

Parlem amb...

Sacramento Pinazo



CURRÍCULUM VITAE

- Presidenta de la SVGG y vicepresidenta de Gerontología de la SEGG
- Doctora en Psicología y profesora del Dpto. de Psicología Social de la Univ. de Valencia.
- Experta en Envejecimiento Activo y Proyectos Intergeneracionales.
- Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia
- Coordinadora del Programa de Formación a lo largo de la Vida, La Nau Gran (de 2002-2009), de la Universitat dels Majors en Gandia (de 2009-2018) y Universitat i Societat en Cullera (desde 2018), todos ellos, de la UV
- Miembro del Grupo Europeo COST-AGEISM, de la Red Latinoamericana para el Desarrollo de Adultos Mayores y de la *American Society of Geriatrics*.

Para abordar el envejecimiento activo, la situación actual, sus retos de futuro y la importancia de la figura del fisioterapeuta, en este número hemos entrevistado a una profesional entregada desde hace años a la investigación en el área de mayores, a una institución en este campo: la doctora Sacramento Pinazo, presidenta de la Sociedad Valenciana de Geriátrica y Gerontología (SVGG) y vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

¿Por qué se especializó en este campo?

Como profesora e investigadora en Psicología Social empecé a estudiar el apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores (y la ausencia de éstas: la soledad y el aislamiento social) y me interesaron las relaciones abuelos-nietos y los proyectos intergeneracionales. Sigo investigando sobre este tema, aunque he se han añadido otros en mi investigación como el aprendizaje a lo largo de la vida y la mejora de los cuidados y el buen trato a personas mayores institucionalizadas, por ejemplo.

El estudio del envejecimiento se inició en Valencia gracias a Arnau de Vilanova, que ya en el año 1310 escribió un opúsculo titulado 'De conservacio juventus et retardanda senectute'. No obstante, trascurrieron más de seis siglos hasta que Manuel Beltrán Báguena retomó el asunto, publicó sus primeros trabajos en el campo de la Geriátrica y, junto con Teófilo Hernando y Francisco Grande Covián, fundó en 1948 la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). ¿Somos pioneros en Valencia?

Efectivamente. La Geriátrica comienza en Valencia, pero pese a tener un inicio tan temprano no ha conseguido desarrollarse como debería en nuestra Comunidad.

¿Cuál es la situación actual de la atención a las personas mayores en la Comunitat Valenciana?

En la Comunitat Valenciana hay un especialista por cada 53.000 mayores de 65 años. Es una relación que se queda muy alejada de lo recomendado por el Grupo de Es-

tudio de Calidad en Geriátrica de la SEGG. En el sistema público valenciano trabajan 17 facultativos expertos en atención a mayores. Teniendo en cuenta que el número de personas mayores de 65 años que residen en la Comunidad Valenciana es algo superior a los 900.000, la relación entre el número de especialistas y los potenciales pacientes es la que arroja la ratio de 53.000 por facultativo. Considero que al menos se necesitarían 36 geriatras en el sistema valenciano y aún más si lo comparamos con otras comunidades autónomas.

Es más, en cada área de salud debería haber un equipo multidisciplinar. Esa consideración comportaría contar con un médico especialista en geriatría, personal de enfermería también experto en este ámbito, un fisioterapeuta, un facultativo rehabilitador, un terapeuta ocupacional y un psicólogo clínico con experiencia en valoración neuropsicológica gerontológica.

Las sociedades envejecen. Necesitamos más recursos, proyectos y acciones específicas para ayudar al proceso de envejecer, con y sin funcionalidad. Sin unas políticas públicas claras no hacemos más que ir poniendo parches: proyectos que se inician y duran un año; falta de recursos y carencias y necesidades sin cubrir de atención a la dependencia y de promoción de la autonomía personal.

Sí, de hecho, cada vez hay más nonagenarios y centenarios ¿Estamos preparados para asumir el envejecimiento poblacional que viene?

No, como decía antes. Pese a que hace tiempo que nos están avisando de los cambios en la pirámide poblacional, de la verticalización de las familias, del sobre-envejecimiento poblacional, de las necesidades relacionadas con los cuidados...a menudo las políticas cortoplacistas no atienden a estas necesidades que requieren una perspectiva a largo plazo.

En algunas comunidades autónomas españolas han puesto en marcha planes o estrategias desde hace ya varios años y están invirtiendo en cuidados, en buena formación, en recursos de proximidad que permitan a las personas seguir viviendo en sus casas. En la Comunidad Valenciana estamos en la cola en muchas cosas.



Seguimos hablando de los mayores o de la tercera edad pero no es lo mismo cumplir 65 que 95 años...

Cierto. Si hay una cosa que está clara en el envejecimiento y que lo diferencia frente a otros momentos del ciclo vital es la heterogeneidad de las personas en esta franja de edad: distintos recorridos formativos, laborales, familiares, diferente afrontamiento a los eventos vitales, distinta funcionalidad, diferentes capacidades...Y además esto cambia mucho en veinte o treinta años de vida.

Muchas investigaciones relacionan el nivel de estudios con la salud (mayor nivel de ingresos, estilos de vida más saludables, autocuidado...). Cabe recordar que solo un porcentaje pequeño de los actuales octogenarios o nonagenarios pudieron estudiar. Para las personas que hoy tienen 55-65 años, el acceso al bachillerato fue más fácil porque a partir de la Ley de Ordenación de Enseñanzas Medias de 1953 se establecía un plan general de bachillerato (Bachillerato y PREU) y a partir de la Ley General de Educación de 1970 (BUP y COU) se estableció un sistema de becas para lograr la igualdad

de oportunidades entre los estudiantes y se consiguió, por primera vez, la plena escolarización de los españoles en los niveles obligatorios. Estos mayores-jóvenes están más formados que el resto. Algunas de las personas que hoy tienen 68-70 años vivieron el mayo del 68, nacieron cuando la Guerra Civil ya había terminado, vivieron el Franquismo y trabajaron por la Democracia...Las personas que tienen más de 82 años nacieron antes de la Guerra Civil, perdieron padres, tíos, tierras, tuvieron difícil el acceso a la educación, etc. Cuántas diferencias entre ellos... ¿no?

Más años de vida pero también más años con discapacidad y situaciones de dependencia, ¿qué se puede hacer al respecto?

Al menos dos acciones: por un lado, atender más y mejor a las situaciones de dependencia. ¿Cómo? Con recursos, con profesionales adecuados. Y por otro lado, promover estilos de vida saludables y la autonomía personal. ¿Cómo? Con más recursos y más profesionales adecuados.

¿Cuáles son los retos del envejecimiento?

Uno de los aspectos de mayor estudio en la actualidad en la Geriátría es el concepto de fragilidad. Los criterios clínicos de fragilidad están muy vinculados con la condición física de la persona. El deterioro de la condición física puede comportar una pérdida de equilibrio, agilidad y velocidad de la marcha, factores asociados al desarrollo de la fragilidad.

Y hay una clara diferencia asociada al sexo: las mujeres suelen estar en peor condición física que los hombres. La fragilidad es frecuente incluso en mujeres mayores físicamente activas. Una mejor detección, prevención y manejo del equilibrio y de la marcha, de los síntomas depresivos asociados, y de la calidad de vida podrían retrasar la fragilidad.

¿Qué acciones deberían tomarse para hacer frente a ello?

Las actuaciones deben ser multidisciplinarias. A mi entender hay que mejorar la atención que se está dando en los centros y en los domicilios. También en los centros de salud donde no hay profesionales de la geriatría (pero sí de la pediatría) y en los hospitales. ¿Cómo puede ser que haya hospitales en la Comunidad Valenciana que no cuentan con Unidad de Geriatría: hospital clínico universitario, hospital general universitario, Arnau de Vilanova, La Fe...?

En otras comunidades autónomas no solo tienen unidades de geriatría; tienen unidades de ortogeriatría en donde trabajan conjuntamente servicio de traumatología, geriatría y fisioterapia, por ejemplo.

Otro ejemplo: la intervención quirúrgica tras la fractura de cadera precisa de una movilización postoperatoria temprana y una recuperación funcional al alta para que el paciente pueda volver a caminar lo antes posible.

A menudo, un ingreso hospitalario deja como secuelas una peor situación funcional que se agrava aún más en función del tiempo de estancia.

“

En otras comunidades autónomas no solo tienen unidades de geriatría; tienen unidades de ortogeriatría en donde trabajan conjuntamente servicio de traumatología, geriatría y fisioterapia.

”



“

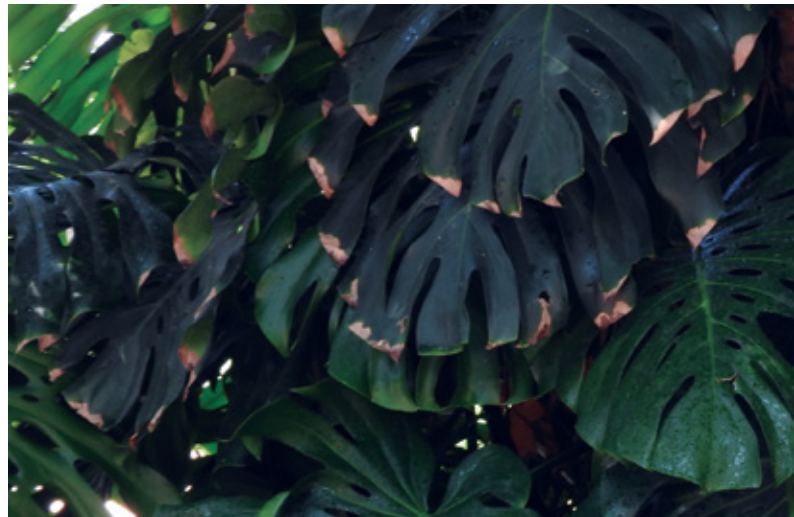
Uno de los aspectos de mayor estudio en la actualidad en la Geriátría es el concepto de fragilidad. Los criterios clínicos de fragilidad están muy vinculados con la condición física de la persona.

”

“

Los fisioterapeutas son expertos en el ejercicio y ayudan a las personas para optimizar su capacidad física. Una parte importante de su trabajo es ayudar a las personas a permanecer activas a medida que envejecen.

”



¿Qué tabúes en torno a la vejez aún quedan por derribar?

El principal mito o creencia errónea -diría yo- es que la edad cronológica es un buen discriminante individual del estado de la persona. El paso del tiempo afecta de modo diferencial a las personas y el estilo de vida (algo que es modificable) es muy importante.

Otro es la heterogeneidad en la vejez. Cada persona es única y es necesario adaptar los tratamientos a cada cual.

Como experta en envejecimiento activo, ¿a qué desafíos y qué oportunidades se enfrentan las personas mayores para lograr un envejecimiento saludable?

La Organización Mundial de la Salud recomienda la actividad física regular para las personas mayores. El ejercicio mejora el estado funcional y la calidad de vida, aumentando la fuerza, la coordinación y control motor, la flexibilidad, la resistencia y mejorando el equilibrio.

¿Qué papel juega la fisioterapia?, ¿Cómo ve el trabajo del fisioterapeuta en este campo?

Los fisioterapeutas son expertos en el ejercicio y ayudan a las personas para optimizar su capacidad física. Una

parte importante de su trabajo es ayudar a las personas a permanecer activas a medida que envejecen. Como resultado, la actividad física puede reducir el riesgo de caídas, que es la principal causa de discapacidad en las personas mayores.

Los programas de ejercicio en envejecimiento activo ayudan a retrasar el deterioro funcional. Actividad física y ejercicio están inversamente relacionados con la mortalidad y la morbilidad relacionada con la edad. Además, la práctica regular de ejercicio físico ayuda a prevenir o mejorar muchas enfermedades como: las cardiovasculares, la hipertensión, la artrosis, la osteoporosis. Incluso ha demostrado mejorar la salud mental y la función cognitiva en los mayores (sobre todo en depresión o ansiedad).

Una de sus batallas conocidas es contra la infantilización de la vejez. Ha dicho que odia cuando la gente dice “son como niños”. ¿A qué se refiere exactamente?

¡Oh, sí! No soporto ver la falta de respeto, el trato inadecuado o la negligencia...y desgraciadamente se produce de un modo mucho más frecuente de lo que creemos. Muchas veces los profesionales creen que utilizando un lenguaje infantil son más cercanos, sin saber el impacto que esas palabras pueden tener en las personas a las que cuidan.



Pocos mayores quieren ir a una residencia, ¿qué piensa al respecto?

Cierto. Las personas prefieren estar en sus casas, en sus barrios, rodeados de la gente a la que conocen, de sus afectos, de sus pertenencias, de sus recuerdos.

¿Cómo tendría que ser la asistencia de los centros geriátricos?

Aún hay que mejorar mucho los centros. La Ley valenciana que los rige está completamente obsoleta y no ha habido ningún cambio en los últimos años.

¿Qué papel juega la fisioterapia en estos centros?

El fisioterapeuta en una residencia puede hacer trabajo individual y colectivo, prevención y tratamiento rehabilitador, puede disminuir el dolor y lograr que personas que apenas pueden moverse lo hagan.

Debe ayudar a mantener y mejorar la condición física de las personas mayores para así mejorar su calidad de vida. Realiza la valoración inicial al ingreso para así poder establecer un plan terapéutico personalizado y rehabilitación física si precisa. En el caso de personas que han tenido una estancia hospitalaria, programa la recuperación postoperatoria o de traumatismos y lesiones. Hace seguimiento y valoraciones periódicas para

“

El fisioterapeuta tiene mucho trabajo que hacer en el servicio de atención a domicilio, como apoyo a los cuidadores no profesionales (sobre todo los familiares), en las residencias, en la atención hospitalaria, en las clínicas privadas...

”

controlar la evolución y los cambios. Ayuda a mantener y mejorar la condición física, proporcionando información sobre higiene postural y ejercicios diarios. Hace trabajo de fuerza, de equilibrio, de marcha, de agilidad...

Todo esto no solo mejora su capacidad funcional sino que ayuda a la mayor integración en el entorno residencial.

¿La atención centrada en la persona en el domicilio puede ser una buena alternativa?

¡Claro! La mayor parte de las personas mayores viven en domicilio, muchas viven solas y de estas, numerosas son mujeres sin historial de ejercicio físico anterior. Pero lamentablemente en la Comunidad Valenciana no hay ningún programa dirigido a los mayores que viven en sus casas cuando sería la mejor inversión a realizar. ¡Ayudemos a las personas a que sigan viviendo en sus casas, que es donde quieren estar!

Está demostrado que existe una relación entre el sentimiento de soledad y los problemas de salud, ¿es esto un gran problema para la población mayor?

Sí. La soledad no es solo un problema social o emocional, es un problema importante de salud. Los sentimientos de soledad se asocian con aspectos de la salud física y mental: sintomatología depresiva, problemas de sue-

ño, reducción en la actividad física, sedentarismo, mayor riesgo de caídas, peor salud mental y cognición, alteración del sistema inmunitario, más riesgo de enfermedades cardiovasculares, relación con el desarrollo de enfermedades como el Alzheimer, factor de riesgo de suicidio, ansiedad, depresión y salud mental, en general.

Hace unos meses se hacía público que el gobierno de la localidad valenciana de Almussafes ha incorporado la fisioterapia en el servicio de atención a domicilio. ¿Qué piensa al respecto?

Creo que es una iniciativa necesaria que deberían imitar todas las corporaciones municipales. El fisioterapeuta tiene mucho trabajo que hacer en el servicio de atención a domicilio, como apoyo a los cuidadores no profesionales (sobre todo los familiares), en las residencias, en la atención hospitalaria, en las clínicas privadas... Hay muchas personas que mejorarían mucho si realizasen ejercicios dirigidos y adecuados a su patología. Podrían volver a andar sin dificultad, perderían el miedo a salir a la calle, dejarían de necesitar una silla de ruedas o un andador... lo cual reduciría sus sentimientos de soledad y aislamiento y mejoraría su integración social. Existe ya evidencia científica de programas realizados con personas mayores en otros lugares del mundo, ¿por qué no implementar esos programas aquí? Se reduciría el consumo de fármacos y la institucionalización. Se mejoraría la calidad de vida.

¿Qué papel tienen los fisioterapeutas en la SEGG y en la SVGG?

El fisioterapeuta es un profesional capacitado para adaptar el ejercicio a las características del individuo, no sólo a la hora de tratar las lesiones o patologías existentes, sino de prevenir patologías en poblaciones de riesgo.

El movimiento ayuda a que los músculos estén activos y así mantener durante el máximo tiempo posible las articulaciones en buen estado. A través de la actividad física y fomentando estilos de vida activos se mejora la aptitud física. Todo esto permite que podamos movernos con seguridad y reduce las caídas y las consecuencias derivadas de éstas.

Pero además de los beneficios físicos, están los psicológicos y los sociales, pues los ejercicios cuando son grupales fomentan los lazos de amistad y la identidad grupal.

Por lo que sabemos, no hay muchos fisioterapeutas todavía en ninguna de las dos sociedades científicas, ¿cuáles serían las vías de inclusión o incremento de estos profesionales en ambas?

Hay poca presencia de fisioterapeutas tanto en la Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología como en la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Creo que los fisioterapeutas tienen un área por desarrollar y a ambas les vendría muy bien contar con la visión de estos profesionales pues enriquecería la mirada. ¿Qué hacer? Es tan fácil como acudir a los congresos, presentar trabajos científicos, entrar a formar parte de los Grupos de Trabajo que existen en las sociedades científicas, enviar artículos de investigación a la revista de la SEGG,... Necesitamos la visión del fisioterapeuta sobre la mejora de la fuerza y el equilibrio para la reducción de caídas. Y tener más evidencia de qué ejercicios es mejor realizar con personas encamadas o personas que utilizan sillas de ruedas para su desplazamiento, por citar un par de ejemplos.

También sería conveniente que en los órganos de difusión que tienen los colegios profesionales (web y revistas como ésta) se incluyese una sección sobre el trabajo de los fisioterapeutas en geriatría. Y en los congresos nacionales, incluir mesas de debate con otros profesionales, y conferencias temáticas.

Ha tenido también una labor importante en el fomento de actividades formativas con personas mayores...

Sí, he sido coordinadora durante casi diez años del programa universitario para personas mayores de 55 años de la Universidad de Valencia, la Nau Gran, y después, durante otros diez años más de un programa similar, también de la UV (Universitat dels Majors) pero en la sede que esta tiene en Gandía. Mi trabajo se ha centrado en la coordinación académica, en la adecuación de la oferta de asignaturas y talleres, y en la investigación sobre los beneficios del aprendizaje y su relación con la calidad de vida.

¿Cómo valoraría la situación actual de la Docencia e Investigación en Gerontología?

Creo que queda mucho por hacer. Observando los planes de estudio de los diferentes títulos que se ofertan en las universidades españolas o el Libro Blanco de cada uno de los Grados, considero que no se está formando suficientemente a los profesionales que van a cuidar de las personas que envejecen. Es necesario evaluar más lo que se hace con los pocos recursos de atención a personas mayores con los que contamos. Faltan más equipos de investigación, más equipos multidisciplinares, y a menudo no contamos con instrumentos adecuados para la realidad de las personas mayores en España.

Recientemente la SVGG y el ICOFCV han firmado un convenio de colaboración, ¿cómo lo valoraría?

Es muy importante porque sumamos fuerzas para desarrollar acciones conjuntas y potenciar herramientas básicas para mantener la independencia en la movilidad y en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas mayores. En esta línea, vamos a desarrollar diversas actuaciones, entre ellas, actividades formativas para los profesionales, de investigación científica, divulgativas y de difusión en el marco de la Fisioterapia Geriátrica. De hecho, estamos planeando para 2019 la realización de un primer curso sobre "Fisioterapia en el envejecimiento".

Me alegra enormemente la firma de este convenio y tengo muchos deseos de iniciar este trabajo conjunto multidisciplinar. Solo con esta mirada poliédrica podremos atender bien a las personas en su proceso de envejecimiento.

Por último, ¿quiere hacer algún agradecimiento?

Quiero aprovechar la ocasión para agradecer la iniciativa que ha tenido el ICOFCV de realizar un monográfico sobre envejecimiento. Con formación y difusión, entre todos los profesionales lograremos mejorar la calidad de los cuidados a las personas mayores.



“

Necesitamos la visión del fisioterapeuta sobre la mejora de la fuerza y el equilibrio para la reducción de caídas. Y tener más evidencia de qué ejercicios es mejor realizar.

”