de irse a la cama fue “¡Ay! ¡Ya no hay hombres como Charlton Heston”. No es una mala forma de morir, desde luego.

Si quieren que les diga la verdad, apenas lloremos. Y pensándolo fríamente, todas envidiábamos la forma en que se había ido, sin sufrir y seguro que soñando con Judá Ben-Hur o con el romano Mesala. Pero la muerte, que había sido tan benévola con Lucía, es una visita caprichosa que te sorprende cuando y como le viene en gana; así que aguantaremos con lo que Dios nos traiga, y mientras la salud lo permita, seguiremos viviendo y disfrutando de la vida desde este maravilloso regalo que es la madurez. Eso sí, aunque no lloremos mucho el día de su entierro, no la olvidamos ni un solo día y la foto de Lucía, nuestra “Blanche” a la española, nos acompaña y nos sonrío –con su sonrisa picarona- desde el mueble del salón.

Por cierto, si son tan amables, pueden correr la voz: alquilamos una cama a cualquier mujer mayorcita con ganas de pasarlo bien. No nos importa que tenga artrosis, ni reuma, ni la tensión por las nubes; sólo buscamos a alguien que reconozca y quiera aprovechar las oportunidades que nos brinda la vida en estos años –a pesar de los dolores de huesos y de los destemples-. Pero, lo siento, no admitimos caballeros... no somos tan modernas.

F I N

La centenaria

Por Dolores Albero Gil

Todos tenemos un sueño -dicen. Y el de Balbina Olloqui había sido, desde temprana edad, alcanzar los cien años. “¿Para qué? – se le burlaban sus amigas-, ¿para estar hecha un guiñapo? Déjate de aspirar a verte fea e inservible y sueña otra cosa”. Pero a Balbina, amante de la vida pese a los muchos contratiempos, nunca se le ocurría nada más deseable que seguir viviendo. Además, estaba persuadida de que, aunque llegara a centenaria, no asistiría a la desgracia de verse fea ni inservible. Siempre fue una buena moza, de rasgos regulares y cuerpo juncal, algo que le venía por genética, además del duro trabajo en el campo, donde practicaba abdominales sin necesidad de apuntarse a un gimnasio, que seguramente ni existía (al menos para las mujeres). El gimnasio de su época fue el mismo que el de esas negritas que hoy vemos por televisión, con sus hijos amarrados a la espalda, al tiempo que azotan, cavan, surcan -nadie sabe con qué energía- las tierras yermas de su maltrecho continente. Nos quedamos sin palabras por la indignación, nos escalofriamos, sin detenernos a pensar que, a principios del siglo veinte, cuando nuestros abuelos despuntaban a la vida, su situación no era tan distinta. Niños y niñas forjados en el crisol del más duro e inhumano trabajo. Balbina podría contarle, podría dejarnos atónitos. Pero, sin embargo, prefiere referirse a otras cosas, a todos los momentos grandes que su dilatado devenir acumula: ella es lo que podríamos calificar como una “señora optimista”. Señora, que no anciana. Esta última palabra la detesta Balbina, de tal modo que hasta nos reprendería si así la catalogásemos. ¡Ni hablar!

Su noviazgo con Miguel Izu es el acontecimiento que primero gusta recordar, desde el momento en que éste le colocara el llamado árbol de San Juan delante de su casa. Este gesto de la tradición supuso un encendido piropro (se elegía a la chica más guapa del barrio) y una petición de mano, que ella aceptó entusiasmada.

Miguel, que era bien parecido, refinado, alto (aunque no tanto como aquel “mayo” plantado) y de una exquisita educación y honradez, le confió antes de casarse un secreto que le conturbaba, y era que había pisado, sin querer, el ladrillo de la iglesia de San Nicolás, lo cual podría acarrearles problemas. Balbina no entendió, porque desconocía la leyenda, pero él se la hizo saber: en un suelo, entablillado en su totalidad como aquél, quien pisase el único ladrillo existente -entonces-, en caso de ser mujer encontraría marido y, en caso de ser hombre... sería muy prolífico. Balbina se echó a reír y aceptó con más gusto. El caso es que tuvieron doce hijos.

Eran tiempos de guerra, de posguerra, tiempos infaustos. Uno de sus pequeños murió de tos ferina y otro ahogado en la alberca, mientras ella, sabiéndolo dormido, hacía la colada en la orilla opuesta. Sólo entonces deseó ir tras sus angelitos arrebatados, pero la realidad se imponía al dolor y eran más los que le quedaban que los que se le habían ido y todavía los que le quedaban por venir. Se volcó en ellos, vivió para ellos y, un buen día, se encontró con diez hijos como diez soles, que decidían con resolución su futuro. Cinco optaron por la vida religiosa, tres por el casamiento y

dos por la soltería, y a todos los respetaron por igual, sin preferencias, no en vano eran su orgullo, su mejor obra.

Miguel, cuyo principal deseo no consistía en llegar a centenario, anhelaba íntimamente otro: visitar a los hijos desperdigados por el mundo en sus misiones evangélicas, comprobar in situ si eran felices, si vivían con el confort que ellos aseguraban tener cuando se les inquiría. Sobrevolaba un halo de sospecha sobre sus pretendidas sonrisas al mentar este asunto.

- Vosotros tranquilos, padre –decía Fermín-. Allí hay mucha pobreza, pero los misioneros estamos bien, tenemos nuestra casa parroquial y la gente nos quiere tanto... ¡tanto!

Eso sí que era verdad. Pudieron constatarlo el día en que Balbina y Miguel -sobrepasando sus ochenta años- llegaron a El Atrato (Chocó), en Colombia, una de las zonas más afectadas por la violencia guerrillera, paramilitar y de narcotraficantes. Allí la pobreza era infame, las condiciones de vida y seguridad pendían de un peligroso hilo, pero unos y otros adoraban a Fermín, el hijo mayor de Balbina y Miguel, a quien consideraban un santo y decían deberle "todo". Al conocer a sus padres, el vecindario en pleno quiso agasajarles con guisos de yuca, tortas de maíz, postres de ananás, mangos, aguacates y chirimoyas. El aderezo principal venía a ser el cariño con que se lo ofertaban. "Para los papás del santo –sonreían-, diositos ellos, porque tienen varios hijos santos...". Y Balbina y Miguel les miraban perplejos, sin saber qué decir, un poco azorados de que una sucesión de personas desconocidas les colocasen en un pedestal que no creían merecer, porque su único mérito consistía en haberlos traído al mundo y haberles transmitido un sincero amor a Dios y a los hombres. Por ello no eran dioses. Nada más que humanos, con sus virtudes y defectos y una inevitable pena de saber a cinco de sus diez hijos tan en otros mundos y tan distantes

de ellos. Era un sentimiento ambivalente, en el que el regocijo rivalizaba con el dolor. Pero, después de haber llorado en su silencio por esa obligada separación, al ser conscientes de lo que ello suponía, Balbina y Miguel regresaron a Navarra pletóricos y todavía más jóvenes que antes de tomar el vuelo.

- Ahora es cuando te digo que tenemos que llegar a los cien –le retaba al marido-. Hay mucho que trabajar, si se quiere. Ellos allí, y nosotros aquí... la cuestión radica en que todos podemos arrimar el hombro para hacer un mundo más digno.

Así, aunque no disponían de capital con que poner en marcha un gran proyecto de ayuda para las comunidades que tanto les habían impactado, en lo que no escatimaron fue en energías, y mientras Balbina optaba por tejer jerseys y confeccionar ropa, Miguel pensó en fabricar juguetes de madera, cochecitos, trenes, camiones, casas de muñecas..., que acababa pintando primorosamente en colores vivos, según el gusto de los niños de cualquier lugar del planeta. Había oído una vez a un psicólogo la importancia que tenía el juego en la infancia, y pensó en la suya, obligándose a aceptar que apenas había jugado, porque con seis años ya ayudaba en las tareas del campo. Se consoló evocando a sus hijos con más ocio y más juguetes. Y luego del viaje a Colombia se prometió endulzar la vida de aquellos niños en cuyo espejo vio su propia injusticia. Así, estas actividades se convirtieron en el eje de sus existencias (y de buena parte del barrio, que se apuntaron a colaborar), especialmente cuando sus hijos les hacían saber el entusiasmo con que era recibido el producto de tanto trabajo y las muchas necesidades que saciaban. Sí, éste era el eje. O el lubricante que mantenía a raya su salud mental, sus destrezas manuales, nunca interrumpidas, su equilibrio perfecto entre el cuerpo y el alma. Porque el aspecto físico no lo descuidaban, no. Conscientes de los riesgos del sedentarismo, por ejemplo, caminaban al día

dos horas, una por la mañana y otra por la tarde. Asimismo, cuidaban su alimentación y seguían con minuciosidad las recomendaciones de su médico de cabecera, otro "santo" a su percepción, como lo fue el doctor Belzunegui, preocupado por los ancianos como nunca se había preocupado nadie, un ángel benefactor. A su vez, éste se maravillaba de estar en contacto con dos personas que sólo sumaban años, no patologías. El matrimonio Izu-Olloqui suponía el paradigma de la mejor ciencia.

- Claro que estoy joven –aceptó Balbina con su enérgico carácter-. ¿Y sabe por qué? Porque nunca quise ser vieja, y luché por ello, claro, bien que me he cuidado de no caer en vicios, de llevar una vida metódica. Así que yo de anciana... nada. Sólo soy abuela, y porque tengo nietos, que si no... ¡para rato le iba a consentir a nadie que me llamara abuela!

Los nietos eran otro de sus grandes orgullos, y los bisnietos. A unos y a otros les había adorado, pero según se hacían adultos y vivían a su manera... la cosa se complicaba para la estricta percepción de Balbina. No dejaban de ser buenas personas, pero ya eran

generaciones capaces de vivir al margen de lo religioso, y eso la entristecía. Era lo que más entristecía a Balbina Olloqui.

- Que son otros tiempos, abuela... –le decían cantarínamente, entre carantoñas.

- No hay tiempos que valgan para olvidarse de dar culto a Dios. Lo vais a pagar caro, caro – replicaba, con energía y tristeza, que era algo que últimamente la embargaba, desde el fallecimiento de Miguel, hacía tres años, a punto de cumplir los noventa y ocho.

- Y con todos sus dientes –matizaba la esposa-, que sólo un poquito sordo estaba, ni cojo ni nada. Guapo, guapísimo. Pobrecico mío –se lamentaba, besando su fotografía-, se me quedó a las puertas de los cien. A ver si me pasa a mí lo mismo...

Su bisnieto que la oyó, intervino:

- ¿Cómo te va a pasar lo mismo, si los cumplas mañana?

- Ah, no importa. De un momento a otro, dejamos de estar aquí, por eso os digo que no vais preparados...

- ¡Venga, venga! –se rieron todos, y Pablo añadió: La que tienes que prepararte eres tú para el discursillo que tendrás que dar a las autoridades, a los periodistas. A ver, ¿qué les dirás?

Balbina se emocionó. ¿Qué les diría? Seguro que le preguntarían lo que le preguntaban todos: que qué había hecho para llegar a centenaria, tan guapa –que lo estaba-, tan increíblemente lúcida –recordaba largos poemas a la Virgen de sus remotos días en el colegio, incluso la memoria reciente le funcionaba mejor que a los jóvenes, siempre distraídos en no sé qué-, tan válida aún, que incluso había ido por su propio pie a la peluquería y a comprar un traje digno del evento, apoyada del brazo de su hija Teresa, con quien vivía.

Se miraba en el espejo y no se lo creía. "Cien años, que se dice pronto, y el caso es que han volado, que no me he enterado de cómo han venido a mí..., igual porque han llegado leves, suaves, amables... –volvía a mirarse, casi con rubor, porque su apariencia no era la del "guiñapo" que pronosticaban sus viejas amigas, todas desaparecidas, sino la de una señora venerable, atractiva aún, como un icono virtuoso. Y sus ojos, que ni siquiera precisaban gafas, se perlaron de lágrimas al recordar la opinión de su hijo Javier al respecto:

- ¿Sabes, mamá? A Miguel Ángel, cuando talló "La Piedad", le preguntaron por qué había esculpido el rostro de la Madre tan joven como el del Hijo, y no tuvo mejor idea que decir: "Las personas enamoradas de Dios no envejecen nunca". A ti te pasa eso.

Y Balbina nunca olvidaría ya esas palabras ciertas, esas palabras que resumen su larga vida de amor, de entrega constante y diaria, no sólo a los suyos, sino a todos sus semejantes, porque para ella en eso consiste estar enamorada de Dios, no en otra cosa.

- ¿Que qué les diré? –retoma el interrogante de su bisnieto Pablo-. Pues que la tierra cuenta, y Navarra cría hijos fuertes... ¿Mis recetas? Amar mucho. Poco plato y mucho zapato. Trabajar incansable, y gratis. Rezar con el alma conectada al cielo, con verdadera fe y demostrarlo en hechos, cultivar flores, no odios, sentir la conciencia en paz. Querer vivir, alentar ese deseo como se alimenta a un hijo. Leer, aunque sólo sea el periódico, estar informada, con la mente alerta. No enchufar ese endemoniado trasto –señala la televisión-. Dar paseos, gozar de la naturaleza, disfrutar del instante. Y sobre todo, contar con amigos, con una familia feliz, unida, volcada en el débil, no en el dinero, que por eso nunca nos habéis abandonado. ¿Creéis que no influye saber que te aman, que no te quieren apartar porque vayas cumpliendo años, que no te consideren un estorbo? Hemos estado en contacto tres y cuatro generaciones, y ello enriquece, porque al viejo le rejuvenece ese trato y al niño le hace madurar. Gracias, hijos, gracias por vuestro cariño. Sí, eso les diré, eso es lo único que puedo decir... ¡Ay! –suspira con inquietud-, esta noche me da miedo dormirme. ¿Y si no despertara, como le pasó al pobre Miguel? ¿Y si me quedara sin mis cien años a falta de un día? No, no, los cumpliré, los cumpliré... tengo que cumplirlos. ¡Ése es mi sueño, mi dorado sueño!

SEUDÓNIMO: CICERÓN

“Regreso a casa”

Por Juany Villaplana Merino

Estoy cansado de mi largo viaje, alicaído por la fatiga cierro los ojos e intento dormir. Un descanso hará que mis ojos contemplen mejor el paisaje de este memorable retorno. El tren para en otra estación, quizá él igualmente necesite descansar. Por un instante se alivian mis miedos, tengo tantas dudas, tantos vacíos, tantas preguntas, que necesitaría otra vida para acumular sus necesarias respuestas. El fragor del tren al emprender de nuevo el camino despierta mi mente de su breve sueño. Miro con curiosidad por la ventanilla y atisbo un paisaje que me hace recordar hacia dónde camino. La nieve me obsequia con una bella estampa, una dulce viñeta que pudiera salir de cualquier cuento de Navidad. La nevisca me ocasiona una sensación de frío y recurro a mi equipaje para coger ropa de abrigo. Dedico unos minutos a contemplar el contenido de la maleta, enseres que me pertenecen, bártulos que me han acompañado en mi largo viaje y que son conocedores de mi existencia. Posiblemente ellos perciben mejor el camino de regreso que yo. Necesito reconciliarme con el único compañero que me custodia en este regreso, mi pasado, amigo cómplice que guarda todos mis secretos.

El tiempo se ha amistado con el tren y ambos caminan muy despacio, cierro los ojos de nuevo e intento descansar. Cabeceo con el vaivén, me dejo transportar y consigo que mi cuerpo parezca un fragmento más del convoy. La memoria me trae imágenes, recuerdos, ella retorna a mi cabeza y resucita mi pasado.

- ¡Qué asustado me encuentro yo ahora!

Cuántas horas se han sucedido, cuántos minutos, cuántos segundos. Quién sabe si fue

un solo instante o si transcurrió toda una vida. Pero de nuevo ella está ahí, parada en el andén, busca entre los pasajeros, me busca a mí, es mi madre. Como si no hubiera transcurrido el tiempo ella me espera. En otra época se despidió de mí con lágrimas en los ojos, de la misma forma me acoge en mi retorno a casa. Lloro y me siento culpable de su dolor. Mis piernas tiemblan, quiero correr y abrazarla, devolverle todos los besos que le guardé estos años, pero el miedo y la vergüenza frenan mis pasos y hacen que camine despacio. En otro tiempo fue el orgullo quien me hizo correr sin mirar atrás.

- ¡Qué pedante!

El dolor se refleja en sus ojos, el cansancio en su piel, pero abre sus brazos y puedo apoyarme de nuevo sobre el bastión de mi niñez. No hace reproches, una única pregunta sale de su boca.

-¿Estás bien?

Como si lo importante en ese momento fuera la respuesta a esa pregunta. Un nítido sí, sale de mi boca. Ahora soy yo el que llora, y hago la pregunta que duele desde que comenzó este viaje.

-¿Papá?

La noticia me había llegado en el trascurso de uno de mis desplazamientos por trabajo.

-Tu padre se está muriendo.

Ese hombre fuerte y orgulloso se estaba apagando. En ese momento toda mi vida tornó de nuevo a mi cabeza y recordé cada día que él estuvo a mi lado sin exigir nada. Sus gritos de ánimo cuando jugaba al fútbol o lo orgulloso que estaba el día que me licencié. Yo era el primero de la familia que obtendría un título universitario y eso subsanaba todos sus sacrificios y horas extras. Por eso no podía entender lo que estaba sucediendo. Toda su existencia la había dedicado a luchar por mis sueños, mis deseos eran su primer objetivo al arribar el día y su último pensamiento antes de cerrar los ojos por la noche. No le importaba madrugar o traspasar, el solo hecho de ampararme le enorgullecía. Pero un día dejé de necesitarle, renuncié a su protección y comencé a caminar solo. Supongo que de alguna forma siempre es así. No obstante mi padre no supo entenderlo y yo no estuve a la altura para explicárselo. Así que hicimos lo más estúpido, comenzar una cruzada por demostrar quien era más necesario. Sin duda los dos perdimos, yo salí huyendo y él se quedó por primera vez quieto. Su inmovilidad me impresionó y hasta el último momento confié en que frenara mi marcha.

Sola estaba mi madre el día que me fui y sola está a mi regreso. Pero mi llegada queda enturbiada por una nube de dolor y el miedo a la respuesta de mi madre.

– Sabe que vienes, te está esperando.

Sujeto sus manos entre las mías, se apoya en mí y percibo su alivio. Por primera vez descubro cuánto me ha necesitado y lo lejos que yo he estado. Caminamos juntos e intento buscar respuestas a mis preguntas.

El silencio es nuestro compañero camino del hospital, pero en mi mente escucho las últimas palabras que dirigí a mi padre.

– ¡Tranquilo, no volveré nunca, no te necesito!

Qué engañado estaba, mil veces necesité llamar solo para escuchar su voz. Y ahora en mi regreso él me espera en su lecho de muerte, no es justo. Estoy asustado y una vez más le necesito. Siento la presión de la mano de mi madre, la miro e intento transmitir tranquilidad. Es mayor y el cansancio está dejando huella. Su caminar no es seguro, se apoya sobre mí y presiento que si me apartara ella caería al suelo. Nuestros pasos discurren con más cuidado que prisa.

Llegamos a la habitación y nos detenemos en la puerta para observarnos una vez más. Nuestra mirada indica que estamos dispuestos y atravesamos con sigilo el umbral de mis miedos.

Él está ahí, postrado en una cama de hospital. Tiene millones de arrugas, no se parece en nada al hombre que yo dejé. Está escuálido y parece cansado. Una enfermera se acerca a mí y me indica dónde puedo sentarme.

¿Acaso tanto se percibe mi derrumbe? La miro con necesidad de hacer muchas preguntas y responde sin ni siquiera abrir la boca.

—Su padre ha tenido un ictus cerebral, no busque motivos.

Pero yo quiero saber, demando entenderlo, necesito poder seguir caminando sin sentirme culpable. Ella dibuja una sonrisa, junta su mano con la mía y me acerca a mi padre.

- Lo poco coherente que ha hablado se refería a ti, que te quiere no es un secreto, el resto tienes que comprobarlo tú.

Se va de la habitación y nos quedamos los tres solos, no puedo apartar los ojos de mi padre, deseo que abra los suyos y me vea. Voy obviando los rasgos que han dejado los años en su cara y consigo verle de nuevo. Le descubro bajo las arrugas, le veo como cuando era un niño. Le imagino fuerte y sano, me sube a sus hombros y desde ahí contemplo de nuevo el mundo que él me mostró. Un mundo seguro, el mundo que él construyó para mí. Él me dio la capacidad de elegir, él me enseñó a ser quien soy, así que espero no defraudarle. Me atrevo a coger su mano, la acaricio y la aprecio áspera, así que con mucha osadía por mi parte le pongo crema y la extiendo con mucho cuidado. Parece gustarle el contacto y alargó ese momento más de lo necesario.

- ¡Hola cariño!

La voz de mi madre me aparta de mis pensamientos y la miro para saber qué quiere. Descubro con extrañeza que no se dirige a mí. Giro de nuevo la cabeza y le veo, está sonriendo, me mira a mí. Una lágrima pretende huir, pero no se lo permito, quiero que me vea fuerte y se sienta orgulloso de mí. Acercó mi cara a la suya, necesito sentirle. Distingo su aliento en mi rostro y no puedo evitar abrazarle y llorar. En ese momento intuyo que él me necesita. Levanto mi rostro para observarle y sus labios emiten una sola palabra.

- ¡Gracias!

No puedo apartarme de su lado, tengo muchas cosas que explicar. Quiero referirle todo lo que he hecho, que sepa que su trabajo dio fruto. Necesito reconciliarme con mi pasado para que mi regreso a casa sea completo.

La enfermera entra de nuevo en la habitación y sonrío a mi padre:

- ¿Ya te has despertado? Menuda sorpresa te esperaba, ya veo que hoy será un buen día.

Mi padre le devuelve una mirada de complicidad y ella abandona la habitación con un gesto de cariño.

Vuelvo a centrar toda mi atención en él. No sé cómo comenzar a hablar y entonces presiento que el tiempo me dará una tregua. Sus ojos no dejan de observarme, ellos me dicen que estoy en casa. Atuso su pelo con cuidado, bajo la cabeza y le susurro al oído:

- ¡Gracias!

Residencia San Jerónimo

La residencia de San Jerónimo comenzó a funcionar el 27 de diciembre del año 1911, cuando Doña Jerónima Ugarte nacida en Estella, soltera y poseedora de fuerte patrimonio, decidió contar con las Hermanas de Santa Ana para dirigir el Asilo construido en su patrimonio a petición suya. Se decidió por las Hermanas de Santa Ana porque tenía un gran amigo Escolapio, y cuando la construcción del Asilo habló con él, para preguntarle qué congregación que tuviera mucho cariño al Corazón de Jesús pudiera hacerse cargo del Asilo.

Doña Jerónima tenía un gran espíritu humanizador y cristiano. Ella contaba con la ayuda de un matrimonio de su confianza que eran sus administradores, eran de un pueblo cercano (Dicastillo) y cuando éstos faltaron, le ayudaron los hijos de dicho matrimonio.

Desde su fundación, la Residencia mereció el afecto y la gratitud de todo el pueblo de Estella y merindad. Cuando Doña Jerónima mandó construir el Asilo lo hizo con la idea de proporcionar albergue y asistencia, especialmente a los ancianos desvalidos y desprotegidos.

Ella buscaba garantizar la convivencia de todos los patrocinados así como promover el bien de cuantos la integran. Otro de los fines de San Jerónimo era garantizar la protección de todas aquellas personas que se

encuentren acogidas a la Fundación, con especial respeto a su cultura, tradición, lengua e ideología.

Como el Asilo estaba dedicado para las personas que menos recursos tenían, ellos no pagaban cuota. Por lo que los ingresos había que buscarlos en otros sitios. El ayuntamiento colaboraba pagando las medicaciones, y la mejor forma de buscar la comida era con los animales y la huerta del Asilo. Se criaban gallinas, pollos y conejos y con eso se podía alimentar al personal. Era Don Andrés Echeverría quien se dedicaba a la compra-venta de animales para sacar beneficios. Dicho Don Andrés era hijo del matrimonio de confianza de Doña Jerónima. En la huerta y con los animales, durante muchos años Don Andrés ha tenido la ayuda de Don Benjamín Ugarte Tesón quien ha trabajado noche y día por el Asilo.

Más adelante, hablamos de la muerte de Franco, comienzo de la democracia, los residentes del Asilo comenzaron a cobrar pensiones de la seguridad social, por lo que ya se comenzó a pagar cuotas.

Doña Jerónima en su testamento dejó claro que el Patronato del Asilo debía estar formado por el párroco de la Iglesia de San Juan, el Coadjutor de San Juan y el párroco de la Iglesia

Cuando Doña Jerónima mandó construir el Asilo lo hizo con la idea de proporcionar albergue y asistencia, especialmente a los ancianos desvalidos y desprotegidos

de San Miguel y por la superiora de las Hermanas de Santa Ana. Algunas de las hermanas superiores que han ido pasando por el Asilo son las siguientes: Hna María Luisa Pascual, Hna Natividad Moneo, Hna María Oteiza, Hna Josefina Lana, Hna Rosa M Remiro, Hna M^a Jesús Zabalza y actualmente se encuentra en el cargo la Hna Rosario Busto.

En julio de 2009, las Hermanas de Santa Ana deciden dejar la dirección del centro y dedicarse más puramente al cuidado y a la atención del anciano, dedicándose especialmente a los servicios sanitarios y asistenciales.

Desde esta fecha el Asilo San Jerónimo está dirigido por David Cabrero del Amo, el cual llevaba dos años y medio como Terapeuta Ocupacional en la residencia.

La historia de San Jerónimo no se puede entender sin tener en cuenta la presencia de la Hna Teresa Belloso, quien ha trabajado mucho por sacar adelante el Asilo, con los pocos recursos existentes exprimiéndolos al máximo e intentando reducir gastos. Por ello es una pieza importante dentro de la Historia de la Residencia San Jerónimo.



Dilemas en nuestra práctica

Demencia en estado terminal

El incremento en la expectativa de vida vivida en los últimos años está planteando nuevos escenarios en el abordaje de los problemas de los mayores. Entre ellos se encuentra la demencia, cuya prevalencia se ha visto aumentada de manera logarítmica. Y la supervivencia de los pacientes que la padecen está siendo cada vez mas prolongada. Esto plantea nuevos desafíos en su manejo. Uno de ellos es como afrontar las fases mas avanzadas de la misma, entre las que se encuentra el paradigma de cuando considerarla como “paciente con enfermedad terminal”, con sus connotaciones de abordaje y con sus consecuencias de consumo de recursos de salud, de planteamientos éticos y de afrontamientos coyunturales con sus familiares. Un elevado porcentaje presentan en esta situación problemas deglutorios, fiebre o neumonía, que generan incertidumbres entre los profesionales. Y que no se ven demasiado avalados por la evidencia, por cuanto tanto desde el punto de vista ético y práctico, sería muy difícil realizar ensayos controlados para valorar la eficacia de las intervenciones mejor dirigidas. Por ello y a pesar de ser un problema frecuente en nuestra práctica cotidiana, no existen claras directrices en su abordaje

. Nuestra conciencia personal parece tener claro el concepto de “ demencia en estadio terminal”. Pero nos encontramos con innumerables problemas a la hora de practicarlo. La presión familiar, la falta de formación, la propia indefinición del término o las falsas expectativas derivadas de la general desinformación, nos llevan a iniciar pautas terapéuticas no demasiado acordes con el estado del conocimiento.

Pero tampoco hay demasiado conocimiento. En la literatura queda reflejada la preocupación por este problema, aunque sin conclusiones definitivas. Existen trabajos que muestran que los pacientes con demencia avanzada son infrarreconocidos como portadores de enfermedad en estadio terminal y, por tanto, reciben cuidados paliativos sub-óptimos.

Van por delante algunos artículos que nos pueden ayudar en nuestras reflexiones.

Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA 1999; 282: 1365-79

En esas fechas no había ningún estudio que comparase la nutrición por sonda nasogástrica con la alimentación oral en pacientes con demencia avanzada. La revisión de los artículos hasta entonces disponibles no mostraba que la alimentación por sonda mejorase la supervivencia, la capacidad funcional, las úlceras por presión o el riesgo de infecciones/neumonía aspirativa

Rethining the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N. Engl J Med 2000; 342: 206-10

Por problemas de diarrea, obstrucción de la sonda o arrancamiento de la misma, no parece que la sonda nasogástrica sea la solución al aporte nutricional en los dementes.. Tampoco parecen prevenir las broncoaspiraciones, ni prolongar la supervivencia. Las dificultades para la deglución son marcadores de los últimos estadios de la demencia. Y aumenta le necesidad de restricciones físicas o farmacológicas

Dying with advanced dementia in the Nursing Home. Arch Intern Med 2004; 164: 321-26

En Estados Unidos cerca del 90% de los pacientes con demencia son institucionalizados antes de su muerte, aunque a la demencia avanzada no se le considera como condición terminal y, por tanto, no es sometida a cuidados paliativos hasta que el final de la vida se considera como inminente. En este trabajo comparan a 1600 personas mayores de 65 años ingresadas en 643 residencias de N. York, que murieron en los primeros 6 meses de su ingreso, con 864 pacientes oncológicos con enfermedad en estadio terminal. El 71% de los dementes y el 92% de los pacientes oncológicos fallecieron en estos primeros 6 meses. Pero solo un 1% de los dementes fueron catalogados como tener corta expectativa de vida, y recibieron significativamente más nutrición por sonda, fueron sometidos a más test de laboratorio o a tratamiento intravenoso o a restricciones físicas. Solo la mitad de los dementes tenían órdenes de "no resucitar", por un 86% de los pacientes oncológicos. Curiosamente, las decisiones subrogadas eran más frecuentes entre los pacientes con demencia, lo que puede indicar la opinión de allegados que, por diversas razones, se resisten a limitar la vida.

The clinical course of advanced dementia

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L, Givens JL, Hamel MB. N Engl J Med. 2009 Oct 15; 361(16):1529-38.

Siguen durante 18 meses a 323 pacientes con demencia institucionalizados en 22 Nursing Home. En este periodo de tiempo, 54.8 de los sujetos fallecieron. La probabilidad de neumonía, de un proceso febril o de problemas con la deglución fueron, respectivamente, de un 41.1, 52.6 y 85.8 %. En sus últimos 3 meses de vida un 40.7% fueron sometidos a un procedimiento agresivo (hospitalización, visita a urgencias, tratamientos intravenosos o sonda nasogástrica). Los familiares que compren-

dían el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad evitaban, de manera significativa, estas intervenciones agresivas.

Enteral tube feeding for older people with advanced dementia

Sampson EL, Candy B, Jones L. Cochrane Database Review 2009, Apr 15 (2): CD 007209

La decisión de iniciar Nutrición enteral es emotiva, controvertida y con complejas connotaciones éticas. No hay evidencia de que la nutrición por sonda nasogástrica sea beneficiosa para los pacientes con demencia. Casi ningún estudio ha abordado las consecuencias finales de este procedimiento.

Desgraciadamente, en esta revisión no fueron capaces de identificar ningún estudio randomizado y controlado. Tan solo encontraron siete estudios observacionales controlados, de los que seis evaluaban la mortalidad y uno parámetros nutricionales. Ninguno tenía como objetivo primario final la calidad de vida, parámetros funcionales, impacto sobre síntomas comportamentales o efectos adversos de la nutrición. En dos estudios se describía que, a los seis meses algo más de un 50% de los dementes con Nutrición enteral desarrollaron neumonía espirativa, por un 17% de los alimentados por vía oral, y un 21% presentaron úlceras por presión, por 14% de los que ingerían oralmente.

Los autores concluyen que, a pesar del gran número de pacientes que reciben esta intervención, no hay evidencia suficiente para mantenerla y que falta información sobre sus efectos adversos y sobre su impacto en parámetros básicos en el cuidado de estos pacientes.

Lógicamente, las conclusiones de esta revisión no son esclarecedoras, lo que añade mayor incertidumbre a la cuestión.



www.sngg.es