AMEG
www.amegmadrid.org

REVISTA DE
ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA

Nº 12 - Junio 2008

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

La prevención de la dependencia desde el punto de vista de los mayores

Seguimiento del mayor polimedicado

El anciano hospitalizado

La dependencia en el anciano institucionalizado

La prevención de la dependencia

cicactiv®
Hialuronato de Zinc

la vuelta al
estado *natural*

Apósito compuesto de Ácido Hialurónico y cloruro de Zinc

Claras ventajas del complejo:

- Gran capacidad de distribución y retención de agua
- Efecto antimicrobiano
- Efecto anti-inflamatorio
- Efecto protector U.V.
- Efecto cicatrizante

Indicaciones:

- Úlceras por presión
- Úlceras vasculares
- Pie diabético
- Quemaduras de 1er y 2º grado

Paciente (62 años) con diabetes de 20 años. Cicatrización en ocho semanas

Paciente (67 años) con diabetes de 22 años. Cicatrización en diez semanas

PRESENTACIÓN FARMACIA	CICACTIV Gel cicatrizante 15 g.	**Código Nacional** 219783.1
PRESENTACIÓN HOSPITAL	CICACTIV Gel cicatrizante 15 g.	**Código INDAS** 1024301

INDAS

LABORATORIOS INDAS, S.A.U. www.indas.com
Cº Cerro de los Gamos, 1, Edif 3 - 3ª Parque Empresarial Cerro de los Gamos
28224 Pozuelo de Alarcón (MADRID) ESPAÑA
Tel.: (34) 915 096 000 • Fax: (34) 913 515 181 • E-mail: indas@indas.es

902-180 074
Información al profesional
www.cicactiv.com

AMEG
REVISTA DE
ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA

Núm. 12
Junio 2008

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

www.amegmadrid.org

CONSEJO DE REDACCIÓN
PRESIDENTE
Eduardo Seyller

DIRECTORA
Carmen Berenguer

REDACCIÓN
Eduardo Seyller
Manuel Gil
Mª Teresa Rodríguez
Cristina Fernández
Luis Miguel Novillo
Marilia Nicolás
Antonio Peñafiel
Juan Manuel Cuñarro
Elias Martín

DISTRIBUCIÓN:
En todos los centros de
la Comunidad de Madrid
y este número, en algunos de
México, Colombia, Chile y Argentina

EDITA:
ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERIA GERONTOLÓGICA
Colegio de Enfermería de Madrid
Avda. de Menéndez Pelayo, 93
28007 Madrid
Tel./Fax 91 501 73 61
Correo-e: ameg@amegmadrid.org

DISEÑO Y PREIMPRESIÓN
EDICIONES MARAÑÓN
Tel. 918 921 097

IMPRESIÓN:
Fiselgraf

DEPÓSITO LEGAL
M-29365-2000

El criterio que publicamos en los distintos artículos de este informativo es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresan necesariamente la opinión que pueda tener la Dirección y el Editor.

SUMARIO

06 FRAGMENTOS LITERARIOS SOBRE LA ANCIANIDAD EN ROMA
ALFONSO LÓPEZ PULIDO

27 LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS MAYORES
EDUARDO RODRÍGUEZ ROVIRA

42 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL MAYOR POLIMEDICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA
FLORA ESPEJO MATORRALES

50 EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: UNA REFLEXIÓN ENFERMERA
PATRICIA LATORRE MARCO

76 PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO
LORENA MONTEALEGRE INIESTA

79 ¿SE PUEDE ENVEJECER CON HUMOR?
BEGOÑA CARBELO BAQUERO

84 TALLER MAYORES LECTORES: UNA INICIATIVA PARA PREVENIR LA DEPENDENCIA
LOLES DÍAZ ALEDO

92 PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN MAYORES: VI JORNADA AMEG
CONCLUSIONES

93 EVALUACIÓN DE LA JORNADA AMEG
MARILIA NICOLÁS DUEÑAS

NORMAS DE PUBLICACIÓN

de colaboraciones
en la revista

La Revista de Enfermería Gerontológica es un medio de comunicación profesional entre los asociados de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica y publica los trabajos relacionados con la profesión que su consejo de redacción considere relevantes.

Los trabajos pueden ser enviados a la dirección de la Asociación en Avenida de Menéndez Pelayo nº 93, 3ª planta. 28007 Madrid y a la dirección de correo electrónico:

e-mail:ameg@amegmadrid.org

Los trabajos, opiniones, comunicaciones y anuncios, podrán ser enviados a cualquiera de las secciones de la revista: Cartas al director, Formación continuada, Actualidad científica, Gerontología y sociedad, Gestión y recursos para nuestros mayores y Tablón de anuncios.

Los trabajos originales deben ser inéditos y no deben haberse presentado simultáneamente a otras publicaciones. Seguirán las normas de publicación de revistas biomédicas de *Vancouver*.

Una vez aceptada su publicación el trabajo pasará a ser propiedad de la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA y su reproducción deberá ser autorizada por escrito.

Los trabajos se presentarán impresos en soporte de papel a doble espacio en formato DIN A-4, en castellano, las páginas deberán ir numeradas no pudiendo exceder de 10 folios, incluyendo un resumen no mayor de quince líneas y una lista de palabras clave, de la que se podrá incluir una versión en inglés. También deberá incluirse una versión en formato digital, preferentemente en Word. Las imágenes, tablas y figuras en formato TIFF (resolución 300 dpi) si van insertadas en el texto y para garantizar una reproducción de calidad, es necesario enviar los originales en papel o diapositiva color. En página de título se deberá incluir la sección donde quiere que se publique, el título del artículo, nombre completo del autor o los autores, titulación, centro de trabajo, dirección, teléfono de contacto del autor principal y una fotografía tamaño carnet.

EDITORIAL

Prevención de la dependencia

Marilia Nicolás Dueñas
Presidenta de la VI Jornada AMEG
Profesora de la Escuela de Enfermería. Puerta de Hierro. CAM-UAM

El día 6 de marzo de 2008 se celebró la *VI Jornada de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica*. Por sexto año consecutivo, la AMEG reunió a cerca de 250 profesionales de la salud, sobre todo enfermeros y auxiliares de enfermería, interesados en la mejora de la calidad de los cuidados a personas mayores.

Bajo el lema de **PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA,** la jornada tuvo como escenario la Residencia de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid Doctor González Bueno.

Lo que ha sido un logro para la humanidad: alcanzar más años de vida, a partir de la mejora general de la salud de la población, no puede convertirse en un problema. La dependencia en edades avanzadas se está convirtiendo en el problema y centro de atención de todos los sistemas políticos, sociales y científicos; la razón es que la dependencia es causa de deterioro de la calidad de vida individual, familiar y económica y social.

La clave para prevenir la dependencia en edades avanzadas es mantener hábitos de vida saludables durante toda la vida. La mala noticia es que la prevención de la dependencia tiene que ser un esfuerzo de todos, continuo, coordinado y responsable. La buena noticia es que nunca es tarde para adoptar hábitos de vida más saludables.

Pero, ¿cómo convencer a la población de que el esfuerzo personal es imprescindible? Y ¿cómo coordinar a los distintos profesionales sociales, sanitarios y otros para alcanzar objetivos de prevención de la dependencia?. La responsabilidad de los profesionales de la salud es ir dando pasos para alcanzar la meta.

Como presidenta de la Jornada, desde el primer momento, cuando nos fue encomendada la organización, junto con Carmen Berenguer, tesorera de AMEG, por la Junta Directiva de nuestra asociación, pensé en que el tema de esta VI Jornada tenía que reunir a enfermeros de los dos sistemas, sanitario y socio sanitario, puesto que los objetivos profesionales son coincidentes y las preocupaciones por los problemas de la atención a mayores son similares. Seguimos hablando de continuidad en la atención, de comunicación y coordinación entre el sistema sanitario y el socio sanitario, pero en la realidad son pocos los avances que se han hecho y escasos los esfuerzos por parte de la Administración.

En esta Jornada anual de la AMEG hemos querido prestar atención a este importante tema de la *Dependencia en la vejez,* pero desde la perspectiva de la Prevención. Los profesionales del equipo de enfermería tenemos una gran responsabilidad como educadores y como promotores de una vida saludable en todos los ámbitos de trabajo.

Las personas no deberían esperar a estar enfermos, o dependientes o ingresados en una institución para recibir atención preventiva; se necesita un cambio de mentalidad; todas las actuaciones de los sistemas sanitario y social, en todas las situaciones, de salud o enfermedad, deberían incorporar intervenciones de prevención.

Esta Jornada ha sido un foro de reflexión y de debate sobre aportaciones a la prevención de la dependencia para conseguir una longevidad de calidad.

Los objetivos de la actividad fueron: reflexionar sobre las claves de la prevención desde la perspectiva de los propios mayores, conocer programas específicos de prevención en Atención Primaria, debatir acerca de las posibilidades de reducir el riesgo de dependencia en mayores hospitalizados, revisar las intervenciones enfermeras que pueden mejorar la dependencia en instituciones residenciales y en centros de día gerontológicos. Así mismo, se trabajó sobre la evidencia científica del papel del humor en la salud y en los cuidadores y se presentó un *Programa de Lectura de Mayores,* y su función como instrumento terapéutico para la prevención de la dependencia, tanto física como cognitiva.

De momento, el primer paso es sacar a la luz aquellas estrategias que están dando ya resultados positivos. Y esto es lo que intentamos hacer.

A pesar de que no se pudieron tratar todos los temas importantes, por razones de limitación de tiempo, esta VI Jornada de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica volvió a demostrar una vez más que persiste el interés en los equipos de enfermería por avanzar y mejorar los cuidados a los mayores.

La calidad de las ponencias y la participación de los asistentes nos llenó de satisfacción y también de esperanza en construir un mundo mejor para la salud y la calidad de vida de los más mayores. En este número de la revista AMEG se presentan las conferencias de los ponentes invitados para que ustedes puedan juzgarlo.

Fragmentos literarios sobre la Ancianidad en Roma

Alfonso López Pulido
Doctor en Historia. *Universidad Complutense de Madrid*
Licenciado en Filosofía y Letras. *Universidad de Valladolid*
Profesor Invitado de la *Universidad Carlos III de Madrid*
Profesor de Enseñanza Secundaria

El concepto de ancianidad en la antigua Roma, sufrió una clara mutación a lo largo de los tiempos. Esta evolución no sólo se debió a los propios cambios que el paso del tiempo impuso, sino también a que las consideraciones biológicas y sociales fueron influidas, de una manera poderosa, por cuestiones de tipo político: tras la instauración del principado como fórmula de ejercicio del poder, la máxima autoridad ya no reside únicamente en el Senado —integrado en los primeros tiempos por los de mayor edad, de ahí su nombre, que deriva de *senex*, el anciano—, puesto que surge la figura del *princeps* —el emperador—, cuya edad no constituye un elemento determinante.

Introducción

Los ancianos, en la antigua Roma, tuvieron un papel importante, sobre todo en la vida política y social —gracias a los privilegios que les otorgaba el derecho romano— y en los ámbitos culturales —merced a los modelos de la literatura y la filosofía griegas—. Si bien es preciso señalar que, en el caso que nos ocupa, importancia no ha de significar necesariamente ventaja o preferencia, sino más bien presencia, puesto que los romanos dedicaron mucha atención al anciano, pero ésta fue, por lo general, negativa, de lo cual se hacen bastante eco los escritores de la época, aunque hubo opiniones y posturas dispares. Además, esta atención se debió a que se planteó el problema de la senectud en todos sus aspectos —médico, psicológico, demográfico, político y

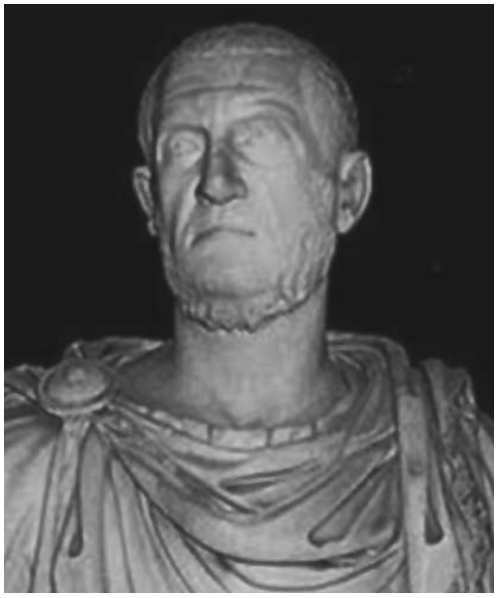
social—, por lo que nos encontramos con el primer momento histórico en el que la ancianidad tuvo un tratamiento verdaderamente significativo. Algunos investigadores del pasado siglo, señalan que ello está relacionado con que el anciano tenía un peso demográfico importante en el Imperio romano, conociéndose, a partir del siglo II d.C., un proceso de envejecimiento, sobre todo en Italia, que puede extrapolarse, en cierto modo, al que experimentamos en el Occidente contemporáneo. Esta situación, habría dado lugar a que, en el campo relativo a las decisiones y la mentalidad, los ancianos ejerciesen un papel notable (MINOIS, 2001:34-39).

La importancia concedida a la ancianidad, también se encuentra presente en la misma concepción que se tiene del historiador —*scriptor rerum*—: desde Fabio Píctor (s. III a.C.) se consideraba que el historiador romano era aquél que, tras una carrera militar y política, dedicaba el ocio de su edad madura y de su vejez a instruir a los demás con los ejemplos del pasado (ANDRÉ y HUS, 2005: 91), es decir, se dedicaban los años de la senectud (BIELER, 1987: 110), recogiendo en cierto modo las ideas de Platón, a la producción intelectual y a la investigación sobre el pasado: la edad provecta era la de la fecundidad de la mente y del espíritu. Ejemplos de esto los encontramos en Sempronio Asellio (ss. II y I a.C.), Salustio (s. I a.C.) y en Tácito (ss. I y II d.C.): «*[...] reservo para mi vejez el principado del divino Nerva y el gobierno de Trajano.*»; I, 6, 1: «*[...] Galba es un viejo inválido, pero un espíritu lúcido*.», (Historias, I, 1, 6)

En las páginas siguientes, vamos a enmarcar nuestro estudio en el período comprendido entre finales del siglo III a.C. y el siglo IV d.C., época en la que se sitúan las producciones literarias de los autores escogidos, cuya visión directa vamos a plasmar, abriremos una ventana a la Roma antigua y sus protagonistas nos hablarán de la senectud.

I. EL TEMOR A LOS ANCIANOS: LA RIDICULIZACIÓN LITERARIA

Desde los primeros tiempos, los ancianos, a los que se les consideraba como poseedores de un don divino y de una gran sabiduría, detentaron en las estructuras sociales de las civilizaciones primitivas una posición preeminente.

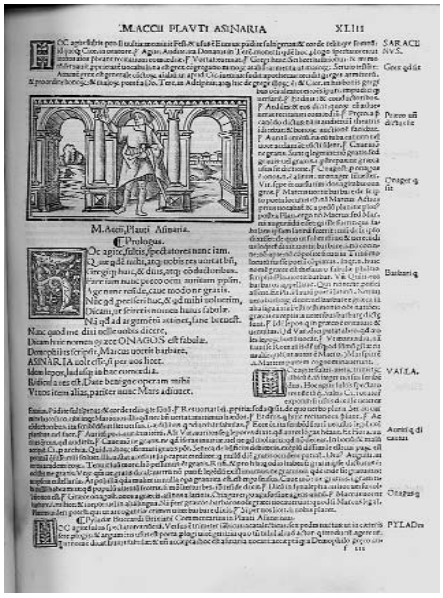


Marcus Claudius Tacitus
(ss. I y II d.C.)

En la antigua Roma observamos, en un principio, una actitud positiva, puesto que la propia lengua latina se encargó de establecer la dignidad de la ancianidad, ya que mostró especial esmero en considerar la vejez humana de forma distinta a la de los animales y cosas: mientras que, en español, el adjetivo viejo sirve para designar a las personas, los animales y las cosas, el latín distingue, para que no haya ningún tipo de duda, entre *senex* para personas, *vetulus* para animales y plantas y *vetus* para cosas, lo cual da idea de que, al distinguir los significantes, se está reflejando la dignidad de los significados y de los designados (LÓPEZ MOREDA, 2003:74)

El prestigio de la ancianidad en los primeros tiempos de la historia de Roma, procedía del poder y la autoridad que ejercían los *patres*, es decir, los *pater familias* y que se materializó, desde el punto de vista político, en la institución del Senado: la República romana confiaba en la edad avanzada y no así en la juventud y, por ello, este amplio período está repleto de gobernantes de bastante edad que, en difíciles situaciones, recibieron plenos poderes:

> «Camilo fue llamado al sexto tribunado, pero lo rehusaba porque ya estaba muy avanzado de edad —corría el año 381 a.C. y ya tenía sesenta y seis años— [...] y estaba enfermo. [...] Regresó con muchos despojos a Roma, demostrando que fueron más inteligentes que nadie quienes no se dejaron llevar por el miedo a la debilidad y vejez de un caudillo con experiencia y valor [...] y lo prefirieron a los jóvenes que pedían y estaban ansiosos por el mando. [...]Por decisión unánime eligieron dictador a Camilo. Éste era bastante viejo; le faltaba poco para cumplir los ochenta años. Pero comprendiendo la necesidad y el peligro, no puso ningún reparo, sino que al instante aceptó el mando [...] La muerte le llegó a Camilo en su momento oportuno —a los ochenta y dos años—, tanto por edad como por realización de su vida y afligió a los romanos [...].» (PLUTARCO, Vidas paralelas. Camilo, 37, 1-43, 2.).


MACCII PLAVTI ASINARIA XLIII

M. Accii Plauti Asinaria.

Comedias de Plauto

En estas circunstancias, no es de extrañar que la época republicana pueda ser considerada como la edad de oro de la ancianidad, puesto que la senectud dicta la ley tanto en la familia como en el Estado, concentrando riqueza y autoridad.

El *pater familias* constituía el cabeza de familia, el miembro masculino de más edad, que, en muchas ocasiones, era de avanzada edad y poseía el poder absoluto sobre toda la familia, siendo su autoridad ilimitada y llevando a cabo acciones de tipo judicial entre sus miembros, entre ellas la condena a muerte.

Estos poderes considerables de los *pater familias* durante la República explican el lugar esencial que ocupan los ancianos en la sociedad, pero a la par, son el semillero que engendra verdaderos odios hacia los proyectos que no acaban de morir. Así, a medida que avanzan en edad, ven aumentar su familia y sus bienes y crecer su poder, que es conservado sin merma hasta su muerte. Ello dio lugar a un exacerbado conflicto generacional, puesto que los hijos están sometidos a su padre anciano hasta una edad relativamente avanzada —los cuarenta, los cincuenta años—, en una situación de minoría de edad, hasta que su progenitor fallece. Estos conflictos hallarán su expresión a través de la comedia romana, que criticó a los ancianos que poseían ese poder absoluto y dominaban a sus familias mediante el terror, pudiéndose indicar, sin lugar a dudas, que el tema de la pugna entre padre e hijo no ocupa un lugar semejante en ninguna otra literatura. Se trató siempre de un motivo atractivo para los espectadores el del anciano odioso y engañado por sus hijos, desesperados por tener que obedecer a su viejo y tiránico padre y que encontraban en la burla y el engaño su único alivio, ya que la rebelión abierta o incluso el resentimiento por parte de los jóvenes contra este sistema era demasiado arriesgado: habría podido provocar la condena a muerte del atrevido hijo por parte del juez con poder ilimitado, el *pater familias.* De ahí que se emplee la escena teatral para expresar los sentimientos reprimidos contra los omnipotentes cabezas de familia. Ello nos lleva a afirmar que un análisis pormenorizado sobre los ancianos y sus relaciones con los jóvenes en la escena romana, puede constituir una fuente de información bastante fiable para comprender la opinión que los antiguos romanos tenían sobre la senectud (MINOIS, 2001:42-43).

Son innumerables los fragmentos de la literatura de la Roma republicana, sobre todo en torno al siglo II a.C., consagrados a este tema y que rezuman agrios ataques contra los ancianos, de los que se toma venganza sobre el escenario y a los que se les ridiculiza mediante toda clase de epítetos.

Fue el comediógrafo Plauto (254-184 a.C.) el que quizá mejor represente estas diatribas contra los ancianos, puesto que, en casi todas sus obras, aparece un personaje-tipo de la comedia, el del padre severo, libertino, temido, pero burlado en la acción. Es llamativa esta cuestión, pues Cicerón, en su obra *Sobre de la vejez* (XIV, 50), señalaba que precisamente Plauto había compuesto dos de sus mejores obras, el *Pseudolus* y el *Truculentus*, representadas en el 191 a.C., cuando ya caminaba por la ancianidad, puesto que tenía más de sesenta años.

Veamos algunos de los ejemplos más importantes. Así, en *Casina* se observa cómo el hijo debe someterse a su anciano padre —Lisídamo—, enamorado de una joven esclava, y éste es engañado por su esposa —Cleústrata— y sus esclavos, que se burlan de él:

> «*Cleústrata*.- ¡Eh, tú, pelanas, moscón canoso, apenas me puedo contener de decirte todo lo que te mereces, ir por las calles a tu edad, apestando a perfume, viejo calavera! [...] Sé que no hay otro viejo más calavera que tú. ¿De dónde vienes, tunante, dónde has estado, por dónde has ido de bureo, dónde has estado bebiendo? ¡Traes una curda, demonio! ¡Fíjate, fíjate cómo está el capotillo de arrugado! (239-247).
>
> «*Lisímaco*.- Estoy comido de vergüenza, no sé qué partido tomar ni cómo voy a presentarme a la vista de mi mujer, estoy perdido; toda mi ignominia ha quedado al descubierto, desgraciado de mí, estoy del todo perdido; me han cogido *in fraganti,*

no sé cómo me voy a poder disculpar ante mi mujer, me he quedado sin mi capa, pobre de mí, con esas bodas clandestinas. Voy a buscar a mi mujer dentro y pondré mis espaldas a su disposición por la ofensa que le hecho. ¿Hay aquí quizá alguien que quiera ponerse en lugar mío? No sé realmente qué hacer, como no sea que imite a los esclavos que han cometido alguna fechoría y coja y me marche de casa: porque si vuelvo a casa, ¡ay de mis costillas! ¿Encima viene éste ahora con esas pamplinas? , diréis; ¡caray!, es que no tengo ganas de recibir palos, aunque merecidos me los tengo. Echaré piernas por aquí y me daré a la fuga.

«*Cleústrata*.- ¡Eh, alto ahí, viejo verde! (939-960).»

En la Asinaria —*La comedia de los asnos*—, de nuevo aparece el padre anciano y libidinoso —Deméneto—, el hijo —Argiripo— y la mujer dominante —Artemona—:

«*Artemona*.- Por favor, ¿dices que mi marido está ahí de copeo con mi hijo y que le han dado a la fulana veinte minas y que el padre comete una desvergüenza tal a sabiendas de su hijo? [...] Es el más pillo de todos los mortales, un borracho, un donnadie, un libertino que no puede ver a su mujer ni en pintura. [...] ¡Mira que ponerse de copeo con el hijo y repartirse con él la amiga, el viejo ese decrépito que se dedica a corretear por locales de mala fama. (850-868) [...] Te juro, Deméneto, que vas a cenar hoy el castigo que te mereces.

«*Deméneto*.- Mala noche me espera: mi mujer me condena y me lleva a casa. (937-938) [...]

«*EL CORO DE ACTORES*.- Este viejo, al no querer privarse de nada a espaldas de su mujer, no hizo ninguna cosa nueva ni rara, sino ni más ni menos que lo que hacen todos. Ni hay tampoco nadie de condición tan dura ni de ánimo tan firme, que renuncie a darse gusto, si se le presenta la ocasión. Ahora, si queréis interceder para que el viejo no reciba una paliza, esperamos que lo podréis conseguir si nos dais un sonoro aplauso. (942-946).»

En la *Aulularia* —*Comedia de la olla,* transformada por Moliere, en el siglo XVII, en *El avaro*—, se nos presenta la historia de un viejo avaro —Euclión— que encuentra un tesoro y, debido al miedo que tiene a perderlo, lo acaba extraviando en la realidad. En esta obra se critica la avaricia, considerada como otro de los defectos paradigmáticos de la vejez, algo que ya señaló Aristóteles (*Retórica*, II, 14-

15, 1389 a) y volvió a indicar Terencio (*Adelphoe*, vv. 832-836). En la *Aulularia*, se le reprocha al *pater familias* que, como único propietario de todos los bienes de la familia, los maneje a su capricho hasta su muerte y no permita que sus hijos tengan lo necesario para satisfacer sus propias necesidades, sobre todo con las muchachas. La comedia les enseñará cómo poder sacar, con maña, las cantidades queridas engañando al viejo padre (GONZÁLEZ-HABA, 2000:36).

Para no extendernos en exceso con las muestras de Plauto, señalemos únicamente otros muchos ejemplos en su obra: la ridiculización de los ancianos Perífanes y Apédices, en *Epídico* o la crítica y el engaño a los ancianos a través de *Teoprópides* y *Simón de la Mostelaria*; la rivalidad de los ancianos Demifón y Lisímaco con los amores de sus hijos en *El mercader;* las escenas de humor de Nicobulo y Filóxero en las *Báquides* o la jovialidad de Periplectómeno en *El soldado fanfarrón,* en el que, de una forma llamativa, este buen anciano lo que representa, en realidad es el negativo del senecto común, al que se vuelve a criticar con virulencia.

Y, para finalizar con el comediógrafo, citemos una de sus frases: «La agilidad me abandona, estoy surcado por la vejez, mi cuerpo se pliega bajo el peso de los años» (*Los dos Menecmos*, 757), la cual nos sirve para citar al lingüista y estudioso Varrón, que, empleando un tópico recurrente en la literatura latina, especialmente cuando se compara el declive de la ancianidad con la lozanía de la juventud, nos dice: «A quien viste hermoso cuando era niño, ahora, en la vejez, lo ves deforme»

(VARRÓN, Lingua Latina, V, 3).

A pesar de todo, estos testimonios arquetípicos tienen una justificación demográfica, dado que en la época hubo un mayor número de ancianos entre los hombres que entre las mujeres: el doble de hombres que de mujeres con más de sesenta años, debido fundamentalmente a los partos. De ahí parte la explicación de que no sean habituales los personajes femeninos de edad avanzada en la literatura y sí la presencia de viudos, desprendiéndose de esto último el que fuese muy elevado el número de matrimonios entre un hombre anciano y una mujer joven, o al menos la gran diferencia de edad que hay entre los esposos, por lo que son escasas las parejas de ancianos que envejecen juntos. Teniendo en cuenta esto, nos es más fácil comprender que una buena parte de la comedia latina se base en el tipo literario del viejo libidinoso enamorado de la misma mujer que su hijo o el del anciano casado con una joven mujer que le engaña con amantes, así como que los espectadores de Plauto y Terencio reconociesen en la escena una situación tanto más picante por lo habitual.

En la época hubo un mayor número de ancianos entre los hombres que entre las mujeres: el doble de hombres que de mujeres con más de sesenta años, debido fundamentalmente a los partos. De ahí parte la explicación de que no sean habituales los personajes femeninos de edad avanzada en la literatura y sí la presencia de viudos, desprendiéndose de esto último el que fuese muy elevado el número de matrimonios entre un hombre anciano y una mujer joven, o al menos la gran diferencia de edad que hay entre los esposos, por lo que son escasas las parejas de ancianos que envejecen juntos.

Esta constante presencia de provectos en la literatura, revela la importancia del problema social que constituye la vejez a comienzos del siglo II a.C.: el anciano todopoderoso es detestado y en muchas familias se espera su muerte con impaciencia, pues será una liberación para todos (MINOIS, 2001:39 y 56). Este aspecto es el que Terencio (190-159 a.C.) escenifica en *Adelphoe*, si bien el punto de vista y la forma de tratarlo son distintos a los empleados por Plauto, lo cual se debe a que tuvo la suerte de formarse en un medio de aristócratas cultos, que son, precisamente, para los que escribe sus comedias, muchísimo más delicadas, más sentimentales y también más moralizantes. La vejez es vista de otra forma: al mostrar a los padres como más indulgentes, los ancianos son mucho menos numerosos, pero menos caricaturizados. Ello no obsta para que volvamos a encontrarnos con el problema del enfrentamiento entre generaciones, como se nos muestra en el *Heautontimorumenos —El atormentador de sí mismo—*, en el que dos ancianos, Menedemo y Cremes, tienen problemas con sus respectivos hijos. Adelphoe se centra en torno al arduo problema de la educación de dos hermanos, en un caso liberal, en otro rígida. Así, Demea y Mición son dos ancianos hermanos de talante muy diferente: el primero es el severo y preocupado padre de dos hijos, Esquino y Ctesifonte; el segundo, un solterón libertino y jovial, que ha adoptado a uno de sus sobrinos, Esquino, al que educa de forma condescendiente, para ganarse así el amor filial del que carece, mientras que Ctesifonte recibe una severa educación por parte de Demea, que es desgraciado: se da cuenta de que los que le rodean sólo esperan su muerte, por lo que no se siente amado y sufre por ello:

> «[...] a mí, en cambio, quizá me desean que muera. [...] Yo también quiero ser amado y estimado por los míos. Si esto se consigue con dádivas y complacencias, no me quedaré atrás. ¿Y si llega a faltar el dinero? No me importa nada, pues ya soy muy viejo.»(876-884).

Valiéndose del dolor de este personaje, patético en el fondo, es probable que Terencio quisiera aconsejar a los ancianos de su época, darles una lección de mansedumbre. Pero no exagera los rasgos, intenta mostrarse imparcial:

> «[...] con los años somos más cuerdos para todo lo demás: una sola falta le trae la vejez a los hombres: todos nos preocupamos del dinero más de lo necesario; esto lo despertará en ellos el paso del tiempo.» (832-836).

Vemos como la forma difiere de la de Plauto, pero no así la realidad social que está en la base de estas comedias: la crítica de la omnipotencia de los padres entrados en años (POCIÑA, 1986:45).

En la misma línea de Plauto, Terencio y Varrón, se situaron los llamados por Cicerón *poetæ novi* o *neotéricos*, herederos de los poetas alejandrinos, con elevadas dosis de individualismo y de reflexión personal, que recogieron el sentir griego, bastante pesimista, respecto de la realidad de la vejez y la proximidad de la muerte (ARCAZ POZO, 2000:12). Poetas como Catulo, Helvio Cinna, Calvo, Quinto Cornificio y Cecilio, cuando, en sus poemas, mencionaron a la senectud, lo hicieron de forma descarnada, burlándose de ella, porque aún, a mediados del siglo I a.C., la ancianidad sigue representando la censura moral y es considerada por estos jóvenes como el ejemplo de incapacidad para el placer, para el amor y de la envidia más abyecta:

> «¡Vivamos, Lesbia mía, y amemos, y todos los rumores de los viejos, demasiado severos, valorémoslos en un solo as.»; «[...] viejos velludos que no pueden menear sus pesados lomos.»; «[...] A cierto paisano mío quiero que desde tu puente vaya precipitado al lodo de cabeza y de pies, pero precisamente por donde el abismo es más negro y, sobre todo, profundo de todo el río y de todo el estanque pestilente. [...] Se trata de un hombre viejo, muy sin gracia y sin más discreción que la de un niño de dos años [...]. Éste, aunque está casado con una joven en la flor más tierna de la vida, esto es, una niña más delicada que un tierno cabritillo [...] para él no vale un comino, ni la atiende, ni se levanta de su rincón, sino que se queda echado [...] Así es este viejo y estúpido paisano mío que ni ve nada, ni oye nada, ni sabe tampoco quién es él mismo, ni si existe o no existe.». (CATULO, Poemas, 5, 1-2; 16,11; 17, 9-12 y 14-24).

Si pasamos a considerar a las mujeres de edad, destaca la figura de la *mater familias,* que, aunque permanecía en un segundo lugar, gozaba de la simpatía y tolerancia de la prole. En realidad, no disfruta de más derechos que sus hijas, pero posee una gran autoridad puesto que, en la práctica, ella es la que manda en la casa. Aunque la comedia la presenta a veces como una persona desabrida, asimismo se le da un carácter más razonable que su marido, cuyas pasiones ella ridiculiza (GONZÁLEZ-HABA, 2000:73).

Los autores y el público sienten más simpatía por ella, que se burla del *pater familias* en connivencia con sus hijos y sus esclavos, y que también está sometida por la ley al tirano doméstico, por lo que es manifiesto que comparte en muchos casos el resentimiento familiar hacia su esposo. Su influencia no es desdeñable, hasta el punto que se ha podido decir que la República obedecía a los senadores y que los senadores obedecían a sus mujeres (MINOIS, 2001:40-41).

Si el viejo *pater familias* es temido y odiado, la mujer de edad tiene un destino más oscuro y, además, la anciana sola es abandonada y despreciada, siendo extrema la crueldad en lo relativo a su fealdad física, ya que, al ser el cuerpo femenino el símbolo de belleza durante la juventud, este mismo se convertía en el emblema de la decrepitud absoluta en la vejez, un verdadero insulto para los sentidos, sobre todo cuando la mujer se obstina en querer inspirar amor.

A pesar de no ser el único pero sí el más cruel, el poeta Horacio, aunque hablaremos sobre él más adelante, mostró su rechazo contra las ancianas en sus *Épodos*, donde llega a perder la ponderación y cae en la vulgaridad más indecente, con un lenguaje que pasa de crudo a soez:

> «¿Te preguntas, hedionda, cargada de años, / qué es lo que inhibe mi virilidad / cuando tienes negros los dientes / y tu vieja decrepitud surca tu frente de arrugas / y tu asqueroso ano abre su boca entre dos secas nalgas? ¡Claro!; me excitan tu pecho y tus apergaminadas tetas, / parecidas a ubres de yegua, / y tu vientre flácido y tus flacos muslos / pegados a unas hinchadas piernas; «[...] Cojamos al vuelo la oportunidad que nos brinda el hoy / y, mientras nuestras rodillas tienen el vigor y es pertinente, disípese de nuestra frente el fruncimiento de la vejez.». (HORACIO, Épodos, VIII, 1-9; XIII, 4-6)

Además, en la plautina Aulularia —*Comedia de la olla*—, también observamos el desprecio de los ancianos hacia las mujeres de edad:

> EUCLIÓN.- ¡Te pego desgraciada para que lo seas de verdad y para que lleves una vejez tal como te la mereces de mala que eres. (40-42) [...] ¡Mira cómo rezonga para sus adentros, la maldita! Los ojos te voy a sacar, malvada, para que no puedas andar espiando lo que hago. Te juro que si te mueves de ahí ni un dedo ni una uña o si vuelves la cara para acá antes de que yo te lo ordene, en la horca vas a acabar, a ver si así aprendes. No he vis-

Si pasamos a considerar a las mujeres de edad, destaca la figura de la mater familias, que, aunque permanecía en un segundo lugar, gozaba de la simpatía y tolerancia de la prole. En realidad, no disfruta de más derechos que sus hijas, pero posee una gran autoridad puesto que, en la práctica, ella es la que manda en la casa. Aunque la comedia la presenta a veces como una persona desabrida, asimismo se le da un carácter más razonable que su marido, cuyas pasiones ella ridiculiza

> to en mi vida una vieja más mala que ésta. ¡Menudo miedo le tengo!, de que se las arregle para engañarme si me descuido y que se huela dónde está escondido el oro; en la nuca tiene también ojos, la maldita. (52-66)

Sin embargo, a pesar de todo lo expuesto, existe una creación artística original de Roma, el retrato, que fue un paradigma de veneración por los ancianos, de forma tal que podemos afirmar que sus creadores supieron darle a esta forma de expresión, fundamentalmente escultórica, una dimensión de reflexión sobre el carácter, el rango social y la condición del hombre (BANDINELLI, 1970: 132). Una civilización que ha podido crear estas obras maestras no podía ser en el fondo hostil a los ancianos. Esta dimensión se halla unida al realismo del retrato romano cuyas bases estéticas se fundamentaban en el predominio de los rasgos diferenciales y los elementos singularizadores, por lo que, en un primer momento, se hizo a partir de mascarillas de cera sobre la cara de los difuntos, a través de una técnica, ya descrita por Polibio y Plinio el Viejo, que pretendía conseguir una fiel reproducción de los rasgos físicos de los distintos modelos, los cuales eran rostros envejecidos por el paso del tiempo, actuando a modo de repertorio de cualidades y resumen biográfico de quienes merecían ser recordados, puesto que las *imagines maiorum,* es decir, los retratos de los antepasados, son los primeros ejemplos de la plasmación de la concepción que existía, desde Aristóteles, de que el rostro resumía las cualidades del alma, mezcladas dolorosamente con los efectos de la muerte:

> «[...] otras clases de imágenes eran las que se veían en los atrios de nuestros mayores. No eran obras de artistas extranjeros, ni eran de bronce, ni mármol, sino rostros de cera, guardados cada cual en su correspondiente armario y destinados a figurar en los entierros de los miembros de la familia como imágenes de antepasados, pues a todo fallecido le acompañaba siempre la caterva de familiares que le antecedieron». (PLINIO EL VIEJO, Historia Natural, XXXV, 6).

La vejez, dominó sobre el retrato durante la época de la República, hasta que la llegada del Principado, dio fin a esta tradición, al contaminarse por el ideal heroico de los helenizantes (BELDA NAVARRO, 1995:78).

Vemos, pues, que, durante siglos, retrato, ancianidad y muerte, fueron ideas muy próximas entre sí. De ello da fe el griego Polibio, en el siglo II a.C., al que le parece magnífico que los romanos pongan de relieve los méritos de sus antepasados y de los ancianos:

> «¡Hay que ver a estos romanos, el respeto que tienen a sus muertos! ¡Cómo ellos asumen todo lo que éstos han hecho y hacen de ellos plataforma y sostén para encumbrarse en la vida política con verdadero orgullo! Es un pueblo que está ufano de sus mayores, de sus ancianos. Así debían ser los griegos.»

Esta afirmación la hizo al constatar que en una galería de *imagines* romanas lo que se observaba era una mayoría de viejos iracundos, arrugados, desdentados, que mostraban que sus vidas se hallaban en su último capítulo, cuyas biografías ya no poseían páginas en blanco. Éste fue el ideal del retrato romano auténtico: el hombre al final de su vida, el *senex*, el hombre de consejo y experiencia, consciente de que el momento culminante de la vida es aquél en que ésta toca a su fin. En cambio, los griegos, por el contrario, exaltaban a la juventud y denostaban la ancianidad, y ello lo demostraban en sus creaciones artísticas. Bástenos contemplar cualquier escultura griega que pretenda ser el retrato de un personaje importante: estamos, en realidad, ante una idealización y sólo vemos unas cabezas de hombres jóvenes, apolíneos, en lo mejor de la vida (BLANCO FREIJEIRO, 1989:45).

Una civilización que ha podido crear estas obras maestras no podía ser en el fondo hostil a los ancianos. Esta dimensión se halla unida al realismo del retrato romano cuyas bases estéticas se fundamentaban en el predominio de los rasgos diferenciales y los elementos singularizadores

II. EL TEMOR A LA VEJEZ: LA ADMIRACIÓN Y LA INDIFERENCIA.

La situación expuesta en las páginas precedentes, sufrió importantes cambios a partir del siglo I a.C., cuando dio comienzo un período inestable en todos los ámbitos, cuajado de enfrentamientos y guerras civiles, que hicieron que todos los valores tradicionales sufrieran una enorme mutación. Las convulsiones políticas y sociales favorecieron la aparición del individualismo y, gracias a ello, se afianzaron fuertes personalidades. Ello influyó, en el terreno que nos ocupa, en que, tanto el papel y funciones del *pater familias* como los del senado, fuesen cada vez más puestos en cuestión, lo cual dio lugar a una progresiva disminución de sus prerrogativas.

Precisamente fue en ese contexto en el que Cicerón, ya anciano, en los primeros días del año 44 a.C. y sabiendo que la muerte le rondaba, compuso uno de los diálogos más influyentes en la cultura occidental, *Cato Maior*, aunque a la posteridad pasó con el título explicativo que le dieron Valerio Máximo y Plutarco: *De senectute —Sobre la vejez—* (LÓPEZ MOREDA, 2003:74).

Esta obra, la única latina dedicada en su integridad a los ancianos, representa un hito esencial en la historia de la edad provecta. Y ello por varias razones: por su argumentación, por la calidad de su estilo y por el lugar que ocupa en la literatura. En cierto modo, causa extrañeza que la civilización romana, tan severa con los ancianos, haya producido esta extraordinaria apología de la vejez, única por muchos conceptos (MINOIS, 2001:72).

Cicerón, para conseguirlo, parte del principio de que la naturaleza es la mejor de las guías, puesto que *«No es verosímil que, habiendo descrito bien las otras partes de la vida, haya descuidado el último acto»* (CICERÓN, *Sobre la vejez,* II, 5).

Observamos en este tratado una voluntad pedagógica, con carácter de texto educativo, siendo sus recomendaciones perfectamente aceptables en la praxis gerontológica actual, lo cual queda plasmado, cuando los protagonistas manifiestan: *«[...] pudiéramos aprender de ti antes con qué argumentos nos sería más fácil soportar una edad que ya va haciéndose notar».* (II, 6).

El libro se estructura en torno a cuatro grandes apartados que encierran todo aquello que, a su juicio, «hace parecer miserable la vejez». En el desarrollo de los mismos, alterna con una considerable profusión de consideraciones de tipo costumbrista, relativas a coetáneos, mencionadas a modo de ejemplos, una serie de elementos que tienen que ver directamente con lo que hoy llamaríamos pérdidas ligadas al envejecimiento fisiológico, así como multitud de consejos, muchos de los cuales pueden perfectamente ser incluidos en cualquier manual actual de educación gerontológica (RIBERA CASADO, 2001:25).

Se trata de un diálogo, ambientado en la primera mitad del siglo II a.C., siguiendo el modelo de los de Platón, entre personajes históricos: Catón el Viejo, de ochenta y cuatro años de edad y aún en pleno uso de sus facultades, y dos jóvenes, Escipión —más tarde llamado el segundo africano, el conquistador de Cartago y de Numancia— y su amigo Lelio, que le expresan al anciano la admiración que sienten por la vitalidad que demuestra a una edad tan avanzada, y el senecto, que monopoliza el uso de la palabra en la mayor parte de la obra, les va desvelando su concepción sobre la vejez.

Sin embargo, el diálogo comienza señalando que Catón es una excepción, pues en la vida corriente los ancianos son desgraciados y la vejez que nos muestra es una senectud ideal: la edad provecta de un rico y culto propietario, de buena salud, conocido y honrado, imbuido de la más alta filosofía para todos sus actos,

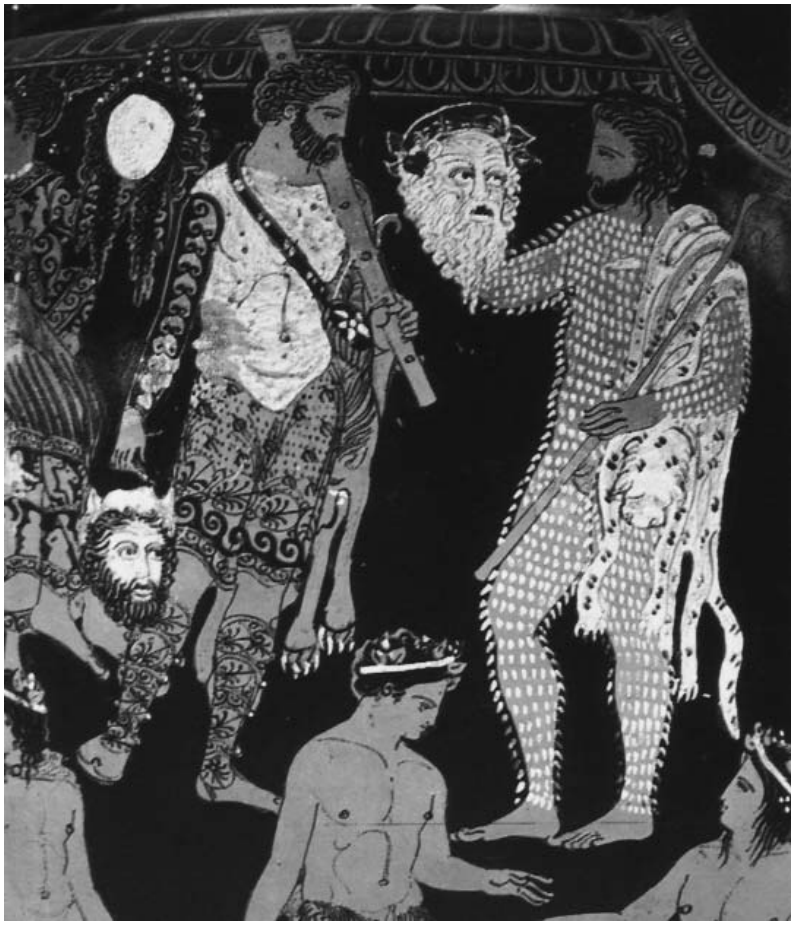
> «[...]suelo admirar, Catón, no sólo tu excelente y perfecta sabiduría en las demás cosas, sino también y principalmente el que nunca me diste la sensación de que para ti fuese pesada la vejez, cuando para la mayoría de los ancianos es tan odiosa que dicen soportar una carga más pesada que el Etna».(II.)

Pero Catón piensa que los que critican la senectud no son muy juiciosos, puesto que la mejor opción es saber aceptar con buen ánimo todas las edades de la vida, viendo lo positivo que tienen cada una de ellas:

> «[...] la culpa no está en la edad sino en las costumbres. Pues los ancianos moderados, no exigentes y de buen carácter, pasan una vejez tolerable; en cambio, el fastidio y el mal carácter resultan molestos a cualquier edad [...] Las armas más adecuadas para la vejez son, Escipión y Lelio, los conocimientos y la práctica de las virtudes, que cultivadas en cualquier edad, si has tenido una vida larga e intensa, producen frutos admirables; no sólo porque nunca te abandonan ni siquiera en el último momento de la vida –cosa que ya es de gran importancia-, sino también porque la conciencia de una vida bien llevada y el recuerdo de las muchas cosas bien hechas son algo muy gratificante.» .(III)

Todo este comienzo representa una recuperación de Platón, y en particular del discurso de Céfalo en la *República* (329 a-d; LÓPEZ PULIDO, 2005:10-11.), pero, a continuación explica los casos de Quinto Máximo y de Ennio, que compara a los de Platón, de Isócrates y de Gorgias, todos ellos venerables ancianos plenamente satisfechos de su vejez, según la opinión más común, para llegar al nudo gordiano del diálogo:

> «Pues bien, cuando lo medito en mi interior,



encuentro cuatro motivos por los que la vejez puede parecer miserable. La primera porque aparta de las actividades, la segunda porque debilita el cuerpo, la tercera porque priva de casi todos los placeres, la cuarta porque no está lejos de la muerte. Si os parece bien, veamos qué entidad tiene y lo justa que es cada una de estas razones.» .(V)

• Primer motivo: la ancianidad hace desaparecer la actividad.

«La vejez aparta de las actividades. ¿De cuáles? ¿Acaso de las que se llevan a cabo mediante la juventud y las fuerzas? ¿Es que no hay actividades propias de la ancianidad que se realizan con la mente, a pesar de estar débiles los cuerpos [...]Y los que dicen que la vejez no es apta para gestionar cosas, no aducen nada; [...] No hace las mismas cosas que los jóvenes. Pero hace cosas mayores y mejores. Las cosas grandes no se hacen con las fuerzas, o la rapidez, o agilidad del cuerpo, sino mediante el consejo, la autoridad y la opinión; cosas de las que la vejez no sólo no está huérfana sino que incluso suele acrecentarlas. [...] "Ya, pero la memoria disminuye". Estoy de acuerdo, si no la ejercitas o si es que eres lerdo por naturaleza. [...] Sófocles compuso tragedias hasta una edad avanzada [...] ¿Acaso la vejez obligó a aquél a enmudecer en sus estudios [...]? ¿Es que en todos estos la dedicación a sus estudios no duró lo que su vida?» (VI-VII)

Pero se podrá objetar que los viejos llegan a ser odiosos a los demás. Nada más lejos de la realidad:

«Pues del mismo modo que los viejos sabios disfrutan con los jóvenes dotados de un buen natural, y la vejez se les hace más llevadera a los que son amados y motivados por los jóvenes, así también los jóvenes disfrutan con los consejos de los viejos, [...] y entiendo que no soy menos agradable para vosotros de lo que vosotros sois para mí. Pero veis cómo la vejez no sólo es lánguida e inerte, sino laboriosa, siempre haciendo o imaginando algo, desde luego según a qué se dedicó cada uno en la vida pasada.» (VIII)

• Segundo motivo: la vejez hace disminuir nuestra fuerza física.

En este segundo argumento observamos una de las cuestiones llamativas de esta obra, a la que ya hemos aludido con anterioridad, y es la de que, no tratándose de un libro médico, incluye comentarios relativos a la salud y los lleva a cabo desde una perspectiva en la que destaca las ventajas de la ancianidad y las posibilidades de alcanzarla y vivirla en las mejores condiciones posibles. Para ello, nos proporciona multitud de recomendaciones y ejemplos. De esta forma, trata de postergar la idea fatalista de que las limitaciones inherentes a la edad conllevan una barrera insuperable a la hora de conseguir una buena calidad de vida, así como también rebate la idea, todavía sostenida por algunos en la actualidad, de que senectud y enfermedad son conceptos similares (RIBERA CASADO, 2001:24).

Además de lo expuesto, el autor relativiza el valor de las pérdidas que tienen lugar durante el envejecimiento en cuanto a la capacidad física, incorporando elementos de lo que podríamos denominar como geriatría preventiva:

«Ahora no deseo yo las fuerzas de un joven más de lo que, siendo joven, deseaba las de un toro o un elefante. Hay que aprovecharse de lo que hay y, hagas lo que hagas, hacerlo según tus fuerzas.[...] En conclusión: utiliza ese don (la fuerza) mientras lo tengas; cuando lo pierdas, no lo eches de menos, [...]Pues hay un curso determinado de la

vida y un solo camino de la naturaleza,[...] y a cada parte de la vida le ha sido dada su sazón.¿Qué tiene de extraño en los ancianos si alguna vez están enfermos, cuando ni siquiera los jóvenes pueden escapar de ello? [...] Es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida conveniente para reponer las fuerzas, no para ahogarlas. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. Puesto que también éstos se extinguen con la vejez, a menos que les vayas echando aceite como a una lamparilla. [...] Así pues la vejez es honorable si ella misma se defiende, si mantiene su derecho, si no es dependiente de nadie y si gobierna a los suyos hasta el último aliento. [...]Pues al que vive metido en estos estudios y trabajos no se le nota cuando le llega la vejez. Y así la edad envejece poco a poco sin sentirlo y sin quebrarse de golpe, sino que se extingue con el paso del tiempo.» (IX-XI).

• Tercer motivo:
la ancianidad priva de los placeres.

Ésta es, quizá, una de las críticas más comunes que surgen y, por lo general, circunscrita al campo de los placeres de los sentidos, cuando una de las mayores ventajas de la vejez es redimirse de esa esclavitud:

«Sigue la tercera acusación contra la vejez: la que dice que carece de placeres. ¿Qué excelente regalo de la edad si realmente aleja de nosotros lo que es más pernicioso en la juventud! [...] Por todo eso nada hay tan detestable como el placer, si es verdad que éste, cuando es demasiado grande y prolongado, extingue toda la luz del espíritu.[...] si no conseguimos despreciar el placer mediante la razón y la sabiduría, debemos estar muy agradecidos a la vejez, que ha conseguido que no nos apetezca lo que no nos conviene. Pues el placer impide el buen juicio, es enemigo de la razón y, por así decir, ciega los ojos de la mente y no tiene ninguna relación con la virtud. [... » (XII-XIV).

• Cuarto motivo: la vejez señala la cercanía de la muerte.

«Queda la cuarta causa, la que más parece angustiar y tener en vilo a los de nuestra edad, la cercanía de la muerte, que ciertamente no puede estar lejos de la vejez. ¡Pobre del anciano que a lo largo de su vida no haya visto que la muerte ha de ser despreciada! Ésta, o debe ser mirada con la mayor indiferencia, si es que el alma se extingue por completo, o debe ser incluso deseada si es que la conduce a algún lugar donde ha de ser eterna. [...] ¿De qué tengo que tener miedo si después de la muerte no voy a ser desgraciado y puede que hasta sea feliz? Aunque ¿quién es tan necio, por más que sea joven, que tenga por cierto que va a vivir hasta el atardecer? [...] Pero el joven espera que va a vivir mucho tiempo, y esto un anciano no puede esperarlo. [...] Esta esperanza no la tiene el viejo y por ello está en mejor condición que el joven, puesto que lo que éste espera aquél lo ha conseguido ya: éste quiere vivir mucho, aquél ya vivió mucho.» (XIX).

La obra concluye así:

«Por todas estas razones, Escipión (pues dijiste que tú y Lelio solíais admirarme por esto), la vejez me resulta ligera y no sólo no me es molesta sino que es, incluso, agradable. [...] Si no vamos a ser inmortales, es deseable, por lo menos, que el hombre deje de existir a su debido tiempo. Pues la naturaleza tiene un límite para la vida, como para todas las demás cosas. La vejez es el último acto del drama de la vida, de cuyo agotamiento debemos huir sobre todo si esto se añade a la hartura. Esto es lo que tenía que deciros acerca de la vejez, a la que ojalá lleguéis, para que las cosas que me habéis oído decir las podáis comprobar por experiencia.» (XXIII).

Sin lugar a dudas, el tratado es precioso y su lectura debió proporcionar solaz a algunos ancianos de buena posición social y económica, ya que posee el mérito de recoger todo lo que podía señalarse en la época para consolar a los senectos, pero es muy probable que no consiguiera convencer a la mayoría, porque el propio Cicerón, que ya tiene sesenta años y que dedica la obra a su amigo Ático, de sesenta y tres, desde la introducción admite que su propósito es intentar consolarle de la cercanía de la ancianidad, cuyo peso teme, lo cual pone en evidencia que el autor opinaba que la vejez no constituía por sí misma un período dichoso. Algunos investigadores sostienen que el hecho mismo de que Cicerón hubiese sentido la necesidad de escribir esta consolación ya es suficientemente ilustrativo, a lo que habría que añadirle que el contenido de algunas de sus cartas a Ático, nos indican que este ideal está lejos de ser alcanzado incluso por el autor (MINOIS, 2001:79).

Retomando nuestro hilo argumental, debemos hacer hincapié en que ya hemos seña-

lado con anterioridad que, en esta época turbulenta, de mediados del siglo I a.C., tanto el senado como el *pater familias* son cada vez más discutidos, lo cual da lugar a que sus poderes disminuyan. Se subvierte el orden establecido: es la hora de los discursos políticos o, para los tímidos o los decepcionados, de la cavilación romántica sobre las incertidumbres de la fortuna, la brevedad de la vida humana, del repliegue intimista sobre sí mismo y la constante preocupación sobre el carácter efímero de los amores y de la juventud. A la crítica extravertida de los viejos en la comedia, suceden las lamentaciones de los poetas sobre su destino personal y el de sus amores, condenados a marchitarse. Esta época en la que la historia parece acelerarse, potencia la conciencia del paso del tiempo que trae a todos la temida vejez. Todas estas cuestiones alcanzarán su pleno desarrollo en la época de Augusto.

Pese a todo, en los primeros compases del nuevo régimen —el principado o Imperio—, apreciamos cierta ambigüedad en el trato dispensado a los ancianos y fue el poeta Virgilio el que mejor ejemplificó esta dicotomía, ya que, mientras que, por una parte, se erige en el portavoz del mensaje político de Augusto —el restaurador de la autoridad del *pater familias* y las virtudes romanas en el seno familiar— y en la Eneida nos presenta la figura de Anquises, el padre anciano, venerado y respetado por su hijo Eneas, también nos señala la debilidad corporal de la vejez, reitera el carácter miserable de la ancianidad y, sobre todo, sitúa a la senectud junto a las peores desgracias:

> «Pero la tartajosa vejez mi sangre embota con su hielo / y desfallecen yertas las fuerzas de mi cuerpo. Si tuviera yo ahora / los bríos juveniles que tuve en otro tiempo, esos en que engreído / confía ese insolente [...]» (Eneida, V, 395-398).
>
> «Enfrente del vestíbulo, al entrar en la misma hoz del Orco, / el Dolor ha plantado su cubil y los Remordimientos / vengadores y los pálidos Morbos y la triste Vejez. / Allí el Miedo y el Hambre, maligna consejera y la odiosa pobreza, espantosas de ver, y la Muerte y la Pena.» (Eneida, VI, 273-277).

Del mismo modo, en otra de sus obras, las Geórgicas, nos presenta a la vejez como algo digno:

> «[...] (si el caballo) demasiado torpe por los años, desfallece, reténlo en la cuadra y sé considerado con su vejez, en modo alguno vergonzosa» (III, 96-98), y, a la par, como algo pobre y triste: «[...] la hormiga, que teme la vejez necesitada.» (III, 67-69). «Luego vienen las enfermedades y la triste vejez y el sufrimiento y nos arrebata finalmente sin piedad la inflexible muerte.» (I, 186).

Horacio, aunque en menor medida, también repite la postura virgiliana, ya que, por una parte, habla con beatitud sobre la ancianidad: *«[...] conceded, oh dioses, piadosas costumbres a una dócil juventud; / un tranquilo descanso, oh dioses, a la vejez.» (Carmen sæculare, 46-47), pero en él es mucho más fuerte su rechazo hacia la vejez, como nos muestra en sus Odas, «[...] no desprecies tampoco los dulces amores ni las danzas, muchacho, / mientras está lejos la blanca ancianidad morosa.», (I, IX, 15-16); «[...] vieja y despreciada, llorarás[...]», (I, XXV, 8); «Los años transcurren fugaces / y la piedad no ofrece dilación a las arrugas / ni a la inminente vejez / ni a la implacable muerte.»,* (II, XIV, 2-5), pero, sobre todo en sus Épodos, como más arriba señalábamos. Pero el poeta no se detiene ahí y, en otras composiciones, considera a los ancianos como avaros, timoratos y débiles mentales:

> «El anciano está expuesto a innumerables males; amontona su dinero y luego, lo deja a un lado y no se atreve a usarlo; administra sus asuntos con timidez y lentitud, los aplaza para el día siguiente, tiene pocas esperanzas, poca actividad, querría ser dueño del futuro; es difícil para la convivencia, gruñón, elogia el tiempo en que era niño, no cesa de criticar y reprender a los jóvenes. Los años traen consigo muchas ventajas, que nos quitan cuando estamos de vuelta.» (Arte Poética, II, 310-320).

O como objeto de enriquecimiento, a merced de gente sin escrúpulos:

> «Cuando alguien te envíe algún regalo, mándaselo a un viejo. [...] sé astuto y hazte con testamentos de viejos por doquier [...]Recomiendo a este respecto: si tramposa mujer o liberto por ventura manejan a un viejo senil, hazte socio suyo;» (Sátiras, II, 5, 11, 24, 70-72).

De igual forma, Horacio, retomando una idea típica de la Antigüedad, la de la división de la vida en períodos de siete años, cuando alcanzó la edad de cuarenta y dos, le indicó a

su amigo y protector Mecenas, a través de una carta, que ya había recibido la rudis —vara que se les entregaba a los gladiadores a los que se les concedía la libertad o el retiro— y que había entrado en el séptimo septenario de su edad, en el que llegaría la disminución de las fuerzas, lo cual era compensado ampliamente con un mayor desarrollo del intelecto y la razón, que eran, sin embargo, acrecentados en el octavo septenario. Pero, cuando se alcanzaba el décimo septenario, el hombre era aquejado por el deseo de morir (RIPA, 1987:64).

Estas ideas de Horacio denotan una clara e inexorable evolución de las mentalidades, puesto que la época de las guerras civiles entre César y Pompeyo, la del segundo triunvirato —Octavio, Lépido y Marco Antonio— y la de la llegada del Principado, es también la del realismo y la de la relativización de los valores morales. En este ambiente turbulento, la ancianidad pierde peso y apenas puede esperar favores sociales o políticos (MINOIS, 2001:64).

Otros poetas mostraron también su preocupación por la vejez. Es el caso de Propercio (47-15 a.C.), que, al igual que Horacio, pertenece al círculo de Mecenas y también ridiculiza a una anciana: *«Yo vi que su rugoso cuello se hinchaba con la tos / y pasar sangrientos esputos entre sus dientes cariados, / y exhalar su alma podrida en las esteras paternas: [...]»,* (Elegías, IV, 5, vv. 67-69), y nos comenta las desgracias de la vejez, más bien maldiciones:

> «¡Pero que a ti te abrume l vejez con años disimulados / y lleguen las siniestras arrugas a tu figura! / ¡Que entonces ansíes arrancar de raíz los cabellos blancos, / ay, mientras el espejo te reprocha tus arrugas, / y, rechazada, tengas que sufrir en propia carne la soberbia / altivez, y, vieja, te lamentes de lo mismo que tú hiciste! / Estas maldiciones funestas te ha cantado mi poesía: / ¡aprende a temer el fin de tu hermosura! (Elegías, III, 25, vv. 11-18).

Del mismo modo, el joven Tibulo (54 a.C.-19 a.C.), está obsesionado con la ancianidad que nunca llegará a conocer: *«¡Cómo se queda echado, al llegar el fatal momento de una vejez sin fuerzas, el caballo que se lanzó el primero de las barreras de Elea!»* (Elegías, I, 4, vv.31-33). Esta preocupación por los males que aquejan a la senectud, le hace manifestar en sus elegías su deseo de aprovechar la vida durante la juventud, porque cuando se es viejo ya es tarde para todo:

> «Ay, tarde se llama al amor, tarde a la juventud, cuando la canosa vejez ha teñido la anciana cabeza. Entonces hay deseos de belleza: entonces se cambia el color del cabello para disimular los años, teñido con corteza verde de nuez. Entonces aparece la preocupación de arrancar de raíz las canas y de ofrecer, pulidas las arrugas, un rostro nuevo. » (Elegías, I, 8, vv. 40-47).

Sin embargo, es mayor aún el miedo a la muerte que el temor a envejecer:

> «¿Qué locura es llamar con guerras a la espantosa Muerte? Está próxima y, a escondidas, con silencioso paso se acerca. [...] Mucho más digno de elogio es éste a quien en medio de una familia servicial le sorprende la perezosa vejez en estrecha cabaña. Él mismo va siguiendo a sus ovejas, su hijo a los corderos y a él cansado, a la vuelta, le tiene preparada agua caliente su mujer. ¡Así querría ser yo! Que se me conceda que mi cabeza empiece a blanquear por las canas y que cuente, anciano, los hechos del tiempo pasado.» (Elegías, I, 10, vv. 33-44).

A pesar de todo lo expuesto, fue el poeta Ovidio (43 a.C.-17 d.C.), el que más criticó la edad anciana, aunque no la llegó a conocer, pues murió a los sesenta años. Algunos investigadores sostienen que ello se debe a las tendencias hedonistas del escritor y a su trayectoria vital, ya que en toda su obra se rezuma la exhortación a disfrutar de los placeres del presente y se nos induce al deleite amoroso, y, por el contrario se nos muestra a la ancianidad como algo funesto y pernicioso, que llega en silencio, sin darnos cuenta, el mayor mal deseable para los enemigos, como leemos en el Epicedio de Druso: *«¡Que una larga vejez caiga sobre mis enemigos!»* (LÓPEZ MOREDA, 2003:77). A ello, además, hay sumarle el que pasó los últimos ocho años de su vida desterrado en la ciudad de Tomos —Constanza, Rumanía—, a orillas del Ponto Euxino, pobre, desconsolado y triste, sufriendo sobre sí mismo, según nos cuenta, todo aquello que había criticado:

> «[...] apenas se contuvieron mis manos de arrancarle su canosa y rala cabellera, de sacarle sus ojos, llorosos de tanto vino, y destrozarle sus mejillas llenas de arrugas. ¡Qué los dioses te priven de todo hogar, y te den una vejez sin recursos, largos inviernos y eter-

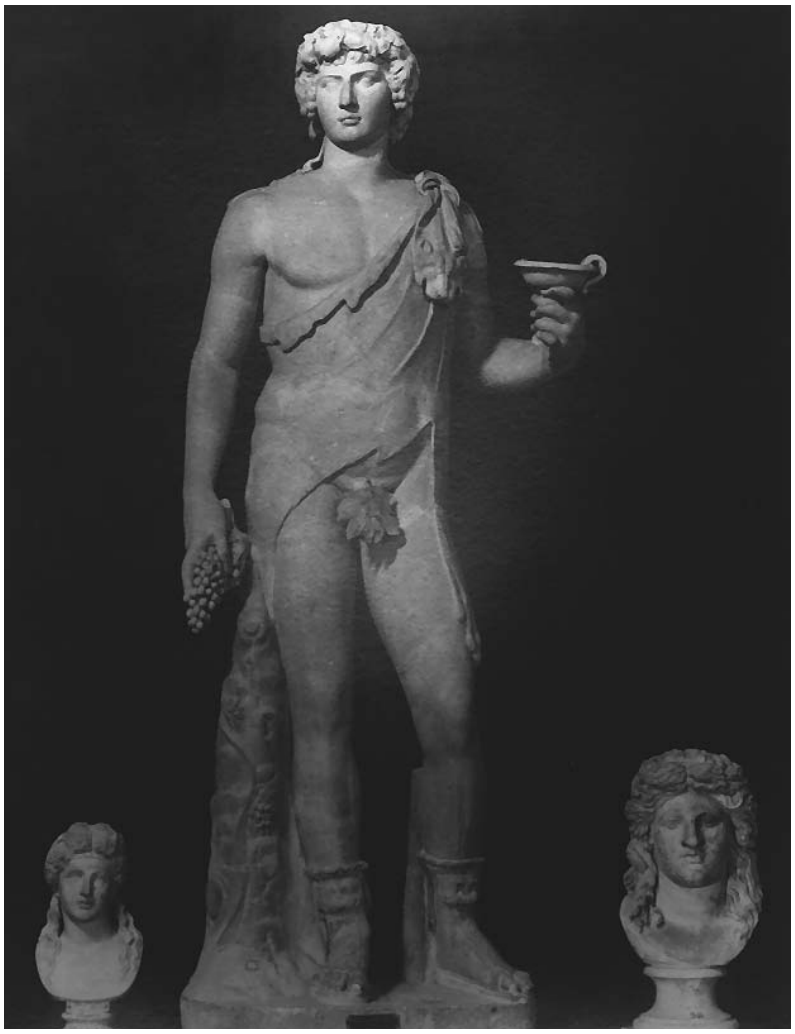
na sed.», (Amores, I, 8, 110-114); «[...] vejez huérfana de parientes;», (El arte de amar, II, 272-273).

Este poeta mundano tiene aproximadamente cincuenta y cinco años cuando escribe las *Tristes* y ya se lamenta de los signos de la vejez, en un fragmento en el que son evidentes los ecos de la poesía griega arcaica, marcadamente pesimista en ocasiones, en particular de Safo y de Anacreonte:

> «Ya mis sienes se parecen a las plumas del cisne y la blanca vejez tiñe mis negros cabellos. Ya se acercan los años frágiles y la edad más inerte, y ya, débil como estoy, me resulta penoso el moverme», (IV, 8, vv. 1-5),

Se cansa de esperar en las orillas del mar Negro y lamenta no poder conocer una vejez apacible:

> «Ahora era cuando, una vez puesto fin a mis trabajos, debería vivir sin que me inquietara ningún temor, disfrutar de los ocios que siempre agradaron a mi espíritu, hallarme a gusto en medio de mis aficiones, vivir en mi pequeña casa y entre mis viejos Penates, y en los campos paternos que ahora carecen de dueño; y envejecer tranquilo en el regazo de mi esposa, con mis queridos amigos y en mi patria.», (IV, 8, vv. 5-12).



Antes de su exilio, Ovidio se había dedicado también a los temas mitológicos, con las *Metamorfosis*, donde vemos cómo Medea, esposa de Jasón, rejuvenece al anciano Esón, su suegro, sometiéndolo a un sueño letárgico y reemplazando su sangre con unas bebidas mágicas:

> «Tan pronto como vio esto, Medea, empuñando una espada, seccionó la garganta del anciano y, dejando salir la sangre antigua, la llena con sus jugos; una vez que Esón los embebió recibiéndolos por la boca o por la herida, su barba y sus cabellos, despojados de canicie, adoptaron un color negro, huye expulsada la escualidez, se alejan la palidez y la decrepitud y las profundas arrugas se llenan con carne añadida y sus miembros rebosan vigor; Esón se maravilla y recuerda que él era así en otro tiempo, cuarenta años antes.» (VII, vv. 285-294).

La mitología no hace otra cosa que mostrar algunas de las meditaciones y cavilaciones de los hombres y una de ellas es la de la eterna juventud: Venus devuelve la juventud a Faón, el viejo marino de Lesbos, del que Safo se enamora, y Baco rejuvenece a sus nodrizas.

Ya señalábamos antes, en el comentario a la obra de Cicerón y en las de algunos poetas —Horacio, Tibulo, Propercio, Ovidio—, cuál era el ambiente que se respiraba durante la crisis de los últimos años de la República y el advenimiento del Imperio, e indicamos que todas estas convulsiones dieron lugar a una disminución el poder del Senado —que ya se mantuvo durante todo el Imperio—, lo cual redundó en un descenso de la influencia política y social de los ancianos. Observamos, así, que muchas de las funciones ejercidas por el *pater familias* pasaron a ser competencia de la justicia común y desaparecieron la mayor parte de sus facultades: los viejos ya no regentan institucionalmente el mundo romano.

Esta pérdida de influencia de los *patres* está marcada por varios jalones sucesivos. Así, la *patria potestas* se va debilitando durante el

Alto Imperio: los miembros de la familia podían denunciar ante el magistrado los abusos del *pater*; el derecho de vida y de muerte sobre los hijos se reglamentó con rigor y el padre puede ser obligado a emancipar al hijo si lo castiga sin un motivo justificado, de la misma forma que tampoco puede casarlo contra su voluntad. Todo ello hace que los hijos adquieran personalidad jurídica: pueden actuar judicialmente, conformar un patrimonio distinto del de su padre, convertirse en propietarios y contraer obligaciones contractuales.

En una etapa posterior, durante la Antigüedad Tardía, la *patria potestas* pierde todo el carácter público y se convierte en algo estrictamente privado: desde el año 319 el padre ya no puede condenar a su hijo y a partir del 374 ya no puede abandonarlo, si bien ya en el siglo II se había establecido la obligación del progenitor de ocuparse del sustento de los miembros de su familia.

Asimismo, la influencia materna experimenta un llamativo acrecentamiento: la madre puede llegar a ser tutora de sus hijos y cederles, en herencia, su patrimonio. De esta forma, los hijos acaban por escapar de la autoridad de sus padres y conservar sus derechos de sucesión en la familia. Así, de un modo paulatino, se ha ido desmantelado la potestad que el padre tenía de por vida, y, por consiguiente, la del anciano. Aunque su autoridad moral siga siendo grande ya no dispone de instrumentos jurídicos para poder ejercerla. (MINOIS, 2001:42-43).

A pesar de todo, ello no significó que los ancianos perdiesen todo su papel político, ya que, a título individual, se ve todavía a muchos de ellos detentando cargos de suma importancia, empezando por los emperadores. Aún, en los medios imperiales se continúa confiando en la experiencia y la sabiduría de los viejos políticos. Un ejemplo lo podemos observar durante el mandato de la primera dinastía, la de los Julio-Claudios, en la que el *consilium princeps*, el máximo consejo privado del emperador, está compuesto por veinte senadores y treinta caballeros, que siguen en activo de un gobierno al otro, asegurando la continuidad de la política imperial (CIZEK, 1982:214-5).

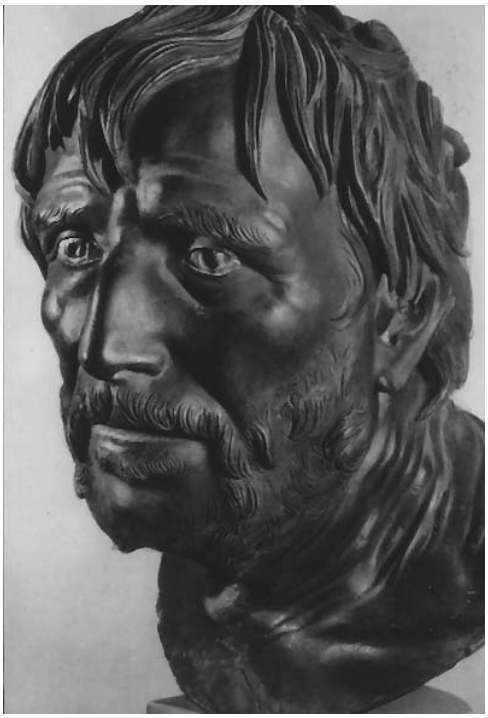
En este nuevo período, el del *Principado*, los valores tradicionales cambiaron y, atendiendo sobre todo a componentes de tipo ideológico, se dio, con frecuencia, la oposición de los conceptos de juventud y vejez, como valores a los que se les revistió de una importancia singular. Así, la juventud del instaurador del nuevo régimen, Augusto, sustituyó al omnipresente anciano de la etapa anterior, y ello simbolizó los componentes ideales del nuevo político, en un intento de olvidar las turbulentas acciones y rivalidades que le llevaron al poder. Romper con todo lo anterior era también saldar el antiguo sentido memorial del retrato y convertirlo en un vehículo de exaltación y propaganda imperial (BELDA NAVARRO, 1995:62).

Como sucedió durante el período helenístico, la suerte sonrió entonces a los astutos, a los audaces y a los ambiciosos, cualquiera que fuese su edad. Pero, mientras las monarquías helenísticas, a pesar de ser herederas de una Grecia que en ciertos casos despreció a la ancianidad, representaron un progreso para las personas de edad provecta, el Imperio experimentó un retroceso de la condición de la senectud. Ya hemos visto como va perdiendo su poder familiar y político, que era el que justificaba la prolongación de su actividad, y eso hace que el anciano se convierta en la encarnación del sufrimiento: la soledad, la decrepitud, el dolor y la debilidad físicos, la fealdad. La literatura reflejó entonces esta transformación: los inicios del Principado van marcando la desaparición, si bien lenta, de la crítica social hacia la senectud y, así, al viejo lascivo, avaro y omnipotente de Plauto y Terencio le sucede el anciano decrépito y horrendo de Juvenal, puesto que al no causar miedo ya, sus taras físicas dan lugar a la burla. Del mismo modo, el argumento casi siempre presente del conflicto padre-hijo se transforma en excepcional.

Debemos insistir en que esta visión pesimista de la vejez no es sólo un hecho literario, sino que es el espejo de la realidad social, lo cual explica, en parte, el que durante la segunda mitad del siglo I y los comienzos del siglo II, la influencia creciente del estoicismo en los grupos sociales dominantes, unida a la desesperación provocada por la soledad y el sufrimiento moral y físico, dio lugar a un auténtico raudal de suicidios entre los ancianos, que recibieron la aprobación y la admiración de la alta sociedad romana (ROCA MELIÁ, 2001:17). Ya Séneca lo había justificado sin paliativos en su epístola *LVIII a Lucilio,* ya que las *Cartas a*

Lucilio nos transmiten lo fundamental de su opinión sobre esta cuestión:

«La frugalidad puede prolongar la vejez, que no debemos ambicionar, como tampoco rechazar. Es agradable estar consigo mismo el mayor tiempo posible, cuando uno ha hecho de sí mismo una compañía digna de gozar. Así, pues, emitiremos nuestra opinión sobre este punto: si conviene desdeñar los últimos días de la vejez, y no aguardar hasta el final, sino provocarlo con nuestras manos. [...] Con todo investigaremos esto: si la última parte de la vida se compone de heces o de un elemento limpísimo y purísimo, siempre que la mente esté incólume, y la sensibilidad intacta ayude al alma, y el cuerpo no esté agotado y moribundo. Porque es muy importante saber si es la vida o la muerte lo que uno prolonga. Pero, si el cuerpo es incapaz de sus funciones, ¿por qué no provocar la salida de una alma agotada?[...] Son escasos aquellos a quienes una vejez prolongada condujo hasta la muerte sin afrenta; para muchos su vida languideció inactiva sin ningún provecho para sí. [...] No abandonaré la vejez en el caso de que me conserve íntegro para mí mismo, pero íntegro en aquella parte más noble; por el contrario, si comienza a perturbar mi inteligencia, a desquiciarla en sus funciones, si no me permite ya vivir, sino respirar, saltaré fuera de un edificio descompuesto y ruinoso. No rehuiré con la muerte la enfermedad en tanto sea curable y no perjudicial para el alma. [...] No obstante, si me doy cuenta de que he de sufrir constantemente el dolor, partiré, no por causa de él, sino porque me va a poner obstáculos para todo aquello que motiva la vida. Es débil e indolente quien a causa del sufrimiento decide su muerte, necio quien vive para sufrir.» (32-36)



También sabemos que lo expuesto por Séneca no eran recomendaciones altisonantes, puesto que él y un nutrido grupo de sus contemporáneos llevaron sus convicciones filosóficas hasta sus últimas consecuencias. Sin embargo, su opinión sobre la vejez no deja de ser equilibrada para el momento que le tocó vivir, ya que, aunque considera que si la senectud se convierte en algo penoso, no hay que dudar en suicidarse, no siempre se ve obligado el anciano a seguir este camino, lo cual contradice, en cierto modo, a lo que, a comienzos del siglo II, otro estoico, Epicteto, con casi ochenta años, llegó a sostener, puesto que manifestó que el hombre debía desempeñar imperturbablemente su papel hasta el final, cualquiera que fuese su estado. El viejo Séneca defiende en estas cartas su derecho al retiro y habla largamente de la vejez:

«Hay que querer a la vejez, pues está llena de satisfacciones cuando se sabe utilizarla bien [...] La edad avanzada, que aún no ha llegado al estado de decrepitud, es muy agradable, y creo incluso que el que ha llegado a conseguirla tiene sus placeres: al menos tiene el placer de no necesitar ya placer alguno (XII). Conviene no permanecer ocioso; hay que trabajar para la posteridad (VIII), y continuar estudiando: «*Un hombre, por viejo que sea, tiene siempre algo que aprender*» (LXXVI), porque los filósofos deben pasar su vejez meditando, ocupación que aportará paz y felicidad y abrirá el camino de la eternidad:

«¡Qué dicha, qué hermosa vejez espera al que se ha puesto bajo su protección! Tendrá discípulos con quienes podrá tratar tanto los problemas más pequeños como los más importantes, a quienes podrá consultar diariamente sobre sus intereses, que le dirán la verdad sin agravios, le alabarán sin adulación, a semejanza de los cuales él podrá modelarse».

Llamativo es el siguiente comentario sobre el descuido de la apariencia física y la ropa, si uno quiere conservar a sus amigos:

«Hay que velar por la propia vejez tanto más cuidadosamente si sabemos que eso es agradable, útil o deseable a los ojos de una persona que nos es querida. Hay que abandonar las ambiciones políticas o las económicas y buscar la tranquilidad, renunciar a la búsqueda de honores y anteponer el descanso a todo lo demás».

A diferencia de lo que manifestó Plutarco, Séneca desprecia a los que se meten en negocios cuando están entrados en años: *«¿Hay mayor bajeza que prepararse para la vida cuando se es ya viejo?»* El anciano debe renunciar a los placeres de la juventud: *«Cuenta tus años y te avergonzarás de desear las mismas cosas que deseabas cuando eras niño; date la satisfacción de ver morir tus vicios antes que tú.»* (XXVII). También repite una idea enunciada ya en su tratado De brevitate vitæ: *«La verdadera vejez no espera al número de años; el verdadero anciano es el sabio, cualquiera que sea su edad.»* (XCIII), la cual volverá a ser tratada, con cierta asiduidad, por los escritores cristianos: *«¿Queréis saber cuál es la duración más larga de la vida? Es vivir hasta haber adquirido la sabiduría. Porque un hombre tenga el pelo blanco y arrugas no puede creer que haya vivido mucho tiempo, no ha vivido mucho tiempo, sino que ha durado mucho tiempo. ¡Cómo! ¿Crees que ha navegado mucho quien, sorprendido desde el puerto por una cruel tempestad, se ve azotado acá y allá y da vueltas constantemente en el mismo lugar bajo el soplo cambiante de los vientos desencadenados? No ha navegado mucho, sino que ha flotado mucho».*

También son ridiculizados los viejos que, maquillándose, querrían hacerse pasar todavía por jóvenes: *«Ancianos decrépitos mendigan en sus plegarias un suplemento de algunos años. Se disfrazan de jóvenes, se adormecen con mentiras y se engañan con toda confianza como si pudieran al mismo tiempo engañar al destino.»*

Sin embargo, a pesar de todo, y como ya vimos también en Cicerón, por muy estoico que sea, a sus sesenta y tres años, consciente de que la vejez le vuelve amargo en ocasiones, no puede deja de confesar:

«A dondequiera que vuelvo la mirada, descubro indicios de mi vejez. He llegado a mi quinta, cercana a Roma, y deploro los gastos de aquel edificio ruinoso. [...] La quinta surgió entre mis manos: ¿qué porvenir me aguarda si tan descompuestos están unos sillares tan viejos como yo? [...] Los plátanos están en muy mal estado, pero yo los había plantado, yo había visto sus primeras hojas, también son viejos. [...] Esto debo a mi quinta: que mi vejez se me haga patente a dondequiera que me dirijo.» (XII, 1-4).

De esta manera, apreciamos que incluso la filosofía más noble no es un antídoto contra los momentos de depresión que surgen de la ancianidad, pero Séneca tiene el mérito de haberlo reconocido (MINOIS, 2001:66-67).

No obstante, todos los ancianos romanos no llegaron a estos extremos. Plinio el Joven, que relata los suicidios de algunos amigos y conocidos, también nos transmite en sus *Cartas*, el ejemplo de una vejez apacible, confortable, activa y prudente, sin excesos, la de su amigo Espurina, quien, a los setenta y siete años, tras haber ejercido distintos cargos políticos y militares, se había retirado a sus posesiones:

«[...] en mi vejez, si el destino me permitiese llegar a ella, no quisiera imitar a nadie antes que a él. No hay en efecto nada mejor planificado que aquella manera de vivir. [...]Por la mañana permanece en la cama durante una hora, a continuación pide las sandalias y recorre a pie una distancia de tres millas para ejercitar tanto su cuerpo como su espíritu. Si le acompañan algunos amigos, mantiene con ellos conversaciones muy eruditas; si no, se hace leer algún libro, [...]Después sube a un carruaje, acompañado de su esposa, un singular ejemplo para su sexo, o de alguno de sus amigos, como de mí mismo recientemente. ¡Qué agradable, qué dulce retiro!¡Qué hechos, a qué grandes hombres escuchas! ¡De qué grandes principios te imbuyes!; [...] Después de un recorrido de siete millas, hace a pie una milla más, luego se sienta otra vez o se retira a su habitación y a su escritura. Escribe, en efecto, en latín y griego cultísimas poesías líricas, que tienen una asombroso encanto, una asombrosa dulzura, una asombrosa delicadeza, cuyo valor aumenta la personalidad del autor. Cuando se le anuncia la hora del baño (a media tarde en invierno, una hora antes en verano), da desnudo un paseo al sol, si no hace viento. Después juega a la pelota con ardor y durante mucho tiempo, pues también combate la vejez con este tipo de ejercicio. Después del baño se acuesta un rato y aplaza el momento de la comida; entretanto escucha

«Hay que querer a la vejez, pues está llena de satisfacciones cuando se sabe utilizarla bien [...] La edad avanzada, que aún no ha llegado al estado de decrepitud, es muy agradable, y creo incluso que el que ha llegado a conseguirla tiene sus placeres: al menos tiene el placer de no necesitar ya placer alguno (XII). Conviene no permanecer ocioso; hay que trabajar para la posteridad (VIII).

mientras alguien lee alguna cosa más trivial y agradable. [...] El resultado es que Espurina ha conservado a los setenta y siete años intactos el sentido de la vista y el oído; además, un cuerpo ágil y lleno de vigor y de la vejez tan sólo la prudencia. Ésta es la vida a la que yo aspiro en mis votos y mis pensamientos, y a la que llegaré con la mayor alegría, tan pronto la consideración de mi edad me permita tocar a retirada. Entre tanto vivo agotado por mil tareas, de las que el mismo Espurina me proporciona consuelo y ejemplo.» (III, 1, 2-12)

Vemos, pues, una valoración positiva, la de la vejez como plácido retiro después de una vida ajetreada y plena de múltiples ocupaciones, el merecido descanso. Llamativo es el que Plinio el Joven muriese a los cincuenta y tres años y no pudiese disfrutar de ello. Pero, de nuevo, estamos ante un ideal, del que muy pocos ancianos disfrutan. Sin embargo, el mismo Plinio traza, en otra de sus Cartas, el retrato de otro anciano, vanidoso y aburrido, al que sólo frecuentan por su riqueza:

«Es asombroso cómo se reúne una muchedumbre a su alrededor. Todos le maldicen, todos le odian, pero se precipitan a su encuentro, le acosan, como si le apreciasen, como si le amasen, y para decirte en pocas palabras lo que siento, intentan ganarse su favor. Se mantiene recluido al otro lado del Tíber, en sus jardines, donde ha cubierto una amplísima área con inmensos pórticos, y la orilla del río con estatuas suyas, pues, en el colmo de la avaricia, es despilfarrador, en el colmo de la infamia, vanidoso. [...] Dice que quiere casarse de nuevo, esto también lo hace tan perversamente como todo lo demás. Pronto tendrás noticias de la boda de un hombre afligido, los esponsales de un anciano; lo uno demasiado pronto, lo otro, demasiado tarde.» (IV, 2, 4-7).

A caballo entre los siglos I y II d.C. algunos poetas continuaron con su sarcasmo. Así, el cáustico Marcial (40-104) ironizó en sus Epigramas contra una anciana prostituta:

«Tais huele peor de lo que huele la jarra vieja de una avaro / batanero, pero recién rota en medio de la calle, peor de lo que el / carnero recién hecho el amor, peor de lo que las fauces de un león, peor de lo que la piel arrancada a un perro del otro lado del Tíber, y peor de lo que huele un pollo cuando se pudre en un huevo abortivo, peor de lo que un ánfora / estropeada por el garo corrompido. Para cambiar engañosa este olor por otro [...] se rejuvenece con psilotro [...] o se cubre tres y cuatro veces con habas espesas para quitar las arrugas.» (VI, 93, vv. 1-11).

Sin embargo, vislumbramos en él un átomo de dulzura:

«Quiera ella al anciano con el tiempo, pero ella también / a su marido entonces, aunque lo sea, no le parezca vieja.» (IV, 13, vv. 9-10).

Juvenal (65-128), a través de sus *Sátiras*, es quizá el último en maltratar, de una forma sistemática, a los ancianos, y en caricaturizar sus debilidades y su fealdad:

«Y ahora, ¿qué me aconsejas después de haber perdido el tiempo en esperanzas fallidas? Pues la fugaz edad florida precipita su carrera descendente, esta porción brevísima de la vida angosta y miserable. Mientras bebemos, mientras vamos en pos de coronas, y perfumes y mozas, se nos echa encima una vejez en que no pensamos» (IX, 125-129).

«[...] "¡Prolóngame la vida, Júpiter, concédeme muchos años! Esto es lo único que imploras tanto si tu cara rebosa salud como si la tienes amarillenta. ¡Pero qué males terribles e incesantes padece una vejez dilatada! Ante todo contempla un rostro mal parecido, deforme e irreconocible; en vez de cutis una piel fea, unas mejillas fláccidas y unas arrugas como las que, allí donde Tábraca extiende sus bosques umbríos, surcan el entorno de la boca ya mustia de la mona que es madre. Muchas son las diferencias que hay entre los jóvenes [...] La faz de los viejos es siempre la misma, la voz y los miembros temblorosos, la cabeza calva y la nariz acuosa como la de un niño. Ha de roer, el pobre, el pan con unas encías desdentadas. Repele tanto a su mujer y a sus hijos, siente tanta repugnancia de sí mismo que asquearía incluso a Coso, el cazador de testamentos. Su paladar, insulso, no se deleita ni con el vino ni con la comida. También hace ya mucho tiempo que no sabe qué es hacer el amor, y si lo intenta, el miembro diminuto le cuelga herniado, y colgará aunque se lo acaricien la noche entera. ¿Es que se puede esperar otra cosa de las canas de esta ingle enferma? [...]

Uno anda mal del hombro, otro de los riñones, y un tercero, del muslo. Aquél perdió los dos ojos y siente envidia de los bizcos; los mortecinos labios de éste toman la comida de manos ajenas.[...]Mas, peor que cualquier achaque de los miembros en

¿Queréis saber cuál es la duración más larga de la vida? Es vivir hasta haber adquirido la sabiduría. Porque un hombre tenga el pelo blanco y arrugas no puede creer que haya vivido mucho tiempo, no ha vivido mucho tiempo, sino que ha durado mucho tiempo.

los viejos es la demencia, pues no recuerda el nombre de los sirvientes ni reconoce la cara del amigo con quien cenó la noche anterior, ni tan siquiera los hijos que ha tenido y educado. [...]¿Que las facultades de su alma no han perdido vigor? En tal caso deberá celebrar los funerales de sus hijos, deberá contemplar la pira de la mujer que ha querido, la de sus hermanos, y las urnas funerarias de sus hermanas. El castigo infligido a los que viven mucho tiempo es envejecer vestidos de luto, con tristeza perpetua, con gemidos incesantes y desgracias siempre renovadas. El rey de Pilos, si otorga algún crédito al ilustre Homero, fue ejemplo de una larga existencia [...] Pero preguntaba a todos los compañeros allí presentes la causa de que él dure hasta esos tiempos, qué crimen ha cometido merecedor de una vida tan larga. (X,188-256).

Estos dos ejemplos, los de Marcial y Juvenal, son de los últimos en recoger ácidas críticas contra la senectud. Después de ellos, estas demostraciones serán sustituidas por meros clichés o ejercicios de estilo, ya que los ancianos han perdido todo su interés literario, pues han dejado de ser temidos por su poder. Podemos rastrear su presencia en alguna composición poética, como en las *Púnicas* de Silio Itálico o en las *Elegías* de Maximiano, o en los dos autores que mostramos a continuación, Claudio Eliano, del siglo II, y Libanio, ya del siglo IV, que, de una forma muy tenue, alivian el olvido en el que van a quedar sumidos los ancianos, siendo su paso por el Imperio romano, no mucho más afortunado que el que protagonizaron por el mundo helénico.

Así, Claudio Eliano, pone de manifiesto preceptos propios del derecho natural cuando nos dice, en su Historia de los animales:

«Cuando el león llega una edad avanzada y está abrumado por la vejez, en manera alguna puede cazar y gusta de descansar en cuevas o en las guaridas de la selva, y no se atreve a enfrentarse ni siquiera con las fieras más débiles porque desconfía de su edad y conoce la debilidad de su cuerpo. Y son sus cachorros [...] los que van a cazar. [...]Y no fue Solón el que ordenó este comportamiento (el cuidar a sus padres) a los leones jóvenes, sino que lo aprendieron de la Naturaleza, a la que nada importan las leyes de los hombres, pues ella es una ley inmutable.» (IX, 1).

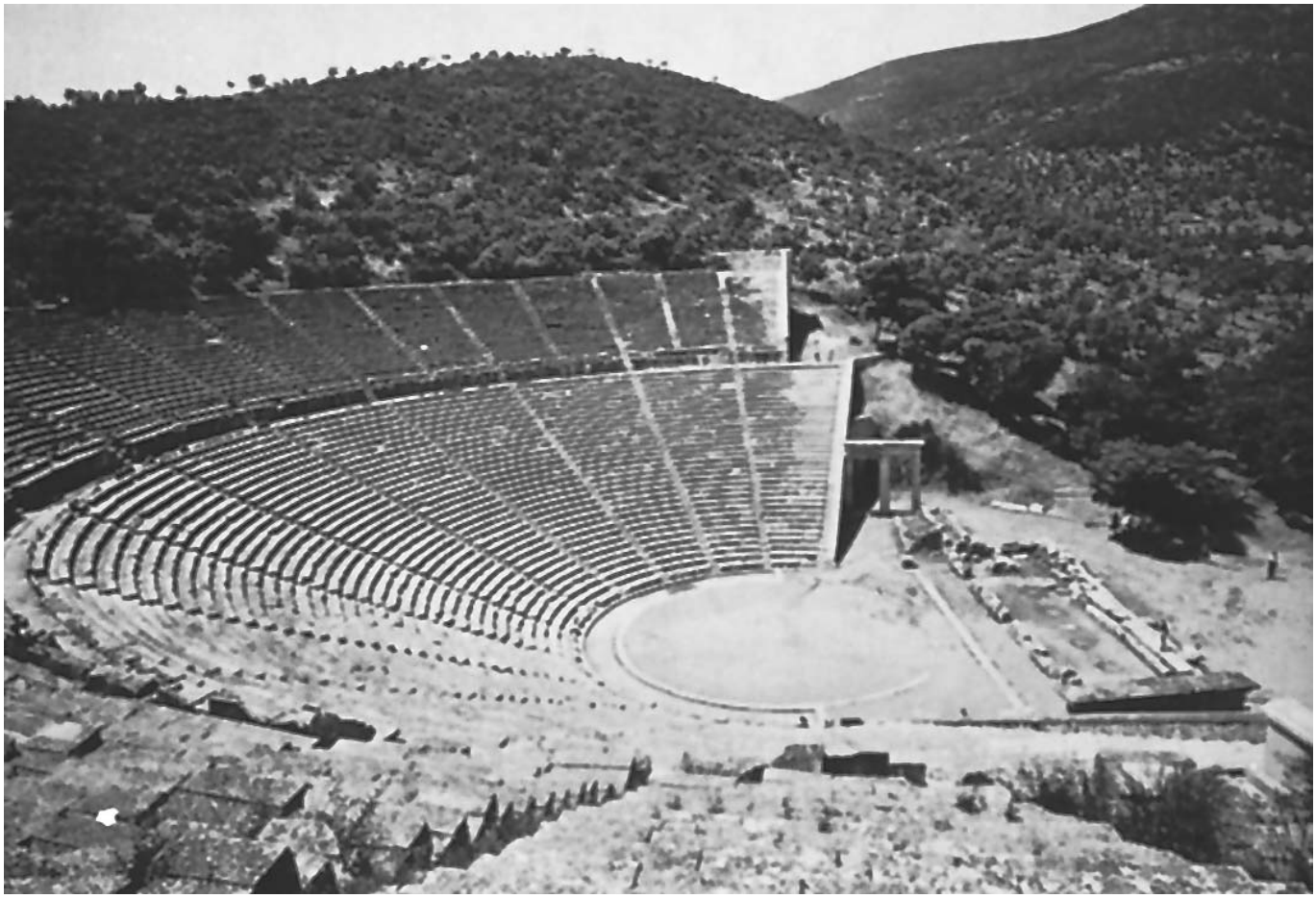
«Licurgo promulgó una ley humanísima a mi juicio, en virtud de la cual los jóvenes debían ceder sus asientos y el paso a los ancianos, por respeto a la edad que todos ansían alcanzar con el beneplácito del destino.» (VI, 61).

El rétor Libanio, profesor del emperador Juliano, al comunicarnos este hecho en sus Cartas, «Seguramente haces caso de Solón y mantienes a tu padre después de haber terminado tus estudios.» (II, 137, 3), nos demuestra todavía la presencia de un respeto a la ancianidad, ya que el legislador ateniense Solón (PLUTARCO, Vida de Solón, 22, 1) dictó una ley por la que el hijo tenía obligación de cuidar a su padre, a no ser que éste no le hubiese enseñado un oficio.

CONCLUSIONES.

Se nos puede acusar de reflejar, casi de forma exclusiva, la situación de los ancianos de los grupos dominantes -senadores, caballeros, algún liberto enriquecido-, pero tratar de soslayo la situación de los senectos de la plebe y los esclavos, o incluso mostrar los ejemplos de aquellos que encarnaban el ideal del anciano para un romano: ricos, cultivados, discretos y con excelente salud, por lo que reunían en sí mismos todas las condiciones necesarias para un retiro feliz. Ello es cierto, pero sólo hasta cierto punto, debido a que, la propia naturaleza de nuestro estudio, ha impuesto unos límites: la mayor parte de los autores se refirió a miembros de los grupos sociales dominantes y no a los integrantes de otros sectores o estamentos, para los que el silencio de las fuentes escritas es casi total. Podemos rastrear su presencia leyendo entre líneas, y los vemos pasando el tiempo en los espectáculos circenses o en las plazas públicas jugando a los dados, o incluso tomando parte en algún sarao, como cierta Elia Catella, quien, a los ochenta años, se exhibía todavía en los bailes en época de Nerón. En cuanto a los esclavos de edad avanzada, en el caso de que no se consiguiese venderlos —que era lo que recomendaba Catón, en su *De re agricultura*—, podían ser liberados o abandonados en la calle o cerca del templo de Esculapio.

Del mismo modo, podemos estar de acuerdo con Minois cuando señala que el único terreno en el cual los romanos han tra-



tado siempre bien a la vejez es el de las artes plásticas, como son algunos bellos ejemplos de retratos de parejas de ancianos esposos, que casi podrían hacernos olvidar los sarcasmos de Plauto, la crudeza de Horacio o la acrimonia de Juvenal. Este contraste muestra que en Roma se tuvo conciencia de la ambigüedad fundamental de la edad provecta, noblemente trágica y ridículamente cómica, mezquina en sus defectos, sublime en sus cualidades (MINOIS, 2001:80). Poco dado a las generalizaciones, práctico ante todo, el genio romano ha hablado de los ancianos, dejándoles expresarse por sí mismos, mucho más que de la vejez, y en esto se diferencia del mundo griego. El *Sobre la vejez* de Cicerón, el primer tratado apologético completo sobre la senectud, es más un conjunto de ejemplos individuales que un compendio sobre la vejez en general, de la misma manera que otros autores han criticado a personajes concretos y no a un período de la vida, con lo que se ha logrado salvaguardar la complejidad y las contradicciones de la vejez, sus miserias y su grandeza. Al rechazar las categorías y las ideas, los romanos han eliminado las simplificaciones reductoras y mantenido la dignidad del anciano.

De todas formas, lo expuesto nos debe llevar a una reflexión, puesto que se observa, a lo largo de los tiempos, una ambigüedad permanente en el destino de los ancianos: cuanta más autoridad y poderes les confiere la ley, más detestados son por las generaciones siguientes, como hemos visto en la sociedad romana. En el polo opuesto, cuanto más desprovistos de derechos están, más despreciados son, como podemos constatar en la sociedad actual. ¿Seremos capaces de ofrecer a los ancianos sólo la alternativa de ser odiados o despreciados?

BIBLIOGRAFÍA

ANDRÉ, J.M., y HUS, A., *La Historia en Roma,* Ed. Siglo XXI, Madrid, 2005.

BANDINELLI, B., *Roma, el fin del mundo antiguo,* Universo de las Formas, Madrid, 1968.

Roma, centro de poder, Universo de las Formas, Madrid, 1970.

BELDA NAVARRO, CRISTÓBAL, *La visión emblemática de la ancianidad*, en BARCIA SALORIO, D. (Coord.), Antropología y vejez, Menarini, Barcelona, 1995.

BIELER, L., *Historia de la literatura romana*, Ed. Gredos, Madrid, 1987.

BLANCO FREIJEIRO, A. *Historias del Viejo Mundo* (nº 12), La República de Roma, Ed. Historia-16, Madrid, 1989.

CIZEK, E., *Nerón*, Ed. Fayard, París, 1982.

GÓMEZ SANTA CRUZ, J. (Coord.), *Ideas*, Ed. Clásicas, Madrid, 2003.

LÓPEZ MOREDA, S., *Semblanzas de la vejez en la literatura greco-latina*, en GÓMEZ SANTA CRUZ, J. (Coord.), Ideas, Ed. Clásicas, Madrid, 2003, pp. 67-84.

LÓPEZ PULIDO, A., *La visión de la ancianidad en la Grecia antigua*, AMEG, nº 10, Madrid, 2005, pp. 6-14.

Crisis de valores: apuntes históricos sobre la ancianidad, AMEG, nº 11, Madrid, 2007, pp. 7-13.

MINOIS, G., *Grandeza y decadencia del anciano en el mundo romano,* Ed. Triacastela, Madrid, 2001 (Ed. Nerea, Madrid, 19891).

RIPA, C., *Iconología*, Ed. Akal, Madrid, 1987.

RIBERA CASADO, J.M., *Cicerón y la geriatría actual*, Estudio introductorio en Acerca de la vejez, Ed. Triacastela, Madrid, 2001.

FUENTES

CICERÓN, *Cato Maior de senectute* (Traducción de Mª Nieves Fidalgo Díaz), Ed. Triacastela, Madrid, 2001.

De senectute, (Traducción y notas de Vincent Ravasse), en TREMBLAY, J.-M. (DIR.), Les classiques des sciences sociales, Universidad de Québec (Chicoutimi), 2003.

CATULO, *Poemas*, (Introducción de Juan Luis Arcaz Pozo. Traducción y notas de Arturo Soler Ruiz), Ed. Gredos, Madrid, 2000.

CLAUDIO ELIANO, *Historia de los animales* (Introducción general, traducción y notas de José Mª Díaz-Regañón López), Ed. Cátedra, Madrid, 2002.

HORACIO, *Arte Poética,* (Edición bilingüe de Horacio Silvestre), Ed. Cátedra, Madrid, 20033.

Épodos, (Edición y traducción de Alfonso Cuatrecasas), Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 2006.

Odas, (Edición y traducción de Alfonso Cuatrecasas), Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 2006.

Sátiras, (Edición bilingüe de Horacio Silvestre), Ed. Cátedra, Madrid, 20033.

JUVENAL, *Sátiras*, (Introducción de Rosario Cortés Tovar. Traducción y notas de Manuel Balasch), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

LIBANIO, *Cartas*, (Introducción, traducción y notas de Ángel González Gálvez), Ed. Gredos, Madrid, 2005.

MARCIAL, *Epigramas*, (Introducción general de Juan Fernández Valverde. Traducción y notas de Antonio Ramírez de Verger), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

OVIDIO, *Tristes,* (Introducción, traducción y notas de José González Vázquez), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

Metamorfosis (Edición y traducción de Consuelo Álvarez y Rosa Mª Iglesias), Ed. Cátedra, Madrid, 20057.

PLAUTO, *Comedias* (Prólogo de Agustín García Calvo. Introducciones, traducción y notas de Mercedes González-Haba), , Ed. Gredos, Madrid, 2000.

PLUTARCO, *Vidas paralelas,* (Traducción y notas de Aurelio Pérez Jiménez), Ed. Gredos, Madrid , 2001.

PLINIO EL JOVEN, *Cartas*, (Introducción, traducción y notas de Julián González Fernández), Ed. Gredos, Madrid, 2005.

PLINIO EL VIEJO, *Historia Natural,*(Introducción de Ana Mª Moure Casas, traducción y notas de Antonio Fontán, Ana Mª Moure Casas e Ignacio García Arribas) Ed. Gredos, Madrid, 2001.

PROPERCIO, *Elegías*, (Introducción, Traducción y notas de Antonio Ramírez de Verger), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

SÉNECA, *Epístolas morales a Lucilio* (Introducción de Antonio Fontán. Traducción y notas de Ismael Roca Meliá), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

TERENCIO, *Comedias*, (Edición, traducción y notas de Andrés Pociña), Ed. Akal, Madrid, 1986.

TÁCITO, *Historias*, (Introducción traducción y notas de José Luis Moralejo), Ed. Gredos, Madrid, 2001.

TIBULO, *Elegías*, (Introducción de Juan Luis Arcaz Pozo. Traducción y notas de Arturo Soler Ruiz), Ed. Gredos, Madrid, 2000.

VARRÓN, *Lingua latina,* (Traducción y notas de Antonio Ramírez de Verger), Ed. Akal, Madrid, 1999.

VIRGILIO, *Eneida*, (Traducción y notas de Javier de Echave-Sustaeta), Ed. Gredos, Madrid, 2000.

VI JORNADA AMEG

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Prevención de la DEPENDENCIA

AMEG

Tel. 91 501 73 61

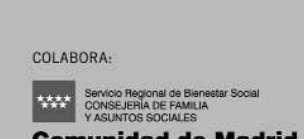
ameg@amegmadrid.org
www.amegmadrid.org

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
Avda. Menéndez Pelayo, 93
28007 MADRID

6 de marzo de 2008

Residencia
de Personas Mayores
Dr. GONZÁLEZ BUENO SRBS
Ctra. de Colmenar, Km 13
Madrid

COLABORA:



LA PREVENCIÓN
DE LA DEPENDENCIA
desde el punto de vista de los mayores

Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente Grupo INDAS
Presidente COPEMA

1.- Introducción.

En los países de la OCDE se dedica a prevención y programas de salud pública solamente el **3% del gasto medio en salud** (Indicadores de Salud, 2005, OCDE). Esta cifra se reduce al **1,3% en España.** Estos datos indican con más exactitud que cualquier declaración institucional grandilocuente la importancia secundaria que tiene la prevención en nuestros sistemas sanitarios.

Sin embargo como señala la misma OCDE un mayor esfuerzo en prevención podría generar nuevas oportunidades para mejorar la salud y aliviar los sistemas de asistencia sanitaria. Esa mejora de la salud redundaría en un retraso o alivio de las situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento.

Como dice la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), *no hay mejor atención a la dependencia que su prevención.* La dependencia no es algo inevitable en el envejecimiento, aunque es lógico que exista una correlación. Pero la persona mayor enferma o dependiente, lo es por su enfermedad, no por la edad. Esto es muy importante porque mientras no se puede influir sobre la edad, sí se puede intervenir sobre otras muchas variables que afectan a la enfermedad. Y la enfermedad es la principal causa de la dependencia. Por lo tanto si logramos prevenir la enfermedad (y los accidentes), disminuirán las situaciones de dependencia.

De hecho existen evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, prevalencia e intensidad de la enfermedad, discapacidad y dependencia. La teoría de la **compresión de la morbilidad,** primeramente formulada por Fries (1980) y difundida ampliamente por Manton (1982), parece que se va confirmando empíricamente, de tal forma que el envejecimiento de la población no va acompañado de un aumento más que proporcional de la dependencia, como se auguraba, circunstancia que se achaca a las medidas de prevención y promoción de la salud.

Es necesario reorientar las **prioridades en los sistemas sanitario y sociosanitario,** para dar primacía al conocimiento del estado de salud e investigar la prevalencia de las enfermedades y de las circunstancias que las facilitan, prevenirlas y paliar la discapacidad. O como se ha dicho también hay que efectuar un cambio de paradigma, de curar a prevenir y fomentar la salud, de la preponderancia de los aspectos negativos —enfermedad- a los positivos— promover la salud, como señala la *Conferencia de Otawa* de 1986 y prevenir las enfermedades.

Vamos a revisar primero lo que las instituciones internacionales más relevantes han apuntado sobre este tema, a continuación lo que dice la reciente Ley de Dependencia y por último algunas reflexiones sobre temas concretos de promoción de la salud y prevención relacionados con las personas mayores. Previamente recordaremos que la Constitución Española en su artículo 43 en los puntos 2 y 3 determina que *"compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" "Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio".* En otros artículos se aludirá a otras medidas rela-

La persona mayor enferma o dependiente, lo es por su enfermedad, no por la edad.

cionadas con el fomento de la salud en relación con el medio ambiente, el disfrute de una vivienda digna y adecuada etc.

2.- La Prevención de la Dependencia y la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

El Plan de Acción Internacional (PAI) de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid 2002 (II AME), estableció como orientación prioritaria II *"El Fomento de la salud y el bienestar en la vejez".* De una forma reiterativa y enfática el párrafo 58 del mismo declaraba que *"Las personas de edad tienen pleno derecho a contar con acceso a la atención preventiva y curativa, incluida la rehabilitación y los servicios de salud sexual. El Pleno acceso de las personas de edad a la atención y los servicios de salud, que incluye la prevención de las enfermedades, entraña el reconocimiento de que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida deben centrarse en el mantenimiento de la independencia, la prevención y demora de las enfermedades..."* La insistencia en el concepto prevención en este párrafo no es casual e indica la importancia que se da al mismo en el mantenimiento de la independencia personal. Una aproximación correcta a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia debe comenzar como señala el PAI de la II AME con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Esta es la asentada doctrina que defienden los expertos y todos los documentos oficiales que tratan el tema.

"Las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad generarán también mejoras en su salud".

La cuestión primera que desarrolla la orientación prioritaria II señalada nos recuerda la *Carta de Otawa para el Fomento de la Salud* (1986) y la *Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo* (1994) en la que se fijó el objetivo de aumentar los años con buena salud.

A continuación se señala que el *"pilar del envejecimiento con salud"* son las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida. *"Una perspectiva que tenga en cuenta la vida entera supone reconocer que las actividades dirigidas al fomento de la salud y a la prevención de las enfermedades deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades y proporcionar atención médica y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades"* (artículo 63)

Seguidamente describe aquellas medidas que van más allá de las específicas para influir en la salud de los individuos, como son los factores ambientales, económicos y sociales, el entorno físico, la geografía, la educación, la ocupación, los ingresos, la condición social, el apoyo social, la cultura y el género y que de hecho influyen en la salud. "*Las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad generarán también mejoras en su salud".* También se refiere a los obstáculos que encuentra la mujer durante toda la vida que tienen un efecto acumulativo para el bienestar social, económico, físico y psicológico de sus últimos años (artículo 64)

Por último se refiere a la contaminación que afecta a la calidad de vida de los niños y las personas que envejecen, a la malnutrición, a la actividad física y al hábito de fumar (artículo 65)

En el artículo 66 establece como objetivo 1: *"Reducción de los efectos acumulativos de los factores que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades y, por consiguiente, la posible dependencia en la vejez"* y detalla 8 medidas concretas dirigidas a este objetivo, entre las que están:

—Políticas de erradicación de la pobreza

—Asegurar condiciones que permitan a las familias y comunidades proporcionar

protección a las personas que envejecen

—Determinar y hacer frente a los factores ambientales y socioeconómicos que contribuyen a la discapacidad

—Concentrar la promoción de la salud, la educación sanitaria, las políticas de prevención y las campañas de información en los riesgos derivados de una dieta poco saludable, la inactividad física, del hábito del tabaco, de la exposición involuntaria al humo del tabaco, el abuso del alcohol y el uso indebido de medicamentos.

El objetivo 2 trata de la *"Elaboración de políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad"* una serie de medidas para cumplir el objetivo:

—Intervención temprana para impedir o posponer la aparición de las enfermedades y discapacidades

—Programas de vacunación de adultos

—Disponibilidad de programas primarios de reconocimientos médicos, a costo accesible para las personas de edad

—Incentivos a los profesionales de los servicios sociales y de salud para asesorar a las personas que están llegando a la vejez

—Atender los peligros derivados del aislamiento social y las enfermedades mentales

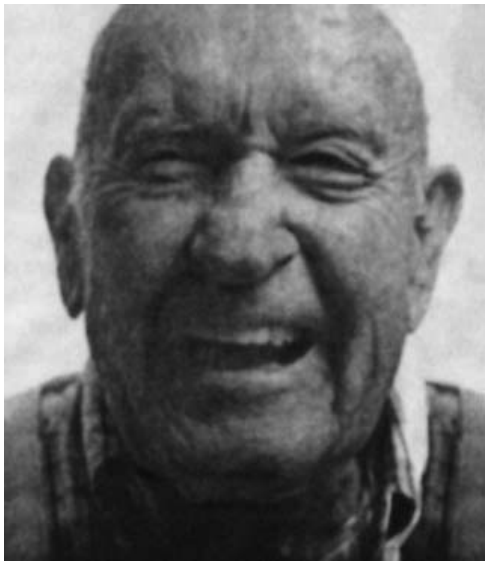
—Promover la participación de los mayores en actividades cívicas y culturales

Por último la cuestión 6 trata de las personas con discapacidad y su objetivo primero es el *"Mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida..."* Entre las medidas se destacan, como era de esperar, *"políticas, legislación, planes y programas nacionales y locales para tratar y prevenir la discapacidad..."*. Se mencionan los servicios de rehabilitación física y mental para las personas de edad con discapacidad y la promoción de viviendas adaptadas y la creación de estímulos para llevar una vida independiente.

Comprobamos como hemos anticipado que es llamativa la insistencia del PAI de la II AME en los temas de la prevención y promoción de la salud, reconociendo de esta forma la importancia que se las atribuye. No creemos que exista otra declaración institucional que trate tan exhaustivamente el tema de la prevención.

El *Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento* que se desarrolló en paralelo a la II AME, también menciona en sus *Propuestas y Recomendaciones* el tema de la prevención, como es lógico: "*Es necesario desarrollar programas de prevención, desde las vacunaciones hasta una adecuada nutrición, salud dental, así como la potenciación de medidas positivas como actividad física, evitar el tabaquismo y el alcoholismo etc. y la detección precoz de patologías y síndromes geriátricos de alta prevalencia"*

La *Conferencia Regional de Berlín* de 2002, organizada por la UNECE para aplicar estos principios de la II AME a la región europea hace hincapié en la promoción de la salud y del bienestar a lo largo de toda la vida, lo que requiere una aproximación intersectorial, señalando la importancia de los factores sociales, económicos y ambientales.



La reciente *Declaración de León,* de noviembre 2007 recalca que las políticas que permitan a las personas alcanzar una edad avanzada más sana deben ocuparse de la promoción de la salud, de los estilos de vida saludable, de la rehabilitación y mejora de la prevención, el tratamiento y cuidados que exigen las enfermedades, la fragilidad y las discapacidades de la vida avanzada.

A partir del PAI de la II AME, que establece detalladamente la doctrina sobre la prevención y promoción de la salud, vemos que las siguientes reuniones internacionales que han revisado su cumplimiento no hacen otra cosa sino repetir pobremente los conceptos ya señalados sin añadir nada nuevo. Sin embargo en las reuniones organizadas por expertos,

como la que hoy celebramos aquí, se concretan más las medidas de prevención.

El *VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores* ha realizado una revisión del PAI en Abril 2007 con ocasión de celebrarse en ese mes el quinto aniversario de la II AME, siguiendo las recomendaciones de la Comisión para Desarrollo Social de Naciones Unidas. En dicho Congreso Agustín Rivero tuvo una destacada intervención sobre *"El papel de la Prevención en la Salud de las Personas Mayores".*

Por ejemplo en la *Declaración de Yuste,* realizada en Octubre 2007, como consecuencia del *Foro sobre Longevidad Activa y Saludable,* cuatro conclusiones de nueve están dedicadas a temas de prevención. La conclusión cuarta establece la necesidad de políticas de prevención aplicadas con la mayor premura, lo que precisa el establecimiento de un proceso educativo sanitario en el que los generalistas adquieran un compromiso especial con la ayuda de especialistas médicos como son el ginecólogo en la mujer y el urólogo en el varón, así como la importancia del geriatra, cuya presencia en el medio hospitalario ha de ser favorecida. En las conclusiones 4, 5 y 6 menciona escenarios preventivos en urología (intervención en la hiperplasia prostática benigna, la disfunción eréctil, la incontinencia etc.), en temas ginecológicos y en patología cardiovascular, en la que el mejor conocimiento del endotelio permite establecer nuevas estrategias preventivas.

"La eficacia de una ley de protección a la dependencia será tanto mayor cuanto mejor se puedan administrar los recursos de que se disponga, cuanto mejor estén definidas las situaciones y cuantos menos casos haya que atender. Todo ello se consigue con un buen sistema de prevención de la enfermedad y de la dependencia asociada, así como la promoción del envejecimiento activo, lo que retrasará e incluso eliminará en alguna medida la dependencia.

3.- Prevención y Ley de Dependencia de 2006

El *VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores,* celebrado en Valladolid en Octubre 2003, se dedicó íntegramente al tema de la *Dependencia en las personas mayores.* En el Congreso se aprobó por unanimidad un documento con las *"Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia"*. La Base 10 después de hacer referencia al PAI de la II AME, señala: *"La eficacia de una ley de protección a la dependencia será tanto mayor cuanto mejor se puedan administrar los recursos de que se disponga, cuanto mejor estén definidas las situaciones y cuantos menos casos haya que atender. Todo ello se consigue con un buen sistema de prevención de la enfermedad y de la dependencia asociada, así como la promoción del envejecimiento activo, lo que retrasará e incluso eliminará en alguna medida la dependencia. Por ello consideramos de extraordinaria importancia que esté presente en la Ley este concepto. Aunque no se trata realmente de un servicio para las personas dependientes, tiene una relación directa sobre la situación global de la dependencia, especialmente con el futuro de la misma..."* A continuación se mencionan las campañas de prevención sanitaria, hábitos alimenticios y pone en un primer plano el papel de la Gerontología, que debe estar presente en las estructuras sanitarias.

Ciertamente, la prevención de la dependencia constituye uno de los principios que inspira la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,* de 14 diciembre 2006 (Ley de Dependencia) *"El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental"* (artículo 3 g) Es más, mientras que el *Libro Blanco* proponía la prevención solamente como un criterio de

actuación, la Ley la incluye en el catálogo de servicios lo que parece resaltar más su importancia: *"Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal"* (artículo 15)

A pesar de esta declaración de principios, sorprende que en la parte dispositiva se dedique **un único artículo, el 21,** con un contenido trivial, a la prevención de las situaciones de dependencia. En primer lugar se da una definición muy somera seguida de la tópica referencia a la coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Por último dispone que el Consejo Interterritorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) *"acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia que elaboren las comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores".* Ni siquiera se marcan plazos para la elaboración de los criterios y condiciones mínimas y el condicional "deberían" quita fuerza a la obligación que se impone a las Comunidades Autónomas. Afortunadamente prácticamente todas tienen instauradas dentro de la Atención Primaria de Salud servicios de prevención y detección de problemas en personas mayores y en muchas están implantados servicios de atención al alta hospitalaria y de atención a los ancianos de riesgo. Pero queda claro que la nueva Ley no aporta nada en este aspecto.

El *Reglamento del Consejo Interterritorial* permite crear grupos de trabajo y ponencias específicas con expertos externos. Debería crearse uno especial para estudiar los criterios y condiciones mínimas de los planes de prevención tal como exige el artículo 21 de la Ley.

Para terminar la referencia a esta Ley, y siguiendo a Demetrio Casado es importante distinguir en cuanto a la práctica de la acción preventiva de los factores de riesgo de las discapacidades, entre aquella que se realiza mediante prestaciones individuales determinadas —consejo genético, tratamientos de atención temprana, rehabilitación siguiente a las reducciones de fracturas de cadera, etc.— y la acción preventiva de carácter colectivo —educación para la salud, medidas medioambientales, buenas prácticas de la asistencia sanitaria—. Las individuales deben de recibir el mismo tratamiento normativo en el sistema que los otros servicios del catálogo y las que no estén garantizadas dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) —tratamientos de atención temprana— deben de adquirir ese estatus jurídico en el SAAD.

La coordinación de servicios sanitarios y sociales, imprescindible en la prevención, cuya principal causa es la enfermedad, es una aspiración recurrente desde el Informe *Abril de 1991,* reiterado en el *Plan Gerontológico Estatal de 1992*, en el Acuerdo Marco entre los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales para la coordinación sociosanitaria de 1993, el Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997 y las Bases para un Modelo de Atención Sociosanitaria (2001). Por último la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, de 2003, definió la prestación sociosanitaria, pero el Decreto de 2006 que establece la cartera de servicios del SNS no incluye la prestación sociosanitaria. Que la Ley de Dependencia vuelva a insistir de una forma redundante y abstracta en la necesidad evidente de coordinación, especialmente en el tema de la prevención (A. Jiménez de Lara), y no aborde su implantación o que al menos establezca un plazo perentorio para ello, es otra oportunidad perdida.

De nuevo en este caso también muchas autonomías han tomado la iniciativa que debería haber correspondido a la Administración Central y desde el programa catalán de *Vida als Anys* de 1986 se han ido implantando planes de coordinación como por ejemplo los de Valencia, *Programa PALET*, 1995, Castilla y León en 1998 o el *Plan de Cantabria* 1999-2005, etc.

La coordinación de servicios sanitarios y sociales, imprescindible en la prevención, cuya principal causa es la enfermedad, es una aspiración recurrente desde el Informe Abril de 1991, reiterado en el Plan Gerontológico Estatal de 1992, en el Acuerdo Marco entre los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales para la coordinación sociosanitaria de 1993, el Acuerdo del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997 y las Bases para un Modelo de Atención Sociosanitaria (2001).

4.- Promoción de la Salud. La Carta de Otawa (1986)

La distinción entre *Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad* o de la Dependencia en nuestro caso, puede parecer una disquisición semántica, basada solamen-

te en resaltar un aspecto positivo —la salud— o uno negativo —la enfermedad—. Es claro que la promoción de un estado saludable previene de las enfermedades y que la prevención de las enfermedades fomenta la salud. Esa es la razón de que muchas medidas concretas se describan en unos casos como medidas de promoción de la salud y en otros casos como preventivas de las enfermedades.

Para estas reflexiones se utilizará la definición de la *Carta de Otawa,* l**a promoción de la salud** consiste en promocionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Se trata de un concepto positivo y son las administraciones públicas las que asumen el protagonismo para el conjunto de la sociedad. El concepto de salud como bienestar no concierne exclusivamente al sector sanitario. Por eso la *Conferencia de Otawa* en su primer párrafo nos dice que tiene como fin dar "una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo". Estamos hablando pues de una reformulación de la salud pública.

De esta forma la *Carta* detalla las **condiciones y requisitos para la salud** en los que tiene que basarse necesariamente una mejora de la salud y de la calidad de vida:

—La paz
—La educación
—La vivienda
—La alimentación
—La renta
—Un ecosistema estable
—La justicia social
—La equidad

La OMS en su documento *Salud y Envejecimiento* de 2002, confirma que las desigualdades sufridas en los primeros años de vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez

La promoción de la salud exige la **acción coordinada** de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sociales, económicos, familias, comunidades, medios de comunicación, la industria y autoridades locales.

La promoción de la salud debe de ir más allá del mero cuidado de la misma. Los servicios médicos deben de ser reorientados para proporcionar no solo servicios médicos y clínicos, lo que implica cambios en la educación profesional. La promoción de la salud debe formar parte de todos los programas políticos y combinar medidas legislativas, fiscales y cambios organizativos. La acción conjunta contribuye a unos bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y un ambiente más grato y limpio. Exige la participación efectiva de la comunidad, para lo que es necesario el acceso a la información y a la educación sanitaria, preparando a la población para las diferentes etapas de la vida y para que afronte las enfermedades y lesiones crónicas.

5.- Reflexiones sobre medidas concretas de promoción de la salud en los mayores.

Teniendo como marco la *Carta de Otawa* pasemos a analizar algunas políticas de promoción de salud, relevantes para los mayores:

El envejecimiento activo: La OMS utiliza desde hace unos años este concepto, que según sus propias palabras es más completo que el de *"envejecimiento saludable"*. Es también, por supuesto, un concepto más amplio que el de la capacidad para estar físicamente activo. Aun en situación de enfermedad o con discapacidades se puede seguir colaborando activamente con las familias o en el ámbito comunitario. La actividad "*permite a los mayores mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad".*

Desde luego el **trabajo remunerado** en actividades gratificantes es la forma más sana de envejecer. Aun cuando parezca que una de las aspiraciones más generalizadas en la población es la de dejar de trabajar, convendría conocer el estudio publicado recientemente en el *British Medical Journal* en el que se demuestra que los que se jubilan a los 55 años tienen una tasa de mortalidad el doble

de alta en los 10 años siguientes a su jubilación que los que se jubilan a los 65 años. Desde muchos puntos de vista, pero desde este que tratamos ahora, la prejubilación por parte de grandes empresas de personas "jóvenes" de 50 años (4.000 empleados en TVE recientemente) es un escándalo y claramente discriminatorio cuando es la edad, no la capacidad o adaptación al puesto, la exclusiva razón de la nefasta acción.

La actividad puede ser también de **trabajo no remunerado,** contribuyendo habitualmente a labores domésticas y concretamente la atención a los nietos, que facilitan la conciliación de obligaciones familiares y el empleo de las parejas más jóvenes. La participación de las personas mayores en redes sociales y de ocio es otra forma de actividad positiva. Las administraciones públicas deben seguir creando Centros especializados de mayores, para que estos, concretamente los que no tengan medios para acudir a clubs privados, desarrollen vida social. Esa actividad puede realizarse también trabajando como **voluntarios** en la comunidad a través de instituciones y ONG. No solo se contribuye al bienestar de los demás sino a su propio bienestar mental y su propia salud. Según NU la contribución económica del voluntariado —si fuera remunerado— estaría entre el 8 y el 14% del PIB de los países desarrollados.

El envejecimiento activo lo relacionamos inmediatamente con la **actividad física.** Está plenamente demostrado que la actividad física moderada retrasa el envejecimiento funcional y reduce el riesgo de muchas enfermedades. Merz y Forrester demostraron en 1997 que la actividad física moderada y periódica reduce el riesgo de muerte cardíaca entre 20 y 25% en las personas con enfermedades coronarias y crónicas.

Seguramente el mayor riesgo a todas las edades y en nuestro caso de las personas adultas es el **sedentarismo**. Si bien la decisión de realizar la actividad física es individual, las políticas públicas deben facilitar en lo posible zonas verdes cerca del domicilio de la población, zonas seguras, espacios para actividades recreativas destinadas a los mayores **eliminación de barreras arquitectónicas** en la propia vivienda —especialmente en el modelo vertical de viviendas de las grandes ciudades—, en los viales y toda clase de accesos y en el transporte, que faciliten la movilidad de las personas

de edad. Las autoridades locales tienen mucho que decir en este terreno y de hecho se empiezan a ver actuaciones en este sentido, pero tendría que haber una acción sistemática propulsada por el Consejo Territorial del SAAD, para que se incluyera en los Planes de Prevención de las Comunidades Autónomas.

La existencia de barreras arquitectónicas está muy relacionada con los **accidentes** en personas mayores. Se trata de un factor de riesgo debido al deterioro de la capacidad de coordinación, trastornos neurológicos o relacionados con el equilibrio, los déficits sensoriales de vista y oído y a la ausencia de actividad física. Una de cada tres personas mayores de 65 años se cae al menos una vez al año y cerca de la tercera parte sufre fracturas y otras lesiones. Las caídas producen una alta morbimortalidad. Según la OECD el porcentaje de muertes en hombres de más de 80 años que sufren una caída es del 18,6% y en mujeres mayores de 80 años, nada menos que el 42%, cifra que evita otros comentarios sobre la trascendencia de prevenir este riesgo. Otra consecuencia es el síndrome post-caída que sufren muchas personas (más del 70%) y que se caracteriza por el miedo a sufrir nuevas caídas (J.M. Ribera). Las autoridades locales deberían implantar medidas sistemáticas de inspección de las condiciones en que se encuentran las personas de mucha edad que viven solas y estas medidas deberán también estar recogidas en los Planes de Prevención de las Comunidades autónomas tras las recomendaciones del Consejo Interterritorial del SAAD.

La *Carta de Otawa* señala la **renta y la educación** como condicionantes de la salud. Está también demostrada la alta correlación entre la pobreza y la falta de educación con la discapacidad, la dependencia y la muerte. Las políticas sociales de ayudas en la vejez, como son las pensiones no contributivas en España, cuyas cuantías deben de ser superiores, van orientadas a corregirlo. Según señala la OMS una política clave para el envejecimiento activo es la de proporcionar programas de educación y formación permanente dirigidas a las personas mayores para que puedan aprender durante toda su vida (y por supuesto previamente mientras trabajan), especialmente en las tecnologías de la información.

La *Carta de Otawa* señala la renta y la educación como condicionantes de la salud. Está también demostrada la alta correlación entre la pobreza y la falta de educación con la discapacidad, la dependencia y la muerte. Las políticas sociales de ayudas en la vejez, como son las pensiones no contributivas en España, cuyas cuantías deben de ser superiores, van orientadas a corregirlo.

Nos hemos referido anteriormente a las redes sociales que favorecen la participación y actividad de los mayores. Desgraciadamente según se envejece se pierden relaciones familiares y amigos y en muchos casos se produce el **aislamiento y la soledad,** cada vez más frecuente en nuestro tiempo. Se trata de uno de los riesgos más graves de dependencia y muerte. Según cita la OMS, en Japón las personas mayores que carecían de contactos sociales fueron 1,5 veces más propensas a fallecer en los tres años siguientes que las que tenían más apoyo social. En los EE.UU. se ha demostrado que las personas con gran apoyo social, especialmente de la familia, se recuperaban con más facilidad después de la cirugía de cadera. De nuevo insistimos en la necesidad de la creación de redes sociales públicas para facilitar la integración social de este tipo de mayores, el fomento del voluntariado y la visita organizada de los asistentes sociales.

Posiblemente la soledad, el abandono, la depresión (las enfermedades mentales están escasamente diagnosticadas y poco tratadas en las personas mayores) o el no superar una enfermedad es la causa de la insoportable tasa de **suicidios** que asciende progresivamente con la edad llegando a las cohortes superiores a 85 años al 11 por cien mil en mujeres y al 65 por cien mil en hombres. Como referencia en las edades entre 25 y 64 años oscila alrededor del 3 por cien mil. Reiteramos la necesidad de medidas como las enunciadas en el párrafo anterior

La *Carta de Otawa* se refiere también a la Paz y Justicia Social como condicionantes básicos para la salud. Aquí sólo nos interesa tocar el tema de la seguridad pública, que tanto afecta a las personas de edad. Cuando existe **inseguridad pública,** los mayores viven con temor y tienden a aislarse y encerrarse en sus viviendas, con las repercusiones negativas esperables en su salud física y mental. Es un hecho que afecta a toda la población, pero los mayores son especialmente vulnerables al tirón, al robo en los cajeros automáticos y al allanamiento de morada. Efectivamente esta-

mos ante condicionantes básicos para la salud, por ello es esencial la prevención de la violencia de todas clases, incluida la doméstica y la institucional para con los mayores.

Algunas voces han sugerido que una vez transferidas las competencias de gestión de la salud a las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Salud debería desaparecer. Pero permanece lo que es la competencia más importante, la política sanitaria. Las campañas sanitarias, de promoción de hábitos saludables realizadas en los últimos tiempos, a pesar de todas las críticas sufridas por algunos aspectos corregibles en su planteamiento y su instrumentación son muy positivas. Aunque sean hábitos individuales, **el abuso del tabaco, alcohol o las drogas,** requieren campañas públicas de sensibilización y de regulación, especialmente en los aspectos en que estos hábitos perjudican a terceros, como pueden ser los hijos *("Esta niña fuma". Un paquete al día").* Lo mismo sucede con la evitación del abuso en la utilización de los medicamentos, circunstancia especialmente importante en el caso de personas de edad a veces polimedicadas, susceptibles de complicaciones y reacciones adversas.

Igualmente promoción de salud es el fomento de una **nutrición saludable** y las medidas de carácter higiénico que han casi erradicado las intoxicaciones de la población. En cuanto a lo primero, en los mayores existen las circunstancias antagónicas de que el 43% tiene sobrepeso y al mismo tiempo otro 10% está desnutrido, cifra que puede aumentar al 30% en las personas institucionalizadas en hospitales y residencias. Los cambios en la dieta de la población desde una dieta equilibrada y sana como era la mediterránea, afecta incluso a las personas de edad. La *estrategia Naos* puesta en marcha por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, tiene como fin la **prevención de la obesidad,** a través de una alimentación saludable y la promoción de la actividad física. Está demostrado que la combinación del ejercicio físico, la comida de frutas y verduras y la ausencia de abuso de alcohol o tabaco alarga la vida en 14 años, según un reciente estudio de la Universidad de Cambridge. Por otro lado según estudios publicados en JAMA la dieta mediterránea conjuntamente con el ejercicio físico reduce en 22% el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares. Pensamos que la estrategia Naos es merecedora de un impulso aun mayor y debe alcanzar a las personas mayores.

También tenemos que suscribir las campañas de **prevención de los accidentes de circulación,** por lo menos en su concepto, si bien puedan ser criticables en determinados aspectos. Aunque utilicemos la palabra *prevención*, como en los casos de salud anteriores, creemos que se trata también aquí de promoción de hábitos correctos de circulación. La prevención primaria de los accidentes de circulación entendemos que es la que debe de adoptar la persona individual. El tráfico especialmente en las ciudades es un enemigo de las personas de más edad y provoca gran inseguridad en ellas. Las lesiones y muertes de peatones se producen más frecuentemente entre las personas de edad. Velocidades exageradas, semáforos con cambio rápido de luces ante coches impacientes, pasos de cebra no respetados por los conductores cuando observan indecisión lógica en los mayores, aceras insuficientes, obras frecuentes son algunas circunstancias que las autoridades de tráfico y las locales deben vigilar estrictamente. Las medidas de limitación de velocidad, siempre que sean razonables, constituyen una política clarísima de promoción de la salud, que afecta a toda la población. Sin embargo aunque las personas mayores, según las estadísticas, tienen proporcionalmente menos accidentes, por su fragilidad, su mortalidad es más alta que en otras edades.

La **extraordinaria ola de calor** que se produjo en el verano de 2003 cogió de sorpresa a la población y las autoridades en Europa occidental. La tasa de mortalidad en algunos países, como Francia, fue altísima (unas 15.000 personas). En España, aunque se dijo que no había sido tan grave, los datos estadísticos de sobremortalidad del periodo demostraron *a posteriori* que se habían producido seguramente 6.500 fallecimientos debido a esta causa, la mayor parte personas mayores. Como

Promoción de salud es el fomento de una nutrición saludable y las medidas de carácter higiénico que han casi erradicado las intoxicaciones de la población. En cuanto a lo primero, en los mayores existen las circunstancias antagónicas de que el 43% tiene sobrepeso y al mismo tiempo otro 10% está desnutrido, cifra que puede aumentar al 30% en las personas institucionalizadas en hospitales y residencias. Los cambios en la dieta de la población desde una dieta equilibrada y sana como era la mediterránea, afecta incluso a las personas de edad.

Biatain. Marcando nuevos estándares en el cuidado de las heridas.
Así de sencillo

Biatain

>> Superior control del exudado

Biatain Plata

>> Superior control del exudado
>> Superior efecto antibacteriano

Coloplast

Coloplast Productos Médicos, S.A.
Condesa de Venadito, 5 - 4ª planta
28027 Madrid
España
Tel 91 314 18 02
Fax 91 314 14 65
Email: esme@coloplast.com
http://www.coloplast.es

CE

Coloplast directo
900 21 04 74
LLAMADA GRATUITA

Biatain
Coloplast

PRONTOSAN®

La solución para la limpieza y descontaminación de heridas

Preparación del lecho de la herida
Control de la Infección
Reducción tiempos de cicatrización

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical SA - División OPM - Ctra. de Terrassa, 121 08191 Rubí (Barcelona) Tel 93 586 62 00 www.bbraun.es

consecuencia de ello existe un Plan nacional de actuaciones preventivas de los excesos de temperaturas sobre la salud. También las Comunidades Autónomas tienen planes regionales. Lo más importante de estos planes no es sólo alertar anticipadamente sobre los riesgos e informar sobre medidas preventivas, sino conocer los lugares de acogida previstos (centros de mayores, centros de salud, otros edificios institucionales) acondicionados para soportar los efectos del calor, de forma que las personas mayores frágiles (los mayores "mayores", los que viven solos y los más pobres) puedan pasar las horas de más calor o incluso la noche, mientras que se reservan camas de hospitales para atender las emergencias que con seguridad se producirán.

Algunas de las campañas públicas de más éxito son las de erradicación de enfermedades infecciosas. Dejando aparte las infantiles (la erradicación de la polio o la viruela son paradigmáticas), tienen un gran éxito las campañas de **vacunación** dirigidas a personas mayores, como son la gripe con un grado de cumplimiento de más de 65% en personas mayores, y recientemente la antineumocócica.

Facilitar el **acceso a la sanidad,** eliminando barreras o reduciendo los tiempos de espera de la atención especializada, de la realización de pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas es una medida de promoción de salud y prevención de enfermedades imprescindible. OCU ha publicado un estudio en febrero 2008 en el que en España el tiempo que transcurre de media en la sanidad pública entre el momento que el paciente pide cita al especialista, se hace la prueba ordenada y vuelve a la consulta para recibir un diagnóstico es de 121 día! A ello habría que añadir, aunque aquí el sistema funciona mucho mejor, los días transcurridos entre la petición de visita a atención primaria y la cita con el especialista y por supuesto la espera para la intervención quirúrgica, si se necesita, que es donde hasta ahora se había puesto más esfuerzo para que se redujera. "*Demasiado tiempo... para diagnosticar una enfermedad que puede ser grave y en la que unas semanas (no digamos unos meses) resultan vitales"* (OCU)

Facilitar el acceso a la sanidad, eliminando barreras o reduciendo los tiempos de espera de la atención especializada, de la realización de pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas es una medida de promoción de salud y prevención de enfermedades imprescindible.

No queremos pasar por alto otras políticas que influyen decisivamente en el fomento de la salud y por tanto en el retraso de la dependencia en las personas mayores. La **investigación de las causas de las discapacidades y la dependencia, los tests de la predisposición genética** a determinadas enfermedades que podrían permitir una intervención precoz, el estudio de las enfermedades prevalentes, analizando aquellas medidas que pueden influir en evitarlas o demorarlas y la eliminación del abuso y maltrato familiar o institucional de los mayores que tanto les puede afectar en su salud física y mental, son algunas de estas políticas.

Por último son plausibles iniciativas como el *Observatorio de Riesgos Sanitarios,* creado por la Comunidad de Madrid para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios o el *Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud* (PAPPS) desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), con recomendaciones periódicas sobre prioridades y métodos preventivos, basados en la evidencia científica. Entre los modelos extranjeros hay que citar el *Programa de Atención Integral para personas mayores* (PACE), financiado en EEUU por *medicaid y medicare*, dirigido a la atención del mayor en su domicilio y que tiene un gran componente preventivo. El éxito del mismo queda patente cuando reduce la utilización hospitalaria en 50%.

Hemos detallado algunas de las políticas de promoción más importantes. Aunque el sistema sanitario tiene mucho protagonismo en las medidas, vemos que en otras, a veces las más importantes a largo plazo, la responsabilidad es de diferentes áreas de la Administración Pública, a todos los niveles, central, autonómico y local y de los servicios sociales incardinados en las mismas.

6.- Políticas de Prevención. Reflexiones sobre algunas medidas relacionadas con los mayores.

Es convencional distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria, según que la prevención se haga en la fase prepa-

togénica, antes de que exista la enfermedad (primaria), se realice en la fase subclínica, detectando y tratando precozmente la enfermedad que ya existe, pero que no se manifestaba (secundaria) o trate de evitar o disminuir las secuelas de la enfermedad declarada (terciaria). Andreu Segura denomina prevención primordial a la promoción de la salud que acabamos de ver.

La prevención trata de mantener y mejorar la calidad de vida en relación con la dependencia de las personas mayores, preservar la autonomía de las mismas. La prevención, como dice la OMS, hay que realizarla en todas las etapas de la vida, especialmente en las etapas más tempranas de la vida. Cicerón pone en boca de Catón el Viejo: *"La falta de fuerzas se debe con más frecuencia a los fallos de la juventud que a los de la vejez, pues una juventud viciosa e intemperante le deja a la vejez un cuerpo agotado".* También es importante en la vida adulta y en las personas de edad. Especialmente en las personas mayores frágiles que son susceptibles a incapacidad secundaria a trastornos menores (Román García) Nos detendremos en algunas de las medidas y solamente mencionaremos otras.

Prevención primaria:

Entre las medidas de prevención primaria se encuentran fundamentalmente las modificaciones del estilo de vida de las personas mayores, como son el envejecimiento activo, la realización de actividades físicas, control del peso y la adopción de una dieta sana (la mediterránea está recomendada). Al hablar de la promoción por parte de las administraciones públicas nos hemos referido a todo este grupo de medidas, antes como políticas públicas, ahora como una responsabilidad de las personas de edad, que debe ser prioritaria para cada individuo.

Del mismo modo la persona mayor debe de evitar el abuso de alcohol (responsable de cirrosis alcohólica, neuropatías etc.) y tabaco (responsable de gran número de enfermedades, cáncer, arterioesclerosis, EPOC etc.)

La persona mayor debe cuidar sus órganos sensoriales haciéndose revisiones periódicas de la vista y del oído. La falta de vista u oído son causa de muchos accidentes. Las ayudas en forma de aparatos auditivos deben ser fomentadas. La visita al podólogo es también importante. Debe cuidarse la salud bucodental, prestación que debería mejorarse en la Seguridad Social. La vacunación contra la gripe, el neumococo o el tétanos tiene hoy todas las facilidades y las tasas de vacunaciones en mayores de 65 son altas, como hemos dicho antes, pero deben de ser incrementadas.

Las mejoras en la vivienda privada también pueden prevenir accidentes y caídas. Hay que eliminar obstáculos en la propia casa, donde ocurren el 70% de estos accidentes, mejorar la iluminación, establecer asideros, antideslizantes, etc. que ayuden también la movilidad dentro de la vivienda.

"La falta de fuerzas se debe con más frecuencia a los fallos de la juventud que a los de la vejez, pues una juventud viciosa e intemperante le deja a la vejez un cuerpo agotado".

El chequeo periódico debe ser recomendado y facilitado. Se debería instaurar en España un examen periódico en mayores de 65 años similar al proporcionado en Estados Unidos a través de la *US Preventive Task Force*. Se trata de una revisión que comprende la toma de tensión arterial, peso, talla, examen visión, oído, valoración de problemas de la bebida, cognitivos, sociales, mamografías, analítica básica, consejo médico sobre alcohol, tabaco, automedicación, dieta, ejercicio físico, ingesta de calcio, prevención de accidentes, caídas, salud mental, salud bucodental, vacunaciones, fomento de la participación

social etc. Como se ve es un chequeo no solo médico, sino de enfermería y asistencia social muy amplio.

Prevención secundaria:

La detección y tratamiento precoz de las enfermedades es clave en el envejecimiento. Es esencial el cribado periódico de las enfermedades más frecuentes en las personas de edad. En determinados tipos de cáncer por ejemplo. Los más frecuentes en la mujer son el cáncer de mama y el de cuello de útero y están recomendadas también para las mujeres mayores. Las vacunas aparecidas recientemente contra el papiloma humano son un avance en la prevención de este último. El temor a las mutilaciones en el cáncer de mama hace que se retrase el diagnóstico precoz. A partir de los 50 años se recomienda hacer las mamografías anualmente, habiéndose aumentado la edad recomendada, eliminando restricciones anteriores, mientras exista una esperanza de vida razonable. En el hombre la incidencia del cáncer de colón y recto aumenta a partir los 65 años y llega al 50% de su incidencia en los mayores de 70 años. La Asociación Española de Gastroenterología ha solicitado de las autoridades públicas la realización de pruebas diagnósticas a todos los mayores de 50 años.

Como es bien sabido la mujer tiene una esperanza de vida de alrededor 7 años más elevada que el hombre, pero la salud de la mujer mayor es peor que la del hombre. Ello ha llevado a los expertos a diseñar estrategias de atención y prevención específicas para las mujeres. Según la Sociedad Española de Menopausia 40% de las mujeres mayores de 65 años sufre alguna forma de discapacidad, fundamentalmente ligada a la osteoporosis. Es primordial la prevención de esta enfermedad, primaria, cuando se produce el climaterio, secundaria, cuando aparecen los síntomas.

Si la menopausia es una llamada de atención hacia el envejecimiento de la mujer, el *ageing man* tiene sus enfermedades propias, como la hiperplasia benigna de próstata, pero el heraldo del envejecimiento bien puede ser la disfunción eréctil que está correlacionada con la enfermedad cardiovascular, hasta tal punto que puede ser un factor predictivo de enfermedad coronaria (Vela Navarrete).

Uno de los mayores éxitos de la medicina es la disminución significativa de morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular, lo que se ha conseguido controlando los factores de riesgo. En primer lugar en la hipertensión, controlando la presión arterial a través de los servicios médicos, complementados con el seguimiento en domicilio o la farmacia, realizando ejercicio físico y mediante una dieta sana. El 70% de los ancianos tiene hipertensión sistólica, pero según la SEH solamente uno de cada tres hipertensos, de todas las edades, está controlado en España. Otras enfermedades cardiovasculares en las que es importante realizar la prevención secundaria son la insuficiencia cardiaca, primera causa de ingresos en pacientes ancianos y la hipercolesterolemia.

La fibrilación ventricular primaria origina la mayor parte de los fallecimientos que se producen en las primeras horas del infarto agudo de miocardio. La herramienta más eficaz de mejora de las expectativas de supervivencia del paciente consiste en identificar y revertir las arritmias letales, que es el objetivo de la desfribilación. Los expertos defienden que se instalen desfribiladores en espacios de gran afluencia de público, que puedan ser utilizados por personal no sanitario, debidamente formados. La más reciente regulación de este tema es la realizada el 31 de enero de este año por la Junta de Castilla y León.

Más del 20% de las personas mayores de 60 años tiene Diabetes del tipo II y la cifra está aumentando. Esta enfermedad se considera una auténtica epidemia en los países desarrollados. En España se calcula una prevalencia de 10% sobre la población. Los diabéticos tienen un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Existe evidencia de que la enfermedad puede ser retrasada o prevenida con el ejercicio físico, dietas adecuadas, etc. A menor nivel social, mayor es la tasa de la enfermedad. En este punto solamente queremos señalar la importancia de una adecuada formación terapéutica del

paciente para reducir las complicaciones agudas y la hospitalización

La operación de cataratas, que ha mejorado extraordinariamente en términos de seguridad, rapidez y coste, constituye la intervención con mayor tiempo de espera en la Seguridad Social, lo que hace suponer que se trata de una inexplicable barrera de entrada, con los riesgos de accidentes, caídas y pérdida de calidad de vida que supone para los mayores. Mencionaremos aquí la prevención del Glaucoma y otras enfermedades como la Mácula que está aumentando su prevalencia entre mayores

Prevención terciaria:

Cuando la enfermedad ya se ha declarado en la persona mayor es importante evitar las secuelas que pueda dejar y que no se cronifique provocando discapacidad y dependencia. En el anciano la fase aguda de la enfermedad es el momento de mayor riesgo de quedar dependiente. *"Una inadecuada atención a las personas mayores de 80 años lleva a la creación de dependencia innecesaria, a mayor cronificación de las enfermedades, mayor sufrimiento y atención únicamente paliativa".* (Isidoro Ruipérez). La dependencia muchas veces progresa de intensidad tras una hospitalización no atendida, ni rehabilitada correctamente (Gómez Pavón). Solamente haremos referencia a alguna medida que nos parecen trascendentales en la prevención terciaria.

El anciano frágil, con enfermedades crónicas, que sufre una enfermedad aguda o descompensación en una enfermedad crónica, debería ser tratado en unidades especializadas de geriatría con equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales). Estas unidades indicarán los ejercicios de fisioterapia, los de rehabilitación posthospitalaria y la planificación del alta, determinando los recursos sociosanitarios que necesitará cuando salga del hospital. Apoyamos a la SEGG en cuanto a su reivindicación de que los hospitales cuenten con unidades geriátricas, cuando los mayores son los principales usuarios de los mismos.

Anticoagulantes, hipoglicemiantes, antihipertensivos, hipolipemiantes, antiinflamatorios, etc. son medicamentos que frecuentemente son prescritos a las personas mayores. Hay que prever la posibilidad de reacciones adversas, muy frecuentes en los mayores, que deben de ser puestas en conocimiento del prescriptor. Por otra parte el correcto cumplimiento de la medicación es imprescindible para el control de la enfermedad y eso no ocurre con gran frecuencia según demuestran numerosos estudios.

La primera causa de muerte cardiovascular en mujeres españolas y la segunda en los hombres es el infarto cerebral o Ictus. En total 40.000 personas, preponderantemente personas mayores. Además el ictus deja 33.000 dependientes al año. Se calcula que sus costes directos son alrededor del 3% de los costes sanitarios. Siendo tan importante, menos de la mitad de los enfermos que han sufrido este infarto cerebral tiene acceso a servicios adecuados, porque en pocos hospitales están implantadas unidades de ictus, que consiguen reducir nada menos que el 30% de muertes o dependencia derivadas de esta enfermedad. Este sería otro paradigma de prevención terciaria.

CONCLUSIÓN

La promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y la rehabilitación son las armas más eficaces contra la dependencia. Por ello se echa de menos que la Ley de Dependencia aborde tan someramente estos aspectos. En consecuencia hay que requerir al Consejo Interterritorial del SAAD que cree inmediatamente un grupo de trabajo sobre los mismos. En cualquier caso pedimos que las Comunidades Autónomas sigan desarrollando estos temas, como muchas lo están haciendo ya.

En el diseño de políticas de promoción de la salud, prevención y rehabilitación y en la adopción de las medidas pertinentes, la enfermería y concretamente AMEG, sociedad especializada, ocupan un espacio prioritario, como se verá en las ponencias de esta VI Jornada.

Programa de Seguimiento del Mayor Polimedicado en Atención Primaria

Espejo Matorrales, F.; Arnal Selfa, R.; Cárdenas Valladolid, J.; Cañada Dorado, A.; García Ferradal, I.

Flora Espejo Matorrales
Subdirectora Enfermería
Gerencia Atención Primaria Área 4

PALABRAS CLAVE:
Programa Polimedicado, Atención Primaria, Personal de Enfermería

Introducción

El aumento de la esperanza de vida y la realización de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que influyen en que cada vez se utilicen más fármacos, tanto para curar como para prevenir problemas de salud (1).

La mayor morbilidad, el número de fármacos que les prescriben y las condiciones fisiopatológicas, hace que los ancianos se conviertan en una población vulnerable, por las posibilidades que tienen de interacciones medicamentosas, olvido y confusiones (2).

Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en patologías crónicas, donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa entre el 30 y 50% (3,4).

La falta de adherencia relacionado con medicamentos se considera un problema con entidad propia (5) estando, considerado por la OMS como un tema prioritario de Salud Pública (6).

La polimedicación se observa con más frecuencia en pacientes muy mayores, que a veces viven solos y que pueden tener problemas cognitivos, que de alguna forma dificultan la comprensión de instrucciones que les dan los profesionales sanitarios, etc.

La polimedicación también se relaciona con el aumento del número de hospitalizaciones, visitas de Enfermería a domicilio injustificadas, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte (1,7).

Hace 12 años que se ponen en marcha tanto en Estados Unidos como en Países Europeos, como en el SNS Británico, programas destinados a la revisión de medicamentos como iniciativa clave en la mejora de utilización de medicamentos; contando con los profesionales sanitarios y el farmacéutico comunitario.

En España existen trabajos que avalan los programas de revisión de medicamentos, con Equipos de Atención Primaria(8)) y equipos de farmacéuticos comunitarios, obteniéndose resultados similares(9).

Los problemas detectados en estos estudios son:

—Falta de adherencia (26%)
—Utilización de un fármaco erróneo (22%)
—Terapia innecesaria (13%)
—Reacciones adversas medicamentosas (11%)
—Infradosificación (9%)
—Dosis excesivamente elevadas (5%)

La Consejería de Sanidad y Consumo, por Decreto 6/2006 de Consejo de Gobierno, establece programas y protocolos específicos para pacientes crónicos que incluirán la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos en los pacientes polimedicados, como

mínimo, cada seis meses, debido a que la adherencia al tratamiento contribuye a:

—Disminuir las visitas no programadas a los Centros de Salud (41%)

—Reducir la utilización de las Urgencias (14%)

—Reducir los ingresos hospitalarios (4%)

Los protocolos de actuación deben garantizar la adecuada coordinación entre los Equipos Asistenciales de las Áreas Sanitarias y los Farmacéuticos de Oficina de Farmacia (10) .Al igual que fomentar la responsabilidad del paciente en sus cuidados y proporcionadle herramientas que mejoran el cumplimiento terapéutico.

El Programa se establece en la Comunidad de Madrid y cada Área de Atención Primaria lo desarrolla acorde a sus características poblacionales y de recursos, siendo común los objetivos, % de población diana, materiales, método e indicadores de resultados.

Los **objetivos** para mejorar la salud y la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedicada son:

—Detectar y resolver problemas en la utilización de los medicamentos.

—Incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes que tienen los pacientes respecto al manejo de su medicación.

—Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes polimedicados

La **población diana** son los Mayores de 75 años residentes en la Comunidad de Madrid y que tome seis o más principios activos diferentes.

Los **materiales empleados** son:

—Una bolsa

—Hoja informativa con las características del Programa, para el paciente

—Modelo de hoja de medicación, para el paciente

—Hoja de comunicación desde el Centro de Salud con la Oficina de Farmacia

—Hoja de comunicación desde la Farmacia al Centro de Salud

—Folleto educativo, para el paciente

—Hoja de preparación del SPD (Sistemas Personalizados de Dispensación) por el paciente

—Instrucciones de preparación del SPD por los profesionales sanitarios

—Hoja registro de actividades y solicitud de SPD a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

—Documento de adhesión de la Oficina de Farmacia

Las **actividades** planteadas:

—Revisión de tratamientos y revisión del uso de los medicamentos.

—Educación Sanitaria: Se explora a la población diana sobre la adherencia, posología e indicación. Se realiza una valoración cognitiva y social.

—Entrega de materiales para la mejora del cumplimiento terapéutico y el adiestramiento en su uso: folleto,(SPD), Etiquetas u otros (11) .

Los profesionales participantes son los profesionales del Servicio Madrileño de Salud, Personal Facultativo, Personal de Enfermería y Personal Farmacéutico que voluntariamente se adhieran al programa.

La **captación activa** se realiza:

—En los Equipos de Atención Primaria (EAP), a través de la consulta a demanda, programada o domiciliaria de Médicos y Personal de Enfermería.

—En las Oficinas de Farmacia, en el proceso de dispensación, a pacientes o cuidadores.

Juntos somos todo en Nutrición Clínica

Nutrición enteral - Nutrición parenteral

www.fresenius-kabi.es

Fresenius Kabi

Caring for Life

En nuestras manos está estimular sus sentidos.

Basándonos en investigaciones con pacientes, Nutricia ha desarrollado un nuevo envase para **Fortimel Complete** que ayudará a nuestros mayores en el cumplimiento.

Fortimel Complete evoluciona para seguir siendo la Primera Dieta Oral Hiperprotéica con Fibra.

NUTRICIA

Fortimel®
Complete

Siente la diferencia

La **captación pasiva** se realiza a través de campaña en los medios de comunicación (carteles y hoja informativa dirigida al paciente).

Después de su captación se le entrega al paciente en el Centro de Salud o en la Farmacia una bolsa dónde pondrá los productos que utiliza habitualmente, ya sea fármacos, productos de herbolario y otros de venta libre.

El Personal Facultativo realiza la revisión de tratamientos, para buscar la idoneidad de cada medicamento en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad; y facilita "la Hoja de Medicación", en la que figura los fármacos, su posología, fecha de inicio y fin de tratamiento.

El Personal de Enfermería realiza la valoración del paciente: los productos que utiliza, si conoce su indicación por problema de salud, la posología, registrando adherencia, duplicidad y otras.

Así mismo realizará una valoración del grado de dependencia, de la capacidad cognitiva y de la adherencia al tratamiento terapéutico y farmacológico por medio de test (Barber, Pfeiffer y Morisky-Green-Levine) y entrevista estructurada para detectar las necesidades de información y formación del paciente en relación a los medicamentos así como evaluar los posibles problemas con el uso de los mismos. Las intervenciones enfermeras estarán encaminadas a resolver el problema de manejo inefectivo del régimen terapéutico y el incumplimiento farmacológico (NIC)(12, 13).

Otros de los pilares del programa es la coordinación entre los profesionales de los Centros de Salud y de los Farmacéuticos Comunitarios o de las oficinas de Farmacia.

Cuando las actividades del programa se vayan a realizar en la oficina de Farmacia, el Personal de Enfermería o Facultativo facilitaran al personal Farmacéutico un documento de derivación, donde se le especifica el SPD, que se recomienda y la "Hoja de Medicación" del paciente.

El **seguimiento y evaluación del programa** se realizará al menos al paciente cada seis meses. Aunque algunas actividades, como test, conocimiento de SPD y adherencia, se realizarán al menos al inicio cada tres meses y antes si lo requiere las circunstancias especiales del paciente (14,15) .

La **implantación del Programa en el Área 4 de Atención Primaria,** en sus 21 Centros de Salud con 32 EAP, se realiza en Noviembre de 2006 con:

—La formación de los profesionales de los EAP: 301 Médicos, 284 Enfermeras

—La población susceptible, 10.000 mayores (el 16% de la población total)

—Nombramiento de una Enfermera Responsable del Programa en la Gerencia del Área y otra en cada Equipo de Atención Primaria (EAP)

—Distribución de material: bolsas, pastilleros, dícticos, hojas, etc. Un Enfermero de Sistemas de Información del Área, elabora los protocolos informáticos en la Historia Clínica electrónica para el registro del Programa

—Revisión sistemática del tratamiento por el Personal Facultativo

—Revisión de uso de fármacos por parte del Personal de Enfermería

—Revisión del botiquín doméstico cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento

—Recomendación y entrega de material si precisa.

Los **resultados de cobertura** en Febrero de 2007 son de 3.5% (342 pacientes) y un 2.1% de revisión de tratamiento médico, lo que nos lleva a tomar medidas para mejorar resultados:

—Formación de los profesionales de los EAP con peores resultados

—Inclusión de objetivos relacionados con el Programa en el Contrato de Gestión de cada EAP

—Devolución de listados de resultados a cada Enfermera para mejorar el registro.

—Rediseño de los protocolos informáticos

—Incorporación de flash informativo en la historia clínica de todo paciente susceptible de inclusión o mejora de su seguimiento

La primera evaluación se inicia con 342 pacientes en Febrero de 2007 y en Diciembre la cobertura es de 5037 pacientes. Aumentando progresivamente y de una forma favorable el resto de indicadores.

	Cobertura	Revisión tratamiento	Revisión uso	Conocimiento medicación	Conocimiento posología	Test Morisky	SPD	Valoración bolsa
Febrero	3.5	2.1	51.2	84.8	83.2	57.6	57.1	50.1
Septiembre	109.4	82.4	56.5	90.8	91.2	88.3	60.9	54.5
Diciembre	129.7	80.6	62.7	92.0	92.4	90.3	67.3	61.6

Fuente: Atención Primaria Área 4 (la cobertura está calculada en base al 16% de la población diana teórica y susceptible y el resto de indicadores en base a los pacientes reales incluidos).

Conclusiones

- El programa del Mayor Polimedicado ha sido liderado fundamentalmente por Personal de Enfermería.
- La formación de los profesionales, la monitorización sistemática e informática y la coordinación han permitido incluir oportunidades de mejora que lo impulsan.
- Buenos resultados al año de su implantación, (cobertura del 100% y buenos indicadores de seguimiento).
- Implicación activa del paciente y/o cuidador principal.

Bibliografía

1. *Medicines and older people: an accidente waitingto happen?*.National Prescribing Service Newsletter. Disponible en: http://www.nps.org.au/resources/NPS_News/news34/news34.pdf
2. Curry LC, Walker C, Hogstel MO, Burns P, *Teaching older adults to self-manage medications: preventing adverse drug reactions.* J Gerontol Nurs. 2005 Apr;31(4):32-42.
3. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. *Paciente polimedicado ¿Conoce la posología de la medicación?¿Afirma tomarla correctamente? Atención Primaria.* 2004; 33(9):451-6.
4. Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. *Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección.* FMC 2003;10(7):501-507.
5. Herrera Carranza J. *El incumplimiento terapéutico como problema relacionado con los medicamentos diferenciado.* Pharmaceutical Care Española 2001;3:446-448.
6. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2004;28:113-120.
7. Frazier SC. *Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review.* J Gerontol Nurs. 2005;31(9):4-11.
8. Parody Rúa E, Segu Tolosab JL. *Efectividad y estimación de costes en una intervención sobre problemas relacionados con los medicamentos en Atención Primaria.* Atención Primaria 2005;35:472-477.
9. *Avaluació de l´efectivitat d'un sistema personalitzat de dispensació en la millora de l'adherencia al tractament i el control de les malalties de base en pacients polimedicats més grans de 65 anys.* Resumen disponible en http://www.farmaceuticonline.com/cgi-bin/farmapublic premsa/consultar.pl?idcom=64 [fecha de acceso 12-12-2005].
10. *Resolución relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria.* Adoptada por el Consejo de Ministros del 21 de marzo 2001, en la 746 reunión de Delegados de los Ministros.
11. Atozqui J, Díez Noguera A. *Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación.* Pharm Care Esp 2004;6:91-94.
12. Codina C. *Educación sanitaria: Información al paciente sobre los medicamentos.* Monografías Dr. Antonio Esteve, nº 28. Barcelona, Ediciones Doyma, SL, 2000. Disponible en: http://www.esteve.org/FEsteve/content/publicaciones/1075713965.47/pub.pdf
13. FDA: *Piénselo Muy Bien: Una Guía Para el Control de los Beneficios y Riesgos de las Medicinas.* Disponible en: http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/think_Spanish.htm
FDA: *Sea un miembro activo de su equipo de atención médica.* Disponible en http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/active12panelSpa.htm.
FDA: *Los medicamentos y usted: Guía para adultos de más edad.* Disponible en http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/medAndYouSpan.htm
14. Machuca M, Fernández-Llimos F, Faus MJ. *Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico.* Granada: Universidad de Granada; 2003 (ISBN: 84-600-9866-4). Disponible en: http://www.cipf-es.org/f les /doc004.pdf
15. Fajardo P C, Baena M, Alcaide Andrade J, Martínez Olmos J, Faus M, Martínez-Martínez F. *Adaptación del método Dáder de seguimiento fármaco- terapéutico al nivel asistencial de atención primaria.* Seguimiento Fármaco-terapéutico 2005;3(3):158-164.

smith&nephew

PROGUIDE◇

Sistema de compresión multicapa

Innovación en la terapia compresiva

Nuevo sistema de compresión multicapa para el tratamiento de úlceras venosas

Tecnología VARI-STRECH

- Eficacia clínicamente probada
- Compresión mantenida
- Aplicación simple y sin riesgos
- Coste efectivo

PROGUIDE, la tecnología aplicada a la compresión

Curación de Heridas
Smith & Nephew, S. A.
Fructuós Gelabert, 2-4
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Tel.: 902 303 161, Fax: 902 303 170

EducacionAWM@smith-nephew.com
www.smith-nephew.com/es/

◇ Marca registrada de Smith & Nephew

T-Diet 20/2

Energía en forma de proteínas (20 %) / Valor energético (2 Kcal/ml)

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Equilibrio Nutricional y *Sabor* en Nutrición Clínica

T-Diet 20/2 es una dieta oral, completa, energética (2 Kcal/ml) e hiperproteica, enriquecida con una mezcla de fibras.

T-Diet LECHE MERENGADA
Un Sabor Innovador
Un Sabor Nuestro
Un Sabor Único

T-Diet SABOR VAINILLA
Un Sabor Clásico

T-Diet CAFÉ
Un Sabor Insustituible

INDICACIONES

T-Diet 20/2 está indicado en patologías que cursen con desnutrición o riesgo de desnutrición calórico protéica.

REPARTO ENERGÉTICO

PROTEÍNAS 20 %	20 g / brik	Proteína de la leche Proteína Vegetal
CARBOHIDRATOS 49 %	49,2 g / brik	Maltodextrina
LÍPIDOS 31 %	13,6 g / brik	Aceite Vegetal
MEZCLA DE FIBRAS	5 g / brik	Soluble (80 %) Insoluble (20 %)

T-Diet CUBRE LAS NECESIDADES DIETÉTICAS DIARIAS EN VITAMINAS, MINERALES Y OLIGOELEMENTOS.

SABOR	C.I.	PRESENTACIÓN
CAFÉ	501791	CAJAS con 24 Briks de 200 ml
LECHE MERENGADA	501825	
SABOR VAINILLA	501833	

VEGENAT®
Ctra. Badajoz - Montijo, Ex 209, km 24
06184 Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz)
www.vegenat.com – vegenat@joca.es
Línea de Atención al Profesional: 900 21 43 50

04 / 05

T-Diet Nueva marca de VEGENAT en Nutrición Clínica

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO: Una reflexión enfermera

Patricia Latorre Marco
ENFERMERA.
UNIDAD DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL PUERTA DE HIERRO DE MADRID.

INTRODUCCIÓN:
JUSTIFICACIÓN PERSONAL

El sentido de mi presencia y mi aportación a estas jornadas, no es tanto mi experiencia en el cuidado de personas ancianas (ésta no es todo lo amplia como para darme autoridad a la hora de hablar de ello), como una cuestión de INQUIETUD.

En efecto, tres años al cuidado de pacientes mayoritariamente ancianos en el medio hospitalario, son suficientes para empezar a hacerse una idea de cuál es la situación; y a la vez, son todavía pocos como para que a uno no se le haya pasado aún el susto de lo que se ha encontrado (por desgracia con el tiempo, se llega a desarrollar una cierta tolerancia a lo inadmisible...)

Por eso me presento como alguien a quien las circunstancias personales y laborales han llevado al encuentro con una realidad, a mi modo de ver, dramática y desde luego digna de denuncia y de alerta a las instituciones competentes en la materia:

LA HOSPITALIZACIÓN INDUCE, POR SÍ MISMA, EN EL PACIENTE ANCIANO, UN SEVERO AUMENTO DE LA DISCAPACIDAD PSICOLÓGICA, COGNITIVA Y FUNCIONAL PARA DESARROLLAR UNA VIDA SATISFACTORIA, ASÍ COMO UN AUMENTO TAMBIÉN DRAMÁTICO DE SU DEPENDENCIA BASAL.

Muchos estudios, corroboran este hecho. Para los ancianos, la hospitalización puede ser un evento catastrófico; los efectos de la enfermedad precipitan un declive mayor en esta situación y amenazan sus habilidades para vivir independientemente si la enfermedad llega a curarse o no. En concreto un estudio de Callen, Mahoney, Wells, Enloe y Hughes (2004) estableció que en el año 2000 los adultos mayores de 65 años tuvieron un número de ingresos hospitalarios cuatro veces mayor que los menores de 65 años, con tiempos de estancia hospitalaria más prolongados y mayor número de pruebas diagnósticas, todo lo cual se acompañó de un mayor declive de su estado basal y funcional.

Además ello parece ser independiente de la enfermedad que motiva el ingreso y estar más bien relacionado con los diseños e intereses de los servicios hospitalarios modernos, con los grandes síndromes inherentes al hecho de estar hospitalizado, con las complicaciones nosocomiales y con los efectos adversos de las terapias modernas y prácticas habituales del hospital; todo ello convierte el fenómeno en una realidad IATROGÉNICA, donde el hospital no sólo no sería un entorno protector del anciano, sino un enemigo peligroso.

Mi encuentro con esta realidad no me ha dejado insensible, sino por el contrario muy preocupada y afectada, hasta el punto de cuestionarme el sentido de llevar a cabo mi trabajo en la Unidad de hospitalización a la que pertenezco; ésta no es desgraciadamente una Unidad de Geriatría especializada en la atención a la población anciana (que por otro lado ocupa casi la totalidad de sus camas), sino un Servicio de Medicina Interna.

En esta reflexión trataré de exponer el problema como lo veo y -para evitar una visión demasiado parcial y subjetiva- como lo ve en su totalidad el equipo de enfermería de las dos Unidades de hospitalización que acogen mayor número de ancianos ingresados en el hospital al que pertenezco. Compartiendo esta inquietud pretendo encontrar soluciones en pro de las cuales trabajar en común.

A continuación trataré de exponer la magnitud del problema en claves demográficas. Me gustaría después matizar qué es hablar de dependencia en el anciano en el marco hospitalario y buscar las posibles causas de ella y por último quisiera proponer lo que podrían ser algunas soluciones a este terrible problema.

2. APUNTES DEMOGRÁFICOS

La edad demográfica de las poblaciones es un dato de gran significación, pues limita e influye la participación de la población en la mayoría de los hechos vitales (producción, economía, riesgo de enfermedad e incapacidad).

En los países desarrollados las pirámides poblacionales muestran una gran tendencia hacia el envejecimiento.

Este fenómeno influye de forma decisiva en las demandas asistenciales, que en una población envejecida se incrementan con notoriedad, y resultan todo un reto para los gestores socio-sanitarios. Precisamente Europa es una población que envejece rápidamente. Actualmente cuenta con una población mayor de 60 años que asciende casi a 1/3 del total. Muchos países superan un índice de envejecimiento del 15% y superarán el 20% en el año 2020

Estos datos revelan que la población mundial se va a enfrentar a un crecimiento exacerbado de la población mayor de 65 años, grupo de edad con una prevalencia de enfermedad y sobre todo de incapacidad más elevada.

Esta situación sin precedentes merecería una profunda reflexión del impacto que tendrá sobre los servicios socio-sanitarios, ya que nos enfrentamos a una población creciente que es gran consumidora de los recursos, con una clara disminución de la población generadora de los mismos.

Índices de envejecimiento (%) para 1960-2020 en personas >65 años

País	1960	1986	2000	2020
Estados Unidos	9,3	12,1	12,2	16,2
Dinamarca	11,2	15,3	14,9	20,1
Suecia	11,8	17,5	16,6	20,8
Reino Unido	11,7	15,3	14,5	16,4
Italia	9,1	13,1	15,4	19,1
Francia	11,6	13,2	15,2	19,5
Alemania	10,6	15,1	17	21,7
Suiza	11	14,7	16,8	24,4
España	**8,2**	**12,8**	**14,6**	**17,9**

De OCDE, 1990

Evolución demográfica de la población española

Año	Población total	Población >65 años	>65 años (%)
1981	37.682.355	4.272.018	11,3
1990	39.400.667	5.094.380	12,8
2000	40.689.410	6.110.265	15
2010	41.205.654	6.243.554	15,1

De INE. Anuario Estadístico, 1985

Evolución del crecimiento en millares de personas >80 años en países europeos

País	1980	2025	Crecimiento (%)
Polonia	541	1.215	125
Dinamarca	148	285	93
Suecia	265	529	100
Reino Unido	1.553	2.707	74
Italia	1.239	3.149	157
Francia	1.662	2.915	75
Alemania	1.687	3.512	108
Suiza	174	436	151
España	**630**	**1.943**	**208**

De United Nations, 1991

En España, de 1981 al 2001 el número de personas mayores de 65 años experimentó un incremento del 64% al tiempo que se reducía en un 40% el número de niños menores de 14 años.

La esperanza de vida está en los 79,7 años en el año 2002 (por encima de la media europea que era de 78,3 años). Según el Instituto Nacional de Estadística el número de niños es en el año 2002 del 14,7% frente al de mayores de 65 años que era de 17%; de éstos últimos, el 32% sufre algún tipo de dependencia para la realización de las ABVD, además de la disminución de la salud propia de la vejez, ascendiendo esa cifra hasta el 47% cuando tienen entre 80 y 84 años.

Las personas mayores de 65 años ocupan anualmente del 30 al 50% de las camas de hospitalización aguda, con una estancia media un 32% superior a la tasa general, y consumen el 60% del gasto farmacéutico total.

Las camas de los hospitales se están geriatrizando, con el consiguiente desconcierto, por no encajar la demanda con la oferta.

Visto este panorama, podría considerarse cuanto menos negligente, e incluso temerario, que las autoridades en materia de sanidad y cobertura social no estén empleándose a fondo en el diseño de estrategias para que la población envejezca con dignidad y protección.

3. EL ANCIANO HOSPITALIZADO: ¿EN MANOS DEL ENEMIGO?

El envejecimiento conlleva una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina naturalmente el paso del tiempo en los seres vivos.

Se caracteriza por la pérdida progresiva de la funcionalidad de órganos y sistemas, de la capacidad de adaptación ante los cambios y de la reserva energética del organismo. Los mecanismos homeostáticos del anciano, responsables de mantener el equilibrio en el medio interno ante cambios internos o externos, se enlentecen, disminuyendo progresivamente su sensibilidad y amplitud, produciendo respuestas más recortadas hasta llegar a un punto de desestructuración completa en el que su acción es imposible, lo que conduce a la muerte.

Desde un punto de vista subjetivo, la persona comienza a sentirse vieja cuando percibe una pérdida del control de su vida, cuando su capacidad de adaptación se ve limitada por el deterioro físico, la lentitud mental, la ausencia de motivación en la vida o el cambio en la frecuencia o en la calidad de las relaciones interpersonales.

En los últimos años ha nacido un concepto muy representativo de la vivencia de la vejez.

Se ha dado en llamar fragilidad; si reparamos en que frágil es todo aquello que puede deteriorarse con facilidad, entenderemos que esta es una calificación apropiada del anciano. Esta fragilidad se traduce en vulnerabilidad ante situaciones de estrés y disminución de la capacidad de reacción ante ellas.

Muchas de estas situaciones representan pérdida de la reserva funcional, pero no producen incapacidad bajo circunstancias ordinarias; sin embargo cuando se asocian a la especial forma de presentarse la enfermedad en este grupo etario, el sobre-estrés y los peligros que puede representar la hospitalización, hacen que se sobrepase la frontera y se inicie el deterioro funcional; además para muchas de estas personas el ingreso hospitalario puede acarrear complicaciones no relacionadas con el motivo de ingreso o con su tratamiento específico.

Es decir, si sumamos el fenómeno natural del envejecimiento + la presencia de patología + los peligros inherentes a la hospitalización, el resultado lleva al debilitamiento físico y a la involución orgánica que unidos a las posibles carencias afectivas y sociales pueden abocar en la irremediable incapacidad.

Varios estudios coinciden en declarar lo que mi propia experiencia me devuelve:

—McVey (1989) encontró una incidencia de deterioro funcional al alta hospitalaria del 36%.

—Hirsh y cols. (1990) del 65% + 10% al alta.

—Intouye (1993) declara que el 30%

comenzará a sufrir deterioro a partir del 3º día de hospitalización.

—Sagger (1996) del 30%.

—Warshaw y cols. y Pinholt y cols. ofrecen resultados aún peores con el 65 y 69% de deterioro durante el ingreso

—Intouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers y Cooney (2000) constataron también que del 34% - 50% de los ancianos hospitalizados sufrían este declive entre el ingreso y el alta.

—Otros muchos autores han señalado el deterioro funcional como la principal complicación de la hospitalización en ancianos y sentencian que sólo el 50% de esos ancianos recuperará alguna de las capacidades perdidas a los tres meses del alta (Hanson, Mahoney y Palta, 1999).

Un estudio más reciente (2003) de Covinsky et al. Realizado minuciosa y detalladamente, discriminando hasta cinco subgrupos diferentes de una muestra de ancianos hospitalizados con deterioro funcional, concluye que éste se presentó en el 35% de los ancianos; dicho porcentaje incluye un12% de ancianos cuyo deterioro funcional sólo fue atribuible a la estancia hospitalaria, puesto que no lo presentaban en el momento de ingreso ni siquiera a causa de la enfermedad. P.Gamarra habla en su estudio, de un impacto de la enfermedad y la hospitalización en un 51,3% de los ancianos.

En España, el Servicio de Geriatría del Hospital Monte Naranco realizó un estudio que arrojó datos también contundentes: se estudió la incidencia del deterioro funcional mediante los índices de Barthel y Lawton, de los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos, del Servicio de Geriatría, durante un año (1994 a 1995), así como las posibles variables clínico-asistenciales, cognitivo-afectivas y socio-demográficas asociadas al mismo.

Se obtuvo una incidencia de deterioro del 72% durante el ingreso y del 26,8% al mes del alta...

P. Gamarra-Samaniego. Estudio en Hospital de Perú, 1999. Comparación del estado general de salud en tres momentos diferentes del ingreso

Estado general	115 días previos	Admisión	Alta
Excelente	13 (6,5)	0	0
Bueno	120 (59, 7)	4 (2,0)	65 (32,2)
Regular	48 (23,9)	115 (57,2)	64 (31,8)
Pobre	20 (10,0)	82 (40,8)	72 (35,8)

Tablas de contingencia rxc: X2 = 203,5, p<0,005

Deterioro funcional durante la hospitalización

ABVD disminuídas	n	%
1	8	2,0
2	9	14,4
3	17	8,5
4	25	12,4
5	6	3,0
6	10	5,0
Total*	**103**	**51,3**

*Disminución en una o más ABVD

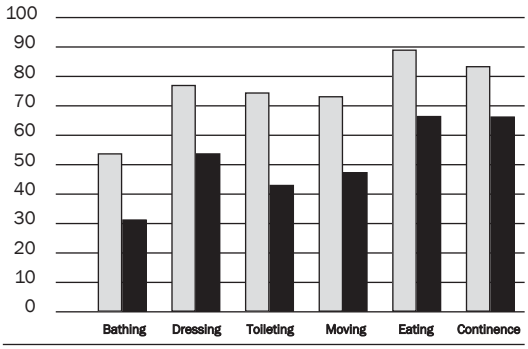
Complicaciones hospitalarias

	n	%
Pacientes con al menos una complicación	87	43,3
Pacientes con dos o más complicaciones	40	19,9
Tipo de complicación		
—Infección respiratoria	40	19,9
—Infección urinaria	36	18,4
—Úlcera de presión	28	13,9
—Confusión	21	10,4
—Caídas	6	2,9
—Reacción adversa medicamentosa	5	2,5
—Infección de piel y tejidos blandos	4	2,0
—Trombosis	1	0,5

P.Gamarra: Deterioro funcional en un estudio sobre capacidad funcional en anciano hospitalizado

DETERIORO FUNCIONAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

FIGURE 1. Pre-admission and Discharge Activities of Daily Living Function for Patients (N=201) who Decline in Function during the Hospitalization



	Bathing	Dressing	Toileting	Moving	Eating	Continence
•PRE-ADMISSION	54.2	76.6	75.6	74.6	89.6	86.6
•DISCHARGE	31.3	48.8	42.8	45.8	66.7	66.7

Gamarra, P Bol SPMI 2001

Deterioro funcional del anciano r/c hospitalización.
MAPFRE medicina, 1996.
Servicio de Geriatría del Hospital "Monte Naranco" de Oviedo.

	Ingreso	Alta
Alimentación	10,7%	5,3%
Baño	26,7%	17,2%
Aseo	12%	5,3%
Vestido	21,3%	5,3%
Deposición	1,3%	2,7%
Micción	6,7%	4%
Retrete	20%	5,3%
Traslados	25,3%	8%
Deambulación	20%	12%
Escalones	50,7%	10,7%

Incidencia del deterioro para ABVD según índice de Barthel durante el ingreso y al mes del alta.

Actividad	Incidencia
Teléfono	4%
Compras	20%
Comida	10,7%
Casa	17,3%
Ropa	9,3%
Transporte	16%
Medicación	12%
Economía	13,3%

Incidencia del deterioro funcional para AIVD según índice de Lawton

Motivos de las estancias inapropiadas

		n	%
Problemas programación en pacientes que requieren continuar ingresados en el hospital n: 752 (24,2%)	Problemas programación intervención quirúrgica	63	2,03
	Problemas programación pruebas o procedimientos diagnósticos	164	5,28
	Admisión prematura	49	1,58%
	No disponibilidad de quirófano	29	0,93
	Procedimientos que no se realizan en fin de semana, vacaciones, etc.	40	1,29
	Retraso resultados pruebas o interconsultas necesarias para evaluar el alta	407	13,09
Demora alta por problemas bajo la responsabilidad del hospital o del médico n: 2.279 (73,5%)	Demora en escribir la orden de alta	48	1,54
	Demora en iniciar la orden de alta	39	1,25
	Pauta médica conservadora	1.457	47,06
	Falta plan documentado de diagnóstico y/o tratamiento	345	11,10
	Retraso resultados pruebas NO necesarias para evaluar el alta	375	12,06
	Otros	15	0,48
Demora alta por problemas del entorno del paciente n: 41 (1,3%)	No hay familiares para cuidar al paciente en el domicilio	12	0,39
	La familia no esta preparada para cuidar al paciente	1	0,03
	El paciente / familia rechazan un alta con cuidados alternativos adecuados	13	0,42
	Otros	15	0,48
Demora alta por falta alternativas hospital n: 31 (l,0%)	No se dispone de plazas en centros alternativos	24	0,77
	No existen centros alternativos	7	0,23
Total		**3.103**	**100**

Motivos de ingresos inapropiados

	Motivos	n	%
1.	Pruebas diagnósticas y/o tratamiento pueden realizarse ambulatoriamente	48	48
2.	El paciente vive muy lejos	2	2
3.	La realización de las pruebas ambulatorias tiene mucho retraso	4	4
4.	El paciente requiere ingreso en un nivel inferior	1	1
5.	El paciente requiere cuidados en un hospital de crónicos	1	1
6.	El paciente requiere cuidados de enfermería	2	2
8.	Admisión prematura	33	33
9.	Tratamiento o pruebas no documentados	2	2
10.	Procedimiento quirúrgico podría realizarse de forma ambulatoria	1	1
11.	Necesidad de cuidados terminales	1	1
12.	Paciente ingresado para custodia	2	2
13.	Incumplimiento del tratamiento necesario	1	1
19.	Otros	2	2
	Total	**100**	**100**

El ingreso en un hospital representa un riesgo para los ancianos, especialmente para los de más edad, generando en ellos un deterioro funcional a veces irreversible o que —en cualquier caso— se prolonga demasiado en el tiempo tras el alta hospitalaria.

Este hecho se agrava si atendemos al resultado de algún estudio que concluye que existe un elevado número de estancias hospitalarias inadecuadas debidas a los estilos de práctica de los clínicos y la organización hospitalaria; en uno en concreto, el 18,9 % de los ingresos y el 49,9 % de las estancias hospitalarias objeto del estudio, se evaluaron como inadecuadas (5).

4. ¿QUÉ ES HABLAR DE DEPENDENCIA EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO?

En mi experiencia existe un orden de aparición de las manifestaciones de ese deterioro funcional (cuyas cotas yo ampliaría hasta denominarlo más bien deterioro humano o personal) secundario al ingreso en un hospital no geriátrico.

Dichas manifestaciones son consecuencia de los grandes FANTASMAS asociados a la hospitalización, y no tanto, o no siempre, a la enfermedad.

Éstos son mis fantasmas, los que me tienen asustada y que quisiera que entre todos intentásemos espantar; en definitiva el deterioro funcional durante la hospitalización es el resultado de la interacción del estado de salud previo y la capacidad de respuesta ante la agresión (la enfermedad) + las actuaciones diagnósticas y terapéuticas de los profesionales + los fantasmas del hospital que voy a intentar identificar uno a uno para poderlos controlar y combatir.

• REPOSO IMPUESTO Y/O ASUMIDO

Cuando el anciano ingresa, con frecuencia todas las personas implicadas en ello, asumen que el paciente tiene que encamarse.

No es extraño que el debut de una patología aguda o la descompensación de una crónica, requieran el primer día un reposo en cama; pero posiblemente desde el segundo debería de ser obvio que el anciano salga de la cama durante el tiempo que permita su situación y evolución; deberá hacerlo durante la mayor parte del día, sobre todo en los momentos de ingesta alimenticia y al menos primera media hora de digestión; regresará a la cama sólo para realizar una pequeña siesta y para el descanso nocturno, que de por sí suele alargarse más de lo necesario y aconsejable en estas edades, por cuestiones de organización hospitalaria.

Pero la realidad es otra y el anciano enfermo pasa encamado demasiado tiempo; como único progreso durante toda su estancia puede ocurrir que se le levante a un sillón una o –con suerte- dos veces al día; queda olvidada en una sutil renuncia por parte de todos, su habitual capacidad de trasladarse solo, de caminar por la habitación o por el pasillo, de alcanzar objetos que necesite, de asomarse a una ventana... de todo lo que implique movimiento.

Pero alguien dijo “la vida es movimiento”, y es cierto porque el movimiento es necesario para todo cuanto a uno le hace sentir vivo: asearse, arreglarse, pasear, buscar novedades o estímulos, comunicarse, entretenerse, hacer las “necesidades fisiológicas” de la manera más natural e higiénica posible, beber o comer según las propias apetencias y necesidades...

Quizá ni los cuidadores ni el propio anciano son conscientes del alto precio que está pagando por su ingreso en el hospital.

Por eso uno de los síndromes geriátricos que acarrea tras de sí nuestro fantasma del reposo impuesto es el síndrome de inmovilidad, en lenguaje enfermero síndrome de desuso.

El síndrome de inmovilidad o desacondicionamiento es un problema geriátrico caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea...), progresiva debilidad muscular y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que posibilitan la deambulación, el traslado y en definitiva el movimiento. El resultado final es una imparable “cascada de dependencia”.

Desde un punto de vista fisiológico, es bueno tener presentes las posibles complicaciones de la inmovilidad.

Para comprender la importancia del deterioro funcional severo que supone la inmovilización baste decir que el 50% de los ancianos que se inmovilizan de forma aguda fallecen en un plazo de 6 meses.

Es también un hecho constatado, tanto en mi propia experiencia como en la bibliografía, que el paciente anciano ingresado en las Unidades de hospitalización aguda, no suele ser beneficiario de un programa de rehabilitación; en el hospital donde trabajo no se solicita interconsulta al Servicio de Rehabilitación, ni se prescribe ningún tipo de fisioterapia a los pacientes ancianos.

Normalmente estos Servicios están desbordados sólo con la asistencia a pacientes con una situación aguda y no crónica de discapacidad, habitualmente producida por un traumatismo o por intervenciones quirúrgicas.

Tras una inmovilidad prolongada se producen alteraciones en los diferentes órganos y sistemas que son doblemente peligrosas porque tienden a perpetuar el síndrome.

Los sistemas afectados con mayor relevancia son el sistema cardiovascular y el músculo-esquelético, aunque se afectan la mayoría de los sistemas orgánicos. Su repercusión en el pronóstico del anciano inmovilizado puede ser más relevante que la propia enfermedad subyacente, pudiendo aparecer incluso tras cortos períodos de encamamiento:

• SISTEMA CARDIOVASCULAR:

Hipotensión ortostática. Disminución de la tolerancia al ejercicio. Reducción del volumen circulante y de la reserva funcional. Trombosis venosa profunda y tromboembolismo

• SISTEMA RESPIRATORIO

Hipoventilación: la posición supina produce una caída de la PO2 de 2 a 8 mmHg (suficiente para producir confusión mental en el anciano). Alteración del binomio fisiológico ventilación-perfusión. Disminución de la capacidad vital. Menor reflejo tusígeno Aumento de la producción de moco con éxtasis de secreciones. Disminución de la movilidad ciliar. Atelectasias. Colapsos parenquimatosos. Infecciones respiratorias por aspiración y por contaminación.

• SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO

El reposo en cama produce una pérdida de masa muscular del 10% y la consecuente debilidad muscular (riesgo de lesión) y una pérdida del volumen plasmático de 600ml (riesgo de ortostatismo, síncopes...), contracturas, reducción del rango de movimiento, deformidad y rigidez articular por retracción de los elementos capsuloligamentosos y musculares a causa del desuso. Osteoporosis por inmovilización. Tendencia a las fracturas... Desmineralización ósea (aumento de la frecuencia de fracturas espontáneas y caídas consecuentes).

• DESCENSO DEL FLUJO SANGUÍNEO MUSCULAR con la consecuente degeneración de las fibras que se atrofian perdiendo su capacidad contráctil y la fuerza muscular global; de igual modo, la ausencia de contracción muscular origina una disminución paralela del tono nervioso que mantiene ese tono muscular. Puede abocar incluso en la adopción de posturas viciadas irreversibles.

• SISTEMA NERVIOSO

Mayor deterioro cognitivo. Alteración del equilibrio y la coordinación. Trastornos de la atención. Desorientación en las tres esferas.

• SISTEMA DIGESTIVO

Anorexia. Trastornos de la deglución y enlentecimiento del proceso digestivo. Tendencia al reflujo gastroesofágico. Estreñimiento e impactación fecal.

• SISTEMA GENITOURINARIO

Retención urinaria y vaciamiento vesical disminuido que producen el aumento de las infecciones urinarias. La incontinencia urinaria puede verse aumentada hasta en un 40 o 50% de los ancianos hospitalizados a causa de la inmovilidad y a las dificultades para implementar sus habituales estrategias para evitarla (ambiente extraño, camas elevadas, prescripción de reposo, barandas en camas, sondajes vesicales, contenciones mecánicas, vías, bombas y otros dispositivos que limitan el traslado al wc, así como el uso de psicotropos que reducen la percepción de la necesidad de evacuar). Litiasis renal cálcica por aumento del calcio en sangre producto de la resorción ósea que provoca la inmovilidad

• SISTEMA ENDOCRINO

Balances minerales negativos (N, Ca, S, P, Mg, K, Na). Mayor resistencia a la insulina con empeoramiento de la tolerancia a hidratos de carbono. Elevación de la parathormona. Deficiencias inmunológicas con alteración de la respuesta del sistema.

• SISTEMA TEGUMENTARIO

Áreas cutáneas dolorosas y eritematosas. Maceración y atrofia. Aparición de las temidas úlceras por presión.

• DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Apatía, tristeza, depresión, frustración ante la incapacidad, aislamiento. Delirium. Síndrome de la incapacidad aprendida (comportamiento regresivo psicomotor). Miedos. Pérdida de motivación, de autoestima y autoconfianza. Dificultad para expresar sentimientos.

Todas estas serían las consecuencias e la inmovilidad que trae consigo el reposo ligado erróneamente al ingreso en un hospital.

• SUMISIÓN: DE ANCIANO A PACIENTE

Los ancianos que ingresan en el hospital adoptan con frecuencia una actitud de sometimiento, claudicación y delegación total del control de su propia vida.

Quizá porque perciben el medio hospitalario como algo ajeno, inabarcable para su capacidad de comprensión en cuanto a lo tecnológico; o quizá porque todavía pertenecen a las generaciones en que la figura del médico (y cuanto le rodea) así como sus decisiones eran incuestionables.

Es inusual que el anciano emita quejas o exigencias en cuanto a sus derechos o exprese abiertamente desacuerdo con las medidas terapéuticas o con el trato recibido. El anciano "se entrega" sin pedir explicaciones; no suele ser conflictivo pero tampoco participativo. No aportará ideas ni sugerencias que puedan facilitar su evolución ni optimizar su plan de cuidados

Además existe evidencia científica de que a medida que envejecemos los procesos mentales son menos eficientes y que el impacto de la edad en las capacidades cognitivas (memoria, juicio, cálculo, orientación, percepción, comprensión, resolución de problemas, comunicación...) es más acentuado cuando la persona se encuentra en ambientes desconocidos y cuando tiene que llevar a cabo tareas nuevas para él.

No es de extrañar que por todo ello, la actitud del anciano en esta situación sea de retracción.

• CAMBIOS SUSTANCIALES EN EL ESTILO DE VIDA: *escenario, horarios, dieta, imposición de compañía extraña, pérdida de intimidad, cambios en la medicación, normas y hábitos del personal...*

Al igual que sucede en los niños, los ancianos por su mayor vulnerabilidad y el equilibrio inestable al que les conduce su natural proceso de envejecimiento, necesitan más sensación de seguridad.

Y de igual modo que es aconsejable para los niños establecer rutinas que les ayuden a anteceder lo que va a ocurrir, parece lógico que los ancianos encuentren en ello también una ventaja.

Si la "evolución" (en el caso del niño) para que se realice en armonía precisa de asentarse sobre el soporte de las rutinas, la "involución" armoniosa precisará de ese mismo soporte; los hábitos y rutinas hacen al niño las veces de trampolín y al anciano las veces de colchón amortiguador.

La necesidad de improvisar y la incertidumbre generan ansiedad, mientras que los hábitos, rutinas y costumbres proporcionan unas referencias seguras y tranquilizadoras

El anciano tiene establecidas esas rutinas en cuanto a horarios, escenarios, menús alimenticios, rituales antes y después de comer y de dormir, personas, ritmos, tiempo empleado en sus actividades pero el hospital arrasa con todo ello imponiendo su modelo rígido e inamovible de marcar las pautas y de hacer las cosas. En ese arrastre se lleva consigo la sensación de control del anciano.

La institución hospitalaria impone al anciano que ingresa, unas normas de convivencia y un ritmo de vida rígido y muy diferente a los propios. Como consecuencia el anciano, que al ingreso era capaz de realizar las tareas básicas e instrumentalizadas de su autocuidado, deja de hacerlas por un mecanismo de ajuste de su conducta al medio. Tiende a adoptar una actitud pasiva que conlleva un efecto generador de dependencia.

• MODELO HOSTELERO
COMO CRITERIO DE CALIDAD.

Ocurre que hoy por hoy la estructura organizativa de los Centros socio-sanitarios parte del criterio de calidad basado en modelos hosteleros además de clínicos, donde a los pacientes se les evita la realización de todas aquellas tareas también propias del autocuidado, encaminadas a cuidar su espacio y su entorno: hacer la cama, mantener su habitación, armario y baño limpios y ordenados, participar en la disposición y retirada de su bandeja de comida...

Ello trae consigo que si la situación se prolonga, el anciano pierda por desuso las destrezas manuales y la capacidad de hacerlo. La expectativa que el anciano tiene de su propia valía, disminuye.

• AUSENCIA DE EXPECTATIVA DE VALÍA
DEL PERSONAL CUIDADOR
RESPECTO AL ANCIANO.

La expectativa que tiene el personal cuidador respecto de la autonomía del anciano, tampoco es halagüeña.
El personal asume y con ello fomenta la invalidez del anciano sin siquiera ponerle a prueba; a veces además esta actitud se adopta por ahorro de tiempo: siempre es más rápido hacerlo por él y garantizar que está hecho, que invertir el tiempo que el propio paciente necesita, supervisando y reforzando que lo haga por sí mismo; esto por lógica afecta negativamente al rendimiento del anciano.

• OBSTÁCULOS
PARA EL DESCANSO-SUEÑO ADECUADO.

En este caso podríamos hablar de ruidos nocturnos, espacios desconocidos, ausencia de confort en camas y almohadas, procedimientos terapéuticos e ingresos a horas propias de descanso, rituales entorno al sueño que se pierden al ingresar.... Durante el día tampoco se produce el desgaste energético que predisponga por la noche al descanso; por todo ello en el hospital es complicado realizar un sueño apacible y reparador.

• DEPRIVACIÓN BRUSCA Y BRUTAL
DE ESTÍMULOS NATURALES.

El cómo afecta la falta de descanso y de sueño reparador así como la deprivación de los estímulos naturales más básicos (aire fresco, sol, oxígeno, lluvia, luz, frío y calor naturales...) en el deterioro de la persona se podría apoyar con argumentos del ámbito de la psicología, pero no lo creo necesario porque parece caer por su propio peso: el hospital es un encierro obligado y prolongado, muchas veces acompañado de la incertidumbre de cuándo terminará.

• DESARRAIGO DE ENSERES PERSONALES
Y FAMILIARES ESTIMULANTES, REFERENCIALES Y PROTECTORES PARA EL ANCIANO.

Me refiero a su casa, su mobiliario, fotos, recuerdos, ropa, pijamas, amuletos, cadenas, reloj o anillos, su almohada, la manta que

quizá acostumbra a tener en las rodillas... y en muchas ocasiones también supone un desarraigo doloroso si vive con algún animal doméstico y se "cuidan" mutuamente (gatito, perro, canario...). La separación que el hospital representa de estas cosas tan queridas produce en el anciano un vacío que actúa a nivel de su equilibrio mental y anímico en contra suya.

• DESPERSONALIZACIÓN:
UNIFORMIDAD EN EL VESTIDO Y TRATO

A su llegada al hospital, el anciano es también despojado de sus señales de identidad: su ropa, enseres, efectos personales... y es obligado a vestirse de una manera normalmente poco favorecedora, con el atuendo (el pijama) que representa el momento de mayor intimidad y que quizá tiene connotaciones de "inferioridad de condiciones", expuesto a la vista de un montón de gente desconocida y además uniformado al resto de los pacientes ingresados, como uno más, sin más. Y lo que es peor, en alguna ocasión puede llegar a oír que se le designa con el nombre de una patología o del número de su cama (lo que afortunadamente yo creo que se hace cada vez menos)

• DIFICULTAD DE LOS SERES QUERIDOS
PARA ACUDIR O PERMANECER
CON EL ANCIANO.

El hospital se hace también un lugar inhóspito para el encuentro del paciente anciano con sus seres queridos y visitas, posiblemente la única fuente de estímulo para él.

La tendencia demasiado arraigada es la de hacer salir al familiar de la habitación para prácticamente cualquier procedimiento o circunstancia que nos lleve a entrar; el número de veces que esto ocurre se multiplica al menos por dos.

Si el familiar se encontraba tratando de consolar, entretener, poner al día para mantener conectado con su mundo exterior, animar a su anciano, las continuas interrupciones entorpecen esta terapia tan valiosa como cualquiera de las nuestras; posiblemente esto desanime a los familiares a visitar a su anciano si tenemos presente las renuncias y esfuerzos que a veces esto exige en el frenético ritmo de vida actual.

Hoy por hoy en el hospital sigue sin existir cultura promovedora de la participación del familiar en los cuidados del anciano, de tal forma que el que podría ser un magnífico recurso, es absolutamente desaprovechado.

• IMPOSIBILIDAD DE CONTINUAR
CON LAS AIVD.

Tendrá que abandonar las tareas que realizase independientemente al sacarle de su entorno y no existir en el hospital ni siquiera una aproximación a ellas. En este caso me refiero a las contempladas en la escala de

valoración de Lawton: capacidad para usar el teléfono, para ir de compras, para preparar la comida, para cuidar de la casa, para lavar la ropa, para usar los medios de transporte, para responsabilizarse de su medicación y para manejar asuntos económicos.

• VARIABILIDAD E INESTABILIDAD
DEL PERSONAL CUIDADOR.

Las planillas del hospital no contemplan a la hora de su elaboración el que las enfermeras y auxiliares que cuidan al paciente anciano, cambien lo menos posible. En un entorno de por sí hostil y temido como probable fuente de agresiones (aunque sean con fin terapéutico), malas noticias, trato estandarizado... el hecho de estar cada día en manos

de personas distintas multiplicará por lógica la desconfianza, el miedo, la sensación de inseguridad; el establecimiento de una relación terapéutica satisfactoria para ambas partes es casi imposible y se limita a las estancias hospitalarias muy prolongadas, lo cual no es deseable.

• BARRERAS ARQUITECTÓNICAS
Y OTRAS TRAMPAS.

Las características estructurales del hospital lo convierten en un lugar difícil para el anciano: camas altas, barandas, espacios reducidos y llenos de obstáculos, mala ventilación y aclimatación, suelos encerados o brillantes que resbalan o parecen mojados, pasillos iguales que hacen efecto laberinto... todo ello asusta al anciano y desanima a la deambulación

• AUSENCIA TOTAL DE DESARROLLO
DE ACTIVIDADES RECREATIVAS
Y DE DESARROLLO DE HÁBITOS.

El hospital, todo el mundo lo sabe y lo acepta, es el reino del aburrimiento y la monotonía. Es uno de los lugares donde mejor se materializa la relatividad del tiempo: mientras el personal corre desaforado porque no da abasto ni le da tiempo a lo básico, el enfermo ingresado y el familiar ven pasar los minutos con desesperación. Parece literalmente que se viviera en dos dimensiones temporales distintas. Esa sensación de lentitud embebe al anciano, de por sí falto de motivación, de una peligrosa apatía que contribuye al deterioro personal.

Además habitualmente (en lo que yo conozco) no existen para el anciano y su familiar ni espacios ni material ni personal destinado al desarrollo de actividades "re-creativas" (sala de estar, juegos de mesa, video o tele en común, manualidades, material para pintar o escribir...), ni su habitación ni el espacio que le es destinado para su ingreso, propician en lo más mínimo estas actividades (en el hospital donde yo trabajo sería imposible incluso que una anciana hiciera punto o ganchillo, porque carecería hasta de la iluminación necesaria).

Si el anciano tiene hábitos distractorios, el hospital es una ruptura con ellos la mayoría de las veces; otras veces el anciano tiene hábitos nocivos, como el tabaco o su copa o su vino en la comida..., y el hospital le obliga a su deprivación, lo que en estas edades no tiene –a mi modo de ver- más que desventajas y un malestar añadido a su situación.

• DESCONEXIÓN SOCIAL SECUNDARIA.

Vendría a ser la ruptura con las personas que forman parte de su vida en un segundo - pero también importante- plano: vecinos, amigos del parque o del centro social, tenderos, panadero, portero, farmacéutico, iglesia.... y todos aquéllos que sin querer entretejen una realidad en equilibrio inestable o vulnerable a causa de la edad.

En ocasiones, el anciano no sólo era independiente en su vida basal, para las ABVD y las AIVD, sino además para las llamadas AAVD (actividades avanzadas de la vida diaria) que vendría a suponer su participación activa en grupos sociales, culturales, religiosos al nivel incluso de compromiso

El hospital representaría una vez más la pérdida y desconexión de algo muy valioso y enriquecedor para él

• PRESENCIA Y SOMBRA DE LA MUERTE.

La muerte en el hospital se vive aunque no suceda en la propia habitación porque impregna el ambiente (ruidos, olores actitudes...) y al personal cuidador de una forma inequívoca.

Es fácil de entender cómo se sentirá y lo que pensará el anciano que ve morir a compañeros de habitación o a otros pacientes de la Unidad en que se encuentra hospitalizado.

5. OTROS DEMONIOS...
EN BUSCA DE LOS CULPABLES

Antes de empezar a señalar "culpables" de todo cuanto acontece al anciano hospitalizado, he preferido realizar una sencilla encuesta a todo el personal de la Unidad en que trabajo, para que mi percepción personal no distorsione esta exposición.

Entrevisté a cuatro representantes del equipo médico, adjuntos y residentes de último año, de cada uno de los dos equipos (en total ocho médicos internistas); del equipo enfermero, a 12 enfermeras y 15 auxiliares, casi la totalidad excluyendo personas recién incorporadas al puesto de trabajo.

Tres preguntas abiertas, me llevaron a conclusiones unánimes.

1º.- ¿Cómo crees que influye la hospitalización en sí misma en la capacidad funcional del paciente anciano?

No hubo nadie que me contestara que no existe excesiva relación o que no haya percibido nada al respecto:

NADIE. Ni del sector médico formado por dos equipos con enfoques y abordajes terapéuticos totalmente distintos, ni del equipo de enfermería formado por enfermeras y auxiliares.

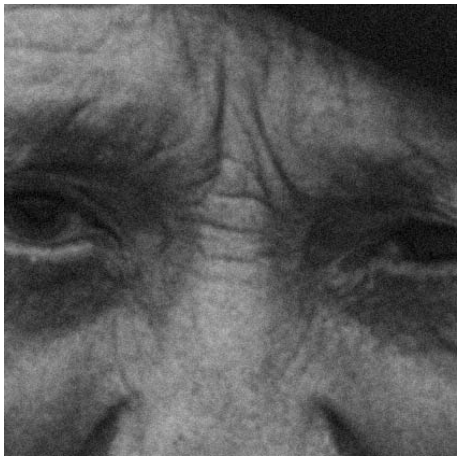
Todo el mundo coincide en que aparte de que el anciano ingrese enfermo y limitado por su situación aguda, el hospital entraña un severo perjuicio para el paciente.

Uno de los médicos internistas adjunto, me llegó a decir con un tono entre la broma y la preocupación: "Nooo, si yo siempre lo digo: el hospital es malísimo para la salud..."

2º.- ¿Cuáles crees que son las causas de que esto suceda?

El equipo médico señala la desconexión de su entorno y el desarraigo que llevan al paciente a una pérdida de todas sus referencias y a presentar un cuadro confusional que desencadena toda una serie de perjuicios al anciano; el equipo de enfermería dirige el dedo acusador a la imposibilidad de cuidar el aspecto funcional del paciente y de protegerle más, debido a las enormes cargas de trabajo; un sector del mismo grupo (30%) me sorprendió señalando antes bien, al anciano y su familia, que al ingreso en el hospital adoptan una actitud absolutamente pasiva y de autoexclusión y delegación o entrega de todo lo relativo a su propio cuidado.

Abordaré éstos y otros demonios analizando su significado y magnitud.



• CONTRADICCIÓN ENTRE LAS PRIORIDADES DEL ANCIANO Y LAS DEL HOSPITAL.

Cuando un paciente anciano ingresa en un hospital de Agudos, éste no suele detenerse en la valoración funcional de su estado previo o basal ni del estado derivado de la situación de enfermedad.

Al no existir correspondencia entre las patologías y la situación funcional en que quedan los ancianos, las incapacidades raramente son identificadas y atendidas con la prontitud y el rigor científico con que se relacionan el proceso patológico y la intervención terapéutica.

Pero el estado funcional del anciano es un factor de evolución y pronóstico crucial que termina quedando en el tintero.

Sin embargo... para la mayoría de los ancianos las limitaciones funcionales suponen un problema mucho mayor que la propia enfermedad.

Así pues, la perspectiva del médico internista puede no coincidir en cuanto a sus objetivos con la del paciente y su familia.

Este especialista no suele ver clara la necesidad de una valoración funcional ni las áreas que hay que valorar; tampoco llegan al acuerdo sobre la búsqueda de dificultades latentes no declaradas todavía; sostienen que los problemas asintomáticos no son incapacitantes.

En definitiva en el medio hospitalario es raro que se lleve a cabo una valoración de la capacidad funcional del anciano con instrumentos contrastados de medición; los médicos están centrados en los problemas clínicos y no enfocan los detalles relativos a la capacidad funcional.

En cuanto al equipo de enfermería, éste se ve obligado a limitar su función a la mera asistencia a causa de las enormes cargas de trabajo; quedan abandonadas en el cuidado del anciano las funciones de promoción de la salud, prevención y protección de las complicaciones tardías, rehabilitación, educación al anciano y sus cuidadores informales, soporte emocional...

Para mayor agravante la función asistencial dedica la mayor parte de su tiempo y energía, a la tareas delegadas: administración de la medicación prescrita, toma de constantes y recogida de multitud de datos al servicio del médico (analíticas continuas, ECG, toma de muestras, peso y balance hídrico...), preparación y ges-

tión para un sinfín de pruebas diagnósticas, pase de visita médica, solicitud de ajustes del tratamiento médico a petición del paciente o la familia... de tal suerte que la función propia de la enfermera, queda arrinconada o anulada por imposibilidad de dedicarse a ella.

En palabras de A. Peñafiel, *"la enfermera de estas Unidades queda convertida en un*

profesional al servicio del médico y no del paciente"

Si la enfermera quiere participar en alguna medida en el autocuidado del anciano para su mejor valoración, y el establecimiento de la relación terapéutica con él, tiene que trabajar a marchas forzadas, renunciando a cualquier tipo de planificación ni reflexión de los cuidados y dejando en la jornada laboral toda la energía de que dispone para el día (y en ocasiones más) ; se sale entonces del hospital con un balance energético muy negativo y la sensación de haber trabajado "a destajo" sin la profesionalidad que necesita el anciano.

Evidentemente son Unidades con enormes cargas de trabajo, de pacientes añosos, muy demandantes por su delicada situación, con pluripatología y polimedicación, con una compleja mezcla de enfermedades, minusvalías y condicionantes sociales y familiares, con mermada respuesta a los cuidados y a la amplia terapéutica, con crecientes necesidades de rehabilitación...y altos niveles de dependencia que se acentúan en nuestras impotentes manos.

Se ha llevado a cabo algún estudio sobre la posibilidad de padecer el "síndrome de burn-out" en estas Unidades de enfermería.

Se concluyó que el Agotamiento emocional (agotamiento físico y psíquico + fatiga + desgaste + sentimiento de estar al límite) unido a la frustración respecto a la capacidad para hacer frente a las necesidades del anciano estaban presentes de manera alarmante en estas Unidades.

• PLANTILLA DE ENFERMERÍA.

Al hilo de lo expuesto anteriormente es aquí donde tiene cabida explicar una de los factores más votados como culpables de toda la problemática del anciano hospitalizado.

Una buena dotación de personal en lo que al equipo de enfermería se refiere, podría sobradamente ahuyentar todos los fantasmas que acechan al anciano. No es más que cuestión de recursos, y dentro de ellos, del recurso por excelencia: el tiempo.

Todos los estudios hablan del papel y posición clave de la enfermera para paliar, demorar o incluso impedir el deterioro del paciente anciano en el hospital.

Yo estoy plenamente convencida de que la enfermera es la pieza fundamental por su concepción del paciente como un ser biopsicosocial, lo que le convierte en el profesional preocupado y capaz de abordar todas las carencias del anciano, sin caer en enfocar el

interés y volcar el cuidado, la atención y los recursos únicamente en el aspecto biológico.

Se señala al profesional de enfermería como el experto en observar, recabar datos sobre la capacidad funcional del anciano para AVD, sin olvidar realizar una valoración sobre esto mismo dos semanas antes del ingreso (con datos que proporcione el paciente, informes de su lugar de procedencia y/o su familia); también contribuye a ello la posición y el contacto tan cercano al paciente, además de estar mezclado continuamente en sus AVD en el hospital.

Este profesional puede además tener mentalidad la rehabilitadora y reinsertora que requiere el anciano para retomar las riendas de su autocuidado, especialmente si el profesional de enfermería dedicado al anciano, se ha especializado en el enfoque gerontológico, ya que tendrá más conocimientos y motivación de su parte.

La capacidad enfermera de crear e implantar programas educativos para el anciano y sus cuidadores, es otro magnífico aliado para la consecución del objetivo.

Pero la gestión de los recursos humanos en el ámbito hospitalario no está de nuestra parte.

En los modelos de gestión actuales, la dotación de personal no se establece por cargas de trabajo o lo que sería más lógico, por niveles de dependencia y de riesgo de dependencia de los pacientes a su cuidado; en definitiva, no se brinda según las necesidades previsibles del tipo de pacientes de cada Unidad.

De lo contrario, lógicamente, las Unidades geriátricas deberían de ser por su complejidad ampliamente explicada, las más "mimadas".... Pero la realidad muestra todo lo contrario.

Quizá uno de los problemas es que no existen muchos estudios que demuestren lo que de todos es sabido. Uno que sí lo hace, es el llevado a cabo en el año 2007 en un hospital de la red sanitaria pública, del SAS.

Analizaron la capacidad de prestación de cuidados del equipo de enfermería de tres Unidades de hospitalización de Medicina Interna y la compararon con la demanda de cuidados de los ancianos.

La estimación de la capacidad de prestación de cuidados de la plantilla de enfermería fue de 2,8 horas/paciente/día; a partir de la medición de niveles de dependencia, la demanda de los cuidados media por parte de los pacientes fue de 4,9 horas/paciente/día.

Esta diferencia supone un déficit anual de 51 profesionales de enfermería en la plantilla de las tres unidades de hospitalización (eran rigurosamente necesarios 17 profesionales más de los que había, lo que correspondía a algo menos del doble de la dotación de la Unidad...)

En una realidad como ésta, no resulta tan sorprendente que acompañar al anciano hasta el cuarto de baño a su paso, brindándole el tiempo y los dispositivos que precise, esperar con él mientras orina o hace deposición en el inodoro, supervisar que haga una buena limpieza post-evacuación y devolverle seguro a su silla o sillón (¿mínimo 20 minutos?)

O acudir a realizar al anciano encamado una pequeña sesión de ejercicios de movilización pasiva o activa; o acompañarle a caminar unos metros por el pasillo; o brindarle la posibilidad de realizar su propio aseo matutino mientras se le vigila para evitar accidentes o se le suple en las maniobras estrictamente necesarias para que no pierda la capacidad que trae consigo de su hogar; no parece tan sorprendente que todas estas acciones de cuidado de clara competencia enfermera sean un lujo o un sueño

Inalcanzable con los medios disponibles, y que se supla con la colocación de un pañal (de consecuencias nefastas para el anciano), el aseo en cama y otras tristes alternativas con la consecuente insatisfacción para ambas partes.

• COMPLICACIONES NOSOCOMIALES:

Infecciones respiratorias, infección urinaria, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, depresión, ansiedad e insomnio, cuadro confusional y deterioro cognitivo, lesiones por caídas, lesiones producidas por la contención mecánica, infección tegumentaria, UPP, reacciones adversas a medicamentos, pruebas diagnósticas y/o tratamientos, trombosis, desnutrición y deshidra-

tación, efectos secundarios de los dispositivos de uso clínico (vías, sondas, material punzante, oxígeno, monitores, contenciones mecánicas...).

Las complicaciones nosocomiales no requieren prácticamente explicación. Es fácil para quien trabaja en el entorno hospitalario intuir su frecuencia, y su repercusión. Es cierto que la exposición a estos peligros del hospital, puede considerarse un riesgo razonable que, puesto en una balanza frente a la posibilidad de diagnóstico y tratamiento de un proceso agudo, siempre tiene que valer la pena correr.

Pero quienes presenciamos este hecho sabemos que con demasiada frecuencia, sobre todo en pacientes ancianos, estas consecuencias están lejos de ser minimizadas.

La bibliografía habla de que cerca de la mitad de los accidentes iatrogénicos son causadas por la medicación los ancianos reciben como media unos ocho nuevos medicamentos durante el ingreso y la mitad de las medicaciones previas se cambian por otras nuevas, lo que aumenta el número de efectos adversos.

En un estudio de ancianos hospitalizados, el 18% sufrió reacciones adversas de este tipo, y un uno por mil murió por los efectos colaterales (Gorbien et al. 1992). Otros estudios (Gray, Sager, Lestico y Jalaluddin, 1998) revelaron que el 50% de los ancianos que experimentaron efectos medicamentosos adversos, sufrieron un declive importante en una o más de sus ABVD porque de hecho estas reacciones adversas son la causa en el 25% de los casos del deterioro en los ancianos hospitalizados; por ejemplo algunos sedantes y analgésicos prescritos para dormir, controlar la agitación o el dolor pueden causar sedación diurna (predisponiéndole a pasar mucho más tiempo en la cama), marcha inestable con caídas y lesiones secundarias, ortostatismo, confusión mental...

Ello sin hacer mención de los posibles errores cometidos en la prescripción o en la administración de las complejas medicaciones, (con los delicados ajustes de dosis requeridos por la natural situación involutiva del anciano), errores de los que siempre será una víctima especialmente vulnerable.

Cualquier proceso infeccioso sufrido durante la estancia hospitalaria como consecuencia del entorno, de la terapéutica (inmunosupresión secundaria, pruebas invasivas, dispositivos...) obliga a otro tratamiento paralelo, a un alargamiento de la estancia hospitalaria y a nuevas ocasiones de exposición a fenómenos desventajosos siempre para el anciano.

Otro de los terribles enemigos del paciente anciano, por sus connotaciones éticas y de atentado contra el derecho fundamental de la libertad es LA COTENCIÓN FÍSICA Y QUÍMICA a la que el anciano es sometido (y aquí la palabra "sometido" se siente como en casa) con una frecuencia digna de reflexión. Baste observar estos cuadros del Programa-denuncia

Desatar al Mayor y al Enfermo de Alzheimer, de CEOMA y la Fundación Iberdrola.

EFECTOS DOCUMENTADOS DEL USO RUTINARIO DE SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES

Físicos	Psicológicos
• Úlceras por presión	• Miedo / pánico
• Infecciones	• Vergüenza
• Incontinencias (urinaria y fecal)	• Ira
• Disminución del apetito	• Agresividad
• Estreñimiento	• Depresión
• Pérdida del tono muscular	• Aislamiento social
• Atrofia y debilidad	• Retiro/apatía

EFECTOS POTENCIALES DOCUMENTADOS DEL USO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS TRANQUILIZANTES EN PERSONAS MAYORES

- Delirium/alteración del pensamiento.
- Deterioro de la función cognitiva.
- Deterioro de la comunicación.
- Depresión.
- Deterioro funcional físico.
- Mayor probabilidad de ser objeto del uso de sujeciones físicas.
- Movimientos físicos de repetición y rigideces. Riesgo de caídas.
- Problemas de equilibrio, Hipotensión. Riesgo de caídas.
- Mareo/vértigo. Riesgo de caídas.
- Marcha inestable. Riesgo de caídas.
- Deshidratación.
- Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

PORCENTAJES DE USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN 8 PAÍSES

	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE. UU.
%*	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Extraído de la revista *Age and egeing* (1997)
*Porcentaje de residentes que son sometidos a algún tipo de sujeción física diaria y no diariamente.

Estas prácticas limitadoras de la libertad y de la dignidad se emplean con escalofriante facilidad en nuestro medio, sin referencias legales específicas ni protocolos suficientemente validados y por tanto no siempre de la forma adecuada; ello da a sus detractores sobradas razones para interpretarla como una forma de abuso, negligencia o maltrato.

Aunque nadie emplee esta medida con mala intención, me cuestiono si de verdad consideramos siempre (no tiene cabida otra frecuencia) otras alternativas, dado que no existe evidencia científica a su favor para manejar el riesgo de lesiones o los problemas de conducta, y sin embargo sí existen suficientes evidencias sobre sus efectos destructivos.

Todas las complicaciones nosocomiales merecen un apartado extenso más que de explicación, de concienciación sobre ellos, pero su desarrollo necesitaría otra exposición completa y todos en este foro sabemos su etiología y su alcance.

Todas están interrelacionadas y se arrastran unas a otras. Por ejemplo se prescriben múltiples pruebas diagnósticas de dudosa utilidad a un anciano ingresado y se le somete para ellas a una preparación molesta y potencialmente adversa como el ayuno, las soluciones evacuantes, los contrastes yodados...que con frecuencia lleva al anciano a un cierto grado de deshidratación y de desnutrición, de astenia y de malestar; queda entonces en una posición aún más desventajosa frente a los enemigos ya mencionados y se prepara el camino a males mayores como las bien conocidas y malvadas UPP.

Si hasta ahora hablaba de *fantasmas*, no podían faltar las *brujas*. Su insidiosa aparición y sus consecuencias devastadoras han sido ampliamente tratadas en la literatura e investigación científicas.

Me detendré un momento en otra de las complicaciones nosocomiales:

EL DETERIORO COGNITIVO que sufre el anciano hospitalizado, la causa más señalada por el equipo médico como culpable del deterioro global de estos pacientes.

Se sabe que a medida que envejecemos

los procesos mentales son menos eficientes y que evidentemente esto redunda en el funcionamiento cotidiano de la persona; pero el declive en las conductas cotidianas, es mucho menos pronunciado de lo que cabría esperar, cuando la persona permanece en su entorno habitual, con sus ritmos y costumbres como hilo conductor de su vida.

El impacto de los déficit cognitivos es en cambio mucho más acentuado cuando se traslada al anciano a ambientes desconocidos y cuando tiene que llevar a cabo tareas que son nuevas para él.

Si esto se produce en el marco de un proceso patológico agudo (muchas enfermedades lo producen secundariamente y también los medicamentos para tratarlas) y en un escenario como el que vengo describiendo,

parece lógico pensar que la integridad cognitiva del anciano pende de un hilo muy fino.

Un elevado número de ancianos hospitalizados, sufrirá una alteración de sus funciones mentales superiores: memoria, orientación, percepción, lenguaje, pensamiento, juicio, cálculo, comunicación y resolución de problemas; alguno o la asociación de varios puede verse afectado por el trastorno orgánico y/o por el propio encierro hospitalario. Además puede cursar con presencia de alucinaciones, incapacidad de reconocer objetos y personas y agitación como signo más frecuente que desencadenará toda una serie de circunstancias y actuaciones adversas para el anciano.

Los datos indican que 1/3 de los pacientes mayores de 70 años, la mitad ingresan con un cuadro confusional agudo y la otra mitad lo acaba desarrollando durante la hospitalización; lo veremos además presente en un 15% de los pacientes geriátricos intervenidos quirúrgicamente y en un 50% de los intervenidos de cadera (Marcantonio, 1996)

• ALARGADOS TIEMPOS DE ESTANCIA.

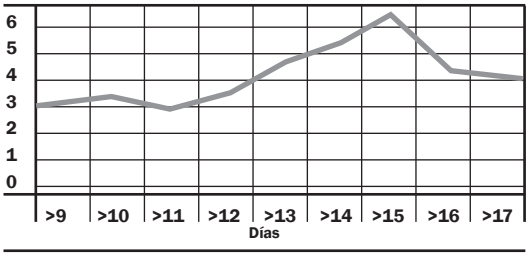
Cuando un paciente permanece en un hospital más tiempo del estrictamente necesario para estabilizar la situación aguda o descompensada que le condujo al mismo, empieza a ser víctima de uno de los principales culpables señalado unívocamente por todos los implicados en los cuidados: el alargamiento de la estancia hospitalaria; este factor de riesgo aparece en todos los estudios realizados sobre el deterioro funcional en ancianos, como variable dependiente de gran peso en los resultados.

Los perjuicios analizados a lo largo de esta exposición, que el hospital tiene para el anciano, se ven aumentados exponencial y no aritméticamente con el tiempo de hospitalización.

Las causas de que se alarguen más de lo debido estos tiempos son múltiples, pero lo grave es que la mayoría de las veces no dependen del anciano sino de la estructura y desorganización hospitalaria: demoras en las pruebas, pérdida de resultados, días festivos en los que no se toman decisiones ni se prevén antes de su llegada,

Descoordinación entre servicios internos, complicaciones nosocomiales, falta de previsión en cuanto a toma de contacto con la familia o con los lugares de destino, o en cuanto al material o conocimientos que el anciano necesite para proseguir con su cuidado y el terrible hecho, analizado en recientes estudios, del abandono del anciano en el hospital después del alta médica por parte de la familia (en 1995: 77 casos, en 1996: 224 y en 1997: 211 casos en el hospital objeto de este estudio)

Relación entre estancia media e incidencia del deterioro funcional para ABVD.
Estudio sobre deterioro funcional r/c hospitalización.
Servicio de Geriatría Hospital Monte Naranco. 1996



• DESCOORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES.

La implantación del Proceso de atención enfermero en un área asistencial, sigue siendo una tarea compleja y en algunos ámbitos, una tarea pendiente pese a contar con el interés y la motivación de las enfermeras implicadas.

Sin embargo la omisión en documentar nuestra práctica y nuestras observaciones, no sólo priva a la enfermería del rigor, la riqueza y la consideración que merece, sino además al paciente, en este caso al más frágil de los pacientes, de que exista un documento que atesore todos los datos y secuencia de su historia holística e integral de salud; documento que sería deseable que le acompañara por los distintos niveles de atención sanitaria que tenga que visitar.

Lo cierto es que no existe del todo (aunque se ha avanzado mucho al respecto) esa comunicación entre niveles de asistencia, con lo que cada toma de contacto del anciano, es un volver a empezar, con todo lo que ello supo-

ne de retraso en el abordaje de sus deficiencias y de protección de sus capacidades.

• LA FRONTERA BORROSA DE LA ÉTICA

Debido al desarrollo de las ciencias biomédicas, sobre todo en el aspecto tecnológico, y a la mejora de los niveles de salud, se ha producido una disminución de la tasa de mortalidad.

Pero la cuestión es, como decía un slogan americano extendido hace unos años, si "hemos añadido vida a los años que añadimos a nuestra vida"; porque vivir más años, puede ser una ventaja cuestionable, si la calidad de esos años añadidos es precaria.

Desde mi humilde, pero alertada experiencia, cuando un paciente anciano ingresa en un hospital de tercer nivel sin Servicio de Geriatría ni siquiera como Servicio consultor, se infringe con frecuencia el principio de "no maleficencia"

Creo que existe una alarmante ausencia de criterios claros acerca de lo que es y lo que no es realmente una actuación fútil para el anciano; entendiendo por actuaciones fútiles aquellas que carecen de utilidad real para él y que por tanto podrían ser omitidas (y con ellas todos los riesgos, efectos adversos y molestias para el anciano)

El derecho del paciente a realizar un consentimiento informado con las tres condiciones indispensables para que su cumplimiento sea correcto (información, reflexión y libertad), suele ser ignorado por completo cuando se trata del paciente anciano.

Por una parte lo veo justificable, puesto que el objetivo del médico especialista normalmente médico internista, es el de diagnosticar y curar la enfermedad que motiva el ingreso; su enfoque y objetivo será puramente biomédico y posiblemente empleará todos los recursos a su alcance (y en el hospital son muchos) para conseguirlo; pero lo hará quizá a cualquier precio y dejando en un segundo plano aspectos posiblemente más apremiantes para el beneficio del anciano como el tratamiento rehabilitador

Determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos pueden ser devastadores para el paciente o su familia debido a los efectos adversos que conlleva la preparación o la prueba en sí misma; y los dispositivos de instauración de ciertos tratamientos son tan agresivos, que en ocasiones resulta dudoso si compensa su efecto supuestamente beneficioso.

6. POR FIN...LAS SOLUCIONES

Llega el momento de buscar, imaginar, inventar un poco de esperanza para nuestra "historia de terror".

Las soluciones a toda la problemática expuesta a lo largo y ancho de la reflexión, tal como suele ocurrir en las situaciones de crisis, se van desprendiendo por sí solas y por sentido común; sólo habría que saber verlas, creer en ellas y encontrar en las autoridades competentes el apoyo necesario para llevarlas a cabo.

Contrastando mi propia opinión y experiencia con la del resto del Equipo, explorando la literatura y reflexionando desde la inquietud, una solución se erige como la principal e imprescindible: **Urge la implantación de una herramienta común para todos los implicados en el cuidado del anciano hospitalizado.**

Serviría de punto de encuentro para ese equipo multidisciplinar que debería aunar objetivos, criterios, esfuerzos y acciones para que el paciente anciano sea tratado como necesita y merece.

Ese equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, equipo de cuidados paliativos, fisioterapeutas y cuidadores informales. Deberá disponer además de canales fluidos de comunicación e intercambio de información con los equipos multi-disciplinares de otros niveles asistenciales responsables del anciano, niveles de los que procede y niveles a los que regresará al alta hospitalaria; estos equipos deberían en principio ser más completos al contar con terapeutas ocupacionales, nutricionistas y psicólogos.

La herramienta de la que hablo es la

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

Está definida como: *"un proceso multidimensional e interdisciplinario diseñado para la identificación y cuantificación de todos los atributos y de los déficits importantes a nivel médico, funcional, psicológico y social del anciano, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento, cuidados y óptima utilización de los recursos".*

Habrá que comenzar por reconocer que el paciente anciano hospitalizado, está expuesto a múltiples problemáticas consustanciales con el envejecimiento que van a condicionar la evolución de su enfermedad y las consecuencias de ésta en su autovalimiento.

Estos problemas, que derivan de aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales, merecerán que se les conceda igual o más importancia que a los puramente biomédicos y deberán ser evaluados y abordados de forma conjunta por todo el equipo.

Efectuada esta valoración integral desde los diferentes puntos de vista de los profesionales del equipo, se podrá diseñar un

PLAN INDIVIDUALIZADO DE ACTUACIÓN PREVENTIVA, TERAPÉUTICA Y REHABILITADORA

Que se continúe en el tiempo aunque el anciano vaya pasando a manos de diferentes equipos según su circunstancia; además, la mencionada VGI para ser útil, deberá someterse a un plan de seguimiento evolutivo que constate los beneficios de los planes, cuidados y tratamientos instaurados.

Una sola vez el plan partiría de cero; después sería como una coherente carrera de relevos cuya meta será proporcionar al anciano CALIDAD de vejez y vida.

Beneficios de la VGI

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Predicción del riesgo de deterioro.
- Mejoría del estado funcional.
- Calidad asistencial.
- Evitar la adversidad secundaria a intervenciones sanitarias.
- Disminución de institucionalización y hospitalización.
- Utilización eficiente de recursos.
- Comunicación fluida entre niveles asistenciales.
- Posibilidad de diseño de plan estratégico con garantías de éxito.

Datos a recoger en la VGI

- Datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- Datos farmacológicos.
- Datos nutricionales.
- Datos psicológicos, cognitivos y emocionales.
- Datos funcionales básicos e instrumentales.
- Datos sociales de capacidad de comunicación y sistemas de apoyo.

La VGI se llevará a cabo desde:

• VALORACIÓN CLÍNICA DEL ANCIANO:

Este es uno de los pilares de la VGI; analizará la situación clínica con cuadro patológico, signos, síntomas, alteraciones analíticas... que deberá de ir acompañada de la valoración psíquica, funcional y social para evaluar el impacto de la enfermedad en estas esferas. Deberá basarse en la minuciosidad y en la paciencia. Al realizar el estudio clínico-orgánico del anciano, lo haremos teniendo en cuenta cómo se presenta la enfermedad en estas edades, presentación que se caracteriza por:

- Pluripatología
- Instauración atípica y sintomatología larvada
- Frecuentes complicaciones clínicas
- Tendencia a la incapacidad y a la cronicidad
- Aparición frecuentemente en forma de pérdida de capacidades funcionales
- Aumento de la polifarmacia basal
- Mayor dificultad diagnóstica
- Frecuente tendencia hacia la gravedad y la muerte

• HISTORIA CLÍNICA

Contemplará todos los antecedentes personales y la historia farmacológica.

• ANAMNESIS GENERAL Y POR APARATOS

La realización de la anamnesis deberá superar dificultades como que la sintomatología sea pobre y larvada sin la existencia de un síntoma guía o principal, que el anciano achaque algunos síntomas a la vejez y los obvie, que los olvide, que pueda tener déficits sensoriales o cognitivos para expresarlos.... Tras realizar la anamnesis objetiva, debería valorarse la percepción subjetiva de su estado de salud, la interpretación de lo que le está ocurriendo en este momento y de sus expectativas de pronóstico y evolución; estos datos serán relevantes para la dirección que tome el proceso. Lo completará la descripción por parte del anciano, de un día típico de su vida habitual.

• EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA

• PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

• CONSENTIMIENTO INFORMADO ANTES DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO.

De todo lo largo y ancho de esta VGI, quiero detenerme en el apartado que correspondería a la valoración de la capacidad funcional y evaluación del grado de autonomía.

Este es el aspecto en el que se debe volcar de forma especial y (específica respecto a cualquier otro grupo etario) el esfuerzo y la energía de los profesionales dispuestos a tratar al anciano.

En el ámbito hospitalario, es el profesional de enfermería quien se encuentra en posición privilegiada para hacerlo, con el asesoramiento puntual del médico, el fisioterapeuta o rehabilitador y el trabajador social para cuestiones concretas como cuantificar la fuerza muscular o los recursos económicos familiares.

La concepción biopsicosocial que la enfermería tiene del usuario de sus cuidados y la posición a pie de cama propician esta labor.

Existen múltiples escalas de medida que se pueden encontrar en la bibliografía como producto de la experiencia y la investigación científica al respecto.

Se han concebido focalizando el interés en diferentes aspectos, bien funcionales o bien de otra esfera que siempre tendrá repercusión última en la capacidad funcional (área cognitiva, psíquica, social, apoyo familiar, motivación personal...)

- Cuestionario de Barber
- Índice de Katz de independencia para AVD
- Índice de Barthel
- Escala de Lawton
- Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)
- Miniexamen cognoscitivo de Lobo
- Escala de depresión de Yesavage
- Escala de incapacidad de La Cruz Roja
- Escala de incapacidad psíquica de La Cruz Roja
- Test del informador
- Valoración del estado funcional en ancianos de Plutchik

- Escala de Hodgkinson
- Family Apgar
- Escala de valoración geriátrica de Stockton (Meer y Baker) para ancianos
- CAPE (Clifton assesment procedures for the elderly)

Índice de Katz para las ABVD

Es el más frecuentemente empleado en el medio hospitalario

Bañarse

INDEPENDIENTE. Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo

DEPENDIENTE. Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera

Vestirse

INDEPENDIENTE. Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos

DEPENDIENTE. No se viste solo

Usar el retrete

INDEPENDIENTE. No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño

DEPENDIENTE. Incluye usar orinal o cuña

Movilidad

INDEPENDIENTE. No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama

DEPENDIENTE

Continencia

INDEPENDIENTE. Control completo de la micción y defecación

DEPENDIENTE. Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado de orinal y/o cuña

Alimentación

INDEPENDIENTE. Lleva la comida del plato, o equivalente. a la boca sin ayuda

DEPENDIENTE. Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar

CLASIFICACIÓN

A	Independiente en todas las actividades
B	Independiente en todas las actividades, salvo una
C	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
D	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
E	Independiente en todas las actividades. excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional
F	Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
G	Dependiente en las seis funciones
Otros	Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E ó F

Índice de Barthel para medición de ABVD

Comer

10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona

5 NECESITA AYUDA. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo

0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse (bañarse)

5 INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente

0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10 INDEPENDIENTE. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda

5 NECESITA AYUDA. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable

0 DEPENDIENTE

Arreglarse

5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona

0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

Deposición

10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia

5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios

0 INCONTINENTE

Micción

(valorar la situación en la semana anterior)

10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo

5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos

0 INCONTINENTE

Ir al retrete

10 INDEPENDIENTE. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona

5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es

capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo

0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor

Traslado al sillón / cama

15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda

10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física

5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada

0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

5 INDEPENDIENTE. (Ensilla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisión

0 DEPENDIENTE

Subir y bajar escaleras

10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona

5 NECESITA AYUDA. Precisa ayuda o supervisión

0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones

Índice de Lawton para medir las AIVD

Capacidad para usar el teléfono

1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda

1 Marca números bien conocidos

1 Contesta el teléfono, no marca

0 No usa el teléfono en absoluto

Ir de compras

1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda

0 Compra pequeñas cosas

0 Necesita compañía para realizar cualquier compra

0 Completamente incapaz de ir de compras

Preparación de la comida

1 Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia

0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes

0 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada

0 Necesita que se le prepare la comida

Cuidar la casa

1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es sólo ocasional

1 Realiza tareas domésticas ligeras

1 Realiza tareas domésticas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable

0 Necesita ayuda con todas las tareas de casa

0 No participa en tarea doméstica alguna

Lavado de la ropa

1 Lo realiza sin ayuda

1 Lava o aclara algunas prendas

0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado

Medio de transporte

1 Viaja con independencia

1 No usa transporte público, salvo taxis

1 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona

0 Viaja en taxi o automóvil sólo con ayuda de otros

0 No viaja en absoluto

Responsabilidad sobre la medicación

1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación

0 Necesita que le sean preparadas las dosis con antelación

0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación

Capacidad para utilizar el dinero

1 No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas

1 Necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.

0 Incapaz de manejar dinero

De todas ellas la que considero más completa el SMAF (Sistema de medida de autonomía funcional) que se desarrolló a partir del concepto funcional de la salud y de la clasificación internacional de deficiencias, incapacidades y handicaps de la OMS. Creo que es una escala de valoración que contempla todas las áreas de la persona sin extenderse demasiado ni resultar inhábil.

Esta escala atribuye un nivel de 0 a 3 a cada ítem, valorando siempre lo que el anciano realmente hace y no lo que podría o debería hacer; para cumplimentarlo se emplean todas las fuentes de información disponibles: la entrevista al anciano, a sus cuidadores y/o familiares, la observación del anciano y su entorno y la puesta a prueba del mismo.

El nivel 0: persona autónoma / nivel 1: persona que requiere una vigilancia o una estimulación/ nivel 2: persona que necesita ayuda/ nivel

3: persona dependiente; en una revisión posterior se incluyó el nivel 0,5 para personas que pueden realizar la función de forma autónoma pero con dificultad. Al SMAF se adjunta un cuadro de evaluación que valora en cada ítem si los recursos materiales y sociales suplen la incapacidad reflejada cuando ésta existe.

Lista de ítems del SMAF y su correspondencia. En la clasificación de incapacidades de la OMS

Dimensiones e ítems del SMAF	Clasificación de las incapacidades de la OMS
a) Actividades de la vida diaria 1- Alimentarse 2- Lavarse 3- Vestirse 4- Mantenerse 5- Función urinaria 6- Función intestinal 7- Uso del inodoro	Deterioro de la capacidad personal Deterioro en destrezas
b) Movilidad 1- Traslado 2- Circular por el interior 3- Utilizar prótesis, ortésis o dispositivo de ayuda 4- Trasladarse en silla de ruedas 5- Subir y bajar escaleras 6- Circular por el exterior	Deterioro de la capacidad motora
c) Comunicación 1- Ver 2- Oír 3- Hablar	Deterioro de la comunicación
d) Funciones mentales 1- Memoria 2- Orientación 3- Comprensión 4- Juicio 5- Comportamiento	Deterioro del comportamiento
e) Actividades instrumentales de la vida doméstica 1- Mantener la casa 2- Preparar la comida 3- Hacer las compras 4- Hacer la colada 5- Usar el teléfono 6- Usar medios de transporte 7- Responsabilizarse de la propia medicación 8- manejo del presupuesto económico	Deterioro del autovalimiento

De cualquier modo, la elección de la escala o instrumento de medición de la capacidad funcional del anciano, tiene a mi modo de ver que contar con una única condición indispensable: La de ser aceptada por todos los responsables del cuidado del anciano, en todos los niveles asistenciales por los que pase el mismo.

Lo demás es secundario y bastaría con unificar los criterios al respecto.

La idea detrás de la VGI es la creación de un PLAN DE TRATAMIENTO CONJUNTO, que en manos enfermeras adoptará la forma de PLAN DE CUIDADOS, en manos médicas la de ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA FARMACOLÓGICA, en manos del trabajador social la de PLAN DE REINSERCIÓN Y DOTACIÓN DE RECURSOS AL ALTA, en manos de los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o médicos rehabilitadores la de DISEÑO DE PROGRAMA DE MOVILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN...

De este modo la VGI tendrá intención predictiva y resolutiva para que "no se trate de encender una vela en medio de la oscuridad relativa, sino que establezca un sistema de electricidad permanente". Si se aúnan los esfuerzos y se emprende un plan conjunto con un objetivo común en el periodo de recuperación de la enfermedad, el anciano alcanzará los máximos resultados posibles.

Dentro del seno de la VGI, la bibliografía apunta también al empleo de un instrumento que ha demostrado ser ventajoso para la protección de la capacidad funcional del anciano; se trata de los PREDICTORES DEL RIESGO DE DECLIVE FUNCIONAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS.

En ellos se recogen datos concernientes a los factores o variables que se ha demostrado en la investigación participan en la pérdida de capacidad funcional del anciano.

En ellos se contemplaría y evaluaría: la situación médica previa, la edad, los problemas cognitivos previos, los problemas de dependencia para ABV previos, la depresión y el tiempo previsto de estancia hospitalaria.

Desde el punto de vista enfermero y trabajando siempre con la metodología del "Proceso de atención de enfermería", con su fase de valoración ya matizada en la explicación anterior en lo relativo a capacidad funcional y ampliada a todos los patrones de salud de competencia enfermera, se trabajará con una serie de diagnósticos prevalentes en el cuidado del anciano:

- Déficit de autocuidado para las ABVD Y AIVD en cuanto a higiene, arreglo perso-

nal, vestido-desvestido, eliminación intestinal y urinaria, y alimentación.
- Riesgo de lesión: broncoaspiración, caída, asfixia, intoxicación ...
- Deterioro (o riesgo) de la nutrición y aporte de líquidos por defecto.
- Deterioro (o riesgo) de la integridad cutánea y tisular.
- Deterioro de la movilidad física.
- Intolerancia a la actividad.
- Riesgo de Síndrome de desuso.
- Riesgo o problema real de estreñimiento, incontinencia fecal e incontinencia urinaria.
- Complicación potencial de infección 2ºa dispositivos hospitalarios, acúmulo de secreciones, UPP, heridas traumáticas.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador
- Deterioro del patrón del sueño
- Afrontamiento individual y/o familiar inefectivo

La enfermera que cuida al anciano velará por que éste conserve la integridad de sus capacidades basales ; para ello le suplirá en las áreas del autocuidado y sólo en la medida que su situación le impida hacerlo, capacitándole poco a poco a retomarlo cuanto antes.

Le protegerá de las posibles complicaciones nosocomiales y de los riesgos que entraña el hospital ; le administrará el tratamiento prescrito por el médico para la resolución de su enfermedad y le preparará y procurará las pruebas diagnósticas que éste necesite ; diseñará y ejecutará planes de cuidados para los grandes síndromes geriátricos que pueden presentársele al anciano hospitalizado o que de hecho ya padezca; le proporcionará la posibilidad de un plan de rehabilitación y movilización tempranos evitando desde que sea posible el encamamiento y promoviendo la posición vertical y la deambulación, tan ventajosas para el paciente; extenderá sus cuidados y atención a la familia u otros cuidadores informales adiestrándolos e implicándolos en las técnicas de cuidado que el anciano pueda requerir durante el ingreso y sobre todo al alta ; mediará entre los cuidadores informales y otros profesionales del equipo; preparará al anciano y a sus cuidadores para el momento del alta.

Para que todas estas áreas de competencia enfermera puedan ser abordadas a la par que este profesional desempeña sus funciones delegadas por parte del médico, hace falta una segunda solución:

DOTACIÓN EFICAZ DE RECURSOS HUMANOS

Quizá una forma de encaminar esta solución que se hace ineludible pasa por poner en marcha estudios locales de cargas de trabajo, y niveles de dependencia en las Unidades de presencia mayoritaria de pacientes geriátricos.

Los estudios acerca de la problemática que nos ocupa, señalan al profesional enfermero como el dotado de los conocimientos y las habilidades necesarios así como la posición privilegiada junto al anciano, para que la hospitalización tenga en él, un impacto beneficioso pleno, protegiéndole definitivamente del ya ampliamente identificado y etiquetado “síndrome disfuncional”.

Pero ello resulta imposible si no se dispone del personal necesario, fenómeno que no sólo tiene como consecuencia el que no se logre el objetivo último, sino serios perjuicios para el anciano y para el propio profesional.

ENTORNO FAVORABLE

También me parece una solución abordable, el crear dentro del ámbito hospitalario, un ambiente propicio a la evolución favorable del anciano.

Como ya he descrito, el hospital en su forma y estructura actuales es hostil para el paciente anciano.

En el hospital en que yo trabajo, la Unidad de hospitalización para el Servicio de Psiquiatría, ha sido diseñada pensando en el bienestar del paciente con dicha patología. Su aspecto es totalmente diferente al resto, luminoso, acogedor, confortable y ambientado con el aire de un hogar.

En los hospitales que disponen de Unidades de hospitalización infantil (Pediatría, Maternidad, Neonatología...) también el entor-

no es favorable al bienestar de sus pequeños protagonistas, procurando que se sientan lo mejor posible y minimizando las connotaciones hospitalarias.

Mi reivindicación para el paciente anciano va en la misma línea; quiero defender Unidades geriátricas que permitan a las familias aportar enseres y objetos personales del entorno habitual del anciano, que le permitan mantener un hilo conductor con su realidad exterior y una motivación y esperanza de regreso a ella.

Dichas Unidades favorecerían además de la seguridad mental, la seguridad física del anciano, con una estructura adaptada: camas con altura regulable, asideros a lo largo de las paredes, suelos antideslizantes, cuartos de baño con suelo-sumidero y con inodoros provistos de asientos elevadores, iluminación y ventilación óptimas, indicaciones claras en los pasillos (colores) libres de obstáculos y caracterizados por la amplitud y el orden, puertas con picaportes altos, grandes relojes y calendarios también grandes, luces-guía en el suelo, timbres accesibles en habitación y baño, estantes y cajas adecuados y seguros para el depósito de audífonos, dentaduras, gafas..., material especial de higiene (braga y calzón de celulosa en lugar del pañal, pijamas y camisones cómodos y seguros), salas comunes para TV. y otras actividades de ocio con otros pacientes y familiares, puertas accesibles con sillas de ruedas y andadores...

ABORDAJE ESPECIAL

Existe un interesantísimo estudio al respecto de todo lo mencionado. En él, se creó una Unidad Especial diseñada para minimizar el deterioro funcional de los ancianos, con características físicas como las descritas.

Además se predeterminaron tres puntos más en su especial diseño:

- Filosofía de atención médica centrada en el anciano y no en su enfermedad, Poniendo énfasis en la consecución de la independencia y rehabilitación. Para el desarrollo de este punto, los enfermeros medían y evaluaban cada día las funciones físicas, cognitivas y psicosociales de los ancianos (ya que está descrito que el declive puede sobrevenir desde el tercer día de ingreso) y ponían en práctica programas diseñados para mejorar la capacidad de autocuidado en continencia, aseo personal, nutrición, movilidad, sueño, cuidado de la piel, estado anímico... protocolos llevados a cabo por enfermeros y, también por enfermeros, evaluados a diario.

- Plan de alta con el objetivo prioritario de regreso al domicilio. Y no a un Hospital de Larga Estancia o a una Residencia de ancianos. Para ello se planificaba un plan de alta desde el principio del ingreso, con participación del Trabajador social y de la enfermera de atención domiciliaria si se preveía que iba a ser preciso.

- Revisión del tratamiento médico. Con el fin de minimizar o eliminar los efectos adversos de fármacos, pruebas, terapias y procedimientos limitando el tiempo de su empleo e instauración por ejemplo.

Los resultados de este interesante estudio en el que se comparó dos grupos de ancianos heterogéneos de los cuales uno fue incluido en la Unidad de Programa Especial y el segundo en una Unidad convencional de hospitalización, fueron muy significativos al alta:

Resultados al alta en cuanto a la capacidad funcional respecto a ingreso

Grupo de la Unidad Especial

65 ancianos (21%)→Mucho mejor
39 ancianos (13%)→Mejor
151 ancianos (50%)→Sin cambios
22 ancianos (7%)→Peor
26 ancianos (9%)→Mucho peor

Grupo normal

40 ancianos (13%)→Mucho mejor
33 ancianos (11%)→Mejor
163 ancianos (54%)→Sin cambios
39 ancianos (13%)→Peor
25 ancianos (8%)→Mucho peor

Además hay que añadir que los costes sanitarios fueron muy similares, es decir los ventajosos resultados que ofrecía el diseño de una Unidad Especial, no supusieron un agravante económico; para más apoyo y éxito de la iniciativa, dentro del grupo especial fue menor el número de ancianos que tuvieron que ser derivados al alta a Hospitales de Larga estancia: 43 pacientes (14%) frente a los 67 ancianos (22%) del grupo de hospitalización convencional.

Este bonito estudio apoya firmemente mi defensa de una hospitalización para el paciente anciano (sólo cuando sea estrictamente necesaria e imposible tratar su dolencia desde la atención primaria y

domiciliaria o en la Residencia institucionalizada en la que viva habitualmente) de características especiales, con personal comprometido y motivado para esta causa, con criterios médicos geriátricos y a pensada para y por el anciano.

No puedo hablar de soluciones e ignorar otra que se hace primordial. Si queremos que el cuidado del anciano sea coherente y siempre lleve una dirección inequívoca y sin rodeos hacia la calidad de vida, hay que establecer una firme:

COORDINACIÓN
ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Para ello vuelve a hacerse necesaria la creación de un documento que sirva de intercambio de información completa acerca del estado de salud y situación funcional, psíquica y social del anciano en cada momento

Debería de ser único y cronológico, de modo el equipo sanitario que recibe al anciano sabe cual deberá ser su punto de partida, igual que en una carrera de relevos.

El origen o primera emisión del documento correspondería al lugar o nivel asistencial donde el anciano realice su primera toma de contacto con la asistencia sanitaria.

Puede emitirse desde la Atención Primaria, por parte conjunta de su médico y enfermera de familia, con otros datos aportados -si procede- de su trabajador social, o cualquier otro terapeuta que haya intervenido en cualquier aspecto de salud del anciano.

Podría emitirse en otro supuesto, por parte del equipo de salud de la Residencia de ancianos si el paciente vive en una institución de este tipo; o podría emitirse desde el hospital, si es este el lugar de primera asistencia para un anciano en cuestión de salud, y se completaría al alta con todos los datos de la VGI y todas las intervenciones y detalles importantes de su proceso evolutivo.

Dicho documento será de gran valor para el anciano y sus futuros cuidadores de los distintos niveles asistenciales, garantizándole seguridad y una atención mejor encaminada.

7. PARA CONCLUIR

No se me ocurre mejor forma de concluir que escuchando la voz de los protagonistas. Un estudio fenomenológico llevado a cabo en el año 2006 resume en cuatro afirmaciones, las preferencias del anciano receptor de cuidados.

Son cuatro afirmaciones unánimes:

- La inutilidad de una vida que se consume en la inmovilidad y en la inconsciencia.
- El deseo de no generar molestias a los otros
- El deseo de morir sin sufrir
- El deseo de vivir en un clima de confianza, humanidad, amor y respeto.

La cuestión es si de verdad creemos y sentimos que nuestros mayores merecen ver cumplidas estas modestas reivindicaciones.

Incluso si no es sencillamente natural, que trabajemos con todas las fuerzas para proporcionar a nuestros ancianos y a los ancianos que un día seremos nosotros mismos, una etapa final de la vida tan satisfactoria como corresponde a quienes han allanado el camino que pisamos.

Si partimos de esta convicción, parece urgente ponerse manos a la obra en esta empresa que es proporcionarles el cuidado y la protección de máxima calidad imaginable.

Si ello pasa por desbaratar el diseño de los actuales Servicios e Instituciones que les acogen, por cambiar radicalmente mentalidades y reinventar el modelo sanitario y social, por mi parte creo que vale la pena.

Es muy urgente que dejemos de presenciar cómo el Sistema Sanitario tal como está hoy concebido, sigue sin colmar las necesidades de las personas más venerables y entrañables de nuestra sociedad, las más dignas de consideración.

Y no debiéramos frenar esfuerzos hasta que no exista ni un solo anciano a quien se haya condicionado un final de la vida como ninguno desearíamos para nosotros.

Parece más que razonable trabajar por ellos y por su final feliz, por lo que son y lo que fueron, con profesionalidad y gratitud.

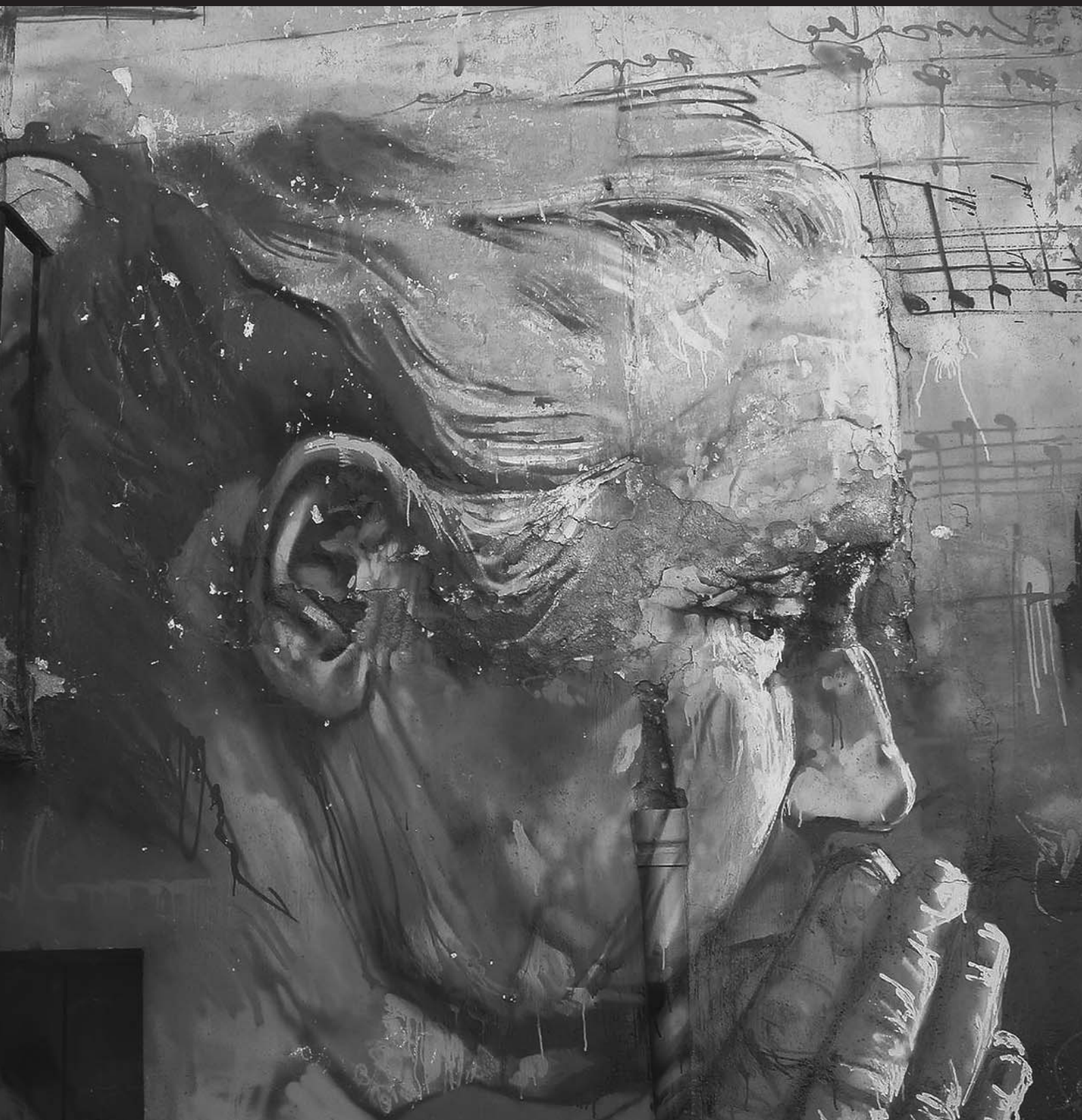
Sería estupendo que nunca tuviera razón quien dijo:

Nadie da gracias al cauce seco...
por su pasado.
R.TAGORE

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Lorena Montealegre Iniesta
ENFERMERA DE LA RESIDENCIA SAN CAMILO. TRES CANTOS, MADRID



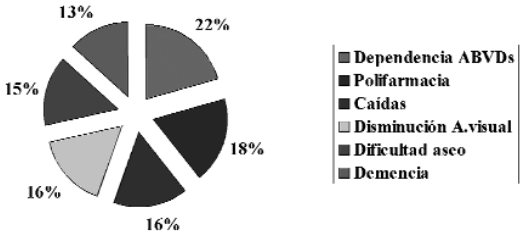
El envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia con repercusiones en la economía, en la sanidad, en las relaciones familiares y sociales, en la organización del ocio, en el consumo, en la política y en la demanda social.

Actualmente en nuestro país sólo cuenta con 3,5 plazas en residencias por cada cien mayores de 65 años, o en un atio más significativo únicamente existen 14 plazas por cada cien mayores de 80 años. El principal problema es el déficit de plazas, en el 77% de las residencias hay listas de espera y en las públicas llegamos hasta el 93%.

Habitualmente nos enfrentamos a un paciente de edad avanzada, pluripatológico, con alteración funcional, poli-medicado y con cierta dificultad para la comunicación con otros debido a la de la deambulación, de la vista o del oído.

CAUSAS DE LA DEPENDENCIA

Las principales causas de dependencia en el anciano institucionalizado son:



De aquí nace la importancia de realizar actividades preventivas con cada uno de los pacientes para evitar la dependencia. Según la OMS "La Salud del anciano como mejor se mide es en términos de función", siendo la capacidad funcional uno de los mejores indicadores de salud.

La valoración funcional se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales.

Según nos ingrese un residente en el centro debemos realizarle una escala de funcionalidad, una de riesgo de UPP y una de caídas saber con que residente vamos a comenzar a trabajar.

Será necesario realizar con cada residente un plan de cuidados personalizado por parte de cada uno de los profesionales que trabajemos con el residente, es decir, lo que denominamos equipo interdisciplinar que realiza un trabajo multidisciplinar

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

a) Dependencia de las ABVDs

Lo que para cualquiera de nosotros puede ser normal, o lógico, para un mayor con ciertas dificultades no lo es tanto, por eso es necesario realizar ciertos cambios, poco pueden ser:

- Eliminar barreras arquitectónicas
- Tener en cuenta sus gustos y preferencias a la hora de comer y de vestirse, en sus hábitos y sus costumbres...

Deberemos hacerle una valoración de cuidados, donde observaremos todas las necesidades diarias que tiene, en cuales de ellas necesita que se le supervise, en cuales una mínima ayuda y en cuales de ellas necesita totalmente de otra persona para poder realizar las ABVDs.

Para ello deberemos saber las alteraciones que presenta en cada uno de los patrones (Respiratorio, higiene, alimentación...)

Tenemos que considerar que es muy importante que todo aquello que el paciente puede hacer pos sí mismo debemos continuar fomentando que lo haga, para evitar la así la dependencia, aunque necesite mayor tiempo.

b) Polifarmacia

La prevención de la Polimedicación viene determinada no sólo por el número elevado de medicamentos (más de 4), sino por:

- La utilización inadecuada
- Por reacciones adversas
- Por interacciones medicamentosas
- Presencia de 3 ó más enfermedades
- Pobre salud autopercibida
- Dependencia física
- Edad superior a 75 años
- Depresión
- Alto número de consultas a los servicios sanitarios

FACTORES RIESGO	MEDIDAS POTENCIALES DE PREVENCIÓN
—Hipotensión postural (Descenso de tensión arterial)	—Elevar el cabecero, medidas que mejoren el retorno, suspensión de medicamentos o sustitución
—Benzodiacepinas	—Buscar causa de insomnio, medidas NO farmacológicas
—Uso de >4 medicamentos	—Revisión de polifarmacia
—Alteraciones de la marcha	—Cuidado diario de pies, deformidades...
—Iluminación	—Evitar deslumbramientos y sombras, luces nocturnas, interruptores al alcance.
—Suelos	—No deslizantes, evitar alfombras, cera antideslizante
—Escaleras	—Siempre iluminadas, peldaños no superiores a 15 cm, pasamanos, fondo y borde resaltado y en buen estado
—Baño	—Asideros en baño, ducha e inodoro, suelo antideslizante, WC alto, no cerraduras
—Mobiliario	—Utensilios de diario siempre a mano, armarios de puertas correderas, sillas con reposabrazos, camas anchas y con altura adecuada.
—Calzado y ropa	—Suelos antideslizantes, no andar con calcetines, no zapatos de tacón y ropa que facilite el movimiento
—Factores de la calle	—Evitar zonas de obras y aceras estrechas, bancos altos, existencia de charcos, placas de hielo
—Factores climáticos	—Evitar salir días de nieve, hielo o intensa lluvia
—Factores en el transporte	—Escalones de subida al bus de altura adecuada, rampas, ir sentado, prepararse con antelación para salir.

c) Demencia

A pesar de los progresos efectuados, la mejora básica de la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares se fundamenta en el diagnóstico correcto y en el tratamiento sintomático pero, sobre todo, en la información y el soporte profesional y humano. La demencia es una fuente de morbilidad e incapacidad funcional importante en los países desarrollados.

El cuidado del paciente demente supone además una gran carga psicosocial.

En España, se sitúa en torno al 5-10% en los mayores de 65 años y la Enfermedad de Alzheimer se sitúa en torno al 48%.

Factores de riesgo:

- Edad
- Antecedentes familiares
- HTA
- Diabetes
- Cardiopatía isquémica
- Dislipemia
- ICTUS previos

CONCLUSIÓN

Como conclusión destacar lo importante de:

- Control periódico del grado de funcionalidad del paciente
- Adoptar medidas preventivas
- Evitar las principales causas.

¿SE PUEDE ENVEJECER CON HUMOR?

Begoña Carbelo Baquero
Coordinadora de la línea de Investigación humor-salud. Universidad de Alcalá.
Autora del libro: *El humor en la relación con el paciente.* Barcelona, Masson 2005.

Introducción

El titulo se explica porque muchas veces me he cuestionado este aspecto. Con toda la documentación que he revisado y mi humilde experiencia, todavía no consigo responder esta pregunta.

Parece que hay evidencias que llevarían a responder afirmativamente, y trataré de presentarles cómo está el estado del tema en la actualidad, y algunas estrategias que a mí me han llamada la atención.

Pero también existen referencias a que -en parte- se pierde este aspecto de las personas con la edad.

Creo que en definitiva, como muchos otros aspectos de la vida hay que tomar conciencia de la importancia del fenómeno, probar, vivir la experiencia y ajustarse las alternativas al propio gusto.

He querido iniciar este espacio recordando una frase significativa de Oscar Wilde, *"La vida es demasiado importante como para tomársela en serio", porque recoge la necesidad humana de reír, incluso ante las dificultades, y conecta con otra menos conocida de un amigo: La vida es una broma compartida... porque de ella nadie sale con vida".*

En foros profesionales me parece bueno recordar que la OMS en la Conferencia de Atenas, en 2001 dedicaba su informe anual primera vez en su historia a la salud. En el informe se alertaba de que las enfermedades del siglo XXI iban a tomar una gran relevancia sobre todo las enfermedades relacionadas con la salud mental: ansiedad, estrés y depresión.

Se sabe que las cifras sobre la tasa de depresión van en aumento, para hacerse una idea, en España, hay 4 millones y medio de personas diagnosticadas de este trastorno.

El 20% de las personas que acuden a consultas tienen un problema relacionado con la depresión, es decir una de cada cinco personas que se acercan a las consultas por diversos motivos salen con esta etiqueta.

Y otro dato curioso, España es uno de los países que más ansiolíticos recetan a sus infantes.

Estas cifras llaman la atención y como profesionales de la salud tenemos responsabilidades al respecto, al menos algo que decir y hacer ante estos problemas, porque los nacidos después de 1955 tienen 3 veces más posibilidades de padecer una depresión que los nacidos previamente.

Aunque una buena parte de las depresiones pueden tener causas bio-

químicas o genéticas ésta epidemia no es biológica, más bien está determinada por los numerosos cambios sociales, y cambios en el rumbo de los objetivos y valores de nuestra sociedad, en la que prima exceso de consumo, abuso de sustancias, competitividad, y una preocupación enfocada a valores más estéticos que éticos.

Después de cuatro años, en 2005 la OMS ha vuelto a llamar la atención acerca de que no se han puesto en marcha por parte de los gobiernos occidentales programas de bienestar y de salud mental orientados a contrarrestar este problema en notable aumento.

Algunas investigaciones

La tristeza y el desanimo se pueden prevenir, podemos aprender a tomarnos los sucesos de la vida con más ligereza, podemos si tomamos conciencia del problema y nos lo proponemos aprender a pensar con un estilo más optimista porque además la tristeza viene acompañada de un menor número de ocurrencias y de una incapacidad para transmitir cariño y amor.

Por otro lado se ha investigado que la tristeza, genera una peor predisposición, y los problemas de salud, evolucionan desfavorablemente.

Las investigaciones de los efectos de la alegría y el buen humor son recientes, pero se ha observado que sirven para aliviar la tensión y el estrés, superar la inseguridad y para afrontar los fracasos.

En la escuela no nos enseñan a ser amables, alegres y simpáticos. La amabilidad genera buen humor y en general- la gente amable y alegre es apreciada.

Preferimos compartir nuestro trabajo con colegas alegres y sonrientes que con los tristes o enfadados... ¿es verdad? A los pacientes les ocurre lo mismo, y el cuidado en estas circunstancias adquiere un valor añadido.

Se sabe que hay una estrecha relación entre el estado de ánimo y el desarrollo y evolución de ciertas enfermedades. Rhonda Byrne en *El Secreto,* un best seller con el que ya ha ganado más que la autora del best seller *Harry Potter,* defiende:

"La felicidad depende en gran parte de nosotros mismos"

Más que de las cosas que nos sucedan. La falta de confianza en uno mismo o las creencias limitadoras son nuestros peores enemigos.

Las enfermeras y los profesionales de la salud en general tenemos una responsabilidad añadida ante estos hechos... ¿por qué? Porque las enfermeras somos un referente, y damos ejemplo con nuestra forma de ser y de estar en el mundo.

Las personas a las que cuidamos pueden tomar parte de ese "ejemplo" y conformar su propia identidad. Por eso es tan importante que las enfermeras mostremos interés y alegría por la vida, optemos por estilos de vida atractivos, seamos alegres en nuestro día a día y tengamos buen humor.

La tristeza y el desánimo se pueden prevenir, podemos aprender a tomarnos los sucesos de la vida con más ligereza, si tomamos conciencia del problema y nos lo proponemos, podemos aprender a pensar con un estilo más optimista porque además la tristeza viene acompañada de un menor número de ocurrencias y de una incapacidad para transmitir cariño y amor.

Psicología positiva

Todas estas ideas de los beneficios de las emociones positivas las recoge la psicología positiva que desde hace unos años viene enfocando sus objetivos a las características positivas de las personas y aún reconociendo que las emociones menos saludables existen pone su atención en el desarrollo y potenciación de aquellas fortalezas que tenemos las personas para afrontar las situaciones difíciles.

Esta psicología de las llamadas fortalezas es la psicología de las posibilidades. Se trata de potenciar aspectos como los valores, creencias, optimismo, creatividad y también el sentido del humor

Así, lo que hacemos cuando nos enfrentamos a un hecho difícil de nuestra vida, en vez de enfocarnos en la ansiedad, estrés o tristeza que nos produce, nos enfocamos en los recursos positivos que todo el mundo tiene y los potenciamos... esto es en esencia lo que trata de abordar la psicología positiva.

En el año 2006 en la recomendable película *¿Y tu que sabes?* Arntz y Laszlo decían:

"La forma de hacernos un bien a nosotros mismos es mediante lo que le hacemos a nuestra mente..."

Así que potenciando la enorme capacidad protectora, ayudando a las personas a un mejor afrontamiento de las situaciones, mejor funcionamiento en la vida y en el trabajo y más alta satisfacción en general.

Iniciativas en España

En España empieza a proliferar un movimiento creciente "humor-salud" y proliferan iniciativas que tienen como tema central el humor como los "Payasos de hospital", en las que la risa es el medio terapéutico para afrontar y en muchos casos aliviar la presión psicológica y animar a los niños hospitalizados.

En la Universidad de Alcalá desde el año 2003 se ha formalizado el proyecto HUMOR-AULA, que aúna los proyectos docentes e investigadores de todas las Universidad es Españolas y que tiene entre uno de sus objetivos prioritarios reivindicar el humor como un bien de la humanidad, además de:

- Promoción de la investigación científica sobre el humor, tesis doctorales y proyectos de investigación fundamentalmente.
- Crear un espacio de encuentro a través de unas jornadas anuales entre docentes e investigadores y autores de humor gráfico.
- Poner a disposición del público un centro de documentación.

Además en julio de este año, la Universidad de Alcalá será Sede del Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Estudios sobre el Humor, organización que reúne a los investigadores de todas las disciplinas del mundo para compartir sus avances sobre este fenómeno, que en sus reuniones ha llegado por ejemplo a algunas conclusiones:

- **El humor es una parte importante de la comunicación interpersonal y de las relaciones humanas.**
- **La risa, como expresión máxima del buen humor facilita la comprensión mental y la aceptación positiva de las distintas situaciones relacionadas con la pérdida de la salud. Ayuda a la adaptación.**
- **No existe cultura humana desprovista de humor.**

Los principios de este movimiento comenzaron a hacerse célebres en la década de los noventa con la experiencia Pike Place Fish, una pescadería de la ciudad de Seattle que estaba en bancarrota.

A punto de cerrar a los empleados que iban a ir al paro la compraron en régimen de cooperativa y se plantearon una iniciativa divertida que reflotó el negocio y en la actualidad es un ejemplo empresarial y un destino turístico.

Los pescaderos se basaron en recuperar para la venta una capacidad humana reprimida, la risa, abandonando el exceso de formalismo y siendo más espontáneos y creativos haciendo que cangrejos, rapes y atunes canten mientras saltan de una mano a otra o son cuidadosamente troceados.

En la actualidad, la venta es un ejemplo de diversión con los compañeros y clientes y además de vender juegan y lo pasan bien.

Así que cuando nos preguntamos ¿pero que es esto del sentido del humor?

La propuesta es que tenemos que entenderlo de forma amplia, como *"una actitud o tendencia a ver el lado risueño o irónico de las cosas".* Un concepto multidimensional, en el sentido de que está relacionado con la forma de mirar y de interpretar el mundo que nos rodea, una capacidad de jugar aún siendo adultos, de mostrarse divertidos y por supuesto una forma de pensar más optimista que nos ayude a aligerarnos de la realidad.

Algunos beneficios

Existe evidencia sobre los efectos que tiene sobre nuestra salud prestan atención a la risa.

Reír tiene efectos sobre nuestra salud fisiológica, psicológica y social.

Los hallazgos van desde una mejora de la circulación y respiración hasta un aumento de las inmunoglobulinas.

Unas risas también mejoran la

digestión. Un poco de humor distrae y alivia de síntomas como el dolor y por supuesto también actúa sobre el estrés, ya que las endorfinas que segrega nuestro sistema neuroendocrino cuando reímos son antagonistas de las hormonas del estrés: por ejemplo cortisol o adrenalina.

También cumple una función social: suaviza las relaciones y facilita la comunicación.

Al hilo del estrés, Patty Wooten, una enfermera investigadora de los efectos del humor que llevo a cabo varias investigaciones, incluidas los servicios de urgencias y llega a conclusiones de las experiencias recogidas tan saludables como que el sentido del humor puede ayudarnos a pasar por alto lo antiestético, a tolerar lo desagradable, a superar lo inesperado y a sonreír en medio de lo insoportable.

Wooten dice que la risa resulta ser como el *"canario de las minas"* en la asistencia, haciendo referencia a la costumbre de hace ya algunos años, cuando no se disponía de equipos sofisticados para la detección del gas, entonces los mineros llevaban a las minas cuando bajaban a por el carbón, una jaula con un canario.

Como el requerimiento de oxigeno del canario era superior al del hombre, el canario era un fiel indicador del aporte de oxigeno.

Si la atmósfera de volvía tóxica, el pájaro moría. En un mundo cambiante como el de hoy en día, la risa es nuestro canario ¿se escuchan los sonidos de la risa en sus unidades? Pues si es que no, puede que la situación no sea muy buena para la salud.

La risa es esencial para el bienestar físico, mental y espiritual.

Para los profesionales de la salud, es importante crear un entorno de risa sana en su trabajo. Es un instrumento para la supervivencia, para desconectar del sufrimiento y a la vez seguir siendo sensibles a dicho sufrimiento.

Creatividad y humor

Pero ¿cómo crear humor? ¿Cómo puedo utilizarlo en mi vida diaria?

El hecho de compartir unas risas con nuestro entorno ya aumenta la motivación y el entusiasmo y cambia la percepción de los problemas.

Es fácil si tomamos conciencia de que existen numerosas formas y formatos de humor y que cada persona puede encontrar la suya o suyas.

El hecho de compartir unas risas con nuestro entorno ya aumenta la motivación y el entusiasmo y cambia la percepción de los problemas.

Es verdad que no todo el mundo comparte la misma apreciación o gusto por los mismos contenidos.

Lo que a una persona le repele o no le gusta nada, a otra puede dejarle impasible o encantarle. Así es el reto del aprecio del humor.

Por eso es interesante investigar para descubrir. Debemos encontrar nuestro estilo preferido y disfrutar.

Tampoco todas las personas son hábiles contando chistes. Pero todo el mundo puede aprender a contar historias o anécdotas.

Por ejemplo algunas enfermeras utilizan con éxito saludos iniciales sobre todo si captan ansiedad en el paciente, frases como *"felicidades por venir a verme... yo misma estoy tentada de ir al médico pero al final nunca voy",* o cuando recogen datos para la historia como la fecha de nacimiento... *"yo también nací en septiembre... la gente de septiembre es mi favorita"*, si hace frío *"hemos pedido que nos instalen una chimenea a ver si ya para la próxima vez..."* o si hace calor *"pronto instalaremos una piscina en la consulta"*

Son comentarios sencillos que contrastan con el clásico: *soy la Srta.. Lucía ¿porque motivo viene a la consulta?*

O sencillamente una actitud abierta y de búsqueda de recursos... cuando nos abrimos a esta posibilidad el mundo nos regala momentos francamente gloriosos.

El desarrollo del sentido del humor, se puede resumir en tres actitudes básicas: comprender, apreciar y compartir el humor.

De hecho casi todo cumple su función siempre que sea una forma respetuosa y se cumplan unos breves requisitos: No vale reírse de sino reírse con. Pueden utilizarse anécdotas, comentarios, juegos de palabras, humor gráfico, chistes, comics, adivinanzas, situaciones fingidas, disfraces u otros objetos.

El resultado es una mejor com-

prensión del dolor ajeno y un alto grado de empatía.

Para que el humor sea terapéutico, nunca debe ser agresivo, ni excluyente, ni racial o sexista.

Debe estar relacionado con la situación y ligeramente trivial.

Si es hostil o agresivo puede incrementar la tensión en vez de disminuirla y ser contraproducente.

El humor de los mayores

En mi experiencia es muy cierta la frase: *si le ayudas a reír le ayudas a vivir,* tanto como ésa otra frase del premio Nóbel Severo Ochoa: *"El humor hace al ser humano",* porque de alguna manera humaniza en el sentido de que ayuda a los mayores a sentirse conectados, a superar las dificultades, afrontar su situación, e incluso sobreponerse de las pérdidas. Compartir y escuchar su humor les hace sentirse importantes y de paso lleva implícito un mensaje: aunque soy el profesional ¿ves que puedo ser simpático?.

La salud puede ser cuidada con profesionales más sonrientes que disfrutan, disminuyen la tensión y están relajados.

Las personas mayores tienen un arte especial para contar chistes, estos encierran su visión del mundo y de la vida y les ayuda a superar las perdidas a las que están sometidos en esta etapa: de fuerza, de vitalidad de significado social y de apoyos sociales.

De hecho muchas de sus bromas se refieren a temas objeto de su deterioro. Cuando permitimos que emerja su iniciativa podemos escuchar ejemplos del tipo: *"tomo tantas medicinas que voy a montar mi propia farmacia"* o *"me voy a mudar al consultorio y así me evito el billete de autobús"*

¿Se puede desarrollar el "humor propio"?

En mi experiencia, desde 1996 trabajando en seminarios, talleres y cursos, incluidos los postgrados y desde distintos y variadas disciplinas y enfoques de la atención a la salud, y ¿por qué no decirlo?: también en alguna empresa, es posible y además, muy recomendable, ya que fenómenos como la alegría, el humor, la espontaneidad o la creatividad pasan desapercibidos en otros tipos de enseñanzas regladas en nuestro país. Es bastante sencillo de aprender por parte de los profesionales, y está relacionado más que con la capacidad o con los conocimientos, con las actitudes y la voluntad de la persona que son las que permiten dejar emerger el espíritu juguetón y aventurero que todos llevamos dentro, pero que a partir de cierta edad, ésa que consideramos que todo lo que hacemos es muy serio y solemne, lo escondemos en lo más recóndito de nuestro ser y solo se permite dar a conocer si nos lo facilitan. No obstante, y para ir practicando, proponemos algunas iniciativas sencillas:

- Cree que es bueno para la salud
- Busca situaciones propicias
- Ríete de ti misma/o
- Busca un botiquín antiseriedad
- Inventa... nombres/palabras
- Planea el relax y la diversión
- Sonríe por dentro y por fuera...

En definitiva: permítete sacar pasear un rato el niño o la niña que llevas dentro.

Para terminar, y cerrar este tiempo compartido quiero recordar una frase que un viejo sabio dijo un día:

"La naturaleza concedió al ser humano imaginación para compensar lo que no es y sentido del humor para aceptar lo que realmente es."

Bibliografía

Berger, TB., Coulehan, J., Belling, C. *Humor in the physician-patient encounter.* Archives Internal Medicine 2004;164:825-30.

Carbelo B., Polo ML., Carrasco, B., Blanco, RM. *El humor en la persona anciana: una revisión de la literatura.* Enfermería Científica 2002; 240-241:52-56.

Carbelo, B, Jáuregui, E. *Emociones positivas: humor positivo.* Papeles del Psicólogo 2006;1:18-30.

Carbelo, B. *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud.* Barcelona: Masson, 2005.

Carbelo, B. *Estudio del sentido del humor. Validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés.* Tesis doctoral, publicada en formato electrónico. Biblioteca de Ciencias Experimentales. Universidad de Alcalá.

García, B. *Programa para mejorar el sentido del humor. ¡Porque la vida con buen humor merece la pena!.* Madrid: Pirámide, 2006.

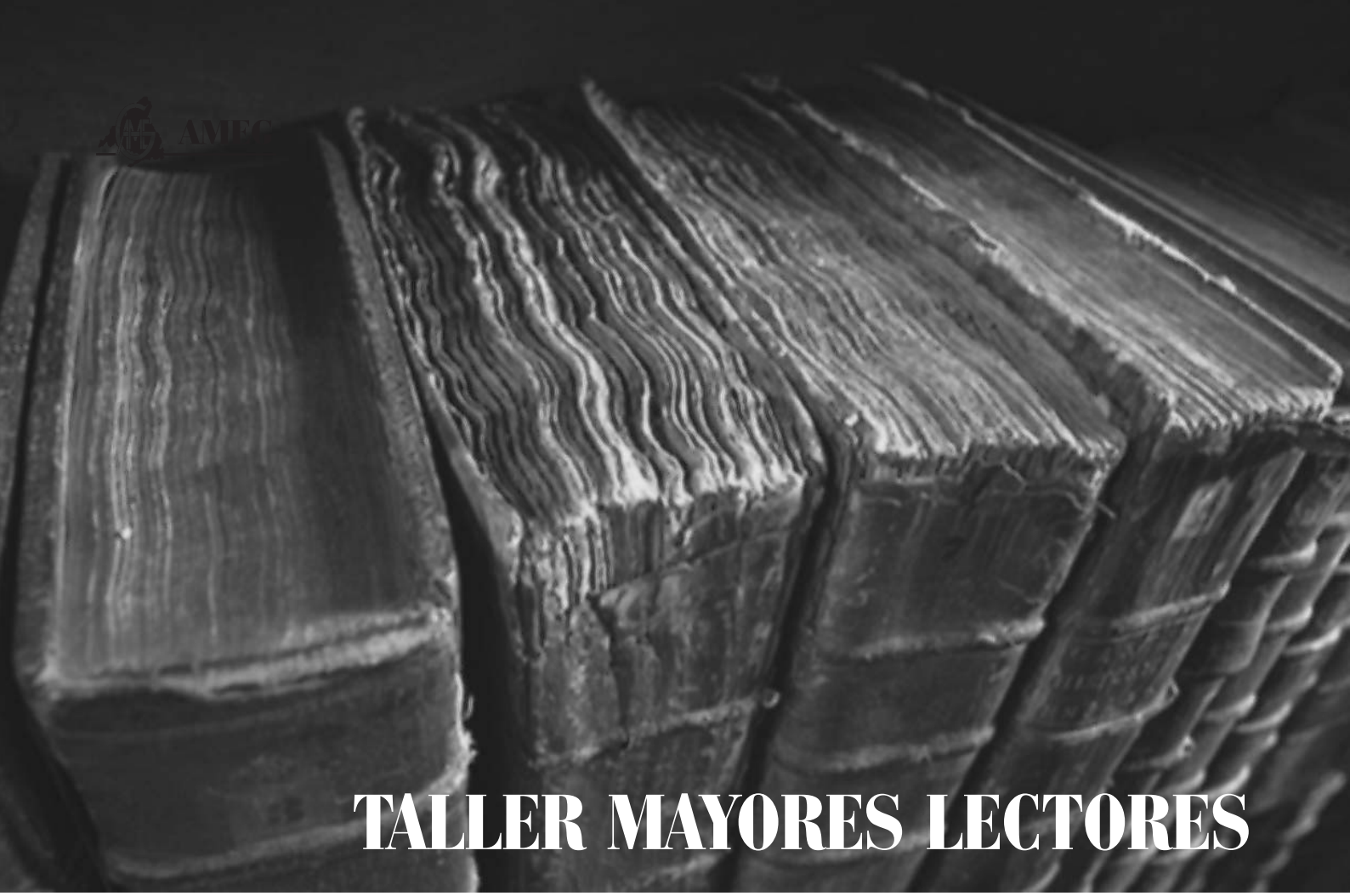
Haig, RA. *Therapeutic uses of humor.* American Journal of Psychotherapy 1986;40:543-53.

Matz, A., Brown, ST. *Humor and pain management. A review of current literature.* Journal of Holistic Nursing 1998;16:68-75.

McCaffery, M. *Nursing approaches to nonpharmacological pain control.* International Journal of Nursing Studies 1990;27:1-5.

Polo, ML., Miranda, MV., Carbelo, B., Barroso, E. *El Humor: una perspectiva positiva para la enfermedad de Alzheimer*. Revista de Enfermería Gerontológica 2005;10:59-62.

Robinson, VM. *Humor and health professions*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack, 1991.



TALLER MAYORES LECTORES

Una iniciativa para prevenir la dependencia

Loles Díaz Aledo
MAESTRA, PERIODISTA Y LICENCIADA EN HISTORIA MODERNA. DIRIGE EL TALLER DE LECTURA DE MAYORES DE LA FUNDACIÓN LA CAIXA

"Mayores Lectores" se puso en marcha como experiencia piloto, en doce grupos de otras tantas Comunidades Autónomas en el último trimestre de 2006. Ante los resultados satisfactorios de esta prueba, en enero de 2007 se inició en numerosos lugares y en la actualidad son casi trescientos los grupos de personas mayores de toda España que están siguiendo este *Programa*, en centros propios de la Fundación la Caixa y en otros en los que desarrolla sus actividades mediante convenios con las CCAA o los Ayuntamientos.

La idea, su desarrollo, los materiales de trabajo, la selección de los libros, la formación de los/las dinamizadores/as, etc. es de quien suscribe este texto, pero "Mayores lectores" nunca habría dejado de ser un proyecto, para convertirse en una realidad, sin la Fundación la Caixa

Presupuestos de partida

Igual que esta Jornada de la AMEG tiene como lema "Prevención de la dependencia", "Mayores Lectores" se puso en marcha para contribuir a la promoción de la autonomía personal y por tanto también a la prevención de la dependencia.

Partiendo de que consideramos que ser mayor no significa solo pérdidas y riesgos, sino también compensaciones y logros, y valorando esta etapa de la vida como un tiempo de transformación y cambio, no de acomodación, con esta iniciativa apostamos por un envejecimiento activo, creativo y feliz, en oposición al envejecimiento como sinónimo de enfermedad, dependencia e inutilidad...

Hoy sabemos que las personas más activas, que más miran al futuro, que tienen más y mejores contactos sociales, viven más y mejor. Y que un nivel alto de actividades sociales tiende a estimular la actividad física y mental y favorece el desarrollo de una mejor salud y una vida más feliz y longeva.

Por eso, queremos contribuir a desarrollar en las personas mayores todo aquello que favorezca su crecimiento personal, su desarrollo intelectual y su capacidad de elegir según sus propios criterios.

Creemos que "Mayores Lectores" puede servir para prevenir y frenar el deterioro social, cognitivo, físico y funcional, apoyando la autonomía y la independencia.

Para mejorar la comunicación frente al aislamiento y la soledad. Y para mostrar tanto a las y los participantes, como a sus familias y al resto de la sociedad, una imagen de vejez activa, positiva, crítica y solidaria y, con ello, al mismo tiempo, demostrar la falsedad de tantos mitos y tópicos sobre el envejecimiento presentes en la sociedad actual.

Qué queremos hacer

Como el título del taller indica, nuestro instrumento es la lectura. A partir de ella, como actividad individual y colectiva, pretendemos:

- Fomentar el hábito y el placer de leer.
- Estimular la atención
- Ejercitar la memoria
- Favorecer el encuentro y las relaciones humanas
- Practicar la conversación
- Fomentar el debate
- Recuperar la creatividad
- Estimular la imaginación
- Elevar la autoestima.

Para conseguir estos objetivos, nuestro taller de lectura tiene ciertas peculiaridades, que lo hacen distinto a otros talleres que existen incluso con igual nombre. Y tampoco tiene nada que ver con un taller literario.

Dicho claramente, en ningún caso se trata de ver quién lee mejor o quién sabe más; ni de convertir a los participantes en expertos de la obra de un autor. Tampoco es un foro de discusión política, ni un lugar para el lucimiento personal de nadie

Se trata de disfrutar, compartir, participar.

Por eso es más bien un punto de encuentro, una oportunidad para el intercambio de ideas, pensamientos, vivencias y sentimientos.

Para dar suelta a la creatividad, o recuperarla si en el camino de la vida la hemos perdido... Y, si se tercia, para hacer cosas juntos los talleristas y otras personas que quieran sumarse. Con recuerdos, pero con actualidad. Porque nuestro tiempo es éste, no el pasado. Es éste y el que vendrá. El presente y el futuro.

El reto es realizar juntos un trabajo complejo. Porque, como queda dicho, no se trata sólo de leer y hablar. Lo leído y hablado tiene que llevarnos a actuar. La imaginación y la creatividad de todo el grupo son necesarias. Cada persona tiene algo que aportar y es necesario que lo haga.

Por qué un taller

En una clase hay un profesor y unos alumnos. Alguien que sabe más y que enseña a los otros. El aprendizaje es vertical: de arriba abajo.

Un taller, en cambio, supone un aprendizaje horizontal: todos aportan, todos participan, todos aprendemos de todos.

Ninguna persona es más que otra, nadie es más importante que los demás, porque lo que se pone en común no es lo que se sabe, sino lo que se es, lo que se ha vivido, la propia experiencia vital

Por eso hemos optado por un taller, no por una clase. Y esto es muy importante tenerlo claro.

Todos nosotros sabemos algo.
Todos nosotros ignoramos algo.
Por eso, aprendemos siempre.
Por eso aprendemos unos de otros.

PAULO FREIRE

Por qué un taller de lectura

Seguramente, los objetivos que perseguimos con esta iniciativa se podrían alcanzar de otra manera, pero hemos optado muy conscientemente por esta fórmula.

El libro, para nosotros, es una herramienta que utilizamos para motivar un proceso de reflexión interior, personal, compartido con otros. Un proceso de reflexión que mueva al cambio, al entendimiento, que ayude

a asumir la realidad y como consecuencia de todo esto, lleve a la felicidad. Felicidad que está dentro de nosotros mismos, que no hay que buscar fuera. No toca en la lotería. Se descubre en las pequeñas cosas de todos los días.

También hemos optado por un taller de lectura

- Porque leer es un buen ejercicio intelectual, que es bueno fomentar. Las personas mayores, en general, ya son conscientes de la necesidad de hacer ejercicio físico y de hecho muchas lo realizan a diario. Pero es importante insistir en el ejercicio intelectual porque es igualmente necesario para mantenerse "en buena forma"
- Porque es una actividad de grupo, que se apoya en una actividad individual, o si se prefiere, una actividad individual que da paso a una comunitaria.
- Porque tomando el libro como intermediario, se dialoga sobre asuntos, experiencias, dificultades de la vida, alegrías, vivencias, recuerdos... con otras personas que, a buen seguro, tienen mucho en común
- Porque también se pueden compartir las preocupaciones, los miedos, las dudas, incluso hechos concretos que afectan en este momento de la vida
- Porque, en un marco de confianza, sin miedo a ser ridiculizadas, todas las personas pueden expresar sus ideas o sentimientos
- Porque puede proporcionar una vivencia común feliz de personas que se sienten activas y útiles
- Porque es una oportunidad de pasar un rato agradable, disfrutando de la compañía de los demás y con interés por aprender, ayudar y disfrutar de la vida
- Porque la reunión semanal es una posibilidad de crear nuevas relaciones de amistad y apoyo mutuo, algo que es igualmente necesario para disfrutar de buena salud. (Todos sabemos que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social)

Leemos por gusto, porque nos gusta leer (es lo primero que dicen todos los asistentes cuando el primer día se les pregunta por qué se han apuntado), pero también porque nos interesa leer con otros.

El reto es

- Llegar a leer no sólo porque hemos aprendido a pronunciar las palabras escritas, es decir porque sabemos leer.
- Ni tampoco sólo porque conocemos el significado de cada una de las palabras.
- Aún más, no leemos sólo, y no es poco, para extraer y comprender el significado de un texto
- sino para, a partir de todo eso, reflexionar con sentido positivo sobre nosotros mismos: lo que hemos vivido, y lo que estamos viviendo. Lo que sabemos y lo que aún podemos aprender.

En el taller, como han dicho muchos de los mayores que ya llevan un tiempo participando, aprendemos a leer de otra manera. "No trabajamos el libro, trabajamos nuestra propia vida" en expresión de una participante de Donostia. Y es cierto, porque no nos interesa el personaje, ni su historia, ni sus posturas ante la vida... sino las nuestras, las del grupo.

El libro, es un instrumento que hay que leer de otra manera, con otra mirada. Tomando ideas, fragmentos, incluso a veces sólo palabras del texto que estamos leyendo, para ligarlo con nuestras experiencias.

Porque la experiencia de cada cual es su punto de apoyo para solventar positivamente las situaciones que presente la vida en este momento y en el futuro.

Y este es el otro gran instrumento que utilizamos en el taller: la experiencia. Porque la aportación de todos y cada uno de los miembros se hace desde ahí: su experiencia vital.

La experiencia no es un peine que nos dan cuando nos hemos quedado calvos. No es un recurso de consuelo: a una persona mayor, que ya no sirve para casi nada, le decimos que tiene experiencia. La experiencia es un valor, y como tal tenemos que considerarla.

Y como experiencia tiene todo el mundo, todo el mundo puede participar en el taller, y aportar válidamente, tenga los estudios o conocimientos que tenga. En el taller no valen los títulos.

Trabajamos desde el cerebro y desde el corazón. Desde lo que pensamos y sabemos y desde lo que sentimos. Y ambos son importantes: conocimientos surgidos de la vida y sentimientos.

El nuestro es, por tanto, un taller diferente a otros que existen con igual o parecido nombre

Qué metodología empleamos

La metodología se basa en el uso del diálogo como medio de comunicación y desarrollo y en fomentar la creación de grupo que es mucho más que la suma de las personas que lo forman.

Ambas cosas requieren:

- un clima de confianza que permita expresarse con libertad

- una atmósfera que motive actitudes positivas
- la seguridad de ser escuchado, y respetado en la propia forma de ser, de pensar, de manifestarse
- respeto y tolerancia a las ideas y puntos de vista de todos

Porque solo así se puede dar valor a la historia personal de cada uno, pero viéndola desde la perspectiva del presente. Hay que dar valor a lo vivido, para poder tener valor, ser válido, continuar siéndolo, en el presente.

También es fundamental que el clima, la atmósfera de los encuentros del grupo no tenga un tono melancólico, pesimista, mirando sólo hacia atrás, hacia los recuerdos, sino que debe motivar actitudes positivas y optimistas.

Para conseguir todo esto es preciso que haya una persona que dinamice el grupo. Dinamizar es ayudar a avanzar. El/la dinamizador/a tiene que asumir una función activa impulsando las relaciones de afecto y simpatía entre los componentes del grupo, aportando información, resolviendo dudas y preguntas y buscando soluciones a las dificultades que puedan aparecer. Ellos/as tienen que favorecer que todas y cada una de las personas que participen en el taller

- Se desarrollen, es decir: sepan resolver mejor las situaciones en que la vida las coloque
- Disfruten del encuentro con los/las demás y del grupo
- Saquen de su interior la creatividad, la iniciativa, aporten lo mejor de sí mismas
- Rompan las barreras que, en ocasiones, les impiden participar, empezando por las que están en su propio interior: *"Yo ya no sirvo, no valgo, soy mayor, pertenezco al pasado, no tengo nada que aportar, nadie me valora..."*
- Para que, al relacionarse más y mejor, convivan también mejor

Porque todo esto tendrá consecuencias muy concretas y positivas en los miembros del grupo

- promoverá su bienestar personal
- mejorará su calidad de vida y su salud
- contribuirá a que el proceso de envejecimiento sea normal y no habilidades y capacidades
- Se sentirán motivadas para seguir siendo y estando activas, participativas, críticas, creativas, solidarias y útiles
- Y como consecuencia de todo esto vivirán más años y los vivirán mejor, con ilusión, felicidad, y sentido de su dignidad personal y de su valía.
- O sea, habremos potenciado su autonomía personal y estaremos previniendo la dependencia.

Dinámica de trabajo

Lo primero es crear los grupos, que no deben ser demasiado grandes pues hay personas que pueden sentirse intimidadas, ni demasiado pequeños para que la falta de algún miembro un día no dificulte la realización de la actividad. Estamos trabajando con unas quince personas por grupo, aunque algunos tienen menos y también en algún caso, pocos, son más. El grupo se reúne una vez a la semana, en una sesión de una hora y media o dos horas.

La dinámica de funcionamiento es muy sencilla: cada semana se lee individualmente en casa el número de páginas que se haya acordado en la reunión anterior.

Cada persona elige de esas páginas un fragmento que le haya llamado particularmente la atención. Fragmen-

La experiencia no es un peine que nos dan cuando nos hemos quedado calvos.
No es un recurso de consuelo: a una persona mayor, que ya no sirve para casi nada,
le decimos que tiene experiencia.
La experiencia es un valor, y como tal tenemos que considerarla.
Y como experiencia tiene todo el mundo, todo el mundo puede participar en el taller,
y aportar válidamente, tenga los estudios o conocimientos que tenga.
En el taller no valen los títulos.

to que leerá en voz alta en la reunión, explicando por qué lo ha elegido.

De esas aportaciones de todos, irán saliendo los temas para el debate y la reflexión.

El dinamizador/a dejará que el diálogo transcurra por donde los participantes lo vayan llevando pero, para situaciones de estancamiento, de dificultad por cualquier motivo, tiene preparadas alternativas que ayuden al grupo a avanzar.

Es importante también fomentar que los participantes aporten materiales que busquen en libros, en Internet, etc. que tengan que ver, o hagan relación a los asuntos que se tratan en cada momento.

Y que la actualidad siempre tenga un hueco: que se comenten películas, obras de teatro, exposiciones, programas de televisión, libros... que se hagan partícipes unos a otros, o incluso que decidan llevar a cabo alguna actividad junta, ya fuera del taller.

Las normas de funcionamiento también son muy sencillas, pero conviene dejarlas muy claras desde el principio para que haya buena armonía y fluidez en el diálogo. Básicamente son

- Ser respetuosos/as con las opiniones de los/las demás y también al expresar las propias
- Ser tolerantes con las ideas de los/las demás
- Respetar el turno de palabra para que haya un diálogo ordenado y todos/as puedan participar
- Escuchar a quien esté hablando. Hay que aprender a escuchar sin interrumpir ni crear conversaciones paralelas. Escuchar es mucho más que oír.
- Evitar monopolizar las sesiones hablando continuamente y limitando las posibilidades de intervenir de los/las demás
- Mantener un tono adecuado, cordial y educado
- Tener presente que todas las aportaciones son igualmente válidas
- Tratar de ponerse en el lugar del otro, o de la otra, cuando esté manifestando una opinión o vivencia diferente a la nuestra
- Y tener claro que no hace falta llegar a una conclusión única. Lo importante es el intercambio de ideas y experiencias y aprender unos de otros.

El cuaderno de grupo

Cada grupo dispone de un cuaderno en el que los distintos miembros de forma rotativa van anotando en su casa, después de cada sesión, lo más destacable de ésta desde su personal punto de vista.

Es otro punto de apoyo de esta iniciativa que pretendemos sirva para:

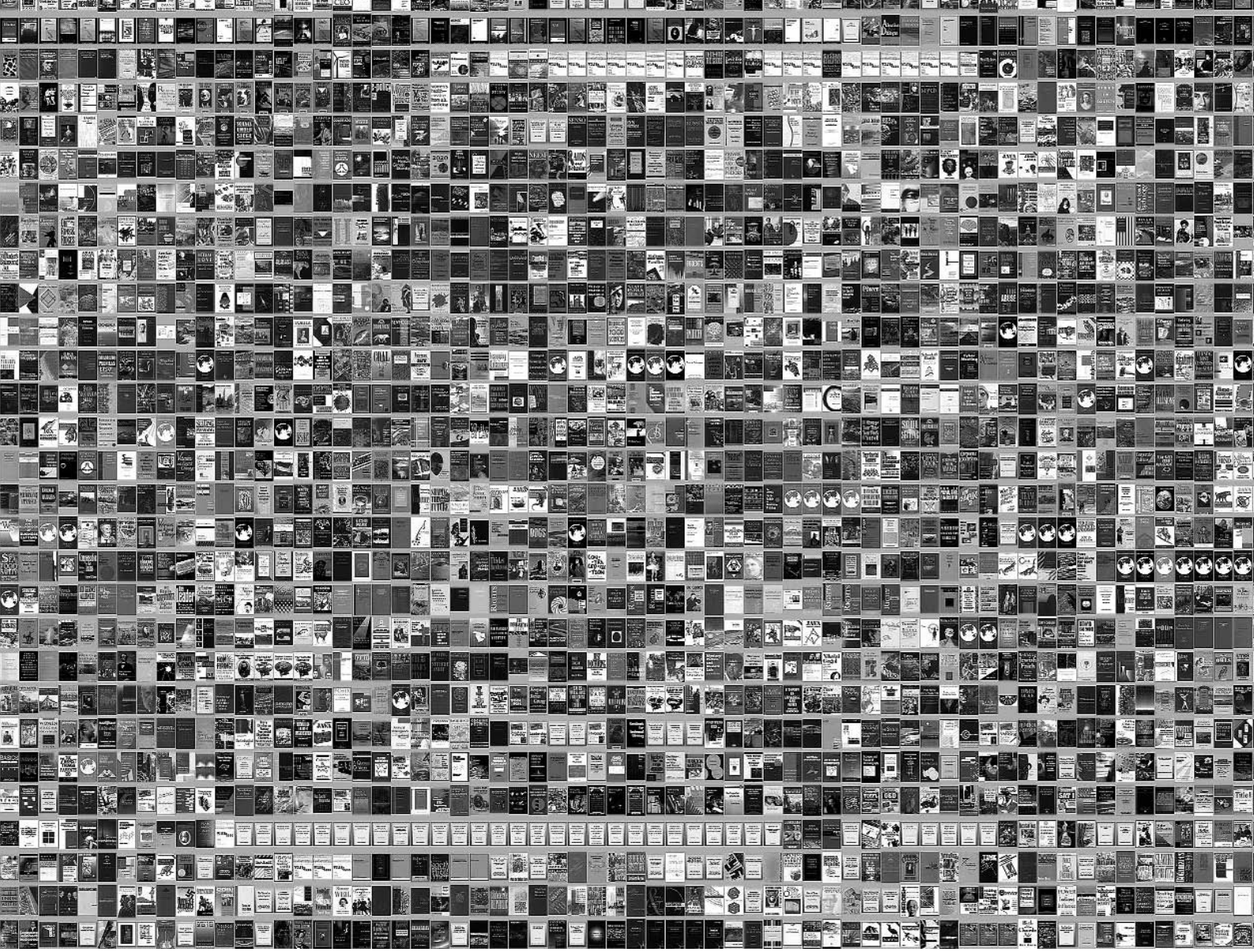
- Completar la tarea individual. Además de leer hay que hacer el ejercicio de expresarse también por escrito
- Servir de cauce para la creatividad de cada cual. Cada persona tiene libertad absoluta para recoger el contenido de cada sesión. Hay quien "levanta acta"; quien hace un a modo de ensayo sobre lo ocurrido; quien prefiere recurrir a un poema propio o ajeno, o a un dibujo, para reflejar lo vivido. Algunos aportan materiales que buscan en diversas fuentes y que enriquecen los temas
- Al igual que en la lectura no se trata de ver quien lee más, mejor o más deprisa, en la escritura del cuaderno tampoco se pretende el lucimiento de nadie. Es una tarea colectiva, que todos pueden llevar a cabo y cuyo resultado será más enriquecedor cuanto mayor sea el número de personas que hayan participado

Finalizada la lectura de un libro si al cuaderno le quedan hojas disponibles, se propone que se intercambie con otro grupo. De esta forma pueden saber unos qué comentarios o actividades ha motivado en otro lugar la lectura del mismo libro.

Por qué hemos elegido unos libros concretos.

En principio, es imprescindible que sean unos libros concretos puesto que no se trata sólo de leer, sino de llevar a cabo un trabajo personal y colectivo complejo, que no se puede improvisar. Es necesario haber preparado a fondo la actividad y que los dinamizadores dispongan de un material de apoyo —*Guía didáctica*— para el programa en general y un material específico para trabajar con cada libro.

Los que hemos elegido son libros que por su contenido, por su temática, por cómo están escritos, sirven para alcanzar los objetivos generales que pretende el programa, y que podemos resumir diciendo que se trata de favorecer un envejecimiento activo, con calidad de vida y autonomía. Y los objetivos transversales que se derivan del tipo de actividad y su funcionamiento: leer, comprender lo leído, aprender a expresarse, ser creativos, aprender a escuchar, practicar la tolerancia, salir de casa, relacionarse con otros, tomar parte en una actividad que nos "compromete" personalmente... Utilizar cuantos medios y actividades sea posible para hacer trabajar la mente, fomentar la creatividad y la imaginación etc.



Pero además, con cada uno de ellos, perseguimos también unos objetivos específicos.

En concreto utilizamos:

—*Historia de una maestra,* Josefina Aldecoa

—*La hoja Roja,* Miguel Delibes

—*¿Qué me quieres, amor?* Manolo Rivas

—*Al pie del magnolio,* Marina Mayoral

—*La plaza del diamante,* Merce Rodoreda

—*Pan negro,* Emili Teixidor

—*Dos letters,* Bernardo Atxaga

—*Los secretos de la felicidad,* Sebastiá Serrano

—*Donde el corazón te lleve,* Susana Tamaro

—*Escucha mi voz,* Susana Tamaro

—*La lluvia amarilla,* Julio Llamazares

—*La sonrisa Etrusca,* José Luis Sampedro

Algunas consideraciones más

Con lo dicho hemos querido explicar por qué y para qué se han puesto en marcha los talleres "Mayores lectores", "Amics lectors" en Cataluña y Baleares, y de qué medios nos servimos.

Pero nos importa señalar que hay algunas otras ideas que constituyen algo así como la filosofía que subyace debajo de esta iniciativa. Filosofía que determina todo el funcionamiento.

Me refiero a qué entendemos que es un lector, qué es la lectura, qué es aprender, cuándo se aprende...

Etimológicamente hablando, lector es quien recoge las palabras con los ojos y las lleva a la mente.

(Legere = recoger)

Siguiendo a Paulo Freire, consideramos que lector es quien

> *"Se implica en el texto e implica el texto en la vida; el que usa la palabra para transformar la vida y usa la vida para transformar los textos; el que transforma el mundo con palabras"*

La lectura genera personas independientes. Saber leer permite acceder a los conocimientos y a la información y eso nos hace ser más libres.

La lectura proporciona capacidad de reflexión y comprensión. En

La creatividad es una facultad inherente a la condición humana, algo que no puede desligarse de nuestra propia naturaleza.

Sin embargo, a lo largo de la vida y por diversas circunstancias, hace que vaya desapareciendo, inhibiéndose, escondiéndose en algún lugar secreto de nosotros mismos.

¿Por qué nos pasa esto? Porque tenemos miedo. Miedo a ser distintos, demasiado originales... Es mucho mas seguro seguir las normas, los modelos impuestos.

definitiva, nos hace más cultos porque cultura es todo aquello que ayuda a superar las propias limitaciones.

Cuando la memoria y el pensamiento intervienen en la lectura de un libro, el lector ya no pone solo la boca en la actividad de la lectura, sino que pone sobre todo la mente.

Leer no es sólo un modo de entretenerse, de pasar el tiempo muerto o de matar el tiempo. Es el medio más eficaz para adueñarse del lenguaje, lo que, a su vez, es condición indispensable para el desarrollo de la inteligencia, la plenitud afectiva de nuestras relaciones y la dignidad de nuestra convivencia.[1]

Sabia es aquella persona que llega al final de su vida y es capaz de aceptar su trayectoria en la vida cotidiana.

> *"La experiencia y la sabiduría no se consigue sólo con los años, sino con la curiosidad y la reflexión sobre los acontecimientos y las ideas".*
>
> GONZALO TORRENTE BALLESTER, escritor.

Siempre es tiempo de aprender

Aprender algo sirve para no anquilosarse. El placer de aprender aumenta la calidad de vida. Hay que mantener viva la capacidad de conocer cosas nuevas.

El profesor Francisco Mora, neurobiólogo, Catedrático de Fisiología humana en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y autor entre otros libros de "El reloj de la sabiduría" y "Cómo funciona el cerebro",

Invita a aprender un idioma, viajar o estudiar matemáticas cuando se es mayor, para mantener el cerebro en plena forma. Porque, según él, todo lo que sea aprender y memorizar cambia nuestro cerebro para bien.

Aprender algo junto a otros cuando se es mayor

- Permite permanecer activos intelectualmente, mantener en forma las facultades mentales.
- Aprender proporciona una agradable sensación de bienestar, que se apoya en la satisfacción de haber sido capaz de hacerlo, con lo que aumenta la confianza en uno mismo.
- Facilita la relación con otras personas, en una etapa de la vida en la que pueden haber disminuido los contactos y relaciones al abandonar la vida laboral.
- Obliga a salir de casa, moverse, cumplir un horario... todo ello es beneficioso para ordenar el tiempo y disfrutarlo, en lugar de perderlo.
- Por todo ello, mejora el estado general de salud, la sensación de bienestar general: físico, psíquico y social.

- Aunque se siga teniendo "goteras": tensión alta, colesterol, reuma etc. se relativizan y dejan de estar en el centro de la vida.

Ver demasiado la televisión deteriora la memoria. El 25% de la audiencia de la televisión son personas de más de 65 años. El consumo de televisión aumenta con la edad y en nuestro país, los mayores de 65 años dedican una media de más de cinco horas al día a ver televisión.

Un estudio elaborado por la Universidad de la ciudad de Nueva York plantea que las personas de mas de 70 años que ven demasiadas horas la televisión durante el día, con contenidos basados en magazines, programas de cotilleo y culebrones, tienen más deterioradas sus habilidades cognitivas, su memoria y su capacidad de atención.

Los investigadores, dirigidos por el doctor Joshua Fogel, trabajan sobre la hipótesis de que existe algún tipo de asociación entre los gustos en materia de televisión y la aptitud mental, una relación que podría resultar útil para evaluar el declive de funciones cerebrales con el paso de los años.

Recuperar la creatividad

La creatividad es una facultad inherente a la condición humana, algo que no puede desligarse de nuestra propia naturaleza.

Sin embargo, a lo largo de la vida y por diversas circunstancias, hace que vaya desapareciendo, inhibiéndose, escondiéndose en algún lugar secreto de nosotros mismos.

¿Por qué nos pasa esto? Porque tenemos miedo. Miedo a ser distintos, demasiado originales... Es mucho mas seguro seguir las normas, los modelos impuestos.

—A tu edad hay que vestir de oscuro.

—Compórtate, que ya no tienes edad para hacer estas cosas

—Eso no está bien

—¡Cuándo se ha visto que una mujer...!

Vivimos mediatizados por la opinión de nuestros padres, maestros, jefes, amigos, el entorno en el que nos movemos.

Tenemos miedo a romper las normas sociales y ser señalados por los demás. Lo aceptado, lo lógico, lo supuestamente correcto, es más seguro. Tenemos miedo a ser distintos, a parecer extraños, a hacer el ridículo

Y hay aún otro potente inhibidor, la creencia (falsa, por supuesto) de que uno no puede ser creativo

Para pensar

Las personas mayores que han realizado ejercicios cognitivos de manera continuada, están en mejores condiciones, desde el punto de vista mental y físico y son más capaces de realizar de forma autónoma las tareas propias de la vida cotidiana, que quienes no lo han hecho.

Esta es la conclusión a la que han llegado los investigadores que han participado en el programa "Active: entrenamiento cognitivo avanzado para mayores independientes y vitales", que se ha llevado a cabo durante cinco años en la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos y en el que han participado 2.832 personas con una media de edad de mas de 73 años y medio.

Hasta ahora se sabía que la disminución de las capacidades mentales comportaba mayores dificultades para realizar las llamadas actividades decisivas de la vida diaria, pero no estaba claro si el ejercicio mental para mantener o mejorar esas capacidades podía prevenir la aparición de esas dificultades funcionales.

Las personas que han participado en el programa Active han seguido sesiones de ejercitación de la memoria y del razonamiento. El resultado ha sido espectacular, ha demostrado que hacer ejercicio mental frena la pérdida de capacidades cognitivas y posiblemente también las funcionales. Es decir que mantiene en forma el cuerpo y la mente.

Por todas estas y otras razones, hemos puesto en marcha esta iniciativa. Convencidos de que, como dijo Shakespeare *"Sabemos lo que somos, pero no lo que podemos llegar a ser".*

Y sin decaer

Porque, como dice un proverbio chino

"Si te sientas en el camino, ponte de frente a lo que aún has de andar y de espaldas a lo que has andado".

---

(1) Del libro de
J. Antonio Marina y María de la Válgoma, *La magia de la lectura*

VI JORNADA AMEG: PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN MAYORES

Marilia Nicolás Dueñas
Presidenta de la VI Jornada AMEG / Profesora de la Escuela de Enfermería. Puerta de Hierro. CAM-UAM

CONCLUSIONES:

1 La coordinación entre los profesionales de los distintos niveles de cuidados sanitarios y socio-sanitarios es la clave del éxito en la prevención de la dependencia en mayores.

2 El trabajo en equipo es fundamental para alcanzar consenso en los objetivos y crear criterios comunes en las actividades de protección de la autonomía personal de las personas mayores.

3 La formación de los profesionales y la implicación de todos junto con los mayores y sus cuidadores facilita la tarea de prevención de la dependencia y fomento de la autonomía personal.

4 El tratamiento farmacológico es causa de numerosos problemas de cumplimento y efectos no deseados, motivo de hospitalización y declive en el proceso de envejecer. El programa de Seguimiento del Mayor Polimedicado, liderado por enfermeros de AP reduce estor riesgos.

5 La hospitalización puede ser muy perjudicial para los mayores, pero con el compromiso individual y grupal de los profesionales y los recursos suficientes podríamos protegerles y conseguir que se alcance la autonomía previa a la hospitalización.

6 En las residencias de mayores, los planes de cuidados individualizados con mentalidad preventiva y rehabilitadora son el mejor medio para la prevención del deterioro funcional y cognitivo.

7 Los centros de día son un recurso excelente para mantener la funcionalidad y/o reducir el deterioro, proporcionando un espacio y tiempo activo y productivo.

8 La figura del tutor en el Centro de Día es relevante para la obtención de información y coordinación de los profesionales que participan en el cuidado de los clientes mayores. Se ha evidenciado que esto contribuye a personalizar los cuidados y disminuir el grado de dependencia en la medida de lo posible.

9 El humor es un instrumento al alcance de todos, que siempre tiene una influencia positiva sobre la salud y la calidad de vida de todas las personas.

10 Es posible que, incorporando voluntariamente actitudes positivas, se mejore la percepción del envejecimiento y sus consecuencias.

11 Los profesionales del cuidado deberíamos incorporar estrategias de humor en los cuidados de los pacientes mayores, siempre respetando sus deseos.

12 El humor acerca al profesional al sujeto de sus cuidados y acorta distancias psicológicas, siendo beneficioso para ambos.

13 La lectura es un instrumento útil para prevenir el deterioro de las funciones intelectuales en el proceso de envejecer.

14 La experiencia en talleres de lectura ha mostrado que estos favorecen la interacción social, la expresión de sentimientos y motiva a las personas mayores de todos los niveles de formación a activar sus funciones intelectuales. Además, es un medio para obligar a moverse, arreglarse y mejorar su función física.

15 Siempre es tiempo de aprender, y se puede trabajar hoy para evitar la dependencia de mañana.

EVALUACIÓN DE LA JORNADA AMEG

Como viene siendo habitual, durante la VI Jornada de la AMEG, se entregó a cada asistente un documento de evaluación, a cumplimentar y entregar en la secretaría. El modelo de evaluación sobre la calidad percibida por los asistentes contiene cuestiones sobre el contenido y los objetivos de la Jornada, el aprovechamiento y utilidad de la misma, documentación y soporte pedagógico, evaluación de los ponentes, organización y transmisión de la información y página Web de la AMEG. Se pide que se evalúe, en una escala tipo Likert, del 1 al 10 cada cuestión. (Modelo adjunto).

RESULTADOS: Los gráficos reflejan los resultados en términos de puntuación media de cada grupo de cuestiones.

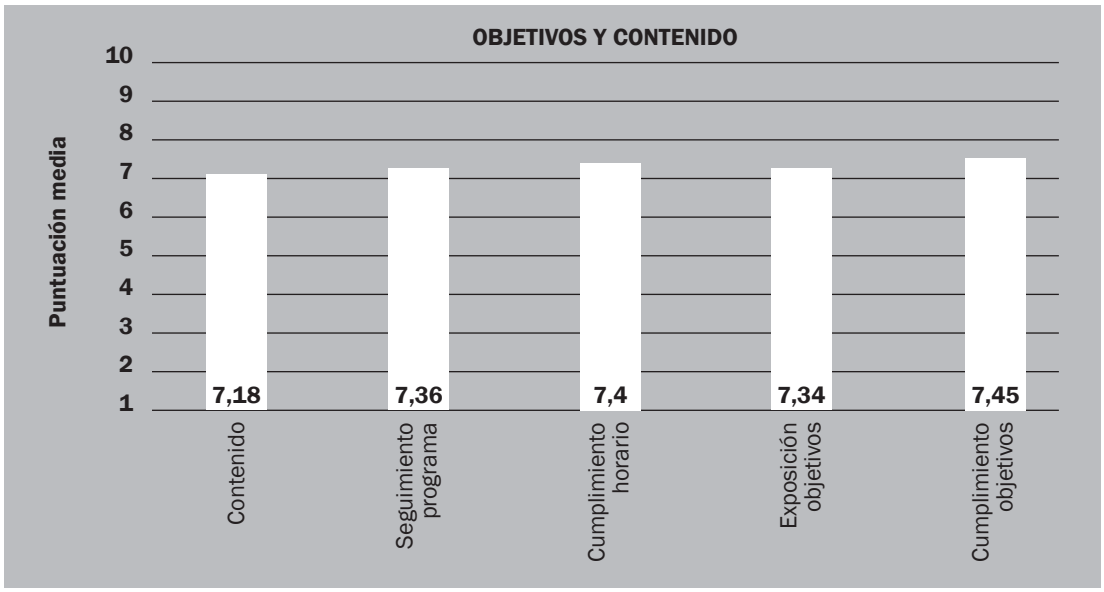


Figura 1

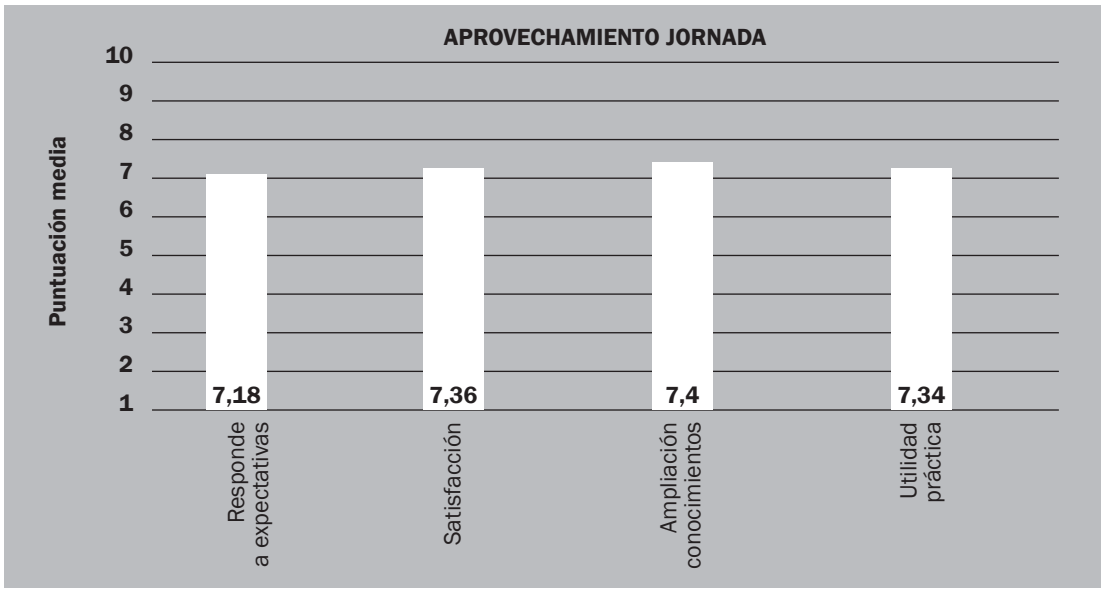


Figura 2

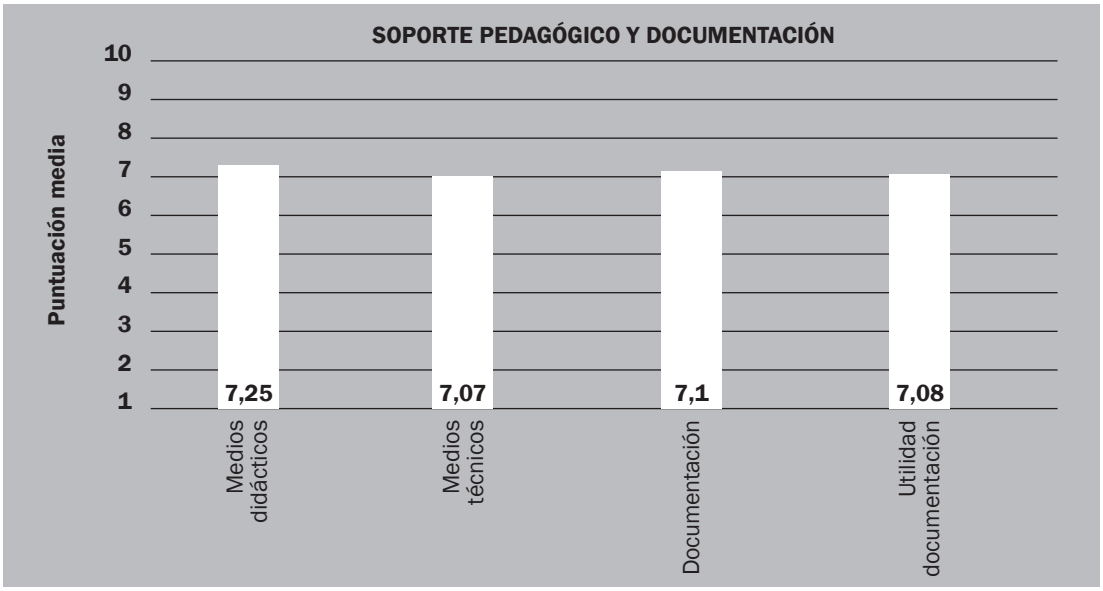


Figura 3

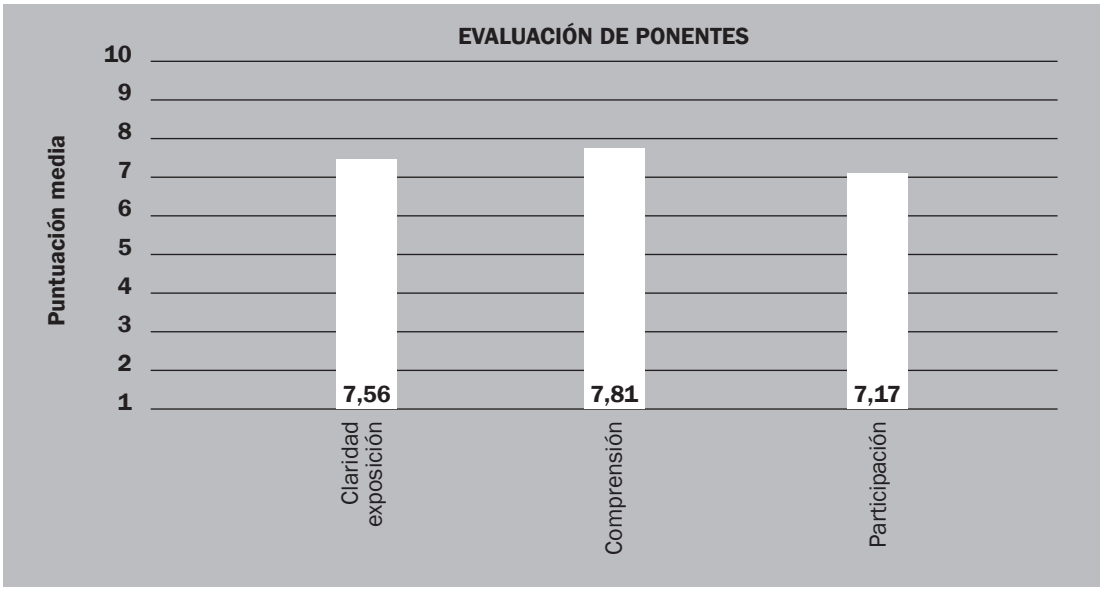


Figura 4

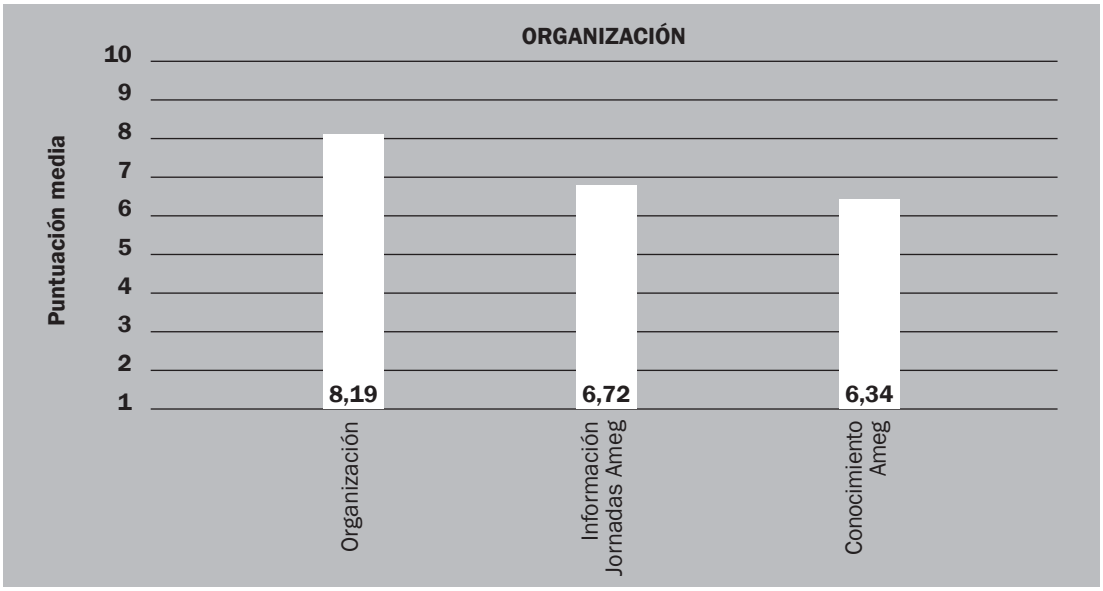


Figura 5

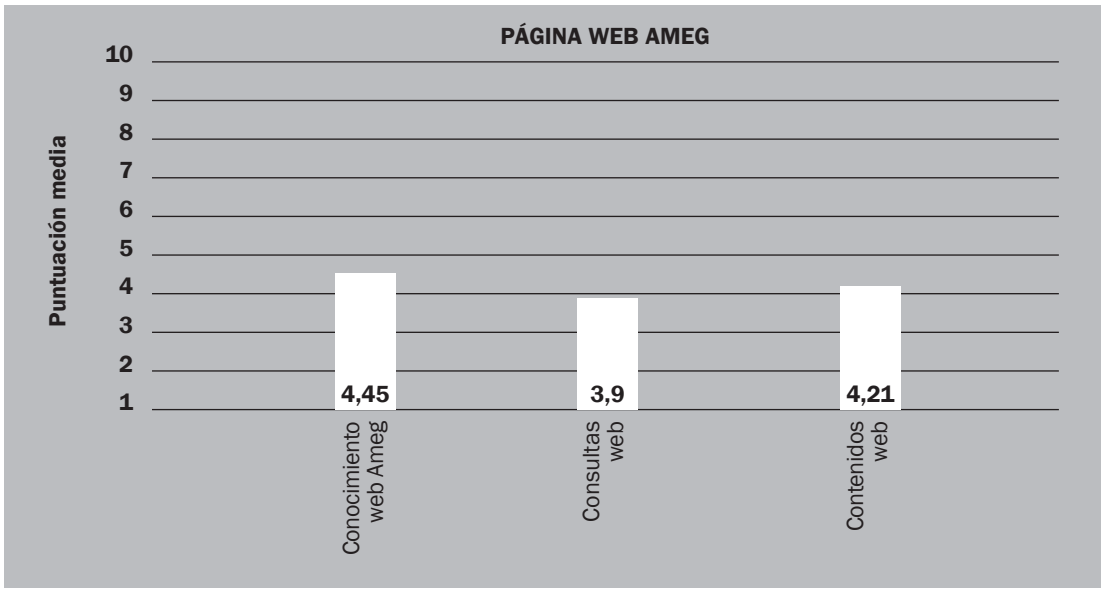


Figura 6

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Un año más, la calidad percibida por los asistentes refleja una buena evaluación. Como se puede ver en los gráficos presentados, la calidad de contenidos, aprovechamiento y utilidad, soporte pedagógico, evaluación de los ponentes y organización obtienen unas puntuaciones medias por encima del 7, en una escala del 1 al 10.

Las puntuaciones referidas a información sobre las actividades de la AMEG y la información sobre las Jornadas son más bajas, 6,34 y 6,62 respectivamente. Cada año se hace un esfuerzo grande por que lleguen los programas a la mayor parte de los centros residenciales y a las áreas de salud y hospitales de la red pública; cada año se intenta desde la junta directiva de la AMEG dar mayor divulgación a las actividades de la Asociación, en especial a través de la publicación de su revista AMEG y su página web, pero una vez más, las puntuaciones más bajas, llegando al suspenso, son para el apartado de la página WEB de la AMEG.

La página está bien diseñada y actualizada desde nuestro punto de vista. Contiene buenos enlaces y es revisada y mimada por sus responsables, Juan Manuel Cuñarro Alonso y la colaboración de Manuel Gil, ambos miembros de la junta directiva de la Asociación, con dedicación y desinterés.

Nuestra impresión es que los equipos de enfermería seguimos teniendo cierta resistencia a los medios informáticos, ya impuestos por la sociedad de la información y la comunicación, y que aún con pocos usuarios habituales, al menos para temas profesionales. No obstante, recogeremos esta "crítica" de los asistentes, y nos comprometemos a buscar alternativas de solución.

Para terminar, en cuanto a las sugerencias, destacan las siguientes:

- **Influir desde la Asociación en las Autoridades Competentes para incrementar los recursos humanos en residencias.**
- **Incluir la carrera profesional para enfermeros de residencias.**

De los temas sugeridos para futuras jornadas destacan:

- **Seguimiento de la Ley de Dependencia**
- **Nutrición de mayores**
- **Control de calidad aplicado a cuidados de mayores**
- **Cuidados paliativos orientados a mayores**

AMEG

AMEG
Asociación
Madrileña
de Enfermería
Gerontológica

Grupo
de Estudio
Madrileño de

Úlceras Crónicas

(GEMUC)

BOLETÍN DE PARTICIPACIÓN

Todos necesitamos tu participación. Rellena este boletín y envíalo, mediante correo, fax o e-mail a la dirección indicada

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

AMEG. c/ Menéndez Pelayo, 93, 3ª planta (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid). 28007 MADRID
Tel./Fax: 91 501 73 61. www.amegmadrid.org E-mail: ameg@amegmadrid.org
www.gemuc.net

Apellidos: ..... Nombre: ..... DNI: .....

Dirección: ..... Localidad: ..... C.P.: .....

Tel: ..... E-mail: .....

Titulación: ..... Centro de Trabajo: .....

Grupo de Estudio Madrileño de

Úlceras Crónicas

(GEMUC)

Constitución del Grupo de Estudio

Justificación

Las heridas crónicas son un importante problema de salud en el que hasta el momento los profesionales de enfermería tenemos un papel protagonista.

En este sentido, en la Comunidad de Madrid, existen profesionales que están liderando proyectos interesantes en documentación, investigación y docencia, pero que pierden fuerza al estar centrados en una zona de influencia concreta como es un hospital o área de salud determinada.

Ha llegado el momento de construir un espacio común en el que podamos unir esfuerzos y canalizar estos proyectos y contribuir al desarrollo científico de la prevención y tratamiento de las heridas de piel.

Con el fin de unir a los profesionales que están liderando el estudio y la práctica clínica de este problema, queremos constituir este grupo, de modo que sirva como instrumento para fomentar la elaboración de criterios clínicos comunes, basados en evidencias científicas y que permitan orientar a los clínicos, investigadores, docentes,...

Pretendemos colaborar con cualquier grupo dentro o fuera de nuestra comunidad, y de nuestro país, que coincida con nuestros objetivos. Esta visión aperturista nos permitirá hablar un idioma científico de consenso nacional e internacional, y nos permitirá contribuir a la construcción de una red científica sin fisuras de crecimiento y desarrollo conjunto.

Desde la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), queremos constituir este grupo, vinculando con nuestra estrategia de creación de grupos de trabajo AMEG, como una aportación más al cumplimiento de nuestra misión: "Hacia una ciencia y arte del cuidar, digna, humana y de calidad para nuestros mayores".

Objetivos

• Generales

—Aglutinar a profesionales madrileños que estén liderando la prevención y tratamiento de heridas crónicas en la Comunidad de Madrid.
—Constituir un grupo consultor para profesionales, farma-industria, organismos públicos y privados que coincidan con nuestros objetivos.
—Crear un espacio común donde se pueda canalizar formación, investigación, publicaciones, etc., relacionado con las heridas crónicas.

• Específicos

—Publicar un suplemento de heridas crónicas anual en la revista AMEG.
—Organizar actos científicos que difundan la práctica basada en la evidencia en la prevención y tratamiento de heridas crónicas.
—Canalizar proyectos de investigación que permitan aumentar los conocimiento en este campo.
—Desarrollar proyectos docentes que permitan aumentar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con las heridas crónicas.
—Establecer relaciones con otros grupos nacionales o internacionales para realizar intercambios de experiencia, información, etc.

AMEG

LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

¿quiénes somos?

Somos un colectivo compuesto por profesionales de enfermería de la comunidad de Madrid, con la intención de constituir una organización sin ánimo de lucro, encaminada hacia la búsqueda continuada de unos cuidados dignos y de calidad para nuestros mayores.

¿Qué perseguimos?

—Organizar un programa docente que permita formar profesionales expertos en enfermería gerontológica.

—Promover y organizar grupos de trabajo e investigación que permitan consolidar la ciencia y arte de la enfermería gerontológica.

—Informar y facilitar la contratación de nuestros asociados en centros que precisen Enfermeras/os y Auxiliares gerontológicas/os.

—Elaborar literatura propia de enfermería gerontológica.

—Asesorar en la asistencia, docencia, investigación y gestión en enfermería gerontológica.

—Defender los derechos de nuestros mayores, haciendo un especial hincapié en la persecución de los malos tratos.

¿Qué servicios te ofrecemos?

—Programa de formación continuada.

—Asistencia a Congresos y Jornadas a un precio reducido.

—Revista trimestral.

—Acceso y/o consulta a textos, monografías, y documentos relacionados con la Enfermería gerontológica.

—Ofertas de trabajo en el sector.

—Asesoría jurídica a ancianos y profesionales.

—Apoyo y asesoría en cualquier actividad científica relacionada con la Enfermería gerontológica.

—Página web actualizada con información relacionada con el mundo de la Enfermería Gerontológica

http://www.amegmadrid.org

BOLETÍN DE ASOCIACIÓN A LA AMEG

Rellenar y enviar a la sede de la Asociación, junto con una foto tamaño carnet a:
Colegio de Enfermería de Madrid. Avenida de Menéndez Pelayo, 93-3ª planta, 28007 Madrid
Tel. 91 504 73 61 / www.amegmadrid.org

NOMBRE ..... DNI .....

DIRECCIÓN .....

LOCALIDAD ..... CP ..... TEL .....

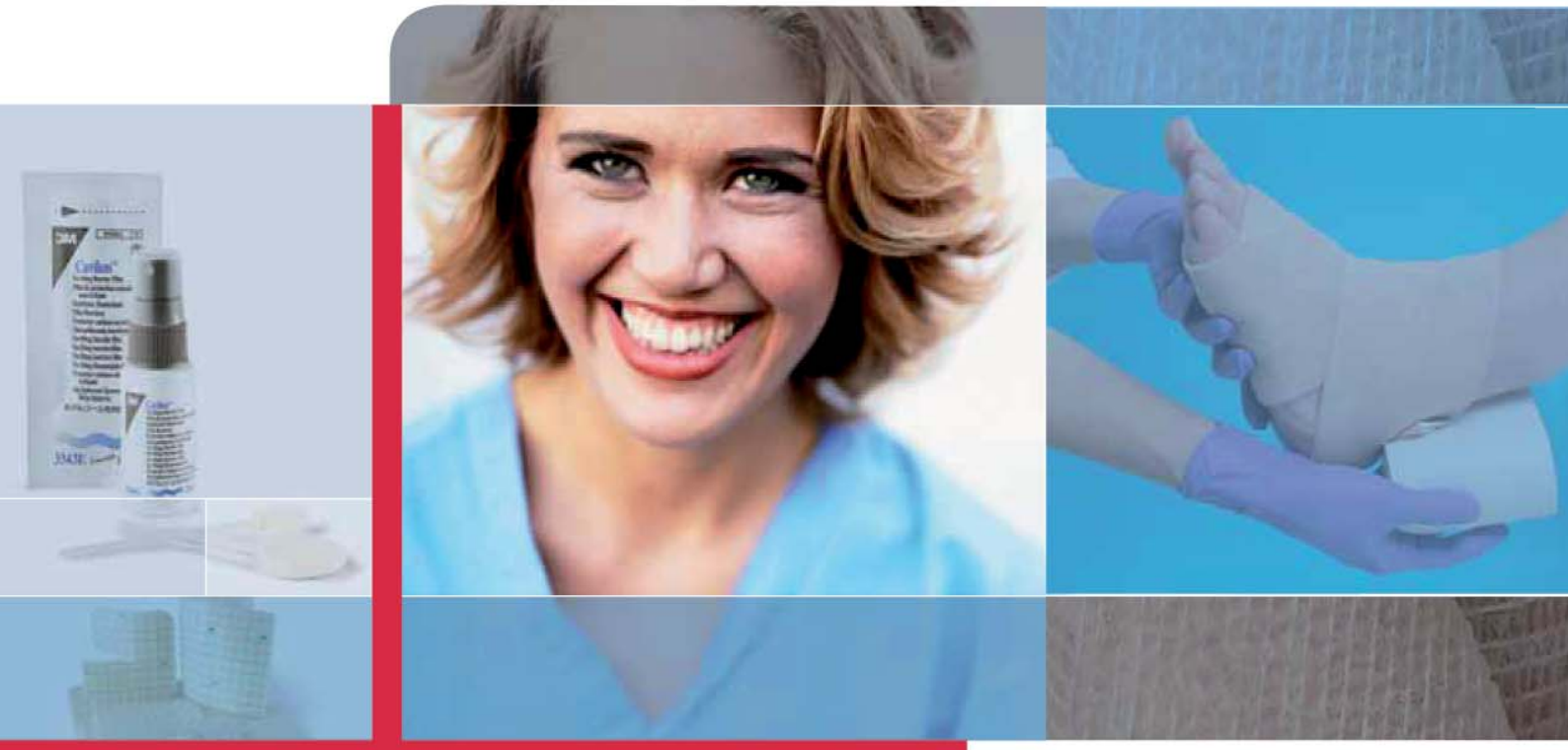
TITULACIÓN .....

CENTRO DE TRABAJO .....

SUSCRIPCIÓN GRATUÍTA

Fecha y firma

La Solución Integral



3M ofrece una Solución Integral para el tratamiento de las úlceras venosas que proporciona los cuidados adecuados en cada momento a lo largo del proceso de curación.

1. Limpiar

Limpie la herida a fondo según el protocolo seguido en su centro.

2. Proteger

Proteja los bordes de la piel perilesional frente a la maceración e irritación.

Aplique la película barrera no irritante 3M™ Cavilon™ en el contorno de la úlcera y protegiendo la piel sobre la que va a colocar apósitos adhesivos.

3. Rellenar

En úlceras altamente exudativas, rellene el lecho de la misma con el apósito 3M™ Tegaderm™ Alginate para un mejor control del exudado.

4. Cubrir

Para manejar el exudado de la herida y evitar fugas, protegerla de contaminación y mantener un ambiente curativo húmedo, cubra la úlcera con un apósito 3M™ Tegaderm™ Foam.

5. Compresión

Reduzca el edema de la pierna realizando una compresión eficaz mediante el sistema de vendaje de dos capas 3M™ Coban™ 2, que proporciona unos niveles de presión terapéuticos durante siete días.

900 210 584
3M Centro de Información al Cliente

3M

ARGININA NM vial

Financiado por el Sistema Nacional de Salud

Módulo líquido de L-Arginina

SABOR / PRESENTACIÓN: Neutro: caja de 90 viales de 5 g/20 ml

INGREDIENTES

- 5 g de L-Arginina.
- 0,01 g de Ácido Cítrico.

PARA EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE...

Algunas enfermedades del metabolismo o en situaciones clínicas en las que se evidencia déficit de L-Arginina que no puede conseguirse con los aportes de una dieta habitual y para la confección de dietas modulares.

- Úlceras por presión. Prevención y tratamiento.
- Cicatrización de heridas.
- Metabolopatías.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

		por 100 g	por vial (5 g/20 ml)
Valor energético	Kcal	400	20
	Kj	1666	83,3
Equivalente proteico (L-Arginina)	g	99	4,95
Hidratos de carbono	g	0,09	0
Lípidos	g	0,09	0

DOSIFICACIÓN

Las dosis siempre serán indicadas por el médico y estarán en consonancia con la situación clínica del paciente, se aconseja:

- Prevención: 2 viales de Arginina NM vial/día.
- Tratamiento: 3 viales de Arginina NM vial/día.

¿Por qué en vial?

- Seguridad (no hay contaminación)
- Dosificación (exactitud)
- Comodidad
- Cumplimiento posológico

Código Registro Sanitario: 26.8866/M-8144
Código Nacional: 502153

NUTRICIÓN MÉDICA

NUTRICIÓN MÉDICA, S.L.
c/ Finisterre, 9 - 7º 3
28029 Madrid
Tel: 91 314 92 71
Fax: 91 733 30 12
www.nutricionmedica.com