

Sesenta y más

PUBLICACIÓN DEL
MINISTERIO DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES.
SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES.

IMSERSO



NÚMERO 218 AGOSTO 2003



Reportaje

**Abuelos aunque
sobradamente
preparados**

Entrevista

**Jaime Montalvo,
Presidente del Consejo
Económico y Social**

**La noticia
Los abuelos
mantendrán la
relación con sus
nietos en
caso de ruptura**



el Año Europeo de las personas con discapacidad



Está claro. Sabes limpiar.

¿POR QUÉ NO LO HACES EN CASA?

CAMPAÑA POR LA IGUALDAD
EN LAS TAREAS DOMÉSTICAS



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES

INSTITUTO DE LA MUJER



CONSEJO EDITORIAL

Antonio Lis Darder, Adolfo Gallego Torres, José Carlos Baura, Ernesto García Iriarte, Manolo Domínguez, Francisco Cánovas Sánchez, Angeles Aguado, Amparo de Rus e Inés González.

DIRECTORA

Inés González.

REDACTORES

José L. González Cañete y Milagros Juárez.

MAQUETACIÓN

Francisco Herrero Julián.

PORTADA

Stock Photos.

ADMINISTRACIÓN

M^º Dolores del Real Ballesteros y Concha Largo Rodríguez.

COLABORADORES

Araceli del Moral, Juan Manuel Villa, Jesús Ávila Granados, Santiago Fernández del Vado, Noelia Calvo, Carmen Sanz, Marisa Domínguez y Federico Cuesta Triana.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Inés González y José L. González Cañete.

EDITA

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
Avda. de la Ilustración s/n.,
c/ Ginzo de Limia, 58.
28029 Madrid.

DIRECCIÓN INTERNET

<http://www.seg-social.es/imserso>.

REDACCIÓN

Avda. de la Ilustración s/n.,
c/v a Ginzo de Limia, 58.
28029 Madrid Tel.: 91-363 86 28.

PUBLICIDAD

RECORD. Tel.: 91-428 03 07.

DEPÓSITO LEGAL

M 11.927-1985.
NIPO: 209-03-004-1.
ISSN: 1132-2012.
TIRADA: 71.000 ejemplares.

IMPRIME

Altair Quebecor
Ctra. N-IV a Seseña, Km. 2,700
45223 Seseña - Toledo.
Tel.: 91 895 79 15.

Número 218 / Agosto 2003

6 LA NOTICIA

Los abuelos mantendrán la relación con sus nietos en caso de ruptura matrimonial.

8 REPORTAJE

Abuelos aunque sobradamente preparados.

14 ENTREVISTA

Jaime Montalvo, Presidente del Consejo Económico y Social.

18 A FONDO

La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.

24 EN UNIÓN

Teléfono de urgencias, 112.

28 ACTUALIDAD

31 CUADERNOS

Jornadas sobre el derecho de Asilo y Refugio en España. Las personas mayores y la discapacidad.

40 EL IMSERSO EN MARCHA

42 CALIDAD DE VIDA

Talasesoterapia: Otra modalidad de hidroterapia.

46 INFORME

La atención del mayor en la práctica clínica.

52 A TONO

54 MAYORES HOY

Miguel Blanc i Grau, escritor de Calaceite (Teruel).

58 CULTURA

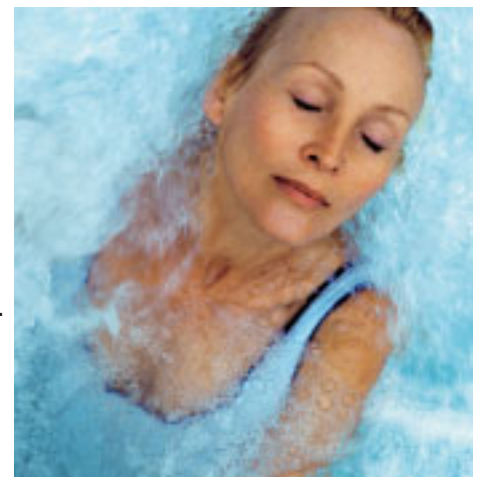
Un verano cultura: Arte, exposiciones, festivales, música y libros.

62 MAYOR GUÍA

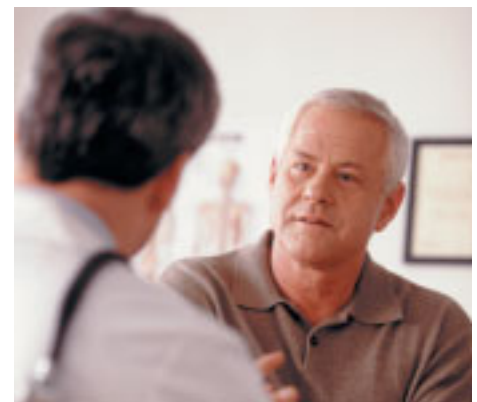
66 OPINIÓN



18-23 A fondo



42-45 Calidad de vida



46-51 Informe

Las colaboraciones firmadas expresan exclusivamente la opinión de sus autores sin identificarse en todos los casos con la línea editorial de la revista. La revista no se compromete a publicar ni a mantener correspondencia sobre los originales que se envían.

Suscripciones sólo por fax: 91 363 89 73, o por carta: Sesenta y más. Avda. de la Ilustración, s/n. c/ Ginzo de Limia, 58. 28029 Madrid.

TÉLFONOS DEL IMSERSO PARA CUALQUIER INFORMACIÓN. CENTRALITA: 91 363 88 88 INFORMACIÓN: 91 363 89 16/17/09

El Consejo de Ministros ha aprobado el pasado 25 de julio el I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, un instrumento de política social promovido por el ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del IMSERSO, cuya finalidad es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad y contribuir a la mejora de su calidad de vida. En su elaboración han participado expertos universitarios, técnicos y profesionales de distintos campos, representantes de las Administraciones Públicas y de ONG de personas con discapacidad.

I PLAN NACIONAL DE ACCESIBILIDAD 2004-2012

Este Plan figura como uno de los compromisos e instrumentos más importantes contenidos en la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, que fue aprobada el pasado mes de mayo por el Gobierno y que se encuentra en estos momentos en tramitación parlamentaria.

El Plan gira en torno a dos objetivos: “Diseño para todos” y “Accesibilidad Universal”. Es decir, la eliminación de barreras y la necesidad de garantizar que todos los entornos, productos y servicios sean accesibles para las personas con discapacidad. En su desarrollo y ejecución estarán implicadas todas las administraciones territoriales, con el objetivo de mejorar la coordinación y la eficacia de todas las acciones que se desarrollan en esta dirección.

El período de vigencia de este I Plan, que respeta las competencias que en este ámbito tienen otras administraciones públicas, se extiende hasta el año 2012 y se desarrollará en tres fases sucesivas, de tres años cada una.

En estos tres primeros años el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales tiene previsto destinar 120,3 millones de euros. A esta financiación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales hay que añadir las aportaciones de otras administraciones públicas (ministerios, comunidades autónomas y ayuntamientos) e incluso posibles aportaciones privadas. Esta colaboración se llevará a cabo mediante convenios con dichas administraciones o empresas. En total, en estos tres primeros años se estima que se destinarán más de 600 millones de euros, al desarrollo del Plan de Accesibilidad.

En esta primera fase de la ejecución del Plan, está previsto realizar una serie de iniciativas, que refuercen y complementen la acción de todos los agentes que intervienen sin interferir sus prioridades y sus programas. Entre otras medidas, se harán campañas de concienciación y sensibilización y se incrementará la formación sobre accesibilidad a los estudiantes de escuelas superiores, con el impulso de un máster sobre accesibilidad integral.

Además, en los tres primeros años está previsto la aprobación de varios Reales Decretos que regularán las condiciones básicas de accesibilidad previstas en las disposiciones finales de la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Entre estas iniciativas destacan la aprobación de las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los diferentes medios de transportes por las personas con discapacidad. La aprobación de las condiciones básicas para eliminar barreras en las oficinas de las Administraciones Públicas, con especial incidencia en los servicios sociales y los servicios judiciales. Y la aprobación de las condiciones básicas para eliminar barreras en los establecimientos de ocio y turismo, así como en el acceso y utilización de las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y de cualquier medio de comunicación social.

Cartas



Manantial de salud



Como todos sabemos, los Balnearios tienen la gracia de tratar de mejorar nuestra salud deteriorada; y muchas veces lo consiguen.

Unos son más completos que otros, ya sea debido a sus aguas, o sus modernas instalaciones, o por el personal que trabaja en ellos, su silencio, o el paraje donde se ubica, o tal vez sea por la competencia de los médicos que los cuidan. En suma, todo unido: paraje, instalaciones, personal y médicos, se complementan los unos y los otros, formando este idílico rincón que hacen un armónico conjunto, los jardines, el paso del río Segura por su misma fachada y las montañas que lo circundan.

Esta vez he tenido la oportunidad de visitarlo, y pasar en él

15 maravillosos días; sin este requisito no me atrevería a hacer ninguna clase de comentario.

Además de lo propio de cualquier Balneario, los LODOS (barros), las BAÑERAS con su agua burbujeante, los masajes; tiene como cosa especial sus grandes piscinas tan bien dotadas de todos los adelantos, y puedo asegurar que es aquí donde más he disfrutado.

Una de las cosas que más te llama la atención, son las tablas de gimnasia dentro del agua, donde se te pasa la media hora tan rápido, que si no fuera porque todos miramos al reloj de la piscina, pensaríamos que nos quitan tiempo.

No se trata de hablar de nadie en concreto, pero cada uno en su puesto cumple a las mil

maravillas con su cometido y con mucho agrado.

No podría pasar por alto las instalaciones hoteleras, cuidadas al mínimo detalle. Por todo ello, nunca podremos agradecer al IMSERSO las atenciones que recibimos por su parte y que, aunque sea al final de nuestras vidas, alguien se acuerde de nosotros los mayores, que también merecíamos disfrutar de estas maravillas que la naturaleza y la mano del hombre ha puesto a nuestro alcance.

Hagamos, entre todos que de estas maravillas puedan disfrutar nuestros hijos, y nuestros nietos.

Yo así lo deseo.

Jacinto Gutiérrez Gómez
(Barcelona)



“Plantas mágicas”



Quiero manifestar mi desacuerdo con el artículo publicado en la revista SESENTA Y MÁS, nº 216 (mayo 2003), en la sección Calidad de Vida, titulado “Medicinas naturales: las dos caras de la moneda”. En él, el autor expresa una opinión personal generalizada, desprestigiando sin medida alguna al sector al que pertenezco.

No se puede decir que las plantas son mágicas, ya que existen estudios que avalan sus propiedades terapéuticas, mientras el autor expresa en su artículo una opi-

nión personal, no una información objetiva sobre ventajas e inconvenientes que ofrecen las plantas medicinales. Al igual que descalifica a las personas, que como yo, trabajan en un herbolario, personas que están cualificadas para ello, como es mi caso.

Si las “plantas mágicas” como el autor del artículo dice no sirven para nada, pregúnteles a los farmacéuticos que se han “lanzado” a vender productos herborísticos, con la única diferencia respecto a los herbolarios, es que sus productos se ven-

den con prospecto, es decir, que los productos de herbolario que se vende en farmacia si tienen propiedades terapéuticas mientras que los de herbolario no. ¿Quién lo entiende?

Por último, al público en general, que se asegure muy bien de las materias primas utilizadas, ya que no es lo mismo, en cuanto a eficacia la utilización de un extracto seco a polvo seco, de tener cultivos o plantas propias a comprárselas a terceros.

Alberto Martínez Benito
(Madrid)

La nueva regulación modificará cinco artículos del Código Civil para que los abuelos tengan derechos, en relación con sus nietos, en los procesos de separación, divorcio y nulidad.

LOS ABUELOS MANTENDRÁN LA RELACIÓN CON SUS NIETOS EN CASO DE RUPTURA MATRIMONIAL

Texto: Juan Manuel Villa / Fotos: MTAS



Zaplana ha destacado que “el papel de los abuelos es vital en la estabilidad familiar”.

La aprobación en Consejo de Ministros de un proyecto de ley, por iniciativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, permite la posibilidad de una nueva regulación en la relación de los abuelos con sus nietos en los procesos de separación, divorcio o nulidad matrimonial.

El texto aprobado se enmarca en los objetivos que se recogen en el Plan Integral de Apoyo a la familia y modificará cinco artículos del Código Civil en materia de relaciones familiares entre abuelos y nietos.

El proyecto, que se ha remitido a las Cortes, establece que los abuelos tendrán derecho a visitar a sus nietos en caso de ruptura matrimonial en cualquier caso, podrán ser escuchados en los procesos judiciales y la custodia de los menores podrá ser encomendada a los abuelos en caso de desacuerdo entre los cónyuges.

Esta iniciativa del Gobierno responde a una reclamación reiterada de los abuelos en cuanto a que, en muchos casos, ven como desaparece la relación con sus nietos tras una ruptura matrimonial conflictiva o cuando, tras la muerte de uno de los cónyuges, el cónyuge superviviente rompe la relación con la familia del fallecido.

La nueva regulación será de gran utilidad en los procesos de ruptura en los que no existe acuerdo entre los cónyuges y que, en la mayoría de los casos, tiene como consecuencia el traslado del desacuerdo a la relación familiar entre los nietos y sus abuelos. Así, los datos del Consejo General del Poder Judicial establecen que de las 115.049



La custodia de los menores podrá ser encomendada a los abuelos.

separaciones y divorcios registrado en 2002 un 36 por ciento de las mismas, 41.504, tuvieron lugar sin acuerdo entre los cónyuges.

En este sentido, el proyecto permite reforzar el régimen de visitas de los abuelos en caso de crisis matrimonial de forma que el juez asegu-

re las relaciones de abuelos y nietos cuando no hay acuerdo entre los cónyuges. Por ello se prevé que las medidas que adopte el juez deberán contemplar de forma expresa el derecho de visita de los abuelos a los nietos en los casos que falte acuerdo entre los progenitores.

POSIBILIDAD DE CUSTODIA

Otro derecho que se contempla es el que permite atribuir a los abuelos la capacidad de ser oídos en los procesos judiciales de nulidad, separación y divorcio.

El contenido del proyecto recoge también la posibilidad de que la custodia de los menores pueda ser encomendada a sus abuelos. En este sentido, se establece la prioridad de la tutela de los abuelos sobre los nietos frente a otras personas e instituciones en caso de desacuerdo entre los progenitores de los menores.

Por último, se recoge el derecho de los abuelos a mantener relaciones personales con los nietos en los casos de incumplimiento, por parte de los padres, de las obligaciones derivadas de la patria potestad, de manera que este derecho se garantizará judicialmente.

El proyecto, que permitiría una reforma del Código Civil, se basa en el Plan Integral de Apoyo a la Familia el cual tiene entre sus principales objetivos el fomento de la solidaridad intergeneracional, el incremento de la calidad de vida de las familias, el apoyo a la familia como garante de la cohesión social y la prestación de apoyo a las familias en situación de riesgo social.

Reportaje

“El caso es que al nacer vosotros, mis nietos, los hijos de mis hijos, recién aterrizados en este mundo, siempre era como la representación de una realidad vivida de antemano. Todo era como si ya os hubiera visto antes. Como si os hubiera sabido de antemano...”

Abuelos aunque sobradamente

PREPARADOS

Texto: Noelia Calvo / Fotos: Andrés García y Archivo

Mucho se habla del sentimiento de ser madre, pero ¿y el de abuelo?, un calificativo que para muchos sigue siendo sinónimo de ancianidad. La autora del libro *Vida de mi vida*, Consuelo Álvarez de Toledo, periodista y abuela de nueve nietos, reflexiona y se sincera sobre uno de los sentimientos más entrañable, pero ignorado por gran parte de la sociedad.



En una sociedad que idolatra la juventud, la periodista Consuelo Álvarez de Toledo reivindica en su libro el papel del abuelo actual. Un rol compatible con el trabajo, la pareja, el sexo, nuevos proyectos..., en definitiva, seguir siendo joven. Si en los noventa apareció la generación JASP (jóvenes aunque sobradamente preparados) que reivindicaba una oportunidad, parece que ahora se han cambiado las tornas y son los maduritos los que necesitan proclamar este lema. Sí, son abuelos pero por eso no dejan de ser buenos profesionales, perder su atractivo, ilusionarse, viajar, ir a un concierto, salir de copas...

Cada vez las personas se convierten en abuelos más viejos y, sin embargo, se sienten más jóvenes. Aunque no todos sus entrevistados están de acuerdo, Consuelo opina que la sociedad actual rechaza al abuelo. Lo ha vivido en sus propias carnes cuando algunas personas le han advertido: “no se te ocurra decir que eres abuela”. La autora confiesa que cuando ha proclamado su condición de abuela “ha notado una especie de desconcierto colectivo”. Y es que para la periodista, en este mundo, no se puede presumir de ser abuela. Nos encontramos en una cultura de lo “eternamente joven”, de la competitividad y de la falta de compasión. Consuelo Álvarez de Toledo denuncia como esta sociedad esconde a los mayores, por lo que el hecho de ser abuelo se convierte en una especie de estigma.

La llegada de ser abuelo suele coincidir con una nueva etapa que para muchos es difícil. Acechan grandes miedos originados por la

sociedad actual como: la pérdida de trabajo, la jubilación anticipada, el fracaso social, la ausencia de belleza, los kilos de más, la pérdida de sexualidad etc. Todos estos fantasmas son alimentados por la sociedad actual donde florecen toda una industria con un único objetivo: conseguir la eterna juventud.

La escritora Consuelo Álvarez de Toledo reivindica el disfrute de una época que denomina de “amor

mos ver a la Reina Sofía cogiendo en brazos a sus nietos y manifestándoles muestras de cariño. Y hasta se comunica con ellos por videoconferencia. Además, la Reina es del grupo de abuelas que se quedan al cuidado de sus nietos. Doña Sofía siempre ha defendido el valor de la familia “sigue siendo el ámbito básico de convivencia para el desarrollo de nuestra vida cotidiana”, opina la Reina.

“La sociedad actual tiene el síndrome de la abuela de caperucita, y ve la figura del abuelo como ese ancianito decadente.”

libre”; libre de muchas responsabilidades y ataduras de otras etapas de la vida. No se debe sucumbir a la mala prensa que la sociedad otorga a la madurez. Un tiempo que hay que saber abordar sin búsquedas vanas y sin complejos absurdos.

ABUELOS FAMOSOS

Consuelo Álvarez de Toledo ha querido reflejar en su libro el testimonio de personajes famosos cuya identidad de abuelos sobrevive con su imagen pública y la dictadura de la juventud. Para ello ha elegido a diferentes figuras, pertenecientes a diversos ámbitos como el teatro, la música, el periodismo, o la política.

El capítulo dedicado a la Reina de España, nos cuenta que Sofía de Grecia como abuela no es nada original. De hecho dan fe muchos testimonios públicos en los que pode-

Recién estrenado en su papel de abuelo, Forges, también, habla de su nuevo papel en el libro “*Vida de mi vida*”. El humorista afirma que la llegada de un nieto “redefine el puesto en la familia” y cambia la vida “aunque depende de cómo se tenga organizado el devenir vital”, matiza irónicamente. Forges no está de acuerdo con la imagen que los medios de comunicación y publicitarios reflejan de la figura del abuelo.

La figura de un político como Adolfo Suárez también ocupa un espacio en el libro. El primer presidente de la transición española se considera el hombre más feliz del mundo por ser abuelo. La muerte de su mujer Amparo le llenó de una absoluta tristeza que solamente se puede combatir con la alegría de sus nietos. Adolfo Suárez abre las puertas de su vida familiar donde

Reportaje ABUELOS AUNQUE SOBRADAMENTE PREPARADOS

además, de pasar el mayor tiempo con sus nietos cuida de su madre, de noventa y cuatro años, con intenso cariño.

El rol de abuela no tiene porqué ser incompatible con el glamour. Es el caso de Isabel Preysler, que, además, de ser considerada una de las mujeres más elegante de España también se ha caracterizado por su papel de madraza. Ahora su hija Chabeli le ha hecho abuela. Isabel Preysler cuenta a la escritora que su nuevo rol le ha cambiado muy poco aunque “sí le emociona tener, otra vez, un bebé tan próximo a mí”, comenta Isabel que se lamenta de no poder ver a su nieto lo que quisiera ya que no vive en Madrid. “Doy consejos a mi hija porque me he dado cuenta de lo poco que se sabe cuando se es madre por primera vez”, nos comenta una de las reinas de la prensa rosa.

Ser abuela no deja indiferente, ni para aquellas personas a las que su vida está rodeada de intensidad. “Me quedé de piedra. Tenía cuarenta años y mi madre, que se convertía en bisabuela tenía sesenta” comenta Nuria Espert en el libro *Vida de mi vida*. La llegada de su nieta rejuveneció a su familia. Ahora su nieta tiene veintiocho años y Nuria, viuda de Armando, su gran amor, confiesa que tiene una relación muy gratificante pero su responsabilidad con ella no es igual que la que siente con sus hijas aunque sean ya mujeres adultas. Para nuestra Medea española la sociedad rechaza la vejez pero no a los abuelos.

Joan Manuel Serrat tiene dos nietas, Luna y Lucía, a la que le gustaría ver más. Apunto de cumplir los sesenta se considera un ser afortunado. Para el cantautor de “esos

CONSUELO ÁLVAREZ DE TOLEDO

Periodista especializada en información política y autora del libro *Vida de mi vida*

“No creo que la sociedad sea justa con los abuelos”

Cansada del periodismo político, la periodista y abuela, Consuelo Álvarez de Toledo, ha querido dedicar su primer libro *Vida de mi vida* a los jóvenes abuelos de la España de hoy. La periodista reflexiona sobre la sociedad actual, injusta con la madurez, e invita a disfrutar de una de las etapas más maravillosas de la vida, donde impera “el amor libre”. En el libro también hablan personajes famosos como Serrat, Luis del Olmo, María Teresa Campos o Isabel Preysler que cuentan como viven su “abuelidad”.

Acostumbrados a sus análisis políticos, Consuelo Álvarez de Toledo (Oviedo, 1944), licenciada en Derecho y Periodismo, madre de cuatro hijos y abuela de nueve nietos, nos presenta su primer libro *Vida de mi vida* (editorial Planeta) donde narra el papel de los abuelos en la actualidad y que nada tiene que ver con crónicas parlamentarias, nuevas leyes o proyectos electorales.

Consuelo se siente feliz y cómoda con su papel de “abuelaza” y por ello ha querido dedicar su primer libro a sus vivencias como mujer, profesional y, sin embargo, abuela en una sociedad que no perdona el inexorable paso del tiempo. La autora también ha querido desvelar la faceta entrañable de personajes famosos como Serrat, Adolfo Suárez, Nuria Espert... que disfrutaban de su “abuelidad” al mismo tiempo que están sometidos a una imagen pública.

—¿Ha sido tan fuerte el sentimiento de abuela para inspirarle a escribir su primer libro *Vida de mi vida*?

Después de hacer tantos años información política, estaba ya aburrida y quería



escribir un libro sobre la vida misma, de lo que me está, pasando... Por eso me decidí a contar como somos los abuelos de la España de hoy.

—Y ¿cuál es el perfil de esta nueva generación de abuelos?

No somos tan jóvenes pero sí somos abuelos con mucha marcha.

—¿Es por ello que la llegada de ser abuelo puede ser para muchas personas un episodio traumático?

Ser abuelo no es traumático sino sensacional. A mi me ha sorprendido lo divertido que es llegar a la edad de la madurez. Yo digo en mi libro que “si lo llego a saber, llego antes”. Pero sí que es verdad que para una parte de la sociedad española está mal visto envejecer y por tanto está mal visto ser abuelo. Esto puede ocasionar cierto trauma cuando algunas personas se convierten en abuelos. En alguna ocasión he dicho que tenía nueve nietos y me han aconsejado no decirlo. Tener que ocultar que eres abuela es uno de los aspectos que más me enfada y me ha hecho, en parte, escribir el libro.

—Usted es abuela de nueve nietos, ¿cómo definiría el sentimiento de ser abuela?

Yo creo que es el sentimiento de perpetuación de la especie. Somos animales y, quieras que no, te das cuenta que la vida se va pasando y un nieto te ayuda a tener una esperanza como si vivieses en tu nieto.

—¿Cambia la percepción de las cosas?

La vida es un cambio continuo de percepción pero cuando uno se convierte en abuelo se cambia el sentimiento. A mí me impresiona mucho ¡pero cómo no va ser impresionante ver una nueva vida! Además los niños son muy divertidos, sobre todo la manera en la que aprenden.

—Usted, que además es una abuela trabajadora, ¿encaja bien ese rol en el ámbito laboral?

La madurez y el ser abuelo está mal visto por la sociedad en general y también en el ámbito laboral. Mucha gente no se atreve a decir que son abuelos en su entorno laboral por miedo a que se les ponga en duda su profesionalidad, la capacidad de iniciar nuevos proyectos, etc. En todos los trabajos se tiende a coger a gente joven porque entre otras cosas es mano de obra más barata. En el panorama actual nos encontramos con prejubilaciones absurdas que mandan a la gente, que todavía es joven, a casa.

—¿Y la sociedad tiene una imagen simpática de los abuelos?

Yo no creo que la sociedad sea justa con los abuelos, aunque con los personajes famosos que he hablado en mi libro *Vida de mi vida*, no comparte conmigo esta idea. La sociedad actual, que es muy competitiva, tiene el síndrome de “la abuela de caperucita”, y ve la figura del abuelo como ese ancianito decadente cuando ahora tenemos mucha marcha y somos el colchón de la familia.

—¿Cómo valoraría el sentimiento de responsabilidad de los abuelos?

Está claro que ser abuelo no es ser padre. Todo el mundo respeta que el ámbito educativo y de la formación de las personas corresponda a los padres. Uno acaba agotado cuando educa a los hijos, con lo cual, cuando se tiene a los nietos, se deja que esta responsabilidad recaiga en los padres. Es verdad que hay un punto de compenetración

en la responsabilidad pero no es la misma que cuando se es padre. Con los personajes que he hablado en mi libro cada uno vive una forma diferente esa responsabilidad.

—¿Cómo se encaja en el seno de la familia?

La llegada de un nieto cambia la relación familiar. En los encuentros familiares vuelve a haber niños y eso aglutina a la familia. Sí, es verdad que disfrutas más de los niños ya que tienes más experiencia y cuando eres madre estás muy agobiada por lo inmediato.

—¿Convertirse en abuelo desestructura a la pareja?

Yo pienso que sí y todos los entrevistados coinciden que la llegada de un nieto supone un parón en el camino y una reflexión. La gente tiene miedo a envejecer a no tener actividad sexual etc. Hay algunas parejas que cuando se convierten en abuelos, se rompen, ya que les entra el vértigo y quieren tener una segunda juventud. Hay otras parejas que, sin embargo, les une más.

—Además de varios capítulos donde reflexiona sobre aspectos sociales que rodean la madurez, el libro recoge el retrato de nueve personajes famosos que también son abuelos.

Cogí personajes variados de diferentes ámbitos intelectuales, espectáculos.. que dieran una representación de la sociedad actual y al mismo tiempo que fueran conocidos para que la gente vea y tome ejemplo. Aunque son famosos, tienen profesiones muy absorbentes no dejan de ser abuelos, se quedan con los nietos... La Reina Sofía, Serrat, María Teresa Campos, Luis de Olmo, Forges... A través de estos personajes quería que se reflejase una nueva generación de abuelos españoles que somos bastante admirables y que hay que decir muy alto que se es abuelo. En España hay una generación de nuevos abuelos estupendos.

—¿Cuál de los entrevistados le ha sorprendido más?

Quizás Luis del Olmo, un hombre tímido para revelar sus sentimientos y, sin embargo, no tiene ningún reparo a la hora de hablar de su nieta.



Consuelo Álvarez de Toledo es abuela de nueve nietos.

Reportaje ABUELOS AUNQUE SOBRADAMENTE PREPARADOS

locos bajitos” se siente muy bien con su faceta de abuelo de la que dice que no le ha supuesto un gran cambio formal “a sus padres sí les ha cambiado la vida. A mi me la alegran”.

Para Consuelo Álvarez de Toledo uno de los abuelos que más le ha cautivado es el profesor Ramón Tamames, economista, investigador, literato, político etc. Un abuelo tierno que afirma que se relaciona bastante bien con ellos aunque de vez en cuando para mantener ciertos niveles de comportamiento y de alguna suerte de jerarquía intergeneracional, hay que reprenderlos, o incluso, armar una trifulca...”. Para el profesor Tamames convertirse en abuelo influye en las relaciones de pareja “el amor se hace más entrañable porque ahora hay una nueva generación de descendientes”, afirma con la sabiduría de los hombres renacentistas.

Receloso de hablar de sí mismo y de sus sentimientos, Luis del Olmo, uno de los protagonistas indiscutible de las mañanas de la radio, pierde todo pudor para hablar de sus nietos “yo creía que el hecho de ser abuelo iba a provocarme una sensación de envejecimiento, de sentirme mayor, y la verdad, no fue así todo lo contrario”, comenta el periodista. La llegada de su primer nieto la califica como una inyección de alegría, de optimismo y de vitalidad “el nieto representa un nuevo proyecto de futuro que



crece en nuestro entorno”, comenta el locutor.

Otro de los signos distintivos pero en la televisión es María Teresa Campos. Mujer luchadora y de gran personalidad, que no baja la guardia para seguir siendo la primera de las mañanas en la tele. Su sentido protector arropa a sus hijas, nietos y amigos. María Teresa, que se desenvuelve en un mundo donde la juventud y belleza son los valores prioritarios para tener un programa de TV, reconoce en el libro que sí le preocupa el hecho de envejecer y que profesionalmente se la considera abuela en sentido peyorativo. Sin embargo, no por ello deja de presumir de sus tres nietos “Mis nietos me han dado mucha satisfacción, he vivido mucho para ellos y con ellos”, comenta la periodista que confiesa en el libro que uno de los dolores mayores de su vida se los ha causado la custodia de sus nietas. Para María Teresa Campos, los abuelos hacen una labor importante, muchos les cuidan y dan sentido a su vida en su jubilación. Aunque les consiente demasiado, la presentadora afirma que se siente plenamente responsable de



“Hay algunas parejas que cuando se convierten en abuelos, se rompen, ya que les entra el vértigo y quieren tener una segunda juventud.”

sus nietos y les intenta “inculcar los valores importantes de la vida como ser buena persona, tener amigos... que la gente te quiera”, comenta María Teresa que confiesa que le gustaría que el día de mañana la recordasen como ella recuerda a una de sus abuelas.

Entrevista

JAIIME MONTALVO

"Las pensiones no peligran si se actúa con prudencia"

— **Texto:** Santiago F. DEL VADO
Fotos: Fernando BOCH

— La última "Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España" del CES apunta que en torno al año 2020 podría comenzar en España un periodo crítico para el sistema público de pensiones.

A partir de 2020 se termina un periodo particularmente positivo para consolidar la política de pensiones desde el punto de vista de su estructura financiera. Hasta entonces habrá un número menor de personas mayores debido a la caída de la natalidad que se produjo en las décadas de los 30 y los 40, mientras que a partir de 2020 empezarán a manifestarse los efectos de la llamada generación del "baby boom", la de la segunda mitad de los 50 y los 60, y habrá un crecimiento mucho mayor del número de personas que entran en la edad de jubilación. Aún así, no soy alarmista y creo que la Seguridad Social tiene actualmente una estructura financiera estable y la seguirá teniendo siempre y cuando se actúe con prudencia.

— **¿En qué sentido?**

Calculándose cada año cuáles son las posibilidades reales del sistema, lo



PRESIDENTE DEL CONSEJO
ECONÓMICO Y SOCIAL

En sus cerca de once años de funcionamiento, el Consejo Económico y Social ha acometido estudios, informes y dictámenes sobre asuntos que afectan a los mayores, como las prejubilaciones o los anteproyectos de las distintas leyes de la Seguridad Social. También en la Memoria que elabora cada año el Consejo se aborda toda la problemática de las personas mayores, sobre todo en cuanto a la protección social. Jaime Montalvo, presidente de este órgano consultivo del Gobierno, se muestra optimista ante la viabilidad de las pensiones públicas, a la vez que cree que debe promoverse una reflexión sobre los planes privados de pensiones para evitar su debilitamiento.

cual tiene mucho que ver no sólo con el número de pensionistas, sino también con el propio crecimiento económico del país, que va a facilitar muchísimo la capacidad presupuestaria para atender a los gastos de protección social.

— **Hace diez años que el Consejo emitió la primera Memoria. ¿Ha mejorado mucho España desde entonces?**

En líneas generales ha mejorado sustancialmente, tanto en términos cualitativos como cuantitativos. Por diversas razones, desde las políticas económicas hasta la propia incorporación a Europa y el ingreso sustancial de fondos comunitarios, así como por la evolución positiva de nuestro tejido social. Sin embargo, y en materia de protección social, se aprecia que España pronto va a tener que asumir nuevos retos, económicamente muy costosos.

— **¿Qué retos son éstos?**

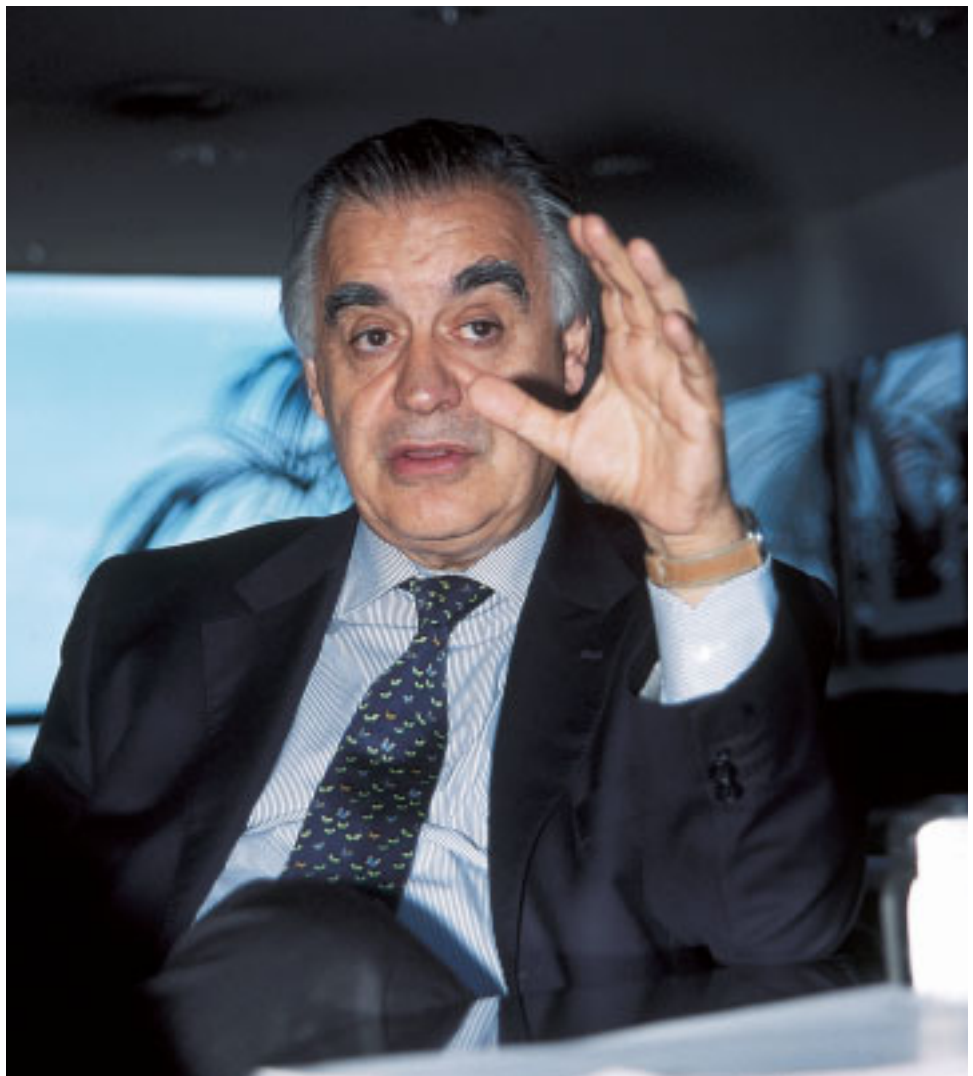
Por ejemplo, una mejor atención, que sí existe en otros países, de las llamadas situaciones de dependencia, de discapacitados menores pero, sobre todo, mayores. Es un capítulo que tenemos atendido a través de nuestra política de servicios sociales, pero que es manifiestamente mejorable.

— **¿Qué quiere decir?**

Actualmente los mayores, sobre todo los que han cumplido 85 años, que cada día felizmente son más, son extraordinariamente costosos en términos económicos. Se dice que en España este coste es soportable gracias al esfuerzo de las familias, pero, más que de las familias, de mujeres de cierta edad que están atendiendo a estos mayores, ya sean sus propios padres, sus suegros... Estamos desplazando a un segmento pequeño de la población todo un enorme coste de esfuerzo, que deberá atender la sociedad en su conjunto, a través de ayudas domiciliarias, residencias, instituciones... Ahí debemos dar un salto de calidad que resultará bastante costoso. Puede suponer hoy más de 3 puntos del Producto Interior Bruto, pero debemos abordarlo. Las últimas memorias llaman la atención sobre este problema, que es menos crudo por el trabajo, verdaderamente heroico, de estas mujeres, pero no me parece deseable que se siga manteniendo por mucho tiempo, sino que entiendo que se deberían buscar vías alternativas con más responsabilidad pública.

— **Se empieza a hablar de la necesidad de reflexionar sobre los planes privados de pensiones.**

No hace más allá de prácticamente 20 años empezó a aparecer en el horizonte, coincidiendo con la crisis de la Seguridad Social, la caída del empleo, la recesión económica... una especie de nuevo maná que lo venía a resolver todo, que eran los planes privados de pensiones. Desde entonces, hemos recorrido un ciclo que nos ha permitido pasar, según cual fuera la situación de los mercados financieros, por etapas de gran expansión y por otras, como la presente, en la que los planes están sufriendo directamente las consecuencias negativas de la crisis de estos mercados. Todos hemos estado diciendo que el sistema público de pensiones estaba en grave quiebra, pero a nadie



"El crecimiento económico de España va a facilitar muchísimo la capacidad para atender a los gastos de protección social"

nos ha sorprendido que los sistemas privados hayan debilitado muchísimo su capacidad de respuesta, incluso a la aportación realizada por los propios interesados.

— **¿Cree que siguen teniendo futuro?**

Sí, para mí tienen un gran espacio en nuestro sistema, como en cualquier otro de una comunidad desarrollada, pero hay también que establecer mecanismos que eviten su quiebra o su

excesivo debilitamiento.

— **¿Cuál es la posición del Consejo respecto a las prejubilaciones?**

Hace apenas unas dos décadas se consideró que una buena medida para atacar el desempleo era facilitar políticas de prejubilaciones que permitieran incorporarse a la condición de pensionista a personas que trabajaban, pensando que así se facilitarían el acceso de personas más jóvenes a los

empleos que quedaran vacantes. Es verdad que esa política facilitó una renovación de fuerza de trabajo en España y la realización de casi toda la reconversión industrial, pero ahora, por la prolongación de la vida física de las personas, por el retardo progresivo de la incorporación al mercado de trabajo -ya no se produce a los 18 años sino cerca de los 30- y por las mejoras médicas y de calidad de vida, que permite que la gente con 65 años esté en buena condición física para prestar muchas actividades, se está planteando en la mayoría de los paí-

"Hay que evitar la quiebra o el excesivo debilitamiento de los planes privados de pensiones"

ses europeos la prolongación de la edad de jubilación.

Realmente, hoy el sistema tradicionalmente utilizado de prejubilaciones, y que, sin duda, dio en algún momento buenos frutos, no es ya positivo ni para nuestra economía ni para nuestro sistema de protección social y, en conse-

cuencia, se deberían proponer fórmulas, de carácter lo más flexible y voluntario que sea posible, de prolongación de la vida laboral, en la misma dirección que la adoptada por la mayoría de los países europeos.

— **En asistencia sanitaria, ¿en qué situación nos hallamos respecto a otros países europeos?**

Francamente, creo que España tiene uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Su calidad tiene mucho que ver con la extraordinaria cualificación de nuestros profesionales sanitarios. Se han adoptado medidas, creo que muy positivas, para coordinar el sistema sanitario en un país que ha descentralizado las competencias en esta materia, y para tratar de establecer criterios comunes homogéneos. Sin embargo, existen algunos problemas concretos que deben resolverse, sobre todo el de las listas de espera. En lo financiero pueden plantearse dificultades, porque el sistema sanitario se financia con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y supone mucho dinero. Por lo tanto, hay que mantener el nivel de la sanidad, pero tratar de controlar su gasto; por ejemplo en medicamentos, que es elevadísimo. Si nos movemos en ciertas direcciones de mejora de calidad, de mayor sensibilidad a las demandas del propio personal sanitario, podremos mantener un buen sistema de salud.

— **¿Las personas mayores tienen grandes dificultades para integrarse en la sociedad de la información?**

Me parece que, en general, España está muy retrasada en el desarrollo de

Vocación por la docencia y el diálogo social

Nacido en Madrid hace 61 años, aunque con raíces en Comillas (Cantabria), Jaime Montalvo preside el Consejo Económico y Social desde octubre de 2001. Su toma de posesión, con el voto unánime de todos los consejeros, le supuso volver al órgano del que formó parte entre 1992 y 1996 como consejero del grupo de expertos nombrado por el Gobierno socialista, y en el que presidió la Comisión de Relaciones Laborales y Empleo.

Catedrático de Derecho del Trabajo, entre 1972 y 1982 ejerció la docencia en las universidades del País Vasco, Granada y Oviedo. Posteriormente, fue director general del Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social (1982-84) y del Instituto Nacional de Administración Pública (1984-86). Tras su paso por la Administración volvió al ámbito académi-

co como rector de la Universidad de las Naciones Unidas por la Paz, en Costa Rica, y como rector de la UNED.

Ha mediado entre el Gobierno y los movimientos guerrilleros en los procesos de paz de Colombia, Guatemala y Nicaragua. En conflictos laborales de las empresas españolas Feve, Metro de Madrid y RENFE ha ejercido también esa tarea conciliadora que ahora intenta aplicar al frente del Consejo Económico y Social.

Aunque continúa interviniendo en cursos e impartiendo conferencias, Jaime Montalvo reconoce sentir "cierta añoranza" por la enseñanza. "La docencia -afirma- es mi mundo y, en particular, la UNED me es muy querida, pero desde el Consejo trabajo ahora en mi otra gran pasión, que es la de contribuir al desarrollo de políticas y pautas de diálogo social".



la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías. Aquí hay nuevos espacios que se ofrecen a los mayores, para comunicación, acceso a conocimiento, acceso a compañía... Es decir, muchas razones que hacen particularmente utilizables las aportaciones más recientes y permanentemente renovadas de esta sociedad de la información.

— **¿El Consejo Económico y Social mantiene el mismo objetivo con el que fue creado el 16 de noviembre de 1992?**

Sigue siendo el de colaborar con el Gobierno y con las instituciones y los poderes públicos a través de la expresión de opinión. En él están integrados las organizaciones empresariales y sindicales más representativas, así como las agrarias, las de productores pes-

"El sistema de prejubilaciones ya no es positivo y se deberían proponer fórmulas, lo más flexibles y voluntarias posible, para prolongar la vida laboral"

queros, las de consumidores y usuarios, las asociaciones de cooperativas y de sociedades laborales y los expertos nombrados por el Ejecutivo. Entre todos tenemos que ser capaces de buscar criterios que orienten adecuadamente la acción política del Gobierno. El Consejo es un organismo con poco o ningún poder ejecutivo, por lo que, al

no tener la "potestas", debe fundar su actividad en la gran legitimidad, en la "autoritas". Y en un trabajo de calidad, bien hecho, riguroso, en el que los poderes públicos colaboren con el Gobierno para buscar vías adecuadas que contribuyan a afrontar y solucionar los problemas económicos y sociales de España.



LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Un estudio realizado por el Observatorio de Mayores del IMSERSO

La dependencia de los mayores es uno de los temas sociales de más interés. El IMSERSO, a través de su Observatorio de Personas Mayores edita un documento estudiando sus retos y aportando soluciones. La revista SESENTA Y MÁS publica un extracto resumen con las aportaciones preferentes.

La dependencia puede definirse en función de cuatro dimensiones (Pacolet y col., 2000): física, mental, social y económica. La dependencia puede expresarse en términos físicos y mentales por medio de varias escalas (por ejem. La Escala de Actividad de la Vida Diaria, y el Cuestionario General de Salud). Sin embargo no hay enfoques estandarizados que permitan definir la dependencia física y mental, por lo que es difícil realizar comparaciones internacionales ahora, ni en un futuro próximo, a nivel de discapacidad y la necesidad de atención. La salud social comprende una definición del bienestar individual, distinta de la salud física y la salud mental. La salud social se refiere a la capacidad de las personas a funcionar como miembros de la comunidad e incluye indicaciones de cómo las personas se relacionan unas con otras en cuanto a sus interacciones personales y su participación social. Los indicadores de dependencia económica están relacionados con los recursos disponibles para las personas que les permitan participar significativamente en el ámbito económico y social de acuerdo con los estándares sociales. *“Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física psicológica o mental, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias”.*

La importancia que se concede en esta definición a las capacidades físicas y mentales no tiene nada de sorprendente. La valoración de las funciones físicas y mentales es muy importante y actualmente se realiza por profesionales en todos los países del Consejo de Europa, que utilizan diferentes escalas, y en ocasiones las combinan. En función de los resultados de estos análisis

se determinará el apoyo y el tipo de servicio que cada persona debe recibir del Estado, la duración y la localización de ese apoyo. La capacidad de las personas de cuidar de ellas mismas a medida que envejecen, determinará si pueden permanecer en sus viviendas o si necesitan cualquier tipo de asistencia de larga duración. En este sentido, las personas con dependencia desde su nacimiento o desde los primeros años de la vida se encuentran en una situación muy vulnerable a medida que se hacen mayores.

La dependencia es un estado producido por la falta de autonomía física, psíquica o mental, necesitando la persona ayuda para desarrollar su vida diaria

UN ENFOQUE DIFERENTE

Por muy importantes que sean, las capacidades físicas y mentales son sólo parte de los determinantes de todos los aspectos relacionados con la dependencia. De ahí la necesidad de abordar una definición de dependencia que incorpore un enfoque más global. Esto es especialmente importante en el caso de las personas que padecen algún tipo de demencia, donde la nueva cultura de asistencia nos reta a ir más allá del enfoque neuropatológico para entender la enfermedad y explorar el concepto de la personalidad en la demencia, en el marco de lo que Kitwood (1997) denomina el nuevo humanismo. En general, comunicación, participación y ciudadanía compartida son elementos fundamentales en la integración social de todas las personas mayores y la ausencia de uno de estos factores en sus vidas les lleva a una mayor dependencia. Las personas son interdependientes en relación con la calidad de sus vidas y la necesidad de

estar conectadas a otras personas. Es mediante la solidaridad y la interdependencia que las sociedades y las comunidades prosperan mediante la creación de un capital social valioso y sostenible.

CALIDAD DE VIDA

Al no haber acuerdo sobre la dependencia, no existe tampoco consenso en la definición de calidad de vida de las personas mayores (Bowling, 1998). Se ha desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto

de calidad de vida incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una “buena vida”. En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores ha sido utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria (e.j. Neugarten y col. 1961). Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de calidad de vida.

Recientemente se ha producido una mayor concienciación sobre la importancia de un enfoque fenomenológico del estudio de la calidad de vida mediante el cual se pregunta a las personas que den sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus propios objetivos en la vida (Bowling, 1998). En este enfoque, la calidad de vida no es solo multidimensional, sino que también tiene en cuenta la experiencia vital de las personas tal como la interpretan ellas mismas y los demás.

A Fondo LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Las dificultades asociadas con la medida de la calidad de vida no deben ser una excusa para no poner en marcha nuevas políticas. Se cuenta ya con una serie de hechos:

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.
- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad, y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.
- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.
- La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

PRIORIDADES Y DERECHOS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

El papel y la importancia de las personas dependientes debe potenciarse siempre. Las personas mayores deben involucrarse en la toma de decisiones con respecto a cómo se ofrece la asistencia y los cuidados. Las necesidades sociales, emocionales y psicológicas deben adquirir la misma importancia que las físicas o sanitarias. Esto debería hacerse por medio de un cuidadoso seguimiento de las influencias de los diferentes tipos de cuidados y estímulos hacia las personas mayores dependientes en diferentes tipos de contextos sociales y físicos. El énfasis en las experiencias y derechos de las personas

debería llevar también a la consideración de los derechos familiares y sociales y las responsabilidades con respecto al cuidado de las personas mayores dependientes. Para las personas con demencia, el proceso de asistencia debe buscar siempre proteger y alimentar el sentido de uno mismo que permanece con la persona mayor. Mediante intervenciones y terapias debe potenciarse la narrativa de la vida de las personas mayores con el fin de buscar la conexión con la totalidad de la vida de la persona y no sólo el componente de la demencia.

LA PRESTACIÓN GLOBAL DE CUIDADOS

La estrategia para el cuidado de las personas mayores dependientes debería ser tan amplia que cubra el amplio abanico de las necesidades de las personas

colos escritos deberán acompañar los servicios proyectados para garantizar la provisión global de servicios.

SOLUCIONES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Las personas mayores en general han expresado su preferencia a la atención domiciliaria frente a la institucionalización. Esta preferencia debería quedar reflejada, a la hora de planificar, en un compromiso económico que apoye y priorice la atención domiciliaria. Esto significa apoyar a los cuidadores familiares en su trabajo, mediante la garantía de unos derechos legislativos y la provisión de una adecuada formación y conocimientos. También se deben dejar fondos disponibles para el desarrollo de infraestructuras sociales necesarias que permitan a las personas

La sociedad debe potenciar siempre a los mayores dependientes, involucrándoles siempre en la toma de decisiones

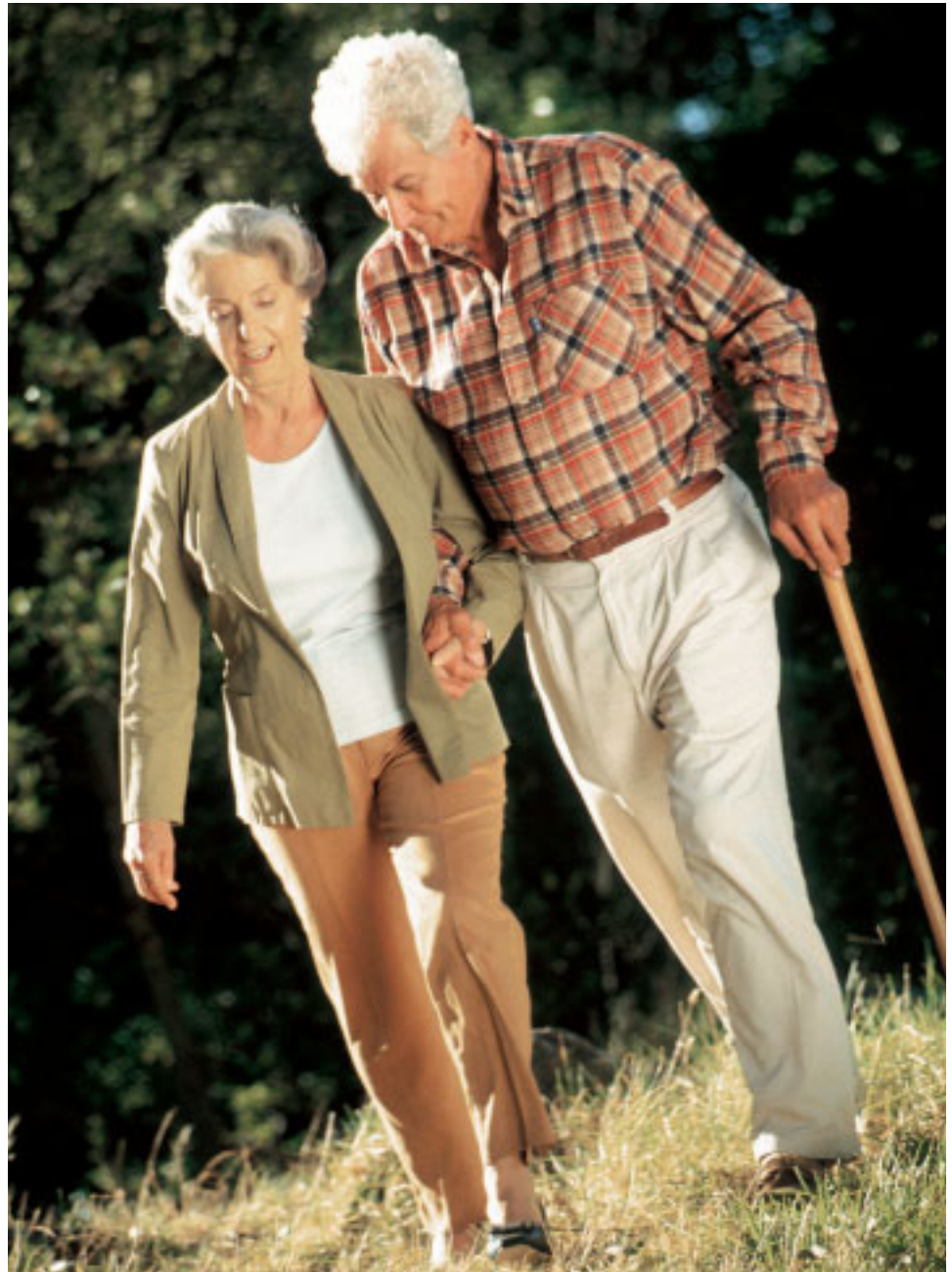
mayores. Cualquier estrategia a desarrollar debería, así pues, incorporar un punto de vista global de las necesidades de las personas mayores dependientes que vaya más allá de las preocupaciones relacionadas con la salud y lo biomédico de la interpretación de bienestar. Es importante responder a las necesidades de las personas sean del origen que sean, médicas, psicológicas, psiquiátricas, emocionales, económicas o sociales. Para que esto sea así, los sistemas de atención deberán incluir la provisión de mecanismos de apoyo formales e informales desde dentro y fuera de los estándares presupuestarios sanitarios. Las intervenciones deben dirigirse a las necesidades específicas, y donde sea posible, estándares específicos y proto-

mayores dependientes seguir viviendo en sus domicilios. Los hospitales de día, servicios de respiro familiar o la atención diaria son partes importantes de la infraestructura social, al igual que los servicios de visitas como las que realizan los profesionales de la salud o de ayuda a domicilio. Las nuevas tecnologías deberían igualmente desarrollarse en el ámbito de las personas mayores que viven en sus domicilios con el fin de crear un entorno lo más accesible posible. Debería existir un modelo integrado en el desarrollo de servicios para las personas mayores dependientes que viven en sus domicilios, capaz de ofrecer una atención adecuada cuando y donde más se necesite.

ASISTENCIA PRIMARIA Y COMUNITARIA

En general, la asistencia y los servicios de apoyo para las personas mayores dependientes deberían respetar la integridad, autonomía y dignidad de las personas mayores y fomentar su participación e independencia. El primer punto de contacto entre la persona mayor dependiente y los sistemas de asistencia sanitaria y social normalmente se produce con la visita del profesional de la salud. En este momento en el que normalmente comienza el proceso de asistencia. El médico es la persona que abre las puertas a una gran variedad de recursos para las personas mayores dependientes. Es importante, así pues, que la persona mayor tenga un acceso inmediato y fácil a la atención primaria. La integración del médico de familia en los sistemas sociales de asistencia también es relevante si se quieren poner en práctica los principios enumerados anteriormente. Es en los casos de demencia donde esta integración adquiere más importancia. Un diagnóstico precoz permite a las personas con demencia y a sus cuidadores acudir a los servicios y apoyos adecuados desde el principio. Un diagnóstico precoz no será de ningún modo, un diagnóstico precoz no será de ningún provecho para aquellas personas con demencia si no existen servicios comunitarios asequibles, o si éstos los desconoce el médico de familia. De este modo, un diagnóstico precoz debe complementarse con la prestación de servicios de apoyo comunitarios, incluyendo servicios de formación y orientación para las personas a las que se les haya diagnosticado una demencia para sus familiares.

En general, los servicios de atención comunitarios podrían estar dotados de una mayor consistencia en gran parte de los países europeos. El elemento clave en la prestación de servicios comunitarios es que éstos se caracterizan por ser glo-



bales y flexibles, con prestaciones determinadas más por los usuarios de los servicios que por los proveedores de los mismos. Desgraciadamente, los servicios de atención comunitaria en muchos países se limitan al trabajo sobrecargado de enfermeros o enfermeras y a la ayuda a domicilio básica. Las personas necesitan mucho más para continuar viviendo en sus domicilios cuando son dependientes. La vivienda, por ejemplo, es muy importante para los mayores dependientes que viven en sus domicilios. Desgra-

ciadamente, se están dando índices muy bajos de alojamiento apropiado para los mayores dependientes en Europa, a pesar de las innovaciones de los últimos años en viviendas protegidas en algunos países. Varios experimentos realizados en Austria sobre viviendas compartidas y ayuda a domicilio, a pesar de ser experimentos jóvenes, son buenos ejemplos de lo que puede alcanzarse mediante el desarrollo de ideas creativas e innovadoras en la asistencia a domicilio de personas con demencia.

ASISTENCIA POR PARTE DE LA FAMILIA

Los cuidadores tienen un papel importante en la atención a personas mayores dependientes y, desde un punto de vista social, no son un recurso gratuito. El tiempo dedicado al cuidado de un persona mayor dependiente por parte de un familiar significa que otras actividades, bien trabajo o de ocio, han tenido que ser sacrificadas. El cuidado de las personas mayores también puede suponer una “carga”, para los cuidadores que ven afectada la calidad de sus relaciones con otros familiares o amigos, o incluso afectar su salud. Estos costes deben ser considerados en el desarrollo de servicios para personas mayores dependientes y sus cuidadores.

La mayoría de los cuidadores familiares son mujeres: por ejemplo, tanto en Austria como en España más del 80 por ciento de los cuidadores son mujeres (Winkler, 1999; Rodríguez, 1997). Es importante aclarar, sin embargo, que los cuidadores no son un grupo homogéneo. Por ejemplo, las hijas pueden estar casadas o solteras y puede ser que tengan hijos o que no los tengan. Muchos cuidadores son mayores y puede que sean dependientes de una forma u otra. Una pequeña, pero significativa, proporción de cuidadores son hombres con necesidades y expectativas potencialmente diferentes a las de las mujeres cuidadoras (Wells, 1999). Estas diferencias deben reflejarse en el marco del desarrollo de políticas de apoyo a los cuidadores. Las necesidades de estas personas son variadas y completas y reflejan naturalezas individuales particulares.

ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

Los servicios de atención secundaria para personas mayores dependientes cubren tanto la geriatría como la psiquiatría geriátrica en los países en los que están reconocidas estas disciplinas.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

- Los servicios de apoyo y cuidados para las personas mayores dependientes deberían respetar la integridad, autonomía y dignidad de las personas mayores y potenciar su participación e independencia.
- La atención primaria debería extenderse y coordinarse con la atención social y la secundaria, y contar con profesionales convenientemente formados.
- Los servicios de ayuda a domicilio destinados a personas mayores dependientes deberían desarrollarse localmente y por personal bien formado, de manera flexible y coordinada, en el marco de un amplio sistema de atención social y sanitaria.
- Los centros de día y los servicios de respiro familiar deben hacerse llegar a todas las personas mayores dependientes, incluyendo a las personas con algún tipo de demencia.
- Las personas con demencia deben recibir cuidados especiales en entornos adecuados y por personas bien formadas en este tipo de cuidados.
- Cuando los miembros de la familia actúan como cuidadores, debe reconocerse su trabajo, dotándoles de una serie de derechos legislativos, así como sus necesidades.
- Las personas mayores dependientes deben gozar de una atención de larga duración de calidad en el marco de diferentes estructuras de atención dotadas de personal cualificado.
- Debe concederse una atención especial al desarrollo de una variedad de facilidades en geriatría, incluyendo hospitales de día, que son capaces de responder a las necesidades individuales.
- Deben estar disponibles servicios de valoración y rehabilitación, basados en la geriatría y en un enfoque multidisciplinar.
- La prevención de la pérdida de autonomía y de la dependencia de las personas mayores debe ser un principio central en las políticas sanitarias, sociales y medioambientales.

El papel de la geriatría reside en el diagnóstico, la evaluación y el control de las personas mayores. Hay necesidad de aumentar la investigación en servicios geriátricos y de psiquiatría geriátrica. La inversión en ambos sectores bien podría ser el catalizador del desarrollo de una oferta de servicios para personas mayores dependientes multidisciplinaria y multifacética. Estas prestaciones deberían incluir una buena planificación con una buena coordinación entre las estructuras de manera que se cree un enlace entre el paciente y los servicios de atención primaria y comunitaria.

En Europa y en otras regiones se ha venido produciendo un incremento de unidades de atención especializadas para personas con demencia, relacionadas a menudo con las facilidades de los centros de larga estancia (Downs and Marshall, 1997). Este desarrollo reconoce que algunas personas con demencia necesitan cuidados específicos adaptados a sus necesidades particulares. En Noruega, por ejemplo, hay unidades de atención especial en residencias para personas con demencias que necesitan cuidados continuos para vivir lo mejor posi-



ble de acuerdo a los límites fijados por la lesión cerebral que padecen. A pesar de que los costes de funcionamiento superen en un 10 por ciento al de las salas hospitalaria debido a que en estas últimas hay mayor personal contratado y las unidades son más pequeñas (con una media de ocho plazas por unidad), hay beneficios reales en términos de calidad de la atención. Las personas con algún tipo de demencia viven mejor y más años allí y están más tranquilos por lo que se les administran menos tranquilizantes (Lillesveen, 1989; Engenda, 1997).

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

El objetivo de la prevención de la dependencia es poder dar a cada persona que envejece las mayores posibilidades para evitar que se convierta en una persona mayor dependiente cuando alcance la vejez o, si fuera el caso, ser lo menos dependientes posibles, es decir, alcanzar un envejecimiento saludable. Muchas personas no llegan a la vejez por un muerte prematura causada por un modo de vida poco sano. La manera en la que vivimos ahora afectará la forma en la que viviremos en el futuro, o no viviremos.

La pobreza y desigualdad también puede ser una causa de una muerte prematura. Las diferencias en la mortalidad en los países se explican parcialmente, en una parte pequeña, por los niveles de desarrollo económico y la distribución de los recursos entre ricos y pobres. Mayores niveles de crecimiento económico y una mayor igualdad en la distribución de la riqueza tendrán un efecto positivo y muy significativo en el número de personas que llegan a la vejez. Las condiciones materiales y las estructuras socioeconómicas claramente afectan a un envejecimiento saludable.

La prevención de la dependencia física y la incapacidad mental se puede estimular en tres niveles: primario, secundario y terciario. La prevención primaria se centra primero y ante todo en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a través de la vacunación, programas de investigación y la identificación de los factores de riesgo potenciales, especialmente en el domicilio. La investigación en viviendas adaptadas para personas mayores dependientes y la adopción de tecnologías de asistencia adecuadas (p. ej. Sistemas de alarma remotos) son ejemplos de dos medidas de prevención primarias para personas que viven en sus domicilios. La prevención secundaria supone la identificación desde el comienzo de nuevas enfermedades o el empeoramiento de una enfermedad existente que se ha convertido en crónica. Unos servicios de valoración y rehabilitación apropiados son cruciales para una exitosa prevención secundaria. La prevención terciaria requiere un servicio médico geriátrico efectivo, basado en un modelo multidisciplinario, que analice todos los factores de riesgo mediante convenientes evaluaciones y métodos terapéuticos para personas mayores que viven en sus domicilios o

En Unión

Un único número para la atención inmediata de los servicios públicos en caso de urgencias y emergencias.

El teléfono de urgencias 112

Texto: Juan Manuel Villa
Fotos: 112 Madrid

El 112 es número único de llamada de urgencia en todos los países de la Unión Europea, de este modo los ciudadanos europeos pueden acceder, en su propio país o en otro estado miembro, de forma fácil y gratuita a todos los servicios de urgencia a través de cualquier teléfono.



El 112 coordina la actuación de los servicios de emergencia.

Las llamadas de cualquier ciudadano de la Unión Europea al número 112 permiten una atención adecuada, en casos de urgente necesidad, y la asistencia de los servicios públicos competentes en materia de urgencias sanitarias, de extinción de incendios y salvamento, de seguridad ciudadana y de protección civil desde cualquier lugar de la UE. De esta forma y tal como se refleja en la normativa europea, los Estados miembros garantizan que las llamadas al número de urgencias único europeo reciban la respuesta y la atención apropiadas.

En España este número único europeo de urgencias se enmarca legalmente en el Real Decreto 903/1997, de 16 de junio que toma la normativa europea y la desarrolla para todo el territorio español. En este Decreto se establece que el 112 debe “garantizar la respuesta y atención adecuada a las llamadas que se produzcan y asegurar una actuación rápida, ordenada y eficaz” de los servicios de urgencia, en el ámbito de las funciones y competencias de cada uno de ellos. Por otro lado, se establece que los ciudadanos accederán de forma gratuita a los centros de recepción de llamadas del 112.

Cualquier aparato telefónico permite conectar con el 112 para recibir ayuda de urgencia de forma gratuita

La prestación del servicio de atención de llamadas de urgencia 112 en nuestro país se lleva a cabo a través de las Comunidades Autónomas en sus respectivos territorios. Por ello cada Comunidad Autónoma ha establecido sus propios centros de recepción de llamadas de urgencia y las redes necesarias para establecer otros puntos de atención que hayan de proporcionar la asistencia que corresponda al objeto de las llamadas recibidas.

El carácter europeo de este servicio garantiza un acceso sencillo a los servicios de urgencias por parte de cualquier ciudadano en todas las Comunidades Autónomas y en muchas regiones de Europa al estar dotados los centros de recepción de llamadas de personal especializado mediante el que se salvan las barreras idiomáticas o las socio-culturales. El 112 sirve, de esta manera, para atender cualquier urgencia las 24 horas del día los 365 días del año en todo el territorio de la UE.

Las ventajas de este número único de urgencias se encuentran en su carácter útil por su gratuidad; su fácil memorización y marcación, y su capacidad de brindar una respuesta global, coordinada y eficaz ante una emergencia, además de minimizar los tiempos de actuación ante los sucesos. Así, un ciudadano que necesite ayuda urgente puede solicitarla marcando el 112 sin necesidad de saber a que servicio público la debe pedir y el teléfono específico en el que le pueden atender en función del suceso.

ATENCIÓN EFICAZ

El desarrollo de los servicios de atención de urgencias a través del



Una ayuda eficaz, en el menor tiempo posible es fundamental en las emergencias.

112 como número único de llamada de urgencia en las Comunidades Autónomas se ha ajustado a la nece-

Por este motivo el personal que atiende a los demandantes de auxilio dispone de una alta cualificación,

Las urgencias sanitarias son el tipo de ayuda más demandada por las personas mayores en el 112

sidad de una atención adecuada a las llamadas que lleve a la realización de una acción rápida, coordina y eficaz de los servicios públicos ante situaciones de urgencia.

De esta manera el esquema de funcionamiento de los centros de recepción de llamadas obedece a la necesidad de responder a las necesidades de ayuda de los ciudadanos.

por su preparación y experiencia, y garantiza a los ciudadanos eficacia y profesionalidad.

La recepción de llamadas en los centros de recepción del 112 tiene como fin fundamental dialogar con el demandante de ayuda y obtener de éste datos fundamentales como lugar y clase de incidente, existencia de heridos, gravedad o lesiones

TELEFONO 112

El 112 es el número de teléfono al que hay que llamar cuando existe una emergencia y se necesite ayuda.

- Proporciona acceso directo a los servicios sanitarios, seguridad ciudadana, bomberos, protección civil o salvamento marítimo.
- La llamada es gratuita y se puede realizar desde cualquier aparato telefónico público o particular con solo marcar las tres cifras.
- Desde un teléfono público no se necesitan monedas.
- Desde un edificio con centralita hay que obtener línea exterior y marcar el número.
- Desde un teléfono móvil hay que marcar los dígitos o la tecla S.O.S. si la lleva incorporada.
- Todos los ciudadanos pueden acceder a este teléfono.
- Las llamadas al 112 se deben referir a urgencias cuando la vida o algún bien se encuentren en peligro inmediato: accidentes, ayuda sanitaria urgente, incendios, agresiones, robos, rescates o catástrofes.
- Hay que contestar a las preguntas del operador
- Las contestaciones deben ser lo más claras posible.
- Hay que facilitar los datos sobre la urgencia.
- El comunicante debe seguir las indicaciones del operador.
- El 112 no es un teléfono de información a no ser que sea para una situación de urgencia.
- Las llamadas indebidas al 112 pueden entorpecer la labor de quienes atienden urgencias reales.
- Los niños deben conocer el número y aprender a usarlo apropiadamente.
- Coloque en un lugar visible del teléfono el número de emergencia único europeo 112.

que presentan y otros riesgos que se puedan derivar del suceso. Toda esta demanda de información permitirá prestar, en el menor tiempo posible, una atención adecuada al suceso.

La información obtenida se traspa a los sectores implicados en la urgencia que proceden a la evaluación del suceso y a la determinación de las acciones que se deben llevar a cabo. Si es necesario, y es

frecuente en sucesos relacionados con el sector sanitario, el demandante de ayuda pasa a hablar directamente con un técnico especializado que recabará más información y podrá facilitar atención telefónica al demandante de auxilio.

La evaluación del suceso en el centro de recepción de llamadas del 112 da lugar a la movilización de los recursos necesarios para atender el suceso. Esta movilización de

recursos adecuados se realiza de forma rápida. Por otro lado, el centro tiene en todo momento información de las acciones de los recursos que intervienen en el suceso, de las movilizaciones de recursos que se realizan o de las medidas que se adoptan para optimizar la actuación de los medios disponibles.

El establecimiento preciso del tipo de urgencia, la determinación de los servicios que están implicados en su resolución y la coordinación entre las unidades de ayuda movilizadas son elementos clave de la actuación de este servicio de atención de urgencias.

El seguimiento de las urgencias es otro de los pasos que se siguen. Este seguimiento lo realizan los técnicos especializados que reúnen información y controlan los tiempos de intervención. La conclusión de la asistencia por parte de los centros de recepción se produce cuando se ha asistido en la urgencia y los recursos movilizadas han retornado a sus bases.



ALEJANDRO MARTÍNEZ Director del Centro 112 Madrid

El centro que asume la gestión del teléfono único de urgencias europeo nace en Madrid en 1998 y en la actualidad recoge la mayoría de las llamadas de urgencias en esta Comunidad. El Director del Centro 112 Madrid, Alejandro Martínez, explica que el proyecto se ha desarrollado rápidamente porque “el 112 nace con un proyecto tecnológico muy evolucionado con capacidad para atender hasta ocho millones de llamadas y con capacidad para adaptarse a las nuevas necesidades que se fueran planteando”.

En este sentido, Alejandro Martínez destaca el aspecto tecnológico de este centro que permite la atención de las urgencias, la integración de los distintos servicios y la coordinación de las emergencias. Por ello Martínez subraya que “las necesidades del Centro hacen que este disponga de la tecnología más avanzada”. De esta manera, el 112 Madrid ya está probando una nueva plataforma que permita gestionar 12 millones de llamadas al año.

Así, los Centros de atención al teléfono 112 evolucionan continuamente para dar un mejor servicio a los ciudadanos. Martínez asegura que el 112 “tiene niveles de calidad comparables a experiencias previas, más consolidadas, como el teléfono único de urgencias estadounidense, 991, o las de los países nórdicos”.

El factor humano es otro de los pilares fundamentales del servicio del 112. Alejandro Martínez destaca el alto grado de formación y de conocimientos de los operadores del 112. Entre sus conocimientos se encuentra el del empleo de idiomas que permitan la atención a cualquier ciudadano europeo. De esta manera Martínez apunta que “las personas que trabajan en el 112 son profesionales preparados”.

“Estamos preparados para atender cualquier tipo de emergencia, incluida la caída de meteoritos” dice el Director del Centro 112 de Madrid en cuanto a la capacidad de este centro para asumir

cualquier emergencia. Para esto Martínez explica que “existe un plan de acción que sólo necesita disponer de dos elementos, uno es el lugar y el otro es el tipo de suceso. En uno o dos segundos los servicios que van a intervenir en la resolución de una urgencia disponen, simultáneamente de toda la información que ha recogido el personal del 112”.

Un elemento importante que puntualiza Martínez es la capacidad del 112 Madrid para localizar la llamada de urgencia desde el mismo momento que llega al centro. De esta forma, Alejandro Martínez explica que “el Centro dispone de la información del lugar donde se está efectuando la llamada. Con un fijo tenemos la localización exacta desde la que se produce la llamada, mientras que con un móvil podemos conocer la zona en la que se produce, esto junto a la información del comunicante permite ubicar el lugar exacto del suceso”.

La tecnología que permite localizar el lugar desde el que se produce una llamada de emergencia es muy importante porque de esta manera se tiene la posibilidad de actuar ante una urgencia aunque la persona que realiza la llamada no pueda o sepa discernir en que lugar se ha producido ésta. Sin embargo, el director del Centro 112 Madrid manifiesta que “la llamada ideal es la que verifica la localización, porque no siempre coincide la localización de la llamada con el lugar del incidente, y comunica el lugar y que



es lo que esta pasando. Este orden es importante porque sabiendo donde pasa algo podemos enviar siempre un recurso aunque no haya habido tiempo suficiente para comunicar que sucede. Así sabemos que pasa algo en un sitio determinado y se comprueba que está pasando”.

Una de las ventajas del 112, que recuerda Alejandro Martínez, es que este teléfono único “es el portal de acceso a todos los organismos de emergencias”, de manera que los ciudadanos no tienen que conocer otros números. Martínez dice que “el ciudadano tiene que tener la tranquilidad de saber que desde el momento que contacta con el 112 no se tiene que preocupar de nada porque se van a activar los recursos necesarios, de manera eficaz, y va a estar protegido y dirigido por la labor de los operadores”.

En cuanto a la utilización de este número por las personas mayores, Martínez comenta que en cada grupo de edad predominan unos tipos de llamadas. Así, los mayores suelen pedir asistencia para resolver problemas de tipo sanitario.

El tratamiento ante una emergencia muy grave de tipo sanitario, como un ataque al corazón, lleva a que el 112 consiga la localización y los datos precisos que se trasladan por terminales remotos, y simultáneamente a los servicios de ayuda. Dependiendo del tipo de emergencia, se traslada la voz del comunicante a un médico del organismo que va a actuar mientras los servicios han activado sus recursos. La comunicación con el médico es un soporte de ayuda para tranquilizar, para decir lo que no se debe hacer, para comprobar si la actitud de la persona que llama permite hacer algo que ayude en la situación, etc. Martínez apunta a que “primero se activa la ayuda y después se intenta mantener la comunicación con un especialista del ámbito sanitario”. Dependiendo del tipo de incidente se activa un recurso más o menos importante y se traslada la voz para verificar la sintomatología.

El Fondo de Reserva de las pensiones alcanza los 8.669 millones de euros

El Fondo de Reserva de la Seguridad Social ha alcanzado los 8.669 millones de euros (1,44 billones de pesetas) tras la decisión del Consejo de Ministros de ampliar la cuantía del Fondo en 1.200 millones de euros, a propuesta conjunta del ministro de Economía, Rodrigo Rato, de Hacienda, Cristóbal Montoro y de Trabajo y Asuntos Sociales, Eduardo Zaplana.

Así, en este año las dotaciones realizadas al Fondo de Reserva son de 2.402 millones de euros. Esta cifra supera en un 44,48 por ciento el objetivo fijado en el Acuerdo de Pensiones hasta el 2004, que era de 6.000 millones.

El presupuesto de la Seguridad Social para este año contemplaba ampliar la dotación del Fondo en 1.202 millones de euros. Sin embargo, los buenos resultados presupuestarios obtenidos han permitido ampliar este presupuesto inicial con la dotación adicional de 1.200 millones de euros. Así, en lo que va de año se han realizado dotaciones al Fondo de 2.402 millones de euros.

Ésta es la cuarta revisión consecutiva al alza que realiza el Gobierno gracias a los buenos resultados pre-



supuestarios. De esta manera, el Fondo de Reserva de la Seguridad Social representa en la actualidad un 1,2 por ciento del Producto Interior Bruto.

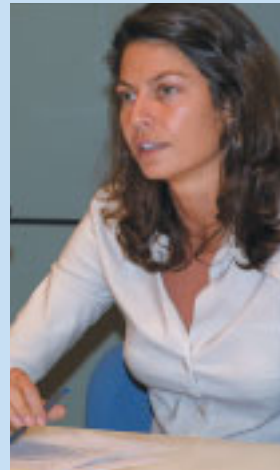
El Fondo fue creado con el fin de constituir reservas que permitan atenuar los efectos de los ciclos económicos bajos y garantizar el equilibrio financiero del sistema de pensiones. La creación del Fondo de Reserva en el año 2000 fue el resultado del cumplimiento, por parte del Gobierno, de la recomendación número dos del Pacto de Toledo y a los compromisos adquiridos en el acuerdo alcanzado con los sindicatos más representativos en octubre de 1996.

Estos acuerdos se recogieron en la Ley de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social de 1997. Actualmente, esta Ley forma parte del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social que establece que “con cargo a los excedentes de cotizaciones sociales que puedan resultar de la liquidación de los Presupuestos de la Seguridad Social de cada ejercicio económico, se dotará el Fondo de Reserva, con la finalidad de atender a las necesidades futuras del Sistema”.

Nueva residencia para personas mayores en Ubrique

La Secretaria General de Asuntos Sociales, Lucía Figar, ha inaugurado el Centro Residencial para Personas Mayores de la Fundación “Nuestra Señora de los Remedios” en la localidad gaditana de Ubrique.

El centro dispone de 70 plazas asistidas y 10 para estancias diurnas destinadas a la atención de las personas mayores. La financiación para la construcción de esta Residencia ha contado con la aportación del Ministerio de Trabajo y



Asuntos Sociales. De esta manera, se han destinado 396.485 euros, procedentes de 0,52 por ciento del IRPF, a la construcción de esta nueva residencia en Andalucía.

Nuevos nombramientos en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

El Consejo de Ministros nombró, a propuesta del ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Eduardo Zaplana, a Fernando Castelló como Secretario de Estado de la Seguridad Social, y a Javier Cepeda como Secretario General Técnico de Trabajo y Asuntos Sociales.

Castelló es Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Se destaca su amplia experiencia en el ejercicio de puestos de responsabilidad en la administración autonómica y local. Así, entre otros cargos, ha sido Conseller de Innovación y Competitividad; y de Industria, Comercio y



Fernando Castelló.

Energía de la Generalitat Valenciana.

Javier Cepeda es Licenciado en Derecho y ha desempeñado su actividad como Letrado de la Comunidad de Madrid, en el Cuerpo especial y en el Servicio Jurídico de Presi-



Javier Cepeda.

dencia. Además, de haber sido Vocal Asesor de la Secretaría General técnica del Ministerio de Medio Ambiente, Cepeda era Director del Gabinete Técnico del Subsecretario del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

FATEC celebra su 20 aniversario

La Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña (FATEC) celebra su vigésimo aniversario de acciones continuadas en pro de la potenciación de las asociaciones de mayores y de la cohesión del colectivo desde el aspecto participativo. Todo ello, para favorecer la presencia activa de los mayores en la sociedad.

En este aniversario esta entidad de mayores en



Cataluña ha programado una serie de actos entre los que destaca la reunión celebrada en el Palau de la Generalitat de Cataluña bajo la presidencia de Jordi Pujol. En este acto se repartieron los títulos

correspondientes a las entidades federadas, y se entregaron unas placas a las organizaciones fundadoras y a ex-directivos en reconocimiento a su trabajo durante los primeros años de FATEC.

La pensión a prorrata entre dos o más Estados tendrá en cuenta la cotización ficticia

El procedimiento de cálculo de las pensiones de jubilación y de viudedad a prorrata entre dos o más Estados tendrá en cuenta los periodos de cotización ficticios.

Esta novedad se ciñe a la aplicación de los Reglamentos Comunitarios, y de la sentencia dictada por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en octubre pasado. El Instituto Nacional de la Seguridad Social no computaba, hasta ahora, estos periodos de cotización ficticia para determinar la prorrata por entender que al no tener correspondencia en el tiempo con un periodo determinado no permitía su aplicación a estos efectos.

De este modo, la Entidad Gestora asume el contenido de la sentencia y aplicará su contenido a todos aquellos expedientes que se incoen con posterioridad a la misma. Por otro lado, los supuestos resueltos con anterioridad a la sentencia sólo se revisarán si el interesado lo solicita expresamente en el correspondiente Centro de Atención e Información de la Seguridad Social.

Esta solicitud expresa del interesado se debe a que la revisión conforme al nuevo criterio no siempre será favorable al interesado. Así, un incremento de la parte de la pensión española llevará a una comunicación a la Institución competente del otro Estado a efectos de la regularización que, en su caso, proceda respecto a la parte de la pensión asumida por el otro país.

La discriminación salarial hacia las mujeres, objetivo preferente de la Inspección de Trabajo

El ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Eduardo Zaplana, presentó el Plan Nacional de Acción de la Inspección de Trabajo para erradicar cualquier discriminación por razón de sexo. Una atención especial recibirá por parte de la Inspección la discriminación salarial y el acoso sexual.

El Plan tiene como principal objetivo el de progresar en el grado de aplicación del principio de igualdad de género, en ejecución de la legislación



La Inspección luchará contra la discriminación salarial hacia las mujeres.

vigente en esta materia. Así, el texto presentado, ya en vigor, es una consecuencia del IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres que fue aprobado en Con-

sejo de Ministros en el mes de marzo.

Las actuaciones de inspección prioritarias tendrán como objetivo el controlar la discriminación, el acceso y permanencia en

el empleo por razón de sexo, y vigilar el cumplimiento y protección preventiva en materia de maternidad.

La atención preferente se materializará en la tramitación y comprobación de todas las denuncias que se reciban sobre estas materias. De esta manera, las comprobaciones correspondientes a éstas deberán iniciarse 24 horas después de que se reciban las mismas, además durante su trámite y hasta su finalización tendrán prioridad sobre otros asuntos en trámite.

Por otro lado, el Plan establece una reducción de nueve a dos meses del plazo para la realización de todas las actuaciones previas de comprobación de los hechos denunciados. Además, la acción de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social no se detendrá ante una denuncia de estas características aunque los denunciados hayan presentado también demandas ante los órganos jurisdiccionales del orden social.

Por último, se destaca que para la aplicación de este Plan de Acción se determinan como sectores prioritarios, en la labor de inspección, todos aquellos que emplean en una mayor proporción a mujeres.

Zaplana explicó a las asociaciones de discapacidad el Plan de Accesibilidad 2004-2012



Eduardo Zaplana, ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, explicó a los miembros del Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) las líneas generales sobre las que se desarrollará el Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, que será aprobado por el Consejo de Ministros.

Zaplana destacó que el Plan gira en torno a los

objetivos de "accesibilidad universal y de diseño para todos". De esta manera, los fines fundamentales se orientan hacia la eliminación de barreras y la necesidad de garantizar que todos los entornos, productos y servicios deben ser accesibles para las personas con discapacidad.

El desarrollo y ejecución del Plan implicarán a todas las administraciones territoriales, con

el objetivo de mejorar la coordinación y eficacia de todas las acciones que se desarrollan en esta dirección.

El Plan Nacional de Accesibilidad es uno de los compromisos e instrumentos más importantes contenidos en la Ley de Igualdad de Oportunidades y No discriminación de las personas con discapacidad, que se encuentra en tramitación parlamentaria.

EN ESTE NÚMERO

JORNADAS SOBRE DERECHO DE ASILO Y REFUGIO EN ESPAÑA

- Normativa común en la petición de asilo y refugio.
- Por un acuerdo satisfactorio para todas las partes.
- Diferentes Programas de acogida y refugio.
- El contexto europeo y la Convención de Ginebra.
- Entrevista: **DEBORAH ELIZONDO**: Jefa de la Unidad de Protección de UNHCR-ACNUR España.

LAS PERSONAS MAYORES Y LA DISCAPACIDAD: UN ENFOQUE DESDE LA PREVENCIÓN

- Reflexiones acerca de la edad y la dependencia .
- Esperanza de vida y discapacidad.
- Potenciar la salud y el bienestar físico.
- Envejecimiento y Salud mental.
- Discapacidad y Retraso Mental.
- Diferentes enfermedades y pronósticos.
- **ATAM**: 30 años al servicio de la discapacidad.

Publicaciones

- Como entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar.
- La edad adulta.



De izquierda a derecha: Carlos Boggio, representante de UNHCR-ACNUR en España; Fernando Oliván, coordinador del Aula de Migración del ICAM; Erika Feller, directora del Departamento de Protección Internacional de UNHCR-ACNUR Ginebra; Gloria Bodelan, subdirectora general de asilo del Ministerio del Interior y Juan Aycar, vocal asesor del IMSERSO.

Jornadas sobre Derecho de Asilo y Refugio en España

Texto y fotos: M^o Carmen Sanz

Estas jornadas se encuadran dentro de la celebración de una serie de actos relativos a los Derechos Fundamentales de los Extranjeros en el marco del 25º aniversario de la Constitución Española, y dio a conocer las novedades legislativas que sobre esta materia se han producido recientemente en el marco de la Unión Europea.

En 1951 la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados sentó las bases sobre el “derecho de asilo”, aquella protección que obtiene toda persona extranjera que, encontrándose fuera de su país de origen, tiene fundados temores de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad o pertenencia a determinado grupo social o político. La conmemoración de la firma de este acuerdo por parte de España, constituyó el origen de estas jornadas.

Su apertura dio comienzo con un apunte, por parte de los ponentes, sobre los documentos básicos en los que se basan todas las acciones sobre el tema de la protección a los refugiados y la petición de derecho de asilo en todo el mundo, recogidos en la Convención de Ginebra de 1951, en la cual se aprobó el Estatuto de los Refugiados, y su posterior modificación con el Protocolo de Nueva York, en 1967.



Deborah Elizondo, jefa de la Unidad de Protección de UNHCR-ACNUR España y José Luis Santamarta Rodríguez, Abogado y letrado del SOJE.

Estos documentos constituyeron un punto de partida decisivo, ya que en

ellos se fijaron las primeras definiciones sobre “refugiados” o “solicitudes

Uno de los problemas que encuentran los refugiados es la falta de información sobre los procedimientos que tienen que seguir para solicitar asilo.



Erika Feller, directora del Departamento de Protección Internacional.

de asilo”, haciendo referencia a cuestiones como los requisitos personales válidos para pedir este tipo de protección, o el reconocimiento, por parte de los estados de acogida, de una serie de derechos para aquellos que se encuentran en dicha situación.

Normativa común en la petición de asilo

La petición del derecho de asilo, tanto en España como en la Unión Europea, y su protección jurídica abrieron el debate en la primera de las mesas redondas, en la que

Deborah Elizondo

JEFA DE LA UNIDAD DE PROTECCIÓN DE UNHCR-ACNUR

“La Unión Europea tiene que lograr métodos más justos y eficaces de asilo y refugio”



¿Cuáles son los principales problemas con los que se encuentran las personas que viajan a España en busca de asilo?

Una de las principales complicaciones es la desinformación sobre los derechos que tienen y qué tipo de organismos y ONG existen para orientarles mejor sobre su solicitud de asilo. Otra es el retraso en la tramitación de las solicitudes, ya que hay personas que llegan a España, y a los tres años todavía siguen viajando de una provincia a otra sin que se haya estudiado su caso.

¿Cómo se pronuncia ante esto la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio?

En esta Comisión de Asilo y Refugio, el ACNUR tiene voz pero no tiene voto, y señala alguna discrepancia en cuanto a la interpretación de algunos de los conceptos que rodean la definición de refugiado, que estamos tratando de discutir para llegar a un acuerdo con la administración española, porque hay casos en los que el derecho de asilo está siendo denegado, ya que en su interpretación existen diferencias entre la administración y el ACNUR.

¿Qué tipo de trabajos realiza el ACNUR con los refugiados cuando llegan a España?

Tenemos la misión de la admisión en frontera o territorio, ayudándoles e informándoles sobre lo que deben hacer al llegar aquí. También realiza-

mos informes a la Audiencia Nacional o al Tribunal Supremo cuando nos piden datos sobre los solicitantes; debatimos temas de política estratégica con los directores generales o los delegados para la inmigración, o preparamos jornadas de información y difusión de los derechos de los refugiados, como lo estamos haciendo aquí mismo.

En cuanto al tema del asilo de refugiados, en estos momentos ya se está hablando de establecer un sistema europeo común, ¿qué beneficios tendría la implantación del mismo?

Entre los objetivos de crear un sistema común dentro de los países que forman la Unión Europea se encontraría el de acabar con los “movimientos secundarios”, es decir, evitar que una persona vaya pidiendo asilo por los diferentes países hasta escoger el que más le guste; y a la vez intentar que se logren métodos de asilo más justos y eficaces.

¿Cómo se pronuncia ante esto la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio?

Las peticiones que se reciben aquí siguen siendo en su mayoría de colombianos, aunque el número se ha reducido en un 58% debido a la introducción del visado hace más de un año. También existen muchas solicitudes de nigerianos, argelinos y cubanos, pero en menor medida, y por último una variedad de personas del continente africano.

fundamentalmente se trató el tema de los derechos de los refugiados.

En este sentido el abogado José Luis Santamarta Rodríguez explicó que, en estos momentos, las normas mínimas de acogida que se aplican dentro del marco europeo han quedado establecidas en una Directiva aprobada por el Consejo de la Unión Europea en el mes de enero de este mismo año.

Este documento abre un nuevo camino en la ratificación de los derechos que tiene cualquier solicitante de asilo, entre los que se encuentran algunos tan fundamentales como el de información, facilitarle un documento válido que certifique su condición mientras su solicitud está en trámite, escolarización y educación de menores, atención sanitaria y derecho de ser asistido por un letrado nada más llegar al país.

Precisamente esta última cuestión despertó un enorme interés entre los asistentes, muchos de ellos abogados especializados en casos de extranjeros que habían pedido el derecho de asilo en nuestro país. La mayoría de ellos coincidió en la importancia de que en los aeropuertos, puestos fronterizos o puertos, exista un letrado que informe sobre lo que significa el derecho de asilo, que tipo de documentos hacen falta para solicitarlo, o como llevar a cabo los trámites de solicitud. En estos momentos tanto el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) como los diferentes Colegios de Abogados están prestando este tipo de servicio de una manera gratuita.

Por un acuerdo satisfactorio

Por su parte, Deborah Elizondo, Jefa de la Unidad de Protección de UNHCR-ACNUR España, expresó su conformi-

dad con la creación de unas normas comunes de asilo en todos los países europeos, ya que de esta manera se evitaría que muchos refugiados fuesen realizando sus peticiones de un país a otro en busca de mejores condiciones, aunque también reconoció que “no todo es positivo, ya que siempre existe el riesgo de que en las negociaciones para el establecimiento de una norma común los derechos sean recortados, en detrimento de los solicitantes de asilo, en un intento de llegar a un acuerdo que satisfaga a todos los países”.

Paralelamente a la aprobación de la Directiva Comunitaria, estas Jornadas sobre Derecho de Asilo y Refugio sirvieron para dar a conocer el Reglamento por el cual se establecen los criterios y mecanismos comunes para la valoración de una solicitud de asilo, y que se aprobó pocos días después de la Directiva. En él se establece que todas aquellas solicitudes de asilo presentadas en cualquiera de los países comunitarios tendrán la misma consideración y serán valoradas siguiendo idénticas pautas.

Programas de acogida y refugio

Muchos de los programas de acogida a solicitantes de asilo en España son llevados a cabo por el IMSERSO. Juan Aycar, representante de este organismo, explicó que una de las metas más importantes que persiguen estos programas de acción global, reside en buscar soluciones duraderas, “todo ello cumpliendo los derechos que les están reconocidos a los extranjeros y con un compromiso claro de protección al refugiado”.

Entre las líneas de actuación que se están llevando a cabo, (gestionadas conjuntamente con ONGs como Cruz Roja Española, Comisión Espa-



Juan Aycar, vocal asesor del IMSERSO.

La atención sanitaria, una adecuada escolarización y educación de los menores, la asistencia jurídica o el acceso a la formación profesional son derechos reconocidos en la normativa europea.

ñola de Ayuda al Refugiado o Comisión Católica Española de Migración) se encuentran la atención al refugiado en aeropuertos, puertos y zonas fronterizas; alojamiento en centros de acogida; ayudas para gastos de manutención; asesoramiento legal o la protección a la salud.

El representante del IMSERSO también destacó que “dentro de los programas de se ha dado una mayor atención a aquellos grupos que presentan un mayor grado de vulnerabilidad como son las personas mayores, mujeres solas con cargas familiares, niños y adolescentes”.

Para finalizar las jornadas, Carlos Bogglio, Representante de UNHCR-ACNUR en España, incidió en la precaria situación en la que viven los refugiados más jóvenes, ya que muchos de ellos sólo han conocido la vida en los campamentos, y en numerosas ocasiones estos lugares constituyen la base del reclutamiento de menores para la lucha en conflictos armados. El delegado de ACNUR recordó que el próximo año los actos conmemorativos del Día del Refugiado tendrán lugar en Barcelona, animando a los presentes a participar en los mismos.

ATAM y la SEGG organizan unas jornadas para un envejecimiento saludable

Las personas mayores y la discapacidad: un enfoque desde la prevención



De izquierda a derecha, Javier Clemente, Presidente de ATAM e Isidoro Ruipérez, Presidente de la SEGG.

Texto : Marisa Domínguez

Fotos: Andrés García

La Asociación Telefónica para Asistencia a Minusválidos (ATAM) y la Asociación de Geriátría y Gerontología (SEGG) organizaron en la sede de la Fundación ONCE un encuentro científico-técnico, en el que se debatieron los distintos tipos de actividades preventivas hacia un envejecimiento activo y saludable.

Isidoro Ruipérez Cantrera, presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) comenzó las jornadas enunciando una serie de consideraciones que se deben tener en cuenta cuando hablamos de las personas mayores.

Entre otras cuestiones, apuntó que el alto envejecimiento de la población en un país debe considerarse un logro y no una carga o problema. “Toda persona mayor debe sentirse orgullosa por

haber llegado hasta allí. Además, la vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra. No es justo que se fomenten temores y sobresaltos”, apuntó el presidente de la SEGG.

REFLEXIONES ACERCA DE LA EDAD Y LA DEPENDENCIA

En este decálogo de las personas mayores resaltó, Ruipérez, que es conveniente subrayar que la dependencia no es una consecuencia de la edad. Además es posible disminuir la frecuencia e intensidad de ésta, con una buena prevención y promoción de la salud. “Tienen que desaparecer todas las formas de discriminación por la edad y garantizar el derecho de una atención específica a la salud de los mayores, derecho básico que se con-

templa en el artículo 50 de nuestra Constitución”.

En cuanto al apoyo a las familias en los cuidados, subrayó que es necesario una Ley de Dependencia justa donde se garanticen los cuidados de calidad. Por último, recordó que la vejez no se debe relacionar con terminalidad, algo que con frecuencia se trasmite, incluso en los ámbitos sanitarios.

“Simplemente al final de la vida uno tiene que cuidarse más, aunque sea a veces complejo y difícil, algo que da respuesta la Geriátría”.

ESPERANZA DE VIDA Y DISCAPACIDAD

Continuó en la misma línea de análisis M^a Teresa Alarcon, experta en Geriátría, y quien continuó evaluando las consecuencias derivadas del incremento en la esperanza de vida, apoyándose en su experiencia en el Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Recordó de nuevo, que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y que simplemente hay que cuidarse más, evitando siempre los problemas músculo-esqueléticos que pueden producir mucha discapacidad.

La mayoría de las lesiones o complicaciones son consecuencia de que con la edad las articulaciones son menos elásticas. Se producen también importantes cambios en los colágenos de los tendones o modificaciones en el sistema hidroelectrolítico y disminución de la masa muscular.

A esto hay que añadir el descenso de la percepción de la sed, “y aunque dis-

minuyan las ganas, hay que continuar bebiendo e incluso incrementar la cantidad de líquido ingerido.

En cuanto al sistema gastrointestinal, hay una disminución de las células parietales con un mayor tiempo del tránsito en el colon, y por último, una disminución del tono muscular de uréteres, uretra y vejiga.

POTENCIAR LA SALUD Y EL BIENESTAR FÍSICO

Completando y apoyando esta información, el Doctor José Luis García Sierra, afirmó que la educación sanitaria se puede practicar de muchas maneras: higiene correcta de la piel, manos, boca y oídos, actividad física, alimentación adecuada etc... Así mismo, se deben eliminar hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol; cuidando la salud mental y fomentando las relaciones personales y sociales.

Hay que tener cuidado con el medio ambiente practicando ocio constructivo y manteniendo la actividad sexual.

García Sierra, señaló también, que “los beneficios de la actividad física y deportiva son muchos, ya que frena la atrofia muscular, evitando la obesidad. Sin embargo no hay que olvidar que hay deportes desaconsejables como el esquí, el rugby o practicar el alpinismo y el montañismo”.

Por último, añadió que “son muy importantes para evitar y prevenir enfermedades, las vacunaciones como la antigripal, antitetánica o la aneumónica; debiéndose realizar exámenes de salud, mamografía, frotis vaginal, colesterol, hipertensión, tacto rectal y PSA, radiografía de tórax y citología de esputo”.

Todo esto teniendo en cuenta que la nutrición es determinante y se debe comer cinco veces al día, basando la alimentación en una dieta básica: carne, pescado, huevos, hortalizas, cereales, leguminosas y frutas, usando las grasas y aceites con moderación.



Mª Teresa Alarcón, Equipo de valoración y cuidados geriátricos del Hospital La Paz de Madrid.

ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL

En cuanto a la socialización y relaciones interpersonales, el psicólogo Miguel Costa habló del envejecimiento activo, el llamado “empowerment”, que consiste en potenciar la salud, dar poder a las personas para conseguir la salud y el bienestar, frente a la indefensión e impotencia. En palabras de este experto, sería algo así, “como la capacidad de lograr y retener el control de la propia vida que está frecuentemente correlacionado con un estado saludable, siendo muy importante que los mayores tomen decisiones”.

La cuestión, para este especialista, psicólogo en el Ayuntamiento de Madrid no es “dar años a la vida, sino dar vida a los años”.

Cuando se habla de mayor se hace referencia a personas con creencias, con experiencias, con conocimientos etc., Afirmando que “el concepto social que vivimos es cicatero con los mayores, y un envejecimiento saludable exige que el individuo tenga control en su vida”. Obtener resultados en la vida, señaló Miguel Costa, deja huellas e impregna nuestra biografía. Aun-

que existe mucha indefensión e impotencia cuando uno se desanima y no logra ciertas cosas en la vida.

¿Qué implicaciones tiene esto?, se preguntó y preguntó a los asistentes. “La vulnerabilidad biológica tiene implicaciones funcionales, no salir de casa, sobre-envejecimiento, pérdidas sensoriales, de funciones, del control debido al ambiente errático, desorganización e inseguridad”.

ENVEJECIMIENTO Y RETRASO MENTAL

Este encuentro sirvió para que Matilde Fernández-Cid, socióloga, presentara un estudio sobre “Los procesos de envejecimiento en las personas con retraso mental”, realizada por la Asociación AFANIAS para el IMSERSO.

En él, se pone de manifiesto la gran heterogeneidad en el mundo de la discapacidad y en el del envejecimiento. Por este motivo, se estudió la pluralidad de situaciones en el tiempo. Esto demostró que en los últimos años ha habido un incremento de esperanza de vida en las personas con discapacidad psíquica.

ATAM. 30 AÑOS AL SERVICIO DE LA DISCAPACIDAD

La Asociación Telefónica para Asistencia para Minusválidos es una organización con una larga trayectoria al servicio de las personas con discapacidad. Son en total 30 años, asesorando y apoyando acciones preventivas a las minusválidas, salvaguardando los derechos de los socios y organizando diferentes eventos. Esta es la primera vez que tratan la problemática de las personas mayores y la discapacidad.

El director de ATAM, Javier Clemente, ha señalado muchas veces que “la sociedad evoluciona, y hay cambios demográficos y nuevas necesidades. La decisión de organizar estas Jornadas ha sido por la cantidad de socios de ATAM que envejecen y desarrollan una discapacidad”.

En este sentido para Javier Clemente sería importante la aprobación de una Ley de Dependencia para garantizar una cobertura socio-sanitaria con el esfuerzo de todos, sin distinción política. “Esto se puede llevar a cabo si desde el mundo del asociacionismo se realiza un esfuerzo y se presiona, porque desde el año 1996 ha habido un incremento de la oferta de servicios y proyectos residenciales, pero también un incremento de la oferta de mayores, por lo que es necesario dar respuestas urgentes, y crear y mejorar los servicios sociales para mayores con un sistema de redistribución equitativo”.

La profesora Fernández, de la Universidad Complutense de Madrid, leyó una de las entrevistas de la investigación, realizada a un gerente de una residencia geriátrica que se expresó poniendo dos ejemplos concretos: “Tenemos en la Residencia dos niños-adultos que son calcados, como dos gotas de agua, pero uno tiene cuarenta y seis años y el otro veintidós. Uno, nuestro de toda la vida, hijo de socio fundador, está en la residencia desde que se inauguró. En los últimos años ha pagado un



Isidoro Ruiperez, Presidente de la SEGG.

bajón importante, está ya postrado en una silla de ruedas y tiene problemas de plasticidad. La fisioterapeuta le ha venido muy bien, aunque ya le ha cogido en el proceso de envejecimiento. El otro, con veintidós añitos, a partir del año que viene disfrutará del área de rehabilitación, aunque siga en el centro ocupacional. El joven cuando llegue a los cuarenta y seis años no va a estar como el otro, ni parecido, seguro...”.

Estos ejemplos, añadió Fernández, debe servir para reflexionar en torno a estas experiencias vividas y no precipitar una respuesta unidireccional en el actual debate acerca del inicio del envejecimiento de este colectivo.

Por eso, matizó “son necesarias la autonomía, la prevención y la participación para planear y trabajar una perspectiva nueva del retraso mental, con un trabajo conjunto entre todos los sectores”.

María Reyes Avila, doctora en el Hospital Virgen de la Poveda de Madrid, habló sobre los problemas de salud mental del mayor.

Entre otras, mencionó la demencia, con unas crecientes tasas de incidencia y prevalencia. En Europa, se dan 700.000 nuevos casos de demencia cada año.

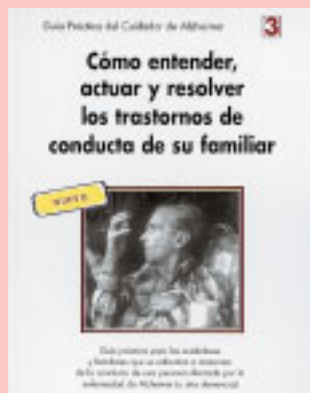
DIFERENTES ENFERMEDADES Y PRONÓSTICOS

El delirium, enfermedad que tiene una gran relevancia en geriatría, no sólo por su frecuencia sino también por sus consecuencias, la convierte en un indicador de gravedad de la enfermedad subyacente como un factor de peor pronóstico.

La depresión, añadió la doctora Avila, es el trastorno más habitual entre los mayores, junto con la ansiedad, acompañada de pensamientos de terror, inquietud o anticipación de daños imaginados. Además, el envejecimiento biológico está marcado por cambios en los patrones de sueño-vigilia, que tienden a reducir la intensidad, profundidad y continuidad del sueño, disminuyendo la calidad e incrementando su vulnerabilidad a otros factores. Por eso, señaló “es necesario hacer una historia clínica cuidadosa”.

Por último, apuntó los trastornos debidos al uso del alcohol y otras sustancias, como por los hipnosedantes, que constituyen un fenómeno creciente entre los adultos mayores de 60 años, situaciones que “sin embargo, son infravaloradas, mal identificadas e infradiagnosticadas, y por tanto mal tratadas médica y farmacológicamente”.

Coordina:
Araceli del Moral



CÓMO ENTENDER, ACTUAR Y RESOLVER LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DE SU FAMILIAR
Guía práctica del Cuidador de Alzheimer.

Autores: Rafael Casquero Ruiz y Jacques Selmes.

Edita: MEDITOR.

C/Pedro Muguruza, 1-6° C

28036 Madrid

Tfno.: 91-343.11.65

Fax 91-359.54.50

alzheuro@yahoo.es

Entender para actuar mejor

La enfermedad de Alzheimer comporta una serie de trastornos de comportamiento, ya desde su fase inicial. Los familiares, cuidadores, personas cercanas al enfermo precisan conocer los primeros síntomas de esta enfermedad, de causa aún desconocida, para poder entender y actuar.

El daño cerebral que provoca esta enfermedad, debido a la degeneración y muerte posterior de las neuronas, se manifiesta en un primer estado mediante algunos trastornos de conducta de forma muy leve. Primero se dañan los tejidos cerebrales responsables de las funciones mentales superiores: el pensamiento abstracto, la memoria reciente, el cálculo... Después comienza el deterioro de otras zonas cerebrales más necesarias para el normal

desarrollo de la vida diaria: el movimiento para alimentarse, asearse, caminar.

Pero la persona enferma no pierde todas sus facultades a la vez, es consciente en parte de su deterioro, lo cual desencadena con frecuencia una depresión y también sentimientos de ansiedad por su impotencia para poder manejarse en su vida diaria y relacionarse con sus seres queridos.

Ellos se enfrentan ante una situación nueva que exige conocer estrategias que le permitan prevenir y manejar mejor las situaciones conflictivas.

Esta Guía contempla las reglas básicas de actuación del cuidador para enfrentarse con éxito a estas diversas alteraciones, de las que se ofrece su descripción y un testimonio.



LA EDAD ADULTA
Una nueva etapa para educarse.

Autora: María Luisa De Natale.

Edita: NARCEA, S.A.

EDICIONES 2003.

C/Dr. Federico Rubio y

Galí, 9 - 28039 Madrid

narcea@narceaediciones.es


Mantener un continuo aprendizaje

La educación en la edad adulta es un derecho para la persona y una necesidad para comprender y enfocar la evolución de su entorno.

Con esta obra se afronta el tema de la educación de personas adultas recorriendo su itinerario histórico, su problemática y los campos actuales de su investigación. Analiza el concepto de adultez desde la psicología, atendiendo a la metodología, a las estrategias didácti-

cas y a los procesos de aprendizaje propios de este sector de la investigación pedagógica. Los campos de intervención, propios de la edad adulta, como son la familia y el trabajo, también son estudiados.

También dedica un importante capítulo a la formación y competencias profesionales de los "agentes" de la formación, es decir, de los educadores de personas adultas.



**“Abuelo,
¿puedo tocar
un botón?”**

**210 centros de mayores
abren las puertas de sus
aulas informáticas a los niños**

¿Quién mejor que una persona mayor para enseñar, motivar y comprender a un niño?

¿Quién mejor que un niño para hacer sonreír a una persona mayor?

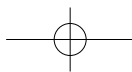
Las aulas informáticas de los centros de mayores abren sus puertas este verano a los niños para que pequeños y mayores compartan ilusiones, juegos y vivencias, y se enriquezcan mutuamente con la experiencia.

Infórmate en el 902 22

30 40 o en www.clubestrella.com



Fundación "la Caixa"



Presentación del proyecto “Los Mayores también Cuentan”

Más de cien personas, representantes de los diferentes sectores del mundo de los mayores y los servicios sociales y de educación, participaron en la presentación del proyecto “Los Mayores también Cuentan”, que se llevó a cabo en los Servicios Centrales del IMSERSO.

Se trata de un programa llevado a cabo por la Fundación Girasol en colaboración con el IMSERSO, que pretende confluír los aspectos clínicos del entrenamiento en memoria con las actividades lúdicas y de participación social. Para ello el proyecto desarrolla las áreas de Voluntariado de Mayores, Formación de Formadores e Investigación.

Al acto acudieron los voluntarios del programa que llevan desarrollando su actividad como cuentacuentos, con gran éxito, desde noviembre del pasado año. También acudieron, invitados por el programa, un grupo de cuentacuentos de mayores del pueblo barcelonés de Castellbisbal. Ambos grupos llevaron a cabo una contada de cuentos en la que no faltaron las experiencias personales, el humor, la creatividad y, en especial, la enorme satisfacción y cariño con la que realizan esta actividad.



El área de investigación presentó un informe sobre la evolución de la memoria de los mayores del proyecto, que mostró que éstos han mejorado sus rendimientos en las cuatro áreas que se consideran fundamentales: memoria, quejas de me-

moría, estado de ánimo y perfil de salud. Según los datos de la evaluación, realizada por psiquiatras y psicólogos, el proyecto proporciona beneficios evidentes en el aspecto cognitivo y de salud mental de los participantes.

Manuel Domínguez López nuevo Subdirector General de Gestión del IMSERSO

Hasta ahora Consejero Técnico de la Secretaría General del IMSERSO, Manuel Domínguez, ha sido nombrado subdirector General de Gestión del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Manuel Domínguez es licenciado en Filosofía y Letras, sección de psicología, y desde 1974 trabaja en la Administración de la Seguridad Social desempeñando distintos cargos de responsabilidad vinculados, la mayoría de ellos, a la inspección y gestión de personal. Es buen co-



nocedor del Instituto y en él ha desarrollado, entre otras funciones, la gestión de personal durante el período 1999 a 2002, en calidad de Subdirector Adjunto.

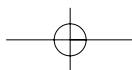
Curso de verano sobre personas dependientes

El IMSERSO, en colaboración con la Fundación General de la Universidad Complutense, organizó en San Lorenzo de El Escorial el Curso de Verano: “Situación Actual y Perspectivas de Futuro de las Personas Dependientes”.

Durante los días 7 al 11 de julio se debatió el establecimiento de una Ley Básica sobre la dependencia, que establezca un marco jurídico común para el territorio nacional y también la aprobación de leyes autonómicas, inspiradas y basadas en la citada Ley Básica y ajustadas a las respectivas necesidades territoriales, que aborden los distintos aspectos operativos y de gestión.

También se analizó el papel del sector público: estatal, autonómico y municipal con la posición y participación de la iniciativa privada, social y empresarial y se profundizó en la realidad de la dependencia, su edad, los grados de dependencia mayores o menores, su entorno familiar, medio urbano o rural, etc... Fueron, asimismo, abordados aspectos tan importantes como son la atención socio-sanitaria, los avances tecnológicos, de investigación científica, la formación de los profesionales y de cuidadores informales.

Durante el acto de clausura, el director general del IMSERSO, Antonio Lis Darder, señaló que, ante el incremento del envejecimiento de la población y la importancia social de las discapacidades, se pretende ofrecer un abanico de soluciones y posibles líneas de actuación. Señaló, asimismo, que se parte de la necesidad de fomentar y fortalecer la cohesión social ante el fenómeno de la dependencia y ante sus distintas modalidades.



Calidad de Vida

La palabra “Talasoterapia”, utilizada por primera vez por médicos franceses a mediados del siglo XIX, procede de las griegas Thalasso “mar” y de Therapela “terapia o cura”. Actualmente se define como la utilización simultánea, bajo supervisión médica, de los beneficios del medio marino. La talasoterapia utiliza el efecto preventivo o curativo del agua de mar, del clima marino, las algas, los barros marinos y otras sustancias extraídas del mar. Actualmente asistimos a un espectacular auge de establecimientos de talasoterapia que no deben confundirse con institutos de belleza o con hotel de playa con jacuzzis.

Texto: Araceli del Moral
Fotos: STOCKPHOTOS

**La talasoterapia,
otra modalidad
de hidroterapia**



AGUAS MARINAS, FUENTE DE SALUD

El mar es el origen de la vida, su compleja fórmula hace que, hoy por hoy, sea irreplicable en el laboratorio. Desde tiempos remotos se tiene conocimiento del uso del agua

de mar en terapias curativas. En papiros egipcios existen referencias del poder del clima y los lodos del Delta del Nilo. En la antigua Grecia, Eurípides e Hipócrates, recomendaban el uso del agua de mar caliente en forma de baños y cataplasmas como tratamiento a diferentes dolencias.

En España el desarrollo de la Talasoterapia se sitúa durante el siglo XIX paralelamente al de los Balnearios, aunque con menor difusión. Aparecen entonces todas las famosas villas termales y balnearios marinos, resaltando por su importancia, las de las Arenas, en Valencia y los Baños de la Perla en San Sebastián.

La guerra civil y más tarde el desarrollo de un nuevo concepto de turismo de ocio en las zonas costeras trajo consigo un declive de este tipo de establecimientos, al igual que en el sector de los balnearios.

Pese a todo, en el año 1965 se fundó en Castellón el primer centro que utiliza la hidroterapia como tratamiento para técnicas de rehabilitación funcional: Centro de Termalismo Heliomarino de Benicasim. Posteriormente han ido surgiendo nuevos centros de Talasoterapia tanto en Canarias como en la costa mediterránea.

LAS DISTINTAS TERAPIAS CON AGUA

Como consecuencia de haberse puesto de moda el concepto de terapia, ha crecido de forma espectacular el listado de nuevas palabras con esa terminación, una de ellas es la hidroterapia.

Hay diferentes términos que se adoptan para hablar de los tratamientos a base de agua con fines terapéuticos, lo que suele dar lugar a confusiones. Se define **Hidrología** al empleo de las aguas mineromedicinales en los balnearios. El

término **Talasoterapia** define los tratamientos ofrecidos en establecimientos especializados que emplean el agua de mar. La denominación **Hidroterapia** indica tratamientos que se facilitan mediante la utilización del agua potable de las ciudades.

Cualquiera de esas aguas aplicadas de forma correcta, ya sea mediante piscinas de tratamiento, baños, duchas o chorros, produce un efecto beneficioso para el organismo. Pero sólo las dos primeras tienen una composición química con indicaciones terapéuticas reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para una determinada enfermedad no se puede decir que sea la talasoterapia mejor que el termalismo o viceversa, sino que depende de las características de cada individuo.

El agua de mar, aun con las pequeñas variaciones de salinidad de un mar a otro, se puede considerar que tiene una composición homogénea. Sin embargo, todos los manantiales de aguas mineromedicinales tienen una composición distinta y las diferencias de un manantial a otro les confieren efectos distintos. Además, los microclimas de cada balneario suelen ser distintos al clima marino.

CARACTERÍSTICAS DEL AGUA DE MAR

El agua de los mares es una fuente inagotable de salud por su alta mineralización, riqueza en oligoelementos, elevado contenido en yodo, así como por sus microorganismos, plancton y algas microscópicas. Su densidad, similar a la del plasma sanguíneo, es ligeramente alcalina y su salinidad media es de 35 gramos por litro. Ésta varía levemente de unos mares a otros, así es mayor la del Mediterráneo que la del Océano Atlántico.

Sus constituyentes fundamentales son el cloro y el sodio. El 80% de sus sales en solución son cloruro de sodio, la denominada sal común. Su efecto es estimulante, bactericida, antiinflamatorio y tonificante sobre el organismo.

En total son 79 los oligoelementos contenidos en el agua marina, de ellos el silicio es el más abundante, seguido de sulfatos, bicarbonatos, magnesio, calcio, potasio, bromo, boro y flúor. El oxígeno, el dióxido de carbono y el nitrógeno, éste último en mayor proporción, son los gases que se encuentran en disolución en el agua marina.

El agua de mar produce en el organismo una acción de transmineralización, paso de elementos minerales a través de la piel. Debido a su densidad, mayor que en otras aguas, produce un efecto de flotación o empuje que permite ejercitar un músculo o grupo de músculos. Asimismo la presión ejercida por el agua sobre el cuerpo favorece la redistribución de los volúmenes vasculares con incremento de la presión venosa central, diuresis y natriuresis. El tratamiento con agua de mar se realiza a una temperatura similar a la del cuerpo humano que produce un efecto de vasodilatación.

TECNICAS DE APLICACIÓN DEL AGUA DEL MAR

El tipo de aplicación más habitual son los baños: hidromasaje o burbujas. También en forma de duchas: circulares, de chorro, lumbares, filiforme gingival, etc. Para aplicaciones técnicas de terapia respiratorias se utiliza como aerosoles, pulverizaciones e irrigaciones nasales.

También se utiliza para las distintas modalidades de masajes con agua: ducha Vichy, chorro subacuático y la más novedosa la técnica denominada Watsu (water shiatsu), consistente en la práctica de los estiramientos del Zen Shiatsu dentro del agua. Para ello es preciso que tanto fisioterapeuta como paciente estén dentro de una piscina de 1,20-1,30 m. de profundidad. El fin de esta técnica es conseguir relajar al paciente. En todo caso las técnicas a utilizar deben ser personalizadas y por prescripción facultativa, que indicará la duración de las mismas y la temperatura recomendable del agua.

Calidad de Vida AGUAS MARINAS, FUENTE DE SALUD

EL CLIMA MARINO Y SUS EFECTOS SOBRE EL ORGANISMO

Los efectos de la cura en un Centro de Talasoterapia se deben tanto a las propiedades del agua marina como a las que produce el clima marino. Éste se caracteriza por una tendencia a la uniformidad de las condiciones meteorológicas, debido a la acción reguladora térmica del mar. Es un clima con débiles oscilaciones diarias de temperatura, presión atmosférica y grado higrométrico elevados y estables, en un lugar dado, vientos calientes y húmedos y radiaciones solares intensas por la reverberación del mar.

Cuando el mar está en calma el aire marino es rico en iones negativos. El oleaje y la bravura del mar aportan iones positivos. La ionización del aire va progresivamente disminuyendo según nos adentramos en tierra. Posee una gran pureza, en alta mar el aire no contiene gérmenes. Además, su contenido de micropartículas de agua constituyen auténticos aerosoles que penetran en las vías respiratorias.

Se ha comprobado que el clima marino tiene un efecto estimulante de diversas funciones endocrinas; fluidifica las secreciones respiratorias; aumenta la amplitud de los movimientos respiratorios y del número de glóbulos rojos, leucocitos y hematocrito

LODOS MARINOS

Los lodos marinos son de origen sedimentario. Se extraen, sobre todo, de las playas, en la marea baja, y de los fondos de estuarios y deltas. También existen lodos marinos no sedimentarios como los procedentes de los volcanes submarinos.

El interés de los lodos marinos en la talasoterapia reside en su plasticidad, en el poder de retención de agua

FORMAS DE APLICACIÓN GENERAL DE ALGAS

- **FANGO CON ALGAS:** Este es un tratamiento que utiliza lodo marino mezclado con algas marinas.
- **CATAPLASMA DE ALGAS (envoltura):** Capa fina de algas que se aplica sobre todo el cuerpo.
- **MASAJE CON GEL DE ALGAS:** masaje realizado con un gel de algas.
- **BAÑO DE ALGAS:** Baño en el que se han añadido algas al agua del baño.
- **ESTUFA DE ALGAS:** Baño de vapor efectuado con una cataplasma de algas extendida por todo el cuerpo.

y de calor, y en el paso a través de la piel de elementos del agua marina, en la que están embebidos. El aspecto más o menos negruzco depende de la cantidad de sulfuros que contengan.

Para su aplicación se calientan hasta que la capa superficial alcance los 50° C. Las formas de aplicación son las conocidas en el termalismo. Se pueden aplicar generales (baños de lodo) o parciales (espalda, rodillas, manos, etc.) En las aplicaciones parciales se debe colocar una capa de 2 a 5 cm de lodo. Una vez aplicado el lodo debe envolverse la zona tratada con un "papel térmico" para que se retenga más el calor. Existen lodos marinos deshidratados que se reconstituyen al mezclarlos con agua.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ALGAS

Actualmente el uso de las algas está muy extendido en la industria farma-

céutica, en la llamada Medicina Naturalista y en la industria cosmética. Sus propiedades terapéuticas, especialmente antibióticas y antitumorales, ya aparecen mencionadas en los libros clásicos chinos. Los griegos y romanos las usaban como alimento, forraje y como plantas medicinales y en cosmética.

El término alga comprende un grupo muy heterogéneo de organismos vegetales marinos (50.000). Se pueden encontrar tanto en agua dulce como en agua marina, excepto las algas pardas, que son exclusivas del medio marino.

Las algas marinas se nutren directamente por ósmosis del agua de mar y almacenan las sustancias y elementos químicos del agua. Contienen gran cantidad de minerales, oligoelementos y prácticamente todos los grupos de vitaminas: A,B,C,D,E,F y K, siendo algunas especies ricas en caroteno, vitamina B12 y vitamina E.

INDICACIONES ESPECÍFICAS DE LA TALASOTERAPIA

- **Dermatología:** psoriasis, eccema atópico, ictiosis, acné...
- **Ginecología:** salpingitis-ooforitis-metrítis crónicas...
- **Reeducación funcional del aparato locomotor.**
- **Reumatología.**
- **Odontostomatología:** afecciones crónicas de las encías.
- **Stress.**
- **Vías respiratorias:** afecciones crónicas de vías superiores y bronquitis crónica.
- **Tuberculosis extrapulmonar.**

CONTRAINDICACIONES DE LA TALASOTERAPIA

La talasoterapia tiene las mismas contraindicaciones que el termalismo:

- **Cáncer**, salvo que este haya sido tratado y se suponga al paciente libre de actividad cancerosa y con buen estado general.
- **Enfermedades cardíacas descompensadas o severas y los periodos siguientes a enfermedades isquémicas agudas.**
- **Accidentes cerebrales vasculares recientes.**
- **Psicosis.**
- **Demencias.**
- **Insuficiencias endocrinas descompensadas o graves.**
- **Procesos infecciosos agudos.**
- **Enfermedades reumáticas inflamatorias en fase aguda.**
- **Caquexia o debilidad extrema.**
- **Embarazo.**

En la industria farmacéutica su uso está relacionado con su poder gelificante. También se ha encontrado en las algas propiedades antioxidantes, antiulcerosas y antitumorales. En la Medicina Naturista, por ejemplo, se utiliza *Chondrus Crispus* (musgo de Irlanda) contra el estreñimiento crónico por sus propiedades emolientes y laxantes. En la industria cosmética sus aplicaciones son las más conocidas. Se emplean en cremas, mascarillas, champúes, lociones, etc., por su efecto antioxidante en la piel.

CLASIFICACIÓN DE LAS ALGAS

Atendiendo a su color se clasifican en cuatro grandes grupos:

- **Algas verde-azuladas** (Cianofíceas). La más interesante es la *Spkiriulina*, se encuentra en lagos y aguas fluviales y se emplea como alimento por su alto contenido en proteínas.
- **Algas rojas** (rodofíceas). Se encuentran en todos los mares del mundo. Algunas variedades se emplean por la industria farmacéutica (fármacos antivíricos y gástricos),



cosmética (pasta de dientes), alimentaria (espesante y agente estabilizante E-406 y E-407 respectivamente) e incluso en la industria fotográfica.

- **Algas pardas** (Feofíceas) Son exclusivas del agua de mar, dominan en las aguas frías. En los trópicos la única zona con gran abundancia de algas pardas es el Mar de los Sargazos. Muchas de sus

variedades tienen gran interés en la industria agropecuaria (piensos y abonos), alimentos, farmacológica y cosmética.

- **Algas verdes** (clorofíceas). Se encuentran tanto en agua dulce como en agua marina. Tienen el mismo uso industrial que las algas pardas y se utilizan en restauración medioambiental y en depuración de aguas residuales.

UTILIDAD DE LAS ALGAS

El principal interés de las algas en talasoterapia es el efecto cosmético sobre la piel. Los cosméticos son productos destinados a entrar en contacto con diversas partes superficiales del cuerpo con el fin de limpiarlas, perfumarlas, modificar su aspecto, protegerlas, mantenerlas en buen estado y corregir su olor. La normativa sanitaria solo permite la aplicación de cosméticos en epidermis, pelos, uñas, labios, órganos genitales externos, dientes y mucosas bucales.

En talasoterapia se deben utilizar fundamentalmente algas de las especies *Fucus* y *Laminarias*, que son algas pardas, marinas, las más ricas en oligoelementos y vitaminas, con cantidades notables de yodo, así como de vitaminas A, B, C, D y E. Aunque se pueden utilizar algas frescas, se utilizan algas transformadas industrialmente en polvo o crema. El método más recomendable es la trituración en frío.

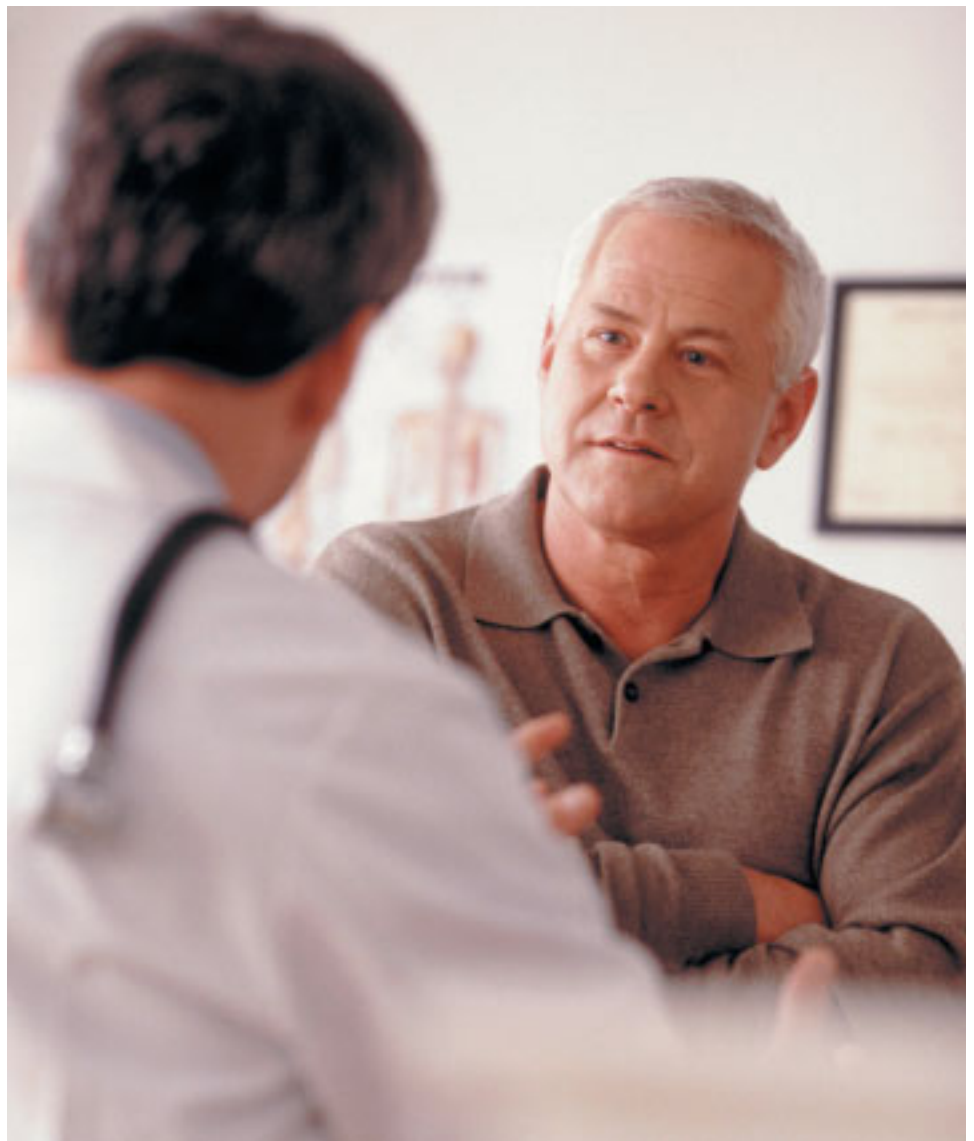
Las algas tienen sobre la piel una acción estimulante debida a la activación de la circulación sanguínea local y tonificante, hidratante y eudérmica, por su aporte de minerales. Antes de su aplicación es conveniente, para la preparación de la piel, un baño caliente de 10 minutos.

Informe

Texto: Federico Cuesta Triana.
Servicio de Geriátría. Hospital
Clínico San Carlos. Madrid.

Fotos: StockPhotos.

En los últimos años la práctica clínica está siendo limitada con criterios económicos para intentar conjugar una atención de calidad dentro de unos presupuestos limitados. En este escenario surge la necesidad de acotar el gasto sanitario. El mayor es uno de los componentes más débiles de esta relación contractual en la que el paciente se considera como cliente y recibe una serie de tratamientos según sus necesidades.



La misión del personal sanitario y de la sociedad en general es contribuir con una visión positiva del envejecimiento.

La atención del mayor EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Por si esto no fuera suficiente el número de sujetos con edades avanzadas aumenta día a día, así como la esperanza de vida al nacimiento (ver tablas 1 y 2). Esto supone un mayor gasto, ya que es precisamente este colectivo el que consume

una gran cantidad de recursos, sobre todo en las últimas etapas de la vida.

El enfoque de este hecho tiene dos vertientes bien diferenciadas. Por una parte, se pueden considerar determinados valores deontológicos: respeto a la dignidad e igualdad de acceso a los diferentes cuidados. En este caso todos los individuos son tratados de la misma

forma ya que reciben tratamientos proporcionales a las necesidades existentes. Por otra parte, el valor de la utilidad, en el que priman las consecuencias y lo importante es intentar el mayor bien para la mayoría. Todas estas reflexiones deberían realizarse respetando el principio de justicia, con una valoración de la vida con independencia de la edad.

El principio de justicia se puede entender de diferentes formas. Algunos autores proponen que la edad debe ser un criterio para priorizar los cuidados. Otros proponen algo más novedoso: la función normal de todo individuo es el disfrute de las relaciones interpersonales. Si una intervención psicosocial consigue preservar o mejorar esta capacidad, merece la pena destinar los recursos que sean necesarios. En este sentido los cuidados en el domicilio permitirían a algunos pacientes permanecer en casa junto a sus seres queridos. Esto daría sentido al paciente, que podría vivir en su casa, con su familia, a pesar de la enfermedad.

Toda persona tiene derecho a decidir sobre la retirada de tratamientos agresivos dentro del hospital. Sin embargo, se ponen barreras para mantener al paciente en el domicilio, lo que va en contra del principio de autonomía. En este apartado cobra especial importancia la existencia de cuidadores, que permitan la estancia en el domicilio con unas mínimas condiciones de seguridad. En el caso del paciente con demencia el cuidador tiene la posibilidad de iniciar una comunicación más intensa con el paciente. Comprende su lenguaje, a veces complicado, lo que confiere más coherencia a la relación. Es obvia la necesidad de contar con un apoyo económico para mantener un adecuado nivel de motivación y formación. El empleo de restricciones físicas y fármacos puede significar una falta de recursos económicos suficientes para mantener activos a los cuidadores.

Por otro lado se plantea la pregunta de quién decide los cuidados que se deben realizar. Las actitudes de la población respecto al envejecimiento son heterogéneas, lo que hace más complicado alcanzar una actitud de consenso acerca de la orientación de los recursos. Los cuidadores y los profesionales sanitarios son personas vulnerables, con ansiedad y miedos acerca de la fragilidad, enfermedad, envejecimiento y muerte. Estos prejuicios se proyectan en

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MAYORES, AÑOS 1991-2000

	ESPAÑA		COMUNIDAD DE MADRID		
	TOTAL	≥ 65 años	TOTAL	≥65	≥75
1991	38.872.268	5.370.252	4.947.555 (12.7 %)	585.371 (11.8%)	237.843 (4.8%)
2000	40.499.790	6.842.143	5.205.408 (12.9%)	772.726 (14.8%)	327.964 (6.3%)

Tomado de: censos de población y viviendas, 1991. INE.
Revisión del padrón Municipal a 1 de Enero de 2000. INE, 2002

todas las decisiones sobre el mayor. Por este motivo, deberían ser los mismos pacientes los que tomaran las decisiones y, en su defecto, los familiares más cercanos.

RACIONALIZACIÓN DE CUIDADOS.

A la hora de establecer la continuidad de los cuidados se debe valorar el riesgo de cada individuo. Se trata de otorgar más importancia a la edad biológica que a la cronológica, con lo que se intenta luchar contra la discriminación por el mero hecho de ser mayor, término conocido como ageismo o etatismo.

Las fuentes del ageismo son múltiples. A continuación se mencionan las más frecuentes.

Explotación del más débil. Cuando se adoptan medidas para la contención del gasto los mayores son, lógicamente, los más perjudicados. Esta subpo-

blación no se queja y es menos activa políticamente, hecho que se modifica año tras año.

Ignorancia del profesional. En muchas ocasiones se piensa que los tratamientos son más dañinos que beneficiosos debido a los efectos secundarios y a las interacciones. Paradójicamente los tratamientos son más eficaces cuanto mayor es el riesgo que presenta el individuo. Precisamente el mayor se encuentra en esa situación.

Prejuicios. La sociedad, en general, considera que los mayores ya no son útiles y por tanto hay que racionalizar los recursos en ellos. Algunos defienden que sólo se deben recibir ciertos cuidados hasta un límite. Sin embargo, este enfoque no tiene porqué ahorrar costes. De hecho los cuidados ofrecidos al final de la vida (cuidados paliativos) pueden ser más caros que el tratamiento curativo en sí mismo.

En la atención al mayor se están planteando diversas situaciones que merecen ser señaladas, especialmente cuando se hace referencia a la planificación de tratamientos en el paciente mayor hospitalizado. Por una parte, se proponen una serie de directrices avanzadas diseñadas como expresión de la autonomía del paciente. Se aprovecha la idea propuesta por los mayores de que no desean cuidados desproporcionados al final de sus días. Por otra parte, pueden emplearse como solución a su dependencia y discapacidad, basándose en el

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR SEXOS. MADRID PERIODO 1975-1998

AÑOS	VARONES (años)	MUJERES (años)
1980	72.65	79.58
1985	74.04	81.09
1990	73.57	81.57
1995	75.08	83.01
1998	76.47	83.79

Indicadores Demográficos básicos. INE, 2002.



Casi la mitad de los pacientes que ingresan en un hospital por infarto de miocardio tienen más de 70 años.

res de 65 años. Faltan datos acerca de algunas terapias, como la trombolisis (disolución del trombo responsable del infarto), ya que los mayores no suelen participar en los ensayos clínicos. En ausencia de contraindicaciones, los mayores son sometidos a trombolisis con menos frecuencia que los jóvenes. Todo ello a pesar de que su enfermedad es más severa. La evolución de la cirugía de revascularización coronaria en el Reino Unido muestra un incremento en el empleo de esta técnica, según datos publicados entre los años 1987 y 1993. Este hecho es especialmente cierto para mujeres y mayores.

La denegación de ciertos tratamientos conlleva un incremento de otros gastos como ingresos en residencias y ayudas domiciliarias. Desde este punto de vista el empleo de tratamientos más invasivos podría ser costo-efectivo, si permite al individuo vivir con un mayor grado de independencia.

En el apartado de soluciones deberían desarrollarse guías de actuación clínica con actualizaciones periódicas, que permitieran al clínico adoptar decisiones más científicas en lo que respecta a los mayores. Por otra parte, se debería conseguir una mayor participación de los mayores en todo lo referente a decisio-

nes terapéuticas, todo ello basado en una información adecuada y científica.

Discriminación y medidas de prevención. En este apartado se tomará como ejemplo el diagnóstico de la patología mamaria. Según datos obtenidos en el Reino Unido no hay evidencia suficiente para ofrecer el seguimiento en mujeres con edades superiores a los 65 años de forma rutinaria. Esto se justifica porque la incidencia de abandonos por encima de este grupo de edad es muy alta, llegando al 80 % en algunos casos. Varios estudios indican que el despistaje de patología mamaria en mujeres con edades comprendidas entre los 65 y los 69 años tiene el mismo beneficio que en los grupos con edades inferiores, esto es un 25% de reducción en la mortalidad por cáncer de mama. En este punto hay que reseñar que pocas mujeres en estos rangos de edad son conscientes de pertenecer a un grupo de riesgo. Además desconocen el valor y la posibilidad de hacer seguimiento. En general la reducción del riesgo depende del nivel de riesgo inicial. Por ello, es mucho más eficiente concentrar más esfuerzos en la población más susceptible, los mayores.

Discriminación en cirugía. Muchos de los avances de la cirugía tienen su particular indicación en el mayor: nuevos tratamientos paliativos para el cáncer, empleo creciente de técnicas laparoscópicas, tratamientos novedosos para la incontinencia...

La mayoría de las investigaciones en este grupo de edad han intentado valorar el riesgo preoperatorio y el postoperatorio inmediato. Todos los estudios indican que existe una asociación positiva entre edad avanzada y riesgo de muerte tras la cirugía. Lo que no está tan claro es que la edad, en ausencia de enfermedades significativas, sea un factor pronóstico de complicaciones en cirugía del aparato digestivo. Cada suje-

Informe LA ATENCIÓN DEL MAYOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

miedo y la ansiedad que produce la sensación de inutilidad y dependencia en las últimas etapas de la vida, en lugar de ser una respuesta a las propias creencias y valores. En la tabla 3 se detalla el tipo de discapacidad según la edad.

Otro punto importante es el hecho de considerar el tratamiento como apropiado o no. Esto se da con frecuencia en los pacientes ingresados en unidades de críticos, pero especialmente en sujetos mayores. Algunos tratamientos son realmente desproporcionados y carentes de utilidad, otros pueden aportar algunos beneficios. El hecho es que los mayores, por el hecho de tener una edad avanzada, no reciben tratamientos de dudosa eficacia, aduciendo que el pronóstico será posiblemente malo. Esta concepción se ha ido modificando, en los últimos años se han considerado pacientes cada vez más mayores para muchos tipos de cirugía y tratamientos complejos. Esto supone que la edad en sí misma no es un factor de mal pronóstico. Por ello, la idea de que cierta forma de cuidados es ineficaz no es más racional en el mayor que en cualquier otro grupo de edad. Actualmente las decisiones se están dejando en manos de los propios médicos, que toman decisiones basados en sus propios valores y creencias, sin considerar otros principios.

Finalmente otro enfoque vendría dado por la capacidad de los sujetos de decidir el final de su propia vida. Como se ha comentado anteriormente, esto es peligroso ya que estas decisiones suelen basarse en las ideas de culpabilidad del sujeto añoso, que se cree una carga para la familia, todo ello promovido por una sociedad basada en criterios económicos y de utilidad.

DISCRIMINACION EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

De aquí en adelante se describirán las actitudes en diversos contextos médicos

cuando se considera la edad de los pacientes. El empleo de tratamientos potencialmente curativos y la puesta en marcha de investigaciones e intervenciones para mejorar la calidad de vida disminuyen a medida que la persona envejece. Esta forma de ageismo no hace más que reflejar la forma de pensamiento de nuestra sociedad. Es necesario confeccionar guías clínicas basadas en una investigación de calidad que pueda ofrecer datos sólidos y objetivos en estos rangos de edad. En este sentido, se sabe que aproximadamente un tercio de los artículos originales publi-

El envejecimiento se relaciona con un menor número de intervenciones terapéuticas y una menor cantidad de recursos destinados a la investigación.

cados entre 1996 y 1997 excluían a los mayores sin ningún tipo de justificación. Las razones eran varias, dificultad para obtener el consentimiento informado por parte del paciente y la familia, dificultad para cumplir los criterios de inclusión debido a la fragilidad del paciente, mayor riesgo de abandono de los estudios por fallecimiento, etc. La mayoría de los ensayos clínicos han excluido a los mayores por lo que es difícil aplicar los resultados a esta población.

Los cambios en la función física asociados a la edad están influidos por la percepción que la propia persona tiene del envejecimiento. Aquellos que entienden el envejecimiento como algo positivo y lleno de significado pueden mejorar en parámetros objetivos como la velocidad de la marcha. En diversos estudios ésta se considera como marcador de fragilidad física. Los sujetos con una marcha más lenta e inestable ingresan con

más frecuencia en residencias y presentan más complicaciones. Se ha demostrado que las intervenciones que refuerzan positivamente la propia percepción del envejecimiento son útiles a la hora de mejorar la velocidad de la marcha y otros marcadores de independencia funcional. Es misión del personal sanitario, y de la sociedad en general, contribuir con una visión positiva del envejecimiento. Esto mejorará el concepto que el mayor tiene de sí mismo y retrasará la fase de dependencia.

La adquisición de conocimientos en la práctica geriátrica mejora los resulta-

dos obtenidos en esta población. Los mayores son más susceptibles a pequeños deterioros debido a una menor capacidad de adaptación a las diversas agresiones. Por el mismo motivo presentan mayores beneficios con el simple hecho de tratar los factores precipitantes, que a menudo vienen de la mano de la propia actuación médica.

Discriminación en cardiología. Las enfermedades cardiovasculares son una causa frecuente de muerte y discapacidad entre los mayores. A pesar del riesgo algo incrementado de morbilidad perioperatoria en los sujetos de mayor edad, éstos pueden beneficiarse de diversas intervenciones cardiológicas, si se seleccionan de forma apropiada. Casi la mitad de los sujetos que ingresan en un hospital por infarto de miocardio tienen más de 70 años. El 80% de las muertes se produce en los mayo-

Informe LA ATENCIÓN DEL MAYOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

to requiere una valoración individualizada y pormenorizada. Dos hechos se relacionan con un elevado riesgo quirúrgico, por una parte la urgencia en la cirugía y por otra la existencia de enfermedad avanzada en el momento del acto quirúrgico. El mayor con frecuencia debe ser intervenido de forma urgente. Este hecho se debe, fundamentalmente, a la presentación atípica de las enfermedades, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico. En algunos estudios se ha observado que pacientes mayores de 70 años, diagnosticados de cáncer de colon, son derivados con más frecuencia a servicios médicos en lugar de quirúrgicos. Esto indica que probablemente no se plantea como primera opción la necesidad de tratamiento quirúrgico en los pacientes de más edad.

Sería interesante valorar hasta qué punto son relevantes los principios éticos a la hora de plantear una cirugía en el mayor. Los dilemas surgen cuando existen conflictos entre estos principios. Una cirugía puede beneficiar al mayor en un momento dado pero puede posponerse o anularse en función de la

escasez de camas en unidades de recuperación. Para evitar situaciones de esta índole se debería comenzar el razonamiento por la idea básica de que a ningún paciente se le puede negar el diagnóstico y el tratamiento médicos por el hecho de tener una edad avanzada. En el caso de patologías quirúrgicas, la adopción del principio de no-maleficencia podría conllevar intervenciones urgentes más adelante en la evolución del paciente lo que supondría mayor riesgo de complicaciones. En un adulto sin ningún tipo de deterioro cognitivo no existe un límite superior de edad para mantener la autonomía. Por tanto, el propio paciente tiene plena capacidad de elección en estos casos.

Discriminación en oncología. Las guías utilizadas para determinar qué pacientes pueden beneficiarse de tratamiento en casos de cáncer de pulmón avanzado establecen que la condición médica del paciente es el factor más importante a la hora de decidir el inicio de la quimioterapia. Los mayores son excluidos con mayor frecuencia atendiendo a sus

características fisiológicas. Muchos oncólogos recomiendan la quimioterapia paliativa en pacientes seleccionados, sobre todo en menores de 50 años. Sin embargo es importante tener en cuenta los efectos secundarios que conlleva dicho tratamiento, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida. Estudios realizados en el ámbito de la oncología demuestran que las actitudes negativas hacia el paciente mayor pueden influir en las medidas terapéuticas. La adopción de principios éticos en la práctica clínica podría facilitar las decisiones de los profesionales a la hora de decidir el tratamiento más adecuado.

Ageismo en psiquiatría. Los mayores son el colectivo con la incidencia de suicidio más elevada de la población general. Los médicos tienden a considerar la ideación suicida como algo que forma parte del propio envejecimiento. Varios estudios han demostrado que la depresión en el mayor y la ideación suicida son potencialmente tratables con medicamentos y psicoterapia. El 75% de los mayores que se suicidan han visitado a

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN EDAD, 1999. MADRID.

	EDAD 6-64 AÑOS		PERSONAS > 65 AÑOS	
	Con discapacidad	Tasa por 1000 habitantes	Con discapacidad	Tasa por 1000 habitantes
TOTAL	149.996	37.63	197.804	263.22
Ver	31.744	7.96	71.613	95.30
Oír	31.068	7.79	69.810	92.90
Comunicación	22.912	5.75	19.564	26.03
Desplazamiento	41.727	10.47	64.638	86.02
Empleo de manos	49.936	12.53	57.657	76.73
Autocuidado	18.532	4.65	39.326	52.33
Tareas del hogar	42.088	10.56	67.598	89.95
Relaciones interpersonales	20.878	5.24	27.082	36.04

Tomado de: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados. INE, 2001

su médico de cabecera en las cuatro últimas semanas. Estos sujetos no comentan sus ideas de tristeza o suicidio porque consideran que la depresión es una parte normal del envejecimiento. La valoración y el tratamiento del riesgo de suicidio provocan ansiedad en el profesional sanitario. A pesar de que la mayoría de los médicos reconoce al paciente deprimido, pocos consideran que la ideación suicida en el paciente mayor es una condición grave que puede responder al tratamiento. Esto no quiere decir que el médico no quiera tratar a estos pacientes, simplemente lo hace con menor frecuencia. Por este motivo es necesario que los profesionales sanitarios sean conscientes de sus propias creencias acerca del suicidio en la población mayor y comiencen a tratar la depresión con mayor frecuencia para mejorar la calidad en la atención. Parece ser que las preocupaciones por la salud mental y las dificultades en las relaciones experimentadas por los mayores no son consideradas con la misma intensidad que en la población más joven.

El mayor frente a las medidas que prolongan la vida. La edad influye en este tipo de decisiones. Los sujetos más mayores sobrestiman la posibilidad de supervivencia tras la reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, pocos la aceptan cuando se les explican las verdaderas posibilidades de recuperación. La actitud más coherente y útil es la discusión sobre las diferentes opciones de reanimación en el momento del ingreso. Esto requiere una seria discusión, basada en la información, antes de que se llegue a ese hipotético momento. Todas estas decisiones tienen mayor trascendencia en sujetos de edad avanzada con enfermedades crónicas.

A la vista de estos hechos es más lógico establecer un plan de reforma de los cuidados, con reorientación de los

recursos hacia la prevención de la discapacidad y el planteamiento de los cuidados a largo plazo, con el objetivo de mantener la independencia funcional y evitar así la hospitalización. En pacientes de cualquier edad deberían identificarse aquéllos con enfermedades crónicas y deterioro funcional para establecer medidas precoces que preserven la función.

El mayor y su relación con el profesional sanitario. Un factor fundamental que influye en la calidad de los cuida-

dos ofrecidos al mayor es la persistencia y perpetuación de actitudes ageistas por parte de los trabajadores que realizan su labor en el ámbito sociosanitario. La educación y el respeto son fundamentales y deben ser promovidas para favorecer las actitudes positivas. Existe poca evidencia sobre la existencia de este tipo de actitudes en la visita médica. Parece ser que los mayores reciben más información acerca de las enfermedades que padecen y los tratamientos disponibles cuando acuden al médico. En la entrevista médica se advierte más cortesía y formalidad respecto a la mantenida con pacientes más jóvenes. La discriminación por la edad, que puede estar presente de forma subliminal en la relación médico-paciente, parece compensarse con la comunicación. Quizá sea este el motivo que explica el mayor grado de satisfacción del mayor con los cuidados que recibe, a pesar de presentar un peor estado de salud que los pacientes más jóvenes. Por otra parte, este grupo puede presentar más dificultades en la

fase de comunicación debido a la mayor frecuencia de bajo nivel cultural y la mayor severidad de las patologías que presenta.

En estudios realizados con diplomados universitarios de enfermería, basados en la relación con los pacientes de mayor edad, se detectan ciertos dilemas éticos: tratamientos cuestionables, conflictos con el núcleo paciente-familia, y dudas sobre el empleo de restricciones físicas. Estos problemas pueden ser el germen de una actitud discriminante. Por ello, son necesarios programas de

intervención, basados en la ética, que faciliten la toma de decisiones.

CONCLUSIÓN.

La edad, considerada de forma aislada, es un pobre marcador de discapacidad. Las decisiones tomadas en medicina deberían estar basadas en el beneficio potencial de la persona. Probablemente la reducción de costes será más efectiva si se lucha por mantener la independencia funcional y se desarrollan los cuidados extrahospitalarios, en lugar de ajustar los cuidados ofrecidos a los mayores. Muchos de los tratamientos existentes para las diversas enfermedades cardiovasculares y algunas cirugías consideradas hasta hace algunos años ineficaces en el mayor, son ahora muy útiles a la hora de mejorar el nivel de salud. Por lo tanto, la discriminación por la edad es inaceptable éticamente, así como intolerable desde una vertiente tanto científica como económica. En la tabla 4 se describen algunos puntos clave.

La discriminación en medicina no es más que el reflejo de una sociedad *ageista*.

A TONO

Reacciones adversas a los fármacos

El consumo de fármacos en las personas mayores, no sólo está extendido y es costoso, sino que además es responsable en estas edades de un alto porcentaje de enfermedades definidas por la OMS como “cualquier respuesta a un fármacos nociva o indeseable que se produzca en el hombre”. Son las enfermedades llamadas también Reacciones Adversas Medicamentosas o RAM.



Texto: Ana Fernández-Raño / Fotos: Archivo.

Es de dominio público que las personas de edad suelen gastar más dinero que los jóvenes en cuidar su salud. Por otra parte, vivimos en un país con una tendencia a la automedicación casi obsesiva, lo que se traduce en un elevado consumo de fármacos al traspasar la barrera de la madurez, de hecho muchos mayores hacen suya la ocurrencia de Malcolm Mudgeridge “Levantaré la vista hacia las píldoras y por consiguiente vendrán en mi ayuda”.

El doctor Javier González Gallego, catedrático de fisiología y director de este departamento en la Universidad de León, señala que en una investigación realizada en Italia con más de 9.000 personas mayores se detectaron como factores favorecedores de las RAM (reacciones adversas medicamentosas)

las siguientes causas: la ingesta de cuatro o más fármacos, padecer cuatro o más patologías activas o estar ingresados en Unidades de Medicina Interna y no en Geriatría.

Otro estudio realizado en Francia hace dos décadas, indicaba que las admisiones hospitalarias por hepatitis en personas de más de 50 años, se debían en un 43 por cien de los casos a consecuencia de los fármacos que estaban tomando. También, se ha demostrado que las mujeres parecen ser más susceptibles a padecer estas consecuencias negativas.

Todo ello hace que la racionalidad de la utilización de fármacos en el mayor sea un tema de creciente preocupación médica y social en los países occidentales, dado que también la expectativa de vida en este sector de la población está en continuo crecimiento.

El doctor Gallego indica que los Signos y Síntomas de estas reacciones adversas causadas por medicamentos en personas mayores son muy inespecíficos y en la mayoría de los casos los médicos no llegan a establecer una relación causal entre el consumo de fármacos y la aparición de muchas de estas manifestaciones.

Los síntomas más frecuentes de estas enfermedades causadas por los propios medicamentos son:

- **INCONTINENCIA URINARIA** es inducida la mayor parte de las veces por fármacos antidepresivos, antiparkinsonianos, diuréticos y sedantes.
- **DEPRESIÓN** la desencadenan los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, la reserpina o digoxina.
- **CAÍDAS** pueden estar promovidas por tomar fármacos tranquilizantes (como por ejemplo el conocido

QUÉ SE DEBE HACER

- Informar al médico acerca de los fármacos consumidos.
- Describir los síntomas y responder correctamente a las preguntas.
- Asegurarse de haber entendido las instrucciones antes de consumir un fármaco, incluyendo cuándo tomarlo, durante cuánto tiempo y qué hacer si surgen problemas.
- Llamar al médico si se notan nuevos síntomas o efectos secundarios.
- Hacerse una guía con los fármacos que se están tomando habitualmente, para qué se toman y cuándo hay que hacerlo (utilizar un calendario).
- Comprobar que los envases son fáciles de abrir y que las instrucciones pueden leerse con facilidad.
- Llevar siempre encima información acerca de los fármacos que se están consumiendo.

Valium), también diuréticos o tratamientos contra la depresión.

- **ESTREÑIMIENTO** lo causan medicamentos antidepressivos tricíclicos (que son los más utilizados).
- **DELIRIO** puede estar relacionado con la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, diuréticos, la cimetidina o benzodiazepinas.

El envejecimiento es un proceso complejo en el que además de la existencia frecuente de enfermedades, ocurren importantes cambios fisiológicos en la persona. Los que tienen lugar sobre todo a nivel de la función renal y hepática pueden modificar profundamente la acción y los efectos de las medicinas que se tomen.

El hígado es el órgano por excelencia para el metabolismo de los fármacos, y está demostrado científicamente que con la edad se reduce, no sólo su tamaño que se ve afectado un 25 por cien entre los 40 y los 65 años, sino también el flujo sanguíneo hepático que disminuye hasta un 45 por cien.

Por otra parte, la eliminación de medicamentos se produce fundamentalmente a través de los riñones. Los cambios que se producen al pasar los años en la función renal, son una de las causas más frecuentes de reacciones adversas a fármacos en personas

mayores porque se disminuye la velocidad de filtración glomerular, también merma el flujo sanguíneo renal y el número de nefronas activas; por ejemplo, la velocidad de filtración glomerular se reduce un 50 por cien entre los 20 y los 90 años. Todo ello hace que sea necesario un ajuste muy cuidadoso en la dosis de numerosos antibióticos que se eliminan de forma total o parcial por el riñón.

Otra variación que se nota con los años es el efecto que el fármaco produce en el organismo. Los mayores presentan una respuesta intensificada a algunas medicinas debido a una mayor sensibilidad que se agudiza con el tiempo; esto explicaría porqué la misma dosis produce mayor efecto en mayores que en jóvenes.

Además la vía oral es la más común para la administración de medicamentos y, por tanto, también hay que decir que la variación que se produce con la edad en las paredes intestinales modifica, entre otras, la absorción activa del hierro y de algunas vitaminas.

RECOMENDACIONES DEL "NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE" DE ESTADOS UNIDOS

Evidentemente las consecuencias negativas que los fármacos pueden

LO QUE NO SE DEBE HACER

- No tomar más o menos cantidad de la prescrita.
- No dejar de tomar un medicamento sin consultar al médico.
- No mezclar alcohol y fármacos.
- No tomar fármacos que se han prescrito para otras personas ni pasarles las recetas propias.
- No mantener medicinas caducadas, pueden perder efectividad y ser tóxicas.
- No cambiar fármacos de envase.
- No mezclar medicamentos en un mismo envase.

tener sobre la propia persona que hace uso de ellos para mejorar o sanar una dolencia o patología, derivarían de una doble responsabilidad: la del médico y la del paciente.

En el caso de los profesionales de la medicina es especialmente importante que conozcan los principios terapéuticos básicos de la geriatría para minimizar los efectos farmacológicos adversos relacionados con la edad. El doctor González Gallego declara, apoyándose en estudios e investigaciones realizadas por los propios facultativos, que muchos de los conocimientos actuales en farmacología clínica y terapéutica están basados en datos obtenidos en jóvenes y el tratamiento en los mayores se basa en ocasiones en impresiones clínicas o en puro ensayo.

Por otra parte, la educación de los pacientes va a contribuir también a una correcta utilización de los medicamentos y a una menor incidencia de las RAM.

Siguiendo las recomendaciones del National Institute on Drug Abuse, se pueden establecer una serie de pautas acerca de lo que los mayores deben o no deben hacer respecto al uso y consumo de medicamentos.

Mayores Hoy

Escritor de Calaceite (Teruel)

Miguel Blanc i Grau

No es un escritor que se encierre consigo mismo, ausentándose del resto de la colectividad; es fácil encontrarle conversando horas enteras con otros parroquianos, intercambiando siempre opiniones que les serán del todo enriquecedoras para sus estudios, o dando conferencias didácticas a los más pequeños sobre diferentes temas culturales (botánica, arquitectura, historia, leyendas, ornitología, etc.).

También es fácil verle pasear con su esposa por las calles medievales de su querida población, o recorrer en silencio, con un bloc y lápiz en la mano, las ermitas de romería del municipio, o los bien conservados poblados ibéricos, como el cercano de Sant Antoni, desde cuya ágora el viajero tiene el privilegio de contemplar todo el norte del Matarraña y también los Puertos de Beceite, la frontera natural que separa la comarca del Mediterráneo. Pero, por encima de todo, conversar con nuestro personaje es del todo enriquecedor.

—¿Qué herencia cultural ha recogido de su padre, y cómo describiría la vida de José Blanc Sanmartín?

Mi padre fue un hombre culto, a pesar de no haber cursado estudios superiores, gran lector de libros y practicante, en su juventud, de diversas actividades artísticas, como la música, el teatro y la pintura; actividad, ésta última que, en defi-

A sus 65 años, Miquel Blanc cuenta con un rico patrimonio cultural, que supera la media docena de libros costumbristas y de ensayo que tienen como singular escenario esta comarca de los confines de Aragón. Hablar con él es retroceder en el tiempo, pero, al mismo tiempo, toda una verdadera aproximación a la realidad actual de Calaceite, del resto de Matarraña y también de buena parte de la provincia de Teruel, además de un análisis serio sobre las relaciones entre culturas lingüísticas y formas de vida de la gente.

Texto y fotos: Jesús Ávila Granados



El escritor, ante tantos recuerdos de su querida comarca.

nitiva, logró convertirla en su medio de vida, aunque, también hay que decirlo, por la fuerza de los tiempos, se vió obligado a compaginar los pinceles con la brocha. De él heredé el respeto y la admiración por la obra cultural, el hábito de la lectura y el ansia de estudiar y saber, no por cumplir una obligación, sino por puro placer y curiosidad. Su vida fue la de un trabajador poco común, cuya trayectoria se vió interrumpida por su reclutamiento en el frente de combate y la posterior estancia de más de tres años en los campos de concentración y cárceles franquistas. Sus memorias, en cuya edición colaboré, creo que son una delicia y muestran la vida de un hombre, en el buen sentido de la palabra, bueno.

—¿Ha cambiado mucho Calaceite y el resto de la comarca en los últimos años?

El cambio sustancial se dió en los primeros años sesenta del siglo veinte, cuando la instalación de agua corriente y de cloacas cambió todo un género de vida ancestral en cuanto a higiene. La desaparición de las caballerías y la proliferación de tractores y maquinaria agrícola revolucionó simultáneamente la agricultura, de manera que hay que hablar, en todos los sentidos, de un antes y un después de las citadas fechas. Posteriormente, la venida de diversos intelectuales que se instalaron en estos pueblos, en especial Calaceite, fue crucial para reava-

lorizar las casas, fachadas, balcones, barbacanas y todo el tesoro arquitectónico que teníamos tapado a menudo por una gruesa capa de cal y que en no pocas ocasiones era destruido para construir un pegote “moderno”, ante la falta de unas ordenanzas que pusieran freno a algunos atropellos arquitectónicos; hoy, afortunadamente, las leyes ponen un freno a los proyectos arquitectónicos que rompen con el equilibrio de estos pueblos de origen medieval.

—¿Por qué Calaceite ha sido siempre una población de acogida de grandes literatos de nuestro país como de Iberoamérica?

Ignoro los motivos, pero no sólo fueron escritores españoles y sudamericanos; el primero de ellos, con el cual se daría comienzo a toda una afluencia de notables intelectuales, se produjo con la llegada del escritor y traductor francés Didier Coste, hacia 1.970, quien no dudó en comprar una casa señorial en la calle de Maella y se puso a traducir al francés el libro de José Donoso “El obscuro pájaro de la noche”. Poco tiempo después, le visitó dicho escritor chileno, se enamoró de Calaceite y se instaló en otra preciosa casa de la parte alta del pueblo. A su entorno fueron acudiendo personajes como el diseñador Ives Zimmermann, su esposa Bigna máxima especialista mundial en cestería, el editor Gustavo Gili, el arquitecto Klaus Wagner, los pintores Ràfols Casamada y su esposa Maria Girona, el también pintor

Román Vallés y un largo etcétera que abarca artistas, industriales y científicos. Todos ellos acostumbraban a reunirse en la cercana ermita de romería de Sant Pol (Hipólito), o bien en la Roca Caballera, un lugar cargado de mitos y tradiciones, relacionado con antiguos cultos astrales.

— ¿Háblenos de su primer libro?

Fue un librito de apenas ochenta páginas, titulado “*Refranyer del Matarranya*” en el que se recogen más de 400 refranes típicos de nuestra comarca. Este ensayo saldría publicado el año 1.983 y tengo entendido que fue el primero o, tal vez, el segundo libro publicado en catalán, interesándose sobre esta parte de Aragón de habla catalana, en su propia lengua. El contenido del texto, que removía en el lector local viejos posos culturales y el prólogo que le escribí, a modo de una especie de declaración de principios, fue lo que les abrió los ojos a nuestra realidad lingüística a muchos lectores, según me han confesado algunos.

—¿Si tuviese que resumir el Matarranya en unas frases, cómo describiría a esta comarca?

Es una tierra situada entre Aragón, Catalunya y Valencia, que participa culturalmente de todas ellas, que mantiene un paisaje y una arquitectura tradicional muy interesante, con una gran capacidad de atractivo y buena acogida para el forastero. Su relativa lejanía a las grandes urbes le aportan paz y tranquilidad, una pureza de aires y de

cielos que le otorgan cierto ambiente “mágico” y en definitiva es un rincón amable, curioso y único. Donoso fué quien dijo, concretamente de Calaceite: “Donde la piedra es arte”. La comarca del Matarranya, formada por dieciocho municipios, está separada del Mediterráneo por los Puertos de Beceite.

—¿En qué lugares de Calaceite, y su municipio, se encuentra más motivado para escribir?

Yo escribo sentado frente al ordenador, en mi casa. Pero el momento de escribir es el último capítulo de un proceso mental que se ha venido gestando anteriormente y a menudo la motivación la encuentro en el bar, conversando con mis compañeros de juego de cartas o en el campo, avisando animales y plantas que luego describo y dibujo. Igualmente los más íntimos rincones de esta histórica y monumental población –plazuelas, portales, soportales, etc.-, sentado en un banco de piedra, constituyen escenarios que me dan la suficiente inspiración para recrear argumentos de artículos periodísticos, o bien, mucho más amplios, libros de ensayo; me interesa mucho la cultura popular; paso una buena parte de mi tiempo escudriñando en los archivos municipales de Calaceite.

—¿Qué le falta actualmente a Calaceite, según su opinión, para convertirse en un centro de atracción cultural como se merece?

Un apoyo decidido de las autoridades locales. Detecto un empobre-

“Me siento inspirado conversando con mis amigos, o paseando por el campo”

cimiento, en los últimos tiempos, del interés por potenciar la cultura, en especial la autóctona (concretamente en catalán) y cierta cicatería en invertir tiempo y dinero en la difusión cultural, pese a que existen asociaciones muy activas que desarrollan una gran tarea, desgraciadamente en solitario. Tengo la satisfacción de recordar que hace poco fue designada Calaceite como la capital cultural de la Comarca del Matarranya; a consecuencia de ello, se va a construir un local para albergar sus oficinas, pero para empezar sólo se ha cedido medio edificio y lo que podría ser un gran centro de irradiación cultural me temo que se quedará en unas simples oficinas burocráticas.

—¿De qué realización literaria se siente más orgulloso, y por qué?

Probablemente de mi último libro *“Històries i romanços”*, que narra cincuenta años de la historia de Calaceite (1880-1930), en cuyas páginas recojo y transmito una gran cantidad de anécdotas entrelazadas con datos históricos. Creo que pueden entenderse de una manera amena y con personajes que aún se recuerdan, los prolegómenos de una historia posterior, la de la República, la Guerra Civil y el franquismo, que, en este municipio, en toda la comarca y también en la ciudad de Alcañiz alcanzaron momentos serios y verdaderamente dramáticos.

—¿Qué le pareció el recientemente celebrado Primer Congreso Nacional El Matarranya Mágico, en donde Vd. participó activamente como ponente?

Yo participé en este Congreso como contrapunto a la pléyade de escritores o estudiosos de la magia y



Miguel Blanc ha formado un pequeño museo de útiles tradicionales de la comarca en su domicilio.

el esoterismo que, desde mi punto de vista, navegan alegremente por el mar de la fantasía y dan muy a menudo interpretaciones simplemente posibles como seguras y ciertas, con muy poco rigor. Por eso mi ponencia se titulaba. *“El Matarranya mágico visto por un escéptico”* y en mi intervención me ceñía solamente a la “magia” literaria o artística que ciertamente tiene nuestra comarca. El Congreso dió a conocer a los participantes, al público que leyó las referencias de prensa e incluso a muchos ponentes la existencia del Matarranya como comarca que es obligado visitar en más de una ocasión, por sus singulares valores socio-culturales.

—¿En qué libro está trabajando actualmente?

Acabo de entregar a la imprenta *“Plantes medicinals del Matarranya”*, una selección de 122 plantas que se encuentran en la comarca, con la descripción, en términos sencillos y campechanos, de sus características, su localización, sus propiedades reales o supuestas, las

creencias populares, el contenido en sustancias activas responsables de sus propiedades y sobre todo, la definición del nombre científico, el popular o mejor dicho los populares, pues hay muchos y todos los equivalentes en catalán, castellano y aragonés, cuando me ha sido posible. También he añadido en mi libro un dibujo en colores de cada planta, para facilitar su identificación. Pero ya advierto en el prólogo que mi fe en la curación por las plantas es escasa y no aconsejaría tomar más que tisanas para aliviar algún ligero malestar. Supongo, por tanto, que no acabará de gustar a los devotos de la medicina natural y herbolarios.

—¿Qué mensaje le transmitiría a las personas mayores del Matarranya, en general, y de Calaceite, en particular?

Que ellos son los depositarios de una fabulosa cultura popular, de la que no deben avergonzarse ni menospreciar, pues es un precioso legado para las generaciones posteriores. Yo quisiera transmitirles la



Por la tarde, le gusta jugar un rato con el perro en el jardín.

convicción de que tienen que estar muy orgullosos de su patrimonio artístico y cultural y sobre todo de sus peculiaridades, aunque no gusten a los uniformadores acérrimos.

—¿Y a los responsables de la cultura de esa población?

Que la inversión en cultura es rentable, no sólo a nivel personal, sino también colectivo e incluso

económico. Nuestra comarca no tiene demasiadas riquezas naturales y aunque el aceite, si está bien elaborado es excelente y el vino igual, el terreno muy accidentado no permite demasiados cultivos extensivos y además, la producción es cara. La ganadería siempre ha sido una buena fuente de ingresos, pero ya está el territorio muy saturado y existen problemas de residuos. En cambio, el potencial económico que surge del turismo, de un turismo culto y exigente, es enorme y ello implica proteger mejor los monumentos, los poblados ibéricos, los restos mágicos como la “Roca Cavallera”, la promoción mediante folletos, congresos, etc. de nuestros atractivos culturales, de nuestra historia y de las peculiaridades que nos diferencian de los demás; eventos como el Primer Congreso Nacional El Matarranya Mágico vienen muy bien, porque potencian la llegada de un turismo de calidad.

Personas como Miquel Blanc Grau hacen que una comarca comience a considerar sus múltiples valores, desde el patrimonio histórico-artístico y arqueológico, a las demás tradiciones socio-culturales, de sus pueblos. Es necesario conversar con hombres como él, que han sabido aglutinar en forma de letras y palabras el sentir de las gentes del Matarranya, motivándoles a conservar esas tradiciones aprehendidas de sus antepasados, como muestras inequívocas de un activo que hoy, ya en el siglo XXI, continúan vigentes. Con libros como los de Miquel Blanc están garantizadas estas raíces. Animemos a otros eruditos de diferentes lugares de la geografía hispana, a seguir los sabios consejos de nuestro protagonista.

Verano Cultural

Arte Exposiciones

El museo del Prado ofrece una serie de actividades culturales para el verano

LA MUESTRA SOBRE EL PINTOR TIZIANO PONDRÁ FIN A LA TEMPORADA

Texto: José Luis González Cañete

El museo madrileño ha elaborado un programa de actividades sobre la vida y la obra del gran pintor veneciano. Para ello, organiza charlas y conferencias ofrecidas por expertos, y una serie de visitas guiadas por toda la exposición, con un repaso por todas y cada una de las 65 obras expuestas.

Tiziano es la figura principal de la escuela de pintura veneciana del siglo XVI, caracterizada por el gran dominio del color. Nacido en Pieve di Cadore, al norte de Venecia, en 1477, fue discípulo de grandes pintores de la época en el taller de Giovanni Bellini, quien influiría con peso en su obra.

El pintor veneciano siempre tuvo una gran capacidad para dotar a sus figuras de un sentimiento convincente, mezclando con una fuerza impulsiva, dentro de un marco vivo y colorista.

Sus obras presentan grandes dosis de serenidad, sutileza y refinamiento cromático, que dota a su pincel de una fuerza desconocida hasta entonces, como se demuestra en los frescos que hizo para la



El Emperador Carlos V. Óleo sobre lienzo. 1533.

iglesia de Santa María della Salute, en la ciudad de Venecia, y en las que escorzos violentos y figuras titánicas indican el dominio del estilo manierista que tenía el pintor.

Tiziano fue también un gran retratista como lo demuestran sus pinturas reali-

zadas al ser nombrado pintor oficial de la República veneciana, con trabajó en las cortes de Ferrara y Mantua. En uno de sus viajes a Bolonia realizó los retratos del emperador Carlos V y del papa Pablo III, visitando, más tarde, Roma donde conoció al gran Miguel Ángel. Su permanen-



Retrato votivo de la Familia Vendramin.
The National Gallery.

cia en la corte de Carlos V en Augsburgo, hizo que el emperador le encargase multitud de obras, recreando como ningún otro el retrato solemne y opulento, en una síntesis de la psicología y el temperamento del personaje y la atención a los detalles de vestuario y entorno, que definen a su vez la categoría social de la persona retratada.

Tiziano murió en Venecia en 1576. El legado de su obra afectó profundamente a la evolución de la pintura europea, proporcionando una alternativa poderosa a la tradición florentina de Miguel Ángel y Rafael, y que también seguirían pintores como: Rubens, Velázquez, Delacroix y los impresionistas franceses.

UN LEGADO CULTURAL Y ARTÍSTICO

Ningún pintor disfrutó de mayor fortuna en la España del siglo de Oro que Tiziano, coleccionado con avidez por los reyes e ilustres mecenas, convirtiéndose en el pintor más aclamado de su tiempo.

En su etapa final, la que ahora recoge el Museo del Prado en esta exposición con gran determinamiento, su estilo se vuelve desmaterializado en busca de un ambiente trascendente. Este estilo tardío, como fenómeno asombroso en el contexto del arte renacentista, tiene su última manifestación en la Piedad, realizada por Tiziano para su propia capilla sepulcral, obra que dejó inaca-



Salome. Óleo sobre lienzo. 1555.

bada y que hoy se conserva en la Academia de Venecia.

Pese a ello, y a que alberga la mejor colección de Tiziano del mundo, el Museo Nacional del Prado nunca le ha dedicado una muestra antológica, y por eso esta exposición de la gran pinacoteca madrileña pretende saldar esta deuda.

Con la colaboración de la National Gallery de Londres se ha concebido un ambicioso proyecto que reúne 65 obras del pintor, procedentes de diversas instituciones europeas y americanas que incluyen algunas de sus realizaciones más celebradas.

La exposición aparece estructurada en cinco ámbitos, que recorren la evolución pictórica de Tiziano, desde sus primeras producciones hasta el final de su vida, y que podrá verse hasta el próximo día 7 de septiembre.

LAS MEJORES OBRAS DE SU COLECCIÓN.

Las obras de Tiziano están presentes en todos los grandes museos del mundo, pero es el Museo del Prado madrileño quien tiene una de sus mejores colecciones. Admirado y envidiado en su épo-

ca por el gran dominio del color que imprimía a sus pinturas, logrando cuadros con personajes “casi vivos”. En efecto, lo que le valió más a Tiziano como artista fue el saber imprimir a sus personajes la perfección suficiente como para expresar sentimientos, pena y alegría, dolor y júbilo, majestuosidad, solemnidad o sencillamente ternura y humanidad. Alejado de los fríos e hieráticos rostros de sus antecesores, Tiziano supo como nadie dotar a la pintura de vida y color; características estas que seguirían otros maestros como Velázquez y que llegaría hasta los alegres coloristas del impresionismo francés.

Ahora, el Museo del Prado ofrece una muestra antológica que tiene como novedad, el poder ver algunos de ellos que no habían salido nunca de su lugar de residencia, y además poder disfrutarlos uno a uno, pero ordenados cronológicamente para ver la espectacular evolución que tuvo el maestro veneciano, desde sus pinturas juveniles a la perfección de sus años de madurez.

Su obra, como se puede apreciar en esta exposición, sigue viva en la actualidad, y aporta un significado de logros

VERANO CULTURAL MUESTRA SOBRE TIZIANO

y éxitos en el campo de las artes visuales, como pocos artistas han demostrado en la historia de la pintura.

APARTADOS DIVISORIOS DE LA EXPOSICIÓN

Orígenes (hasta 1516).- Cubre la etapa de inicio del pintor y su influencia del maestro Bellini, en busca de una forma propia de pintar, y un estilo propio que no tardaría mucho en encontrar.

Sus años jóvenes(1516-1533).- Tras la muerte de su maestro, Tiziano se convierte en el gran pintor de Venecia. Comienza sus viajes y su contacto con el emperador Carlos V. En esta época pinta la serie mitológica Camerino d'alabastro, una de las más importantes del género, y que ahora podemos ver reunida en el Museo del Prado, junto



La venus de Urbino. Galería Uffizi de Florencia.

con una novedad pictórica procedente e la National Gallery de Washington, nunca vista en España, y titulada El Festín de los Dioses, una obra de

Bellini, cuyo paisaje repinto íntegramente Tiziano.

De Bolonia a Ausburgo (1533-1551) .- Tiziano pinta para el Papa Paulo III y más tarde comienza la época retratista con el emperador Carlos V. La proyección internacional del pintor empieza a prestigiarse en pinturas como La Gloria.

El Desnudo Tumbado y las Poesías (1551-1562).- En este periodo Tiziano entra en contacto con Felipe II y pinta una serie de cuadros de la "poesía" llamados a ilustrar el arte de los sentimientos y donde dejó patente su predominio del color sobre el dibujo y su dominio de la técnica para imprimir vida a sus cuadros, muy alejada de las ideas de sus antecesores. También ilustra el desnudo femenino tumbado en su gran obra La Venus de Urbino que se muestra en este periodo cronológico.

El último Tiziano.- (1562-1576).- En este apartado de la exposición se muestra el mayor número de cuadros del pintor, por ser una época muy fructífera de su vida. El pincel se difumina cada vez más y la gama cromática se vuelve más oscura y pierde brillo, como presagando el final de sus días. En este apartado el Museo recoge la mayor cantidad de obras que pintase Tiziano, todas ellas entre lo mejor de su producción artística.

MEMORIA HISTÓRICA Y ARTE PROTEGIDO

Arte Protegido es la denominación que se ha dado a esta exposición que el Museo del Prado programa dentro del ciclo de actividades para el verano y recoge la " Memoria de la Junta del Tesoro Artístico durante la Guerra Civil española".

La muestra consta de 174 fotos y 35 archivos y documentos donde se refleja la forma de actuación de la Junta para salvaguardar las obras de arte de uno de los museos más importantes de Europa.

Muchos cuadros y obras artísticas fueron confiscados, clasificados o trasladados hasta el fin de la guerra y su posterior vuelta al Museo de donde salieron.

En la exposición se puede ver como fueron puestas a salvo obras de Velázquez, El Greco, Tiziano, Rubens o Ribera. En las fotografías expuestas se observa también



el rigor a la hora de guardarlas y sobre todo conservarlas bien, hasta el final de la contienda. La muestra ve la luz después de dos años de investigación por parte de los expertos artísticos que han comisariado la exposición.

ARTE PROTEGIDO. MUSEO DEL PRADO. Hasta el 14 de septiembre.

Una cita internacional en los festivales de música y teatro españoles.

MÚSICA EN SANTANDER Y MADRID Y TEATRO EN ALMAGRO Y MERIDA.

MÚSICA Y PRESTIGIO EN SANTANDER

Texto: José Luis González Cañete

El Festival Internacional de Santander nació de la necesidad de dar una oferta cultural a los estudiantes extranjeros que acudían a la UIMP. Por él, han desfilado los más grandes artistas del siglo XX, tanto de la música como de la danza y el teatro.

En 1952, y gracias al impulso de Ataulfo Argenta y del que fue primer director del festival santanderino José Manuel Riancho, se crea la Plaza Porticada, considerada por todos durante cuarenta años la "plaza mayor de la música" en España. Tenderete de día, y escenario mágico y único por la noche, por ella han desfilado los más grandes artistas del siglo XX, tanto de la música como de la danza y el teatro. Durante sus 38 años de historia fue el eje sobre el que se vertebraba toda la oferta cultural de la región, centrada, casi exclusivamente, en su mes de actividad.

La Plaza Porticada se clausuró en agosto de 1990 con la participación de la Orquesta de Cámara de Noruega y Mstislav Rostropovich. El Palacio de Festivales es su heredero y desde 1991 acoge el Festival Internacional que, gracias a este nuevo marco escé-

nico, ha podido ampliar su oferta artística, introduciendo la ópera y los grandes ballets en su programación.

El festival Internacional de Santander siempre ha elaborado una oferta artística con un fuerte atractivo para distintos sectores de la ciudadanía, intentando satisfacer las demandas de los aficionados más exigentes y buscando siempre el equilibrio entre las manifestaciones más tradicionales con las tendencias más innovadoras.

Uno de los principales atractivos de esta edición es la representación de la ópera *Simón Bocanegra* de Verdi con escenografía y dirección de escena de la Orquesta y Coros del Festival Internacional de Santander.

En el ámbito local destacan las actuaciones del Coro Lírico de Cantabria, dirigido por Antonello Allemandi y de la Capella Gregoriana Easo, bajo la dirección de Javier Irastorza.

El gran concierto recital de esta edición será ofrecido en el Palacio de Festivales por Hanna Schygulla.



La danza estará representada por varios grupos y compañías internacionales como la de Costa de Marfil denominada Georges Momboye, en una representación de Danza tradicional de aquel país.

En la misma línea la Compañía Andaluza de Danza, en un homenaje a Antonio Gades, representará la obra *Bodas de Sangre*, una adaptación flamenca del gran texto de Lorca.

Será el Ballet de la Ópera de Shanghai quien traiga al director Wang Yongji, para montar uno de los espectáculos más interesantes de esta edición.

Una novedad importante será la puesta en escena de una "Ópera Gospel", titulada *La tentación de San Antonio*, de Bernice Johnson y Robert Wilson. El broche de oro al festival lo pondrá la Orquesta Filarmónica de Israel con la mezzosoprano Nadja Michael y bajo la dirección del gran director Zubin Mehta, con un programa de Schubert y Mahler.

Se clausurará esta edición del Festival Internacional de Santander, que llegará hasta finales de agosto, con un Concierto de la Paz, y un protagonista de lujo como Daniel Barenboim, que dirigirá a The West-Eastern Divan.

El Festival Internacional de Santander reúne a las más prestigiosas voces y directores de orquesta del mundo.

VERANO CULTURAL FESTIVALES DE MÚSICA Y TEATRO

SETENTA AÑOS DE FESTIVAL DE TEATRO DE MÉRIDA

El Festival Internacional de Teatro Clásico de Mérida ofrecerá la 49ª edición. Nacido durante la II República, y suspendido durante 19 años, conmemora sus 70 años de nacimiento; para ello el Presidente de la Junta de Extremadura y el escritor Fernando Arrabal descubrirán una placa conmemorativa como recuerdo a todos los que han hecho posible la historia de este festival, uno de los más imperantes de Europa.

Al gran Teatro de Mérida acudirán este año obras de prestigio como La Paz, de Aristófanes, que inaugurará la 49ª edición del festival, según versión de Miguel Murillo y dirección de Juan Margallo, con un elenco de actores encabezado por Joaquín Kremenel y acompañado por 17 actores extremeños.

En esta edición se espera con impaciencia la versión de Lisístrata, una producción de la Fundación de las Artes Escénicas de Valencia y el Festival de Mérida. Carles Santos adaptará su

Lisístrata a las características espaciales del Teatro Romano de Mérida, creando un espectáculo único.

Por su parte, Antonio Simón, será el director encargado de escenificar la inmortal obra Electra de Sófocles, planteándose si la venganza como método crea la espiral de violencia. Versionada por José Sánchez Sinisterra, estará protagonizada por Angels Bassas, Mario Gas y Vicky Peña. La acción se situará en una época cercana, en el casco viejo de una ciudad mediterránea y con una familia venida a menos, en una sociedad en continuo cambio.

Spartacus, es uno de los más grandiosos espectáculos de ballet que se presentará por primera vez en España dentro del marco del Festival, con música de Khachaturian y coreografía de Nataliya Kasatkina y Vladimir Vasilyev, directores artísticos del Teatro Académico Estatal de Ballet Clásico de Moscú y antiguos miembros del mítico Bolshoi.

Como un drama en el que la vida y la muerte surgen en el ser humano, se



presentará en el Festival una Antígona dirigida por Eusebio Lázaro y protagonizada por María Fernanda d'Ocón y José Sancho. Una de las obras literarias más hermosa de todos los tiempos, amparada en textos de Sófocles y Jean Anouilh. La historia refleja un mundo en el que el ser humano, para no corromperse, arriesga su vida y llega al extremo de la muerte como única solución.

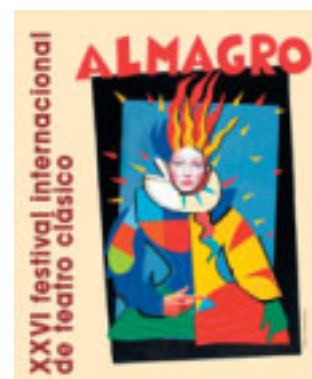
Entre tanta grandiosidad, el ciclo Estrellas bajo las estrellas ofrecerá actuaciones de grandes actores españoles con monólogos teatrales de textos clásicos seleccionados especialmente para Mérida, e interpretados por Juan Luis Galiardo, Juan Echanove, Natalia Dicenta, Fernando Guillén y José María Pou.

El Festival de Teatro de Mérida pondrá en escena un puñado inmejorable de títulos clásicos de repertorio internacional.

CLÁSICOS INTERNACIONALES EN ALMAGRO

La XXVI edición del Festival Internacional de Teatro Clásico de Almagro llegará con la compañía de una obra como Los tres mosqueteros de Alejandro Dumas en versión de Gustavo Tambascio.

No faltará a la cita anual el director Francisco Vidal y su espectáculo Troilo y Cresida de William Shakespeare, una interesante apuesta cultural.



Corral de Comedias de Almagro.

En el escenario del Hospital de San Juan se representarán obras de Tirso de Molina como El burlador de Sevilla por la Compañía Nacional de Teatro Clásico con dirección de Miguel Narros, y un clásico de William Shakespeare, como El Rey Lear con dirección de Hansgünther Heyme.

El Centro Andaluz de Teatro pondrá en escena Romeo y Julieta de Shakespeare, con dirección de Emilio Hernández.

En el Teatro Municipal tendrá lugar la representación de Ricardo III, también de Shakespeare, por el Centro Dramático de Aragón, en una versión de Eusebio Lázaro.

Nuestro dramaturgo por excelencia, Lope de Vega estará presente en el Festival con la obra El castigo sin venganza, por la Compañía de Adrián Dumas, en una Versión de Rafael Pérez Sierra.

Paralelamente al Festival se representará en la Plaza de Toros de Almagro un espectáculo magno de Lope de Vega como es el clásico Fuenteovejuna.

Además, se ofrecerá el llamado Teatro en la Calle con representaciones en los alrededores cercanos al Festival, más un espectáculo circense, Cabeza a Pájaros por la compañía Carampa, en la Plaza Mayor. Sin olvidarse del tradicional Mercado Medieval y un ciclo de Teatro Infantil en el Palacio de Fúcares. Muchos de los espectáculos de Almagro se podrán ver en toda España representados por Compañías Estables.

Madrid se convierte en una cita puntual para los espectáculos musicales de, teatro y danza.

LOS VERANOS DE LA VILLA

La cita con la capital de España no puede faltar para los aficionados a la música, danza y el teatro. La oferta empieza con el espectáculo teatral en las llamadas “Noches en la Muralla” con la obra de Pedro Muñoz Seca, Anacleto se Divorcia. Una divertida comedia protagonizada por Pedro Valentín y Julia Trujillo que amenizará las noches de Madrid.

En el marco histórico de los Jardines de Sabatini se darán cita la zarzuela La leyenda del Beso de Soutullo y Vert, y un espectáculo cómico-musical basado en un texto de Moliere y titulado El Burgués Gentilhombre.

El Centro Cultural de la Villa programa espacios para la ópera y la zarzuela con títulos como: La Canción del Olvido, La leyenda del Beso y Doña Francisquita, y el teatro Infanta Isabel un espectáculo de Cabaret y Tango a cargo de la solista Claudia Maté y dos bailarines.

El Patio Central del Conde Duque se lleva la mejor parte con un interesante programa de grandes artistas internacionales de la talla del pianista Michael Nyman, El Ballet Imperial Ruso, El Ballet de Shanghai o el Ballet del Teatro Ermitage.



El resto es una interesante oferta en toda la ciudad que incluye espectáculos de flamenco, fiestas populares en los barrios céntricos, proyecciones en el Planetario madrileño, representaciones de Titeres -Titirilandia- en el Parque del Retiro, y una muestra de cine al aire libre -FESCINAL- en el Parque de la Bombilla, donde se proyectarán los títulos más interesantes de la cartelera cinematográfica.

Todo ello, en una de las más completas y divertidas ofertas culturales del verano español.



Música y danza en Madrid.

Verano Cultural

POESIA



Renace la poesía

Aunque la lectura de libros de poesía ha decaído en los últimos años, restringiéndose a ambientes muy concretos, desde la Revista "Sesenta y Más" no nos queremos olvidar de la importancia que tiene sobre todo para el corazón tanto para el que escribe poesías como para el que las lee. Por ello, como el verano es un momento muy propicio para leer, hemos hecho una selección de libros sobre poesía, la mayoría de ellos editados por los propios autores.

- **Otoño de Colores.** Autores: *Araceli Conde, Montserrat Miralles, Mª Isabel Sánchez y Ramona Yanes.* Colección "Espigas Doradas". Editadas por las propias autoras.
- **Alas en Caricias.** Autor: *Paulo Goncalves.* Editor Paulo Goncalves. Editado por el propio autor. Brasil.
- **Popurrí de Flores.** Autores: *Ignacio Alcántara, Marisa Company, Araceli Conde, Julia Lobato, Mª Luisa Palarea, Anabel Sáiz, Mª Isabel Sánchez y Ramona Yanes.*
- **La Jubilación.** Autor: *Alejandro Manchado.* Editado por el propio autor.

Libros

- **Filigranas del Amor.** Autor: *Jacinto Gutiérrez Gómez.* Editado por el propio autor.

NOVELA

Lugares sombríos

Dos hermanos juegan junto a un río. Billy, el menor, está dispuesto a atravesarlo a bordo de una balsa que él mismo se ha construido. Cal, el mayor, le advierte del peligro, le recuerda que poco más abajo los rápidos se precipitan con violencia sobre las rocas. Pero Billy es un niño intrépido y apasionado, y nada es capaz de detenerlo.



Años después, Cal Chase recuerda ese día de verano en que todo terminó felizmente. Pero ahora su hermano está muerto, y esta vez él no ha podido hacer nada para salvarlo. Por eso, sumido en la desesperación, decide reconstruir el último año de su vida, retroceder hasta la noche en que Dora March, la mujer a quien su hermano tanto ha amado, y que ha desaparecido tras su muerte, llega a Port Alma sin más equipaje que su enigmático pasado.

Lugares Sombríos. Autor: *Thomas H. Cook.* Ediciones Urano, S. A. Barcelona 2000.

El casamentero

A partir de un personaje de ficción, Colette Davenat recrea con soltura y elegancia una de las épocas más decisivas de la historia de España, la unión matrimonial entre Isabel de Castilla y Fernando de Aragón.

Luis de Soca, un joven huérfano que ha perdido su casa devorada por las llamas, abandona Toledo sin imaginar siquiera que algún día se convertirá en un elemento crucial de la historia del reino. Sin embargo, está claro que los dioses velan por este ambicioso joven que desde la infancia se ha esforzado por disimular el secreto de sus orígenes y que, un buen día, se ve ascendido a consejero favorito de la muy católica Isabel, hermana del rey Enrique IV de Castilla.

En un reino debilitado por las intrigas de los señores y de los poderosos conversos, Luis de Soca será el artífice del matrimonio de la princesa Isabel con Fernando de Aragón, verdadero punto de inflexión que sellará la unidad de la futura España. Y más aún, con su astucia política logrará que Isabel acceda al trono y asombre al mundo convirtiéndose en uno de los soberanos más ilustres que Europa ha engendrado.

El Casamentero. Autora: *Colette Davenat.* Publicaciones y Ediciones Salamandra, S. A. Barcelona 2000.



Congreso de organizaciones de mayores

La ciudad de Valladolid acogerá el próximo mes de octubre el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que organiza CE-OMA y la Fundación Independiente.

El tema central de este congreso es el de “La protección social a la dependencia” que enlaza con la celebración del Año Europeo de las Personas con Discapacidad por la relación existente entre la dependencia y la discapacidad.

Información: Secretaría Técnica.
SIASA Congresos, Pº de la Habana 134, 28036 Madrid. Telf.: 91 457 48 91. Fax: 91 458 10 88. E – mail: mstuyck@siasa.es. Sede del Congreso: Palacio de Congresos Institución Ferial de Castilla-León. Avda. de Ramón Pradera s/n. 47009 Valladolid.



Mayores en internet

Un convenio suscrito entre el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas ha permitido la crea-

ción del Portal de Mayores como sistema de información sobre personas mayores, en Internet, de acceso libre y gratuito.

En cuanto a los contenidos, este portal presenta una información sistematizada en dos áreas, una de ellas se centra en los recursos a los que pueden acceder los mayores como información sobre residencias, programas, organizaciones nacionales e internacionales, direcciones en Internet o noticias. Otro bloque está diseñado para los profesionales y contiene información sobre salud, legislación, bibliografía especializada o las principales líneas de investigación científica en el ámbito de los mayores.

Por otro lado, este portal permite el acceso a los contenidos de “Sesenta y más” en formato digital a todas las personas interesadas.

Página web: www.imsersomayores.csic.es. “Sesenta y más” en Internet: www.imsersomayores.csic.es/senior/trasrevistas/sesentaymás. Información: **IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores, teléfono: 91 363 85 23, e-mail: opm.imserso@mtas.es. CSIC, Equipo Portal de Mayores, teléfono 91 411 10 98, ext. 209, e-mail: mayores@ieg.csic.es.**

Premios Acra

La Asociación Catalana de Recursos Asistenciales (ACRA) ha convocado los “I Premios ACRA para la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas mayores”. Estos premios quieren



ser una plataforma para la divulgación de la calidad, la innovación y las aportaciones profesionales en el campo de la atención de las personas mayores.

De esta manera se incide en uno de los principales objetivos de esta entidad en cuanto a la promoción de la evolución positiva del sector de recursos asistenciales y la defensa y divulgación de un modelo profesionalizado de asistencia geriátrica y gerontológica.

Los premios se estructuran en tres categorías. Una es la de la calidad en la atención a las personas mayores, la segunda es el premio a la innovación en la atención, mientras que la tercera es la de mejor aportación profesional en el campo de la atención de las personas mayores.

El concurso cuenta con la colaboración de la Generalidad de Cataluña, de “la Caixa” y de la Cámara de Comercio de Barcelona. Por otra parte los trabajos, con una extensión que no superará las veinte páginas, deberán presentarse hasta el 10 de septiembre.

Información: Travessera de Gràcia 40, principal 2ª. 08021 Barcelona. Telf.: 93 414 75 52. Fax: 93 414 65 26. Internet: www.acra.es. E-mail: acra@acra.es.

Envejecimiento y memoria

La memoria es la característica más diferencial de la persona, en cuanto que es en ella donde se alojan las señas de identidad, la biografía, los recuerdos, el pasado. Y es por eso que la conciencia de comenzar a perder la memoria tiene con frecuencia efectos desoladores.

La pérdida de memoria es la queja subjetiva más insistente de las personas mayores: perder el hilo de una conversación, no recordar el nombre de un ser querido, no encontrar las gafas o las llaves, no recordar si se tomaron las medicinas, olvidar ese número de teléfono que usamos con frecuencia, etc.

La memoria es vital para las personas, y su debilitamiento produce multitud de problemas:

– **Dificultades de adaptación a la vida diaria:** incapacidad para aprender nuevas tareas, disminución de la periodicidad de las relaciones sociales –con tendencia al aislamiento–, olvido de actividades y citas, etc.

– **Problemas de ansiedad:** con frecuencia la persona que comienza a perder memoria cree erróneamente estar inmersa en un proceso de enfermedad degenerativa de mayor entidad, lo que le produce muchas dudas y temores que interfieren claramente con el correcto fluir de los recuerdos; es decir, se generan unos pensamientos circulares que devienen en una peor producción de la actividad cognitiva.

– **Disminución de la autoestima:** la persona se ve invadida por pensamientos de inutilidad, dejando de quererse y de creer en sí misma, apareciendo síntomas de depresión que siempre correlacionan con mala ejecución de tareas cognitivas implicadas en la memoria, como la atención o la imaginación visual.

Y la pregunta que nos tenemos que hacer es obvia: ¿hay alguna solución para remediar esto?

Debemos responder categóricamente que sí. La base biológica de la memoria está en el cerebro, y las más recientes investigaciones indican que, a cualquier edad, existe un margen de modificabilidad. En el envejecimiento normal –el habitual, el no patológico–, el entrenamiento cognitivo es capaz de que se establezcan y se consoliden conexiones entre las neuronas –sinapsis– que se habían perdido o no se habían establecido precisamente por la falta de ejercicio. Esa es justamente la buena noticia: **el entrenamiento en memoria es útil**, pues en la mayoría de los casos hay una mejoría en la ejecución o una ralentización de la pérdida, lo que tiene como efecto un descenso de los niveles de ansiedad –sobre todo si se combina con técnicas de relajación–, y una elevación de la autoestima: la persona se da cuenta que la pérdida de memoria es evitable, y adquiere una confianza en sí misma que genera un mejor recuerdo y produce un mayor bienestar.

La realización de ejercicio puede hacerse de forma individual: lectura, escritura, jeroglíficos, crucigramas, internet, ... pero es muy conveniente incorporarse además a alguno de los **Talleres de entrenamiento de la memoria** a los que afortunadamente cada vez se están dedicando más recursos, y que se están implantando en los Centros de Personas Mayores, en los Centros Sociales y en las Asociaciones de Mayores. En estos Talleres no sólo se va a realizar entrenamiento cognitivo, sino también entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, y se van a proponer modelos de Estilos de vida compatibles con un envejecimiento satisfactorio, sin pérdidas significativas, que permita una vida autónoma y de mayor calidad durante más años, que es en definitiva nuestra ambición.