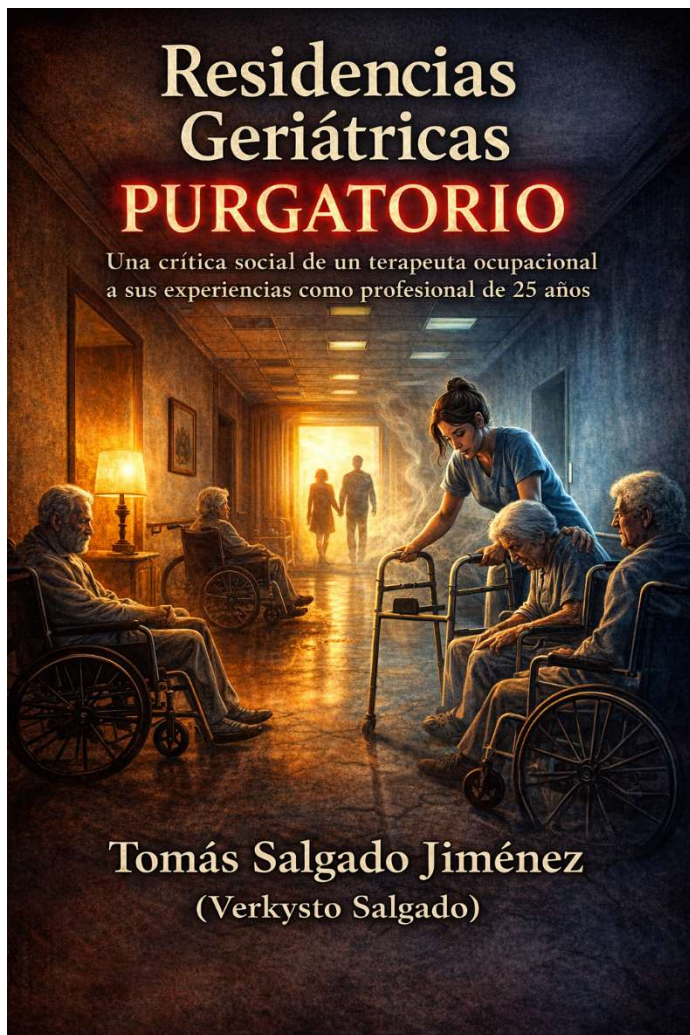


**RESIDENCIAS GERIÁTRICAS
PURGATORIOS
VERKYSTO SALGADO**



Tomas Salgado Jiménez

(Verkysto Salgado)

**Derechos reservados a mi esposa: Liliam Dinora
Ramos Alvarado. Año2026 España. Madrid**

No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

ISBN: XXX-X-XXXX-XXXX-X

ISBN: 9798250711449

ISBN: 9798250483247

Sello: Independently published

Fecha de publicación: 02/03/2026



Contenido

Tomas Salgado Jiménez	2
(Verkysto Salgado)	2
Derechos reservados Liliam Dinora Ramos Alvarado	2
Introducción	12
<i>Desde dentro del purgatorio</i>	12
CAPÍTULO 1	15
EL INGRESO Y LA PÉRDIDA	15
CAPÍTULO 2	23
EL DETERIORO SILENCIOSO	23
CAPÍTULO 3	31
EL PROFESIONAL POR DENTRO	31
EL DECÁLOGO Y LA BRECHA ENTRE EL PAPEL Y EL PASILLO	39
Atención Centrada en la Persona	40
Modelo de Atención Integral	42
Envejecimiento Activo	44
Autonomía y Dependencia	45
Humanización del Cuidado	46
El Plan de Atención Personalizado	47
La brecha	48
CAPÍTULO 5	51

EL CONTROL DEL SILENCIO	51
La desacreditación sutil.....	51
La interrupción	54
El mensaje implícito.....	56
El castigo encubierto.....	57
La neutralización estructural.....	59
El purgatorio	60
CAPÍTULO 6	61
EL CONTROL DE LO COTIDIANO	62
La siesta prohibida.....	62
La música regulada.....	64
La televisión impuesta	66
Los rulos y la estética	67
Micro-restricciones repetidas.....	69
Hogar o estructura.....	70
El paradigma que no cambia	71
CAPÍTULO 7	73
LA INFANTILIZACIÓN Y LA PÉRDIDA DE IDENTIDAD.....	73
El lenguaje que reduce.....	74
Actividades infantiles.....	75
El efecto psicológico	77
Confundir protección con anulación	79

Liderazgo y cultura	80
La identidad como último territorio	81
CAPÍTULO 8	83
NO TODAS, PERO SÍ DEMASIADAS	83
Estructura, empresa y responsabilidad colectiva	83
No es solo una persona	84
El modelo empresarial	85
La responsabilidad compartida	86
El profesional atrapado	87
La cultura que normaliza	88
Mirar sin destruir	89
La pregunta que queda	90
EPÍLOGO	91
LO QUE NO DEBERÍA SER SILENCIO	91
CAPÍTULO 9	97
LOS MODELOS HOLANDESES: CUANDO EL CUIDADO SE ORGANIZA DE OTRA MANERA	97
Hogeweyk: vivir con demencia como comunidad, no como institución	98
El modelo de pequeñas unidades	100
La autonomía como eje real	102
La formación del personal	103

¿Es perfecto?	104
¿Y en España?	104
Lo que demuestra el modelo holandés	106
PESCUEZA: CUANDO UN PUEBLO DECIDE CUIDAR	107
Envejecer donde siempre se ha vivido.....	108
La diferencia del entorno	109
Comunidad frente a institución	110
Política local con impacto real	110
No es idealismo	111
Lo que nos enseña	112
CAPÍTULO 11	113
INCAPACIDAD, CULTURA Y CIENCIA: ¿PODEMOS ENVEJECER DE OTRA MANERA?	113
La caída del paradigma del colesterol.....	114
La alimentación moderna y la mente embotada ..	116
El mito de que el mayor no debe hacer fuerza	118
La inutilidad social impuesta	119
¿Y si empezáramos antes?.....	121
Menos deterioro, menos institucionalización.....	122
El verdadero cambio estructural.....	123
CAPÍTULO 12	125

ENTRE LA CULPA Y LA CULTURA: HIJOS, PADRES Y RESIDENCIAS	125
No es solo falta de amor	126
La idealización comparativa	128
La culpa que no desaparece	129
La depresión silenciosa del cuidador	130
El choque entre autonomía y protección	131
¿Qué estamos perdiendo como sociedad?	132
El círculo completo	134
GREGORIA	136
CAPÍTULO 13	137
DEMENCIAS: MÁS ALLÁ DE LA VEJEZ	137
Anatomía, fisiología, causas y cuidado centrado en la persona	138
1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA BÁSICA IMPLICADA EN LA DEMENCIA	138
<input type="checkbox"/> Corteza cerebral	139
<input type="checkbox"/> Hipocampo	139
<input type="checkbox"/> Sustancia blanca	139
<input type="checkbox"/> Neurotransmisores relevantes	139
2. PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA	140
2.1 Enfermedad de Alzheimer	140
2.2 Demencia vascular	141
2.3 Demencia con cuerpos de Lewy	142

2.4 Demencia frontotemporal.....	142
2.5 Otras causas.....	142
3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO.....	143
Metabólicos.....	143
Cardiovasculares.....	143
Inflamatorios.....	144
Estilo de vida.....	144
Factores protectores.....	144
4. CUIDADO DE UNA PERSONA CON DEMENCIA	145
Desde el marco de Atención Centrada en la Persona (ACP).....	145
4.1 Conocer la biografía.....	145
4.2 Validación emocional.....	146
4.3 Entorno estructurado pero flexible.....	146
4.4 Mantener autonomía residual.....	147
4.5 Comunicación adecuada.....	147
4.6 Manejo de conductas complejas.....	147
4.7 Cuidado del cuidador.....	148
CAPÍTULO 14.....	149
ACTIVIDADES QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA.....	149

Intervención integral en personas mayores y con demencia.....	149
1. ACTIVIDADES LÚDICAS Y RECREATIVAS .	150
🎵 Música personalizada.....	150
🎨 Actividades creativas adaptadas	151
🎲 Juegos adaptados.....	151
2. ACTIVIDADES DE MEMORIA Y ATENCIÓN	152
☐ Orientación a la realidad	152
👤 Memoria autobiográfica	152
👁️ Atención sostenida.....	153
3. COMUNICACIÓN.....	153
Reglas básicas:	153
4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDs)	154
AVDs Básicas (AVDB).....	154
👉 Higiene personal	154
🚽 Eliminación: defecación y micción.....	155
En el hombre:.....	156
En la mujer:	156
Higiene bucal y dentadura.....	157
5. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (AIVD)..	157
6. EJERCICIO FÍSICO	158
Recomendaciones:	158
7. ENTORNO TERAPÉUTICO.....	159

8. PRINCIPIOS TRANSVERSALES	159
CÓMO PREPARAR UN TALLER DE MEMORIA	160
Para residentes con deterioro leve, moderado y grave.....	160
1-PASOS PREVIOS A LA PREPARACIÓN.....	161
1.1 Evaluar el nivel cognitivo	161
1.2 Definir objetivos	161
1.3 Duración recomendada	162
2-TALLER PARA DETERIORO LEVE	162
Perfil.....	162
Objetivo.....	163
Estructura tipo sesión	163
◆ 1. Orientación inicial (5–10 min).....	163
◆ 2. Memoria inmediata (10–15 min).....	163
◆ 3. Atención y función ejecutiva (15–20 min)	164
◆ 4. Cierre emocional (5 min)	164
3-TALLER PARA DETERIORO MODERADO....	165
Perfil.....	165
Objetivo.....	165
Estructura tipo sesión	165
◆ 1. Activación sensorial (5 min).....	165
◆ 2. Memoria autobiográfica (15–20 min)	166

◆ 3. Actividad estructurada simple (10–15 min)	166
◆ 4. Validación emocional	166
Si alguien se equivoca: No corregir frontalmente.	
Validar emoción.	167
4-TALLER PARA DETERIORO GRAVE	167
Perfil	167
Objetivo	167
Estructura tipo sesión	168
◆ 1. Estimulación sensorial (10 min)	168
◆ 2. Canciones y ritmo (5–10 min)	168
◆ 3. Estimulación táctil y visual	168
◆ 4. Cierre tranquilo	169
5-CLAVE EN TODOS LOS NIVELES	169
6-ERRORES FRECUENTES	170
7-MEDIR RESULTADOS	170
8-FRECUENCIA RECOMENDADA	171
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES	172
■ BIBLIOGRAFÍA	173
Estimulación cognitiva y talleres de memoria	173
Estimulación cognitiva estructurada	173
Terapia de reminiscencia	174
Atención Centrada en la Persona	175

Validación emocional.....	175
Estimulación multisensorial (Snoezelen)	176
Ejercicio físico y cognición	176
Factores de riesgo modificables	177
Manuales clínicos de referencia	177

Introducción

Desde dentro del purgatorio

No escribo este libro desde la rabia. Lo escribo desde la conciencia.

Soy terapeuta ocupacional. Entré en las residencias geriátricas por necesidad laboral. No por vocación idealista, no por romanticismo profesional. Necesitaba trabajar. Y allí encontré algo que no esperaba: personas. Personas reales, con historia, con memoria, con dignidad... y con miedo.

Con el tiempo comprendí que mi función no era solo movilizar articulaciones, estimular memoria o diseñar talleres de actividades de la vida diaria. Mi verdadera función era sostener lo que el sistema empezaba a dejar caer: la identidad.

En las residencias he visto enfermedades geriátricas devastadoras: demencias que borran nombres, Parkinson que inmoviliza voluntades, ictus que fragmentan biografías, depresiones que nadie diagnostica porque “es normal a su edad”. He visto úlceras por

presión que no son solo lesiones cutáneas, sino heridas institucionales. He visto sillas ocupadas durante horas sin movimiento. He visto cuerpos callados.

Pero lo más duro no son las patologías.

Lo más duro es cuando la enfermedad se convierte en excusa para despersonalizar.

He visto cómo se medicaliza la conducta en lugar de comprenderla. Cómo se seda la agitación sin preguntarse qué la provoca. Cómo se interrumpe una actividad terapéutica porque “no hay tiempo”. Cómo se convierte la vida en rutina y la rutina en espera.

He visto dignidad... y también he visto lo contrario.

Este libro no es un ataque a todos los profesionales.

Hay trabajadores extraordinarios que sostienen el sistema con una humanidad heroica. Pero también existe un modelo estructural que, cuando falla, convierte las residencias en algo parecido a un purgatorio:

un lugar intermedio donde se sobrevive más que se vive.

Un purgatorio sin razón aparente.

Aquí recogeré historias. Algunas dulces. Otras incómodas. Algunas silenciosas. Todas reales en esencia. Historias de personas que ingresaron por necesidad, por enfermedad, por abandono, por miedo o por decisión propia. Historias de quienes protestan sin palabras. Historias de quienes ya no pueden protestar.

No escribo para señalar con el dedo. Escribo para que miremos.

Porque una sociedad se mide por cómo trata a quienes ya no producen. Y lo que he visto merece ser contado.

Si este libro incomoda, que incomode. Si despierta conciencia, habrá cumplido su función.

CAPÍTULO 1

EL INGRESO Y LA PÉRDIDA

El ingreso en una residencia no es solo un cambio de domicilio.

Es una ruptura biográfica.

No es simplemente trasladar ropa de un armario a otro. No es cambiar de dirección en el DNI. No es reorganizar muebles en una habitación más pequeña.

Es dejar atrás una vida tal como se conocía.

La persona deja su casa, su cama, sus olores, sus horarios. Deja la marca del sol entrando por la ventana a una hora concreta. Deja la esquina del barrio donde saludaba al panadero. Deja la silla que crujía siempre en el mismo punto. Deja la cocina donde sabía dónde estaba cada cosa sin mirar.

Deja su territorio.

Y el territorio no es solo espacio físico. Es identidad.

Cuando alguien entra en una residencia, entra en un espacio administrado.

Desde el primer día empieza la adaptación.

Horario de desayuno.

Horario de medicación.

Horario de baño.

Horario de comedor.

Horario de siesta —si está permitida—.

Horario de televisión.

El tiempo ya no es personal.

Es colectivo.

El ritmo ya no lo marca el cuerpo.

Lo marca el turno.

Algunos residentes se adaptan con sorprendente rapidez.

Otros aparentan adaptarse.

Otros se resignan en silencio.

Y otros comienzan a apagarse lentamente.

He visto miradas el primer día de ingreso que no se olvidan.

Miradas de desconcierto.

No es solo miedo. Es desorientación existencial.

Porque aunque la residencia esté limpia, aunque haya sonrisas en la recepción, aunque la familia diga “aquí vas a estar mejor”, hay algo que el cuerpo entiende antes que la razón:

Se ha perdido el control.

El discurso institucional suele decir:

—“Aquí va a estar mejor atendido.”

—“Aquí estará más seguro.”

—“Aquí no le faltará nada.”

Y en parte puede ser cierto.

Habrà supervisión médica.

Habrà comida preparada.

Habrà medicación controlada.

Pero mejor atendido no siempre significa más libre.

La pérdida más profunda no es física.

Es la pérdida de autonomía decisional cotidiana.

Decidir a qué hora levantarse.

Decidir si hoy no apetece ducharse.

Decidir desayunar más tarde.

Decidir escuchar música o no.

Decidir quedarse en la habitación.

En casa, esas decisiones no se notan porque son naturales.

En una institución, se vuelven excepcionales.

El ingreso también transforma el rol familiar.

El hijo o hija que decide el ingreso muchas veces carga con culpa.

—“Ya no podía más.”

—“Es por su bien.”

—“No tenía otra opción.”

Y la persona mayor puede vivirlo como abandono, aunque racionalmente entienda la necesidad.

Hay ingresos por deterioro cognitivo avanzado.

Hay ingresos por dependencia física severa.
Hay ingresos por soledad extrema.
Hay ingresos por agotamiento familiar.

Pero independientemente del motivo, el
impacto psicológico es real.

La habitación asignada no es “su habitación”.

Es una habitación.

Puede personalizarse con fotos, con una
colcha conocida, con algún objeto querido.
Pero el entorno sigue siendo compartido,
regulado, supervisado.

El ruido del pasillo no es el de su casa.

El timbre no es el suyo.

La puerta no se cierra con su llave.

Y esa pérdida de territorio afecta más de lo
que parece.

Algunas personas desarrollan mayor
dependencia tras el ingreso.

No por deterioro inmediato, sino por desuso.

Cuando todo está organizado, cuando todo está planificado, cuando alguien siempre está pendiente, el impulso de hacer por uno mismo puede disminuir.

Y aquí empieza un proceso silencioso.

La institucionalización del ritmo.

La vida se vuelve predecible.

Desayuno.

Actividad grupal.

Comida.

Descanso.

Televisión.

Cena.

Día tras día.

La previsibilidad da seguridad, sí.

Pero también puede reducir estímulo.

He visto personas que, en su casa, aún cocinaban algo sencillo, regaban plantas, salían a comprar el pan, hablar con vecinos.

En la residencia, esas pequeñas acciones desaparecen.

No porque no puedan.

Sino porque el sistema no está diseñado para sostener micro-autonomías individuales.

El ingreso, en muchos casos, es el inicio de una transición delicada.

No siempre hacia el deterioro inevitable.

Pero sí hacia una vida más administrada.

Y la diferencia entre una residencia que acompaña esa transición con respeto y otra que la acelera depende de algo fundamental:

La filosofía real que se aplique en el día a día.

No la que está escrita en la pared.

La que se practica.

Porque ingresar no debería significar perder identidad.

No debería significar convertirse en “plaza ocupada”.

No debería significar que el orden institucional pese más que el ritmo humano.

Una residencia puede ser un espacio de cuidado digno.

Pero para eso, debe recordar cada día que quien ingresa no es un paciente.

Es una persona que ha vivido 80, 85 o 90 años antes de cruzar esa puerta.

Y no empieza a existir el día que entra.

Empieza a ser visible para el sistema.

Y ahí es donde comienza el verdadero reto.

CAPÍTULO 2

EL DETERIORO SILENCIOSO

El deterioro no siempre llega de golpe.

A veces no es una caída aparatosa ni un diagnóstico grave el que marca el inicio.

A veces es algo más lento.

Más invisible.

Más normalizado.

Las personas con demencia avanzada empiezan a perder capacidad de expresión. No siempre pueden explicar lo que sienten. No siempre pueden decir dónde les duele. No siempre pueden reclamar.

Y ahí comienza un riesgo silencioso.

He visto úlceras aparecer sin que nadie se escandalice lo suficiente.

Primero un enrojecimiento en el sacro.
Luego una pequeña herida superficial.
Después un cráter que ya no es superficial.

Talones ennegrecidos.
Caderas inflamadas.
Piel frágil que se abre como papel mojado.

Y muchas veces no es por maldad directa.

Es por acumulación de pequeñas omisiones.

Cambios posturales que no se hacen a tiempo.

Falta de personal.

Turnos saturados.

Prioridades mal distribuidas.

El cuerpo no entiende de excusas organizativas.

La piel no sabe que “no da tiempo”.

La carne se rompe igual.

He oído infecciones profundas que se quedan en la memoria. He visto heridas que podrían haberse evitado con más vigilancia, más prevención, más cultura de cuidado.

Pero el deterioro silencioso no es solo físico.

Es también funcional.

Una persona que todavía podía caminar con apoyo empieza a usar silla de ruedas “por comodidad”.

Una persona que aún podía comer sola empieza a ser alimentada “porque tarda

demasiado”.

Una persona que podía vestirse despacio deja de hacerlo porque el turno va justo.

Cada ayuda innecesaria acelera dependencia.

Cada sustitución de capacidad reduce autonomía.

No ocurre en un día.

Ocurre en meses.

Y cuando uno quiere darse cuenta, la persona ya no intenta.

Se resigna a que hagan por ella.

He visto cómo se da de comer a alguien que aún puede llevar la cuchara a la boca.

Porque ensucia.

Porque tarda.

Porque el comedor tiene que terminar a una hora concreta.

Pero cada cucharada adelantada por otro es una habilidad menos ejercitada.

El deterioro también se esconde en la nutrición.

Dietas poco individualizadas.

Exceso de hidratos refinados.

Proteínas insuficientes.

Postres azucarados para “que coman algo”.

Sarcopenia progresiva.

La pérdida de masa muscular no es solo una cuestión estética.

Es equilibrio.

Es movilidad.

Es capacidad para levantarse de una silla.

Es capacidad para no caer.

La deshidratación es otra constante invisible.

Muchas personas mayores no sienten sed de forma clara. Si no se insiste, si no se supervisa, si no se adapta el entorno, el consumo de líquidos baja.

Y la deshidratación trae confusión.

Trae hipotensión.

Trae caídas.

Pero a veces se interpreta como
“empeoramiento cognitivo”.

Cuando en realidad es falta de agua.

Las caídas se convierten en otro capítulo del
deterioro.

Y la respuesta institucional, muchas veces, es
el miedo.

Miedo a denuncias.

Miedo a partes de lesiones.

Miedo a responsabilidades.

Y el miedo genera restricción.

Más silla.

Más sujeción.

Más limitación de movimiento.

El círculo se cierra:

Menos movimiento → más debilidad → más
riesgo → más restricción.

Y en medio, la persona.

Hay algo especialmente peligroso en el deterioro silencioso:

La normalización.

Cuando una úlcera ya no sorprende.

Cuando la pérdida de peso se acepta como inevitable.

Cuando la incontinencia se convierte en etiqueta.

Cuando la apatía se interpreta como “edad”.

He escuchado demasiadas veces la frase:

—“Con esa edad ya...”

Con esa edad ya qué.

¿Ya no importa?

La edad no convierte el sufrimiento en aceptable.

No convierte la negligencia en comprensible.

No convierte el abandono estructural en destino biológico.

El deterioro físico puede ser parte del envejecimiento.

Pero el deterioro acelerado por mala organización no es inevitable.

Y aquí aparece otra dimensión del deterioro:

El emocional.

La falta de estímulo real.

La rutina repetitiva.

La ausencia de decisiones propias.

Cuando una persona deja de decidir, deja de ejercitar algo esencial.

He visto miradas apagarse no por enfermedad, sino por monotonía.

No todo deterioro es patológico.

A veces es institucional.

Y lo más preocupante es que, cuando el deterioro se vuelve paisaje, deja de generar alarma.

Se convierte en “lo normal”.

Pero no debería serlo.

Porque cada úlcera prevenible, cada capacidad no estimulada, cada autonomía recortada, no es solo un fallo técnico.

Es una grieta ética.

El deterioro silencioso no grita.

No ocupa titulares.

No genera reuniones urgentes.

Avanza despacio.

Y por eso es tan peligroso.

Porque cuando alguien finalmente dice:

—“Ha empeorado mucho.”

Ya no se puede volver atrás.

CAPÍTULO 3

EL PROFESIONAL POR DENTRO

Hay algo de lo que casi no se habla cuando se habla de residencias.

Se habla de residentes.

Se habla de protocolos.

Se habla de inspecciones.

Se habla de ratios.

Pero poco se habla de lo que ocurre dentro del profesional que quiere hacer bien su trabajo.

Porque no todos los trabajadores son indiferentes.

No todos están desmotivados.

No todos han perdido la ética.

Muchos entran con vocación.

Con ganas de cuidar.

Con intención real de acompañar.

Y ahí empieza un conflicto silencioso.

El profesional que observa una incoherencia vive una tensión interna constante.

Sabe lo que debería hacerse.
Sabe lo que dice el modelo teórico.
Sabe lo que implica una Atención Centrada en la Persona.

Pero choca con la realidad organizativa.

Choca con el “no da tiempo”.
Choca con el “esto siempre se ha hecho así”.
Choca con el “no te metas en problemas”.
Choca con la jerarquía.

Y la jerarquía pesa.

Cuando un terapeuta quiere escuchar a una residente que baja llorando y una supervisora interrumpe la conversación, no es solo una escena puntual.

Es un mensaje estructural.

“Hasta aquí.”

“No todo se puede abordar.”

“No todo se puede escuchar.”

El profesional se queda en medio.

Entre la ética y la obediencia.

Entre la vocación y el contrato.

Entre la conciencia y el salario.

Y esa posición desgasta.

He visto auxiliares llorar en el baño después de un turno.

He visto enfermeras quedarse cinco minutos más, fuera de horario, solo para tranquilizar a alguien.

He visto trabajadores con ganas de cambiar cosas que se encuentran con un muro invisible.

Ese muro no siempre grita.

A veces sonrío.

A veces dice:

- “No dramáticos.”
- “Eso no es para tanto.”
- “No remuevas.”
- “Aquí funciona así.”

Y el profesional empieza a aprender.

Aprende qué temas no tocar.
Aprende cuándo callar.
Aprende a medir sus palabras.

No porque no tenga criterio.

Sino porque entiende que cuestionar puede tener consecuencias.

El conflicto moral aparece cuando sabes que algo podría hacerse mejor y no puedes hacerlo.

Cuando ves una práctica mejorable y no tienes margen.

Cuando quieres adaptar un ritmo y te dicen que no.

Cuando intentas introducir una actividad más personalizada y te responden que no hay recursos.

Ese desgaste no es inmediato.

Es acumulativo.

Al principio se lucha.

Se propone.

Se insiste.

Se argumenta.

Después se empieza a dosificar la energía.

Después se seleccionan las batallas.

Y en algunos casos, después llega la resignación.

El mayor riesgo no es el error puntual.

Es la normalización del conflicto interno.

Cuando el profesional deja de sentir tensión, puede haber pasado algo más preocupante: la desconexión.

La desconexión es un mecanismo de defensa.

Si no puedo cambiarlo, no me implico tanto.

Si me implico menos, sufro menos.

Pero cuando un profesional se desconecta emocionalmente, el cuidado pierde calidad humana.

Y no siempre es culpa individual.

Es resultado de cultura organizativa.

He vivido la sensación de estar vigilado por querer escuchar demasiado.

He sentido la incomodidad de plantear preguntas que no gustan.

He percibido que algunas figuras intermedias no están formadas para sostener dilemas éticos, pero sí para sostener disciplina organizativa.

Y ahí se produce una fractura.

Porque cuidar no es solo cumplir tareas.

Es sostener humanidad.

Cuando el sistema prioriza el orden sobre la escucha, el profesional ético entra en tensión.

Y esa tensión tiene consecuencias físicas y psicológicas.

Estrés.

Cansancio acumulado.

Dudas constantes.

Sensación de impotencia.

No es fácil trabajar en un entorno donde ves potencial de mejora y no siempre puedes desplegarlo.

Y aun así, hay algo que se mantiene.

La conciencia.

La pequeña resistencia cotidiana.

El gesto extra.

La conversación breve pero auténtica.

El ajuste mínimo que humaniza un momento.

El profesional por dentro no es una pieza del engranaje.

Es una persona que también siente.

Y cuando el sistema no cuida al que cuida,
algo empieza a fallar en la raíz.

No se puede exigir humanidad si no se
protege la ética profesional.

No se puede hablar de modelo integral si se
ignora el desgaste interno del equipo.

El profesional comprometido no necesita
aplausos.

Necesita coherencia.

Necesita margen.

Necesita dirección con criterio ético.

Y cuando eso no existe, el conflicto interno
se convierte en parte del paisaje laboral.

Pero el conflicto moral no es debilidad.

Es señal de que la conciencia sigue viva.

Y mientras la conciencia esté viva, todavía
hay posibilidad de ca

CAPÍTULO 4

EL DECÁLOGO Y LA BRECHA ENTRE EL PAPEL Y EL PASILLO

En muchas residencias hay un cartel en la pared.

Un marco elegante.
Un diseño cuidado.
Palabras modernas.

Atención Centrada en la Persona.
Modelo Integral.
Humanización del Cuidado.
Envejecimiento Activo.
Autonomía.
Plan Personalizado.

El decálogo es impecable.

El papel lo soporta todo.

Pero el papel no vive en el pasillo.

Y el pasillo no miente.

Atención Centrada en la Persona

El paradigma actual dice que la persona mayor es protagonista de su propio cuidado.

Que se respetan sus gustos.

Su historia de vida.

Sus valores.

Sus decisiones.

Incluso cuando existe deterioro cognitivo.

Es un concepto potente. Ético. Necesario.

Pero en la práctica surgen las fricciones.

Si una persona quiere levantarse más tarde,
¿se respeta?

Si no quiere ducharse ese día, ¿se acepta?

Si quiere desayunar en su habitación, ¿se facilita?

Muchas veces la respuesta depende del turno.

Depende del tiempo disponible.

Depende del número de auxiliares.

Depende de la cultura interna.

Cuando el ritmo institucional manda sobre el ritmo individual, la Atención Centrada en la Persona se convierte en discurso.

No en práctica.

He visto cómo se levantaba a personas que suplicaban cinco minutos más.

He visto cómo se forzaba un baño porque “hoy toca”.

He visto cómo se decidía por ellas porque “es más rápido”.

No siempre hay mala intención.

A veces hay organización rígida.

Pero la rigidez no deja de tener consecuencias.

La persona pasa de ser sujeto a ser gestionada.

Modelo de Atención Integral

Se habla de abordar todas las dimensiones:

Física.

Psicológica.

Social.

Espiritual.

Suena completo.

Pero la integralidad no es sumar
profesionales.

Es coordinar miradas.

Cuando el médico controla parámetros.

La enfermera administra medicación.

El auxiliar cumple tareas.

El terapeuta organiza actividades.

Pero la comunicación real es mínima, la
persona se fragmenta.

Integral no es multiplicar informes.

Es integrar la biografía en el cuidado.

He visto historias de vida recogidas en un Plan de Atención Personalizado que nadie consulta después.

Documentos bien redactados.

Archivos perfectos.

Pero invisibles en el día a día.

El plan está en el ordenador.

No en la conducta.

Envejecimiento Activo

Se define como optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad.

Pero participar no es simplemente estar presente en una sala común.

Actividad no es entretenimiento.

He visto talleres estándar para todos.

Misma ficha.
Misma dinámica.
Mismo nivel.

Sin adaptar a trayectorias vitales distintas.

Una mujer que fue maestra recibe el mismo ejercicio que un hombre que nunca aprendió a leer.

Eso no es personalización.

Es homogeneización.

Envejecimiento activo implica elección.

Y la elección exige aceptar el “no”.

Pero el “no” desordena la planificación.

Y la planificación pesa.

Autonomía y Dependencia

La autonomía no es solo caminar solo.

Es decidir.

Decidir cuándo.

Decidir cómo.

Decidir si.

La dependencia implica ayuda en actividades básicas.

Pero ayudar no es sustituir.

He visto cómo se hace por rapidez lo que la persona aún puede hacer despacio.

Vestir.

Comer.

Caminar unos pasos.

Cada sustitución innecesaria erosiona capacidad.

Y esa erosión es acumulativa.

El sistema tiende a igualar por abajo.

Porque adaptar requiere esfuerzo individual.

Y el esfuerzo individual consume tiempo.

Humanización del Cuidado

Humanizar no es hablar suave.

No es poner música ambiental.

No es decorar con colores cálidos.

Humanizar es reconocer adulto hasta el último día.

Es no infantilizar.

Es no hablar de alguien delante de él como si no estuviera.

He escuchado comentarios como:

—“Este no se entera.”

—“Está peor hoy.”

—“Ya no sabe nada.”

Dichos a dos metros de distancia.

La demencia puede alterar memoria.

Pero no elimina dignidad.

No elimina sensibilidad.

No elimina capacidad de sentir el tono.

Humanizar es explicar lo que se va a hacer.

Es pedir permiso aunque la respuesta no sea clara.

Es sostener la mirada.

El Plan de Atención Personalizado

Es un instrumento técnico.

Recoge necesidades, metas, preferencias.

Se firma.

Se archiva.

Pero la pregunta es:

¿Se consulta?

¿Se revisa?

¿Se adapta cuando cambian circunstancias?

Un plan que no vive en la práctica es burocracia.

No cuidado.

La brecha

El problema no son los conceptos.

Son correctos.

El problema es la distancia entre lo que se escribe y lo que se hace.

Entre el marco en la pared y la conversación interrumpida.

Entre el decálogo y la siesta prohibida.

Entre el modelo integral y el residente que no puede elegir emisora de radio.

La brecha no siempre es visible para quien visita una hora a la semana.

Pero se siente en el día a día.

El sistema puede tener protocolos impecables y, aun así, generar micro-restricciones constantes.

Y esas micro-restricciones acumuladas configuran cultura.

Cuando la cultura prioriza orden sobre escucha, el decálogo pierde fuerza real.

No porque esté mal diseñado.

Sino porque no se ejecuta con coherencia.

La Atención Centrada en la Persona no es un cartel.

Es tiempo.

Es margen.

Es flexibilidad.

Es ética aplicada.

Y eso cuesta.

Cuesta recursos.

Cuesta liderazgo valiente.

Cuesta supervisión real.

Cuesta formación profunda.

Pero si no se asume ese coste, el discurso se convierte en escenografía.

Y el pasillo seguirá diciendo la verdad que el papel no puede ocultar.

CAPÍTULO 5

EL CONTROL DEL SILENCIO

Hay algo que rara vez aparece en los informes oficiales.

No está en los protocolos.

No figura en los planes de calidad.

No se menciona en las jornadas formativas.

Pero existe.

Es el control del relato.

En algunas instituciones no se niega frontalmente la queja.

Se neutraliza.

Y neutralizar es más eficaz que prohibir.

La desacreditación sutil

Cuando una residente —llamémosla Ana, o Josefa, o María, o Victoria— dice a su familia:

—“Me trata mal.”

—“Me llama puta.”

—“Me dice que soy una asquerosa.”

—“Me dice que me voy a morir.”

—“Me habla mal cuando nadie escucha.”

Uno esperarí alarmas.

Uno esperarí que se activara un protocolo de investigación.

Pero lo que he visto en ocasiones es otra respuesta.

Una sonrisa ligera.

Un gesto de comprensión tranquilizadora.

—“Ay, ya sabes cómo está...”

—“Con la demencia a veces confunden.”

—“Sueñan cosas y luego las cuentan como reales.”

—“Tiene alteraciones de conducta.”

La denuncia no se analiza.

Se analiza la mente de quien denuncia.

Es un desplazamiento sutil del foco.

No se cuestiona la posible conducta del profesional.

Se cuestiona la credibilidad de la persona mayor.

Y cuando alguien pierde credibilidad institucional, pierde poder.

Pierde protección.

Pierde voz.

La demencia se convierte en escudo organizativo.

Y eso es peligroso.

Porque la memoria puede fallar en detalles.

Pero el impacto emocional rara vez es inventado.

Cuando alguien dice que ha sentido humillación, hay que escuchar.

No explicar rápidamente que está confundiendo.

La interrupción

Recuerdo el día en que María Jesús, 95 años, bajó de su habitación con los ojos húmedos.

Estaba enfadada.

Dolida.

Quería hablar.

—“Tengo que contarte algo.”

Nos sentamos.

Empezó a explicar que le habían hecho daño.

Que la habían tratado con brusquedad.

Que se sentía humillada.

No llevaba ni un minuto hablando cuando apareció la supervisora.

Paso rápido.

Tono firme.

—“Eso me lo tienes que contar a mí.”

—“No se lo tienes que contar a nadie.”

—“Fuera, fuera, cada uno a su trabajo.”

La conversación se cortó.

No fue una sugerencia.

Fue una orden.

María Jesús bajó la mirada.

Yo me quedé en silencio.

En ese momento no pude ejercer mi función como terapeuta.

No pude explorar lo ocurrido.

No pude contener su emoción.

No pude intervenir.

Más tarde hablé con ella, casi a escondidas.

Me contó que le habían hecho daño al movilizarla.

Que un día casi le lesionan la pierna con la grúa.

Que se sintió golpeada.

Más allá de la veracidad técnica de cada detalle, había algo claro:

Había malestar real.

Y cuando se bloquea la expresión, se bloquea la posibilidad de reparación.

El mensaje implícito

Cuando se interrumpe una conversación incómoda, el mensaje es doble.

Para el residente:

“No hables.”

“No confíes.”

“No expongas.”

Para el profesional:

“No escuches demasiado.”

“No profundices.”

“No generes ruido.”

No hace falta prohibir explícitamente.

Basta con marcar límites visibles.

La cultura se aprende por observación.

Si alguien ve que una queja genera tensión,
aprende a callar.

Si un trabajador ve que escuchar demasiado
incomoda a la jerarquía, aprende a medir.

Así se construye el silencio.

El castigo encubierto

He visto también otra forma de
neutralización.

No directa.

No verbal.

Conductual.

Una residente baja al comedor con rulos
puestos.

Se le impide entrar.

—“Con rulos no se puede.”

Se la devuelve a su habitación.

Sin desayuno hasta el mediodía.

La justificación es estética.

Pero el mensaje es disciplinario.

Cuando la norma se aplica sin proporcionalidad, deja de ser organización.

Se convierte en control.

Y cuando la comida se utiliza como consecuencia de conducta, entramos en un terreno éticamente delicado.

La residencia es su casa.

No un internado.

Pero a veces la lógica interna se parece más a la disciplina que al acompañamiento.

La neutralización estructural

El control del silencio no siempre es consciente.

A veces es cultura heredada.

Una forma de mantener estabilidad.

Menos quejas, menos conflictos.

Menos conflictos, menos inspecciones.

Menos inspecciones, menos problemas.

Pero la estabilidad basada en el silencio no es bienestar.

Es contención.

Y la contención permanente genera tensión invisible.

En algunos centros no se grita.

No hay escenas dramáticas.

Todo parece correcto.

Pero la disidencia se diluye.

La crítica se suaviza.

La iniciativa se modula.

Y así, sin violencia explícita, se instala el orden.

Un orden que prioriza tranquilidad externa sobre verdad interna.

El purgatorio

Por eso a veces utilizo esa palabra.

No es el infierno.

Hay gestos humanos.

Hay profesionales comprometidos.

Hay momentos genuinos de cuidado.

Pero tampoco es plenamente hogar.

Es un espacio donde se espera.

Donde se administra el tiempo.

Donde la expresión incómoda puede ser filtrada.

No todo es abuso.

Pero hay dinámicas que merecen ser nombradas.

Porque cuando el silencio se convierte en norma, el cuidado pierde profundidad.

Y el primer paso para romper el silencio no es acusar. Es describir.

CAPÍTULO 6

EL CONTROL DE LO COTIDIANO

El control no siempre adopta forma de prohibición explícita.

A veces se disfraza de norma razonable.

De organización.

De criterio técnico.

Pero cuando las pequeñas decisiones diarias se repiten en una sola dirección, acaban construyendo un patrón.

Y el patrón es control.

La siesta prohibida

Hay residentes que quieren echarse la siesta.

Nada extraordinario.

Han dormido siesta toda su vida.

Después de comer, media hora.

Una hora.

Un descanso breve.

Pero en algunas instituciones se les impide.

—“Luego por la noche no duermen.”

Ese es el argumento.

Sin matices.

Sin evaluación individual.

Sin preguntar qué ocurre realmente por la noche.

Si tú estás en tu casa y quieres dormir la siesta, la duermes.

Nadie te lo prohíbe.

Si la residencia es su casa, ¿por qué no pueden hacerlo?

Las normas están para garantizar convivencia, no para uniformar ritmos biológicos.

Cuando hablo con Pepe, me dice:

—“Yo me gustaría echarme la siesta... pero no me deja esta.”

“Esta” es la gobernanta.

No un criterio médico.

No una indicación terapéutica.

Una orden organizativa.

Pequeña.

Pero constante.

Y cada pequeña prohibición reiterada envía un mensaje:

“No decides tú.”

La música regulada

Hace años, muchas residencias eran oscuras.

Tétricas.

Silenciosas.

No se podía poner música.

Hoy hay más luz.

Más decoración.

Más modernidad aparente.

Pero el control persiste en formas más suaves.

Si se pone música, se regula el volumen.

—“Bájala.”

Aunque la mayoría de los residentes tengan hipoacusia.

—“A ella le molesta.”

Una persona determina el volumen colectivo.

El criterio no es el bienestar general.

Es la comodidad de quien tiene autoridad.

La música no es solo sonido.

Es memoria.

Es estímulo.

Es identidad generacional.

Pero cuando la decisión cultural se centraliza,
el espacio se empobrece.

La televisión impuesta

En algunos centros, la televisión está encendida todo el día.

Siempre el mismo canal.

La misma cadena.

La misma programación.

Política constante.

Debate continuo.

Ruido repetido.

Si propones cambiar de emisora por algo cultural, musical o documental, puede haber resistencia.

—“Aquí se pone esto.”

La residencia se convierte en extensión del gusto de quien manda.

No del grupo.

No del individuo.

Si alguien quiere otra cosa, se convierte en excepción.

Y la excepción incomoda.

Pero el hogar es precisamente el lugar donde uno puede elegir qué escuchar.

Si no se puede elegir ni la emisora, la palabra hogar pierde consistencia.

Los rulos y la estética

Una residente baja al comedor con rulos.

Su casa.

Su desayuno.

Se le impide la entrada.

“Con rulos no se puede.”

Se le devuelve a su habitación.

Sin desayunar hasta más tarde.

La norma se justifica como cuestión de imagen.

Pero ¿imagen para quién?

En un espacio donde conviven personas con incontinencia, temblores, deterioro cognitivo severo, ¿el problema son los rulos?

Ahí la norma ya no protege convivencia.

Protege apariencia.

Y cuando la apariencia pesa más que el bienestar, algo está invertido.

Micro-restricciones repetidas

Ninguna de estas acciones aisladas parece dramática.

No permitir una siesta.

Bajar la música.

Mantener un canal fijo.

Regular la estética.

Pero sumadas, configuran una cultura.

La cultura del orden por encima del deseo.

La cultura de la uniformidad.

La cultura del “aquí se hace así”.

Y lo más delicado es que muchas veces no se percibe como abuso.

Se percibe como normal.

La normalización es el terreno más fértil del control.

Cuando algo se repite sin cuestionarse, deja de parecer cuestionable.

Pero la suma de micro-restricciones tiene impacto.

Reduce iniciativa.

Reduce espontaneidad.

Reduce expresión.

Reduce identidad.

Hogar o estructura

La diferencia entre hogar e institución no está en los muebles.

Está en el margen de decisión.

En casa puedes:

Dormir cuando quieras.

Vestirte como quieras.

Escuchar lo que quieras.

Encender o apagar la televisión.

Decidir no hacer nada.

En una institución, cada decisión depende de la estructura.

Y cuando la estructura no es flexible, la persona se adapta.

O se resigna.

O se apaga un poco.

El paradigma que no cambia

Es cierto que muchas residencias han mejorado físicamente.

Más luz.

Más decoración.

Más discurso moderno.

Pero el paradigma profundo no siempre ha cambiado.

Antes el control era evidente.

Ahora es más elegante.

Antes se gritaba.

Ahora se sonríe mientras se desacredita.

Antes se imponía.

Ahora se justifica.

Pero el núcleo sigue siendo el mismo cuando la decisión última no está en quien vive allí.

El control de lo cotidiano no genera titulares.

No provoca escándalos.

Pero moldea vidas.

Y cuando la suma de pequeñas restricciones supera el margen de libertad, la residencia deja de ser hogar.

Se convierte en espacio administrado.

Y eso marca la diferencia entre cuidado y gestión.

CAPÍTULO 7

LA INFANTILIZACIÓN Y LA PÉRDIDA DE IDENTIDAD

Hay una idea profundamente equivocada que circula en algunos entornos sociosanitarios.

La idea de que cuando aparece la demencia, la persona “vuelve a la infancia”.

Lo he escuchado en voz alta.

—“Es que están como niños.”

—“Hay que tratarlos como si fueran pequeños.”

—“Con cuentos infantiles se entretienen.”

No.

Una persona con demencia no retrocede ochenta años en su biografía.

No vuelve a ser niño.

Puede perder memoria reciente.

Puede desorientarse.

Puede tener dificultades de lenguaje.

Puede confundir fechas o nombres.

Pero no pierde la adultez vivida.

No pierde las décadas de experiencia.

No pierde su historia.

No pierde su dignidad.

Confundir deterioro cognitivo con regresión infantil es un error conceptual grave.

Y ese error tiene consecuencias prácticas.

El lenguaje que reduce

La infantilización empieza muchas veces por el lenguaje.

—“Cariño, abre la boca.”

—“Muy bien, campeón.”

—“Qué bueno eres.”

—“Vamos a portarnos bien.”

Puede parecer ternura.

Pero no lo es.

Es reducción.

Es hablar a un adulto como si fuera un niño pequeño.

El tono, el diminutivo, la condescendencia.

Un hombre de 92 años que trabajó cuarenta años en el campo no necesita que le digan “muy bien, campeón” por tragar una cucharada.

Una mujer de 88 años que crió hijos y sostuvo una familia no necesita que le hablen como si tuviera tres años.

El respeto no se pierde con la demencia.

La capacidad de comprensión puede variar.

La dignidad no.

Actividades infantiles

He visto salas con dibujos de ositos para colorear.

He visto cuentos de educación infantil utilizados como estimulación cognitiva.

He visto manualidades diseñadas para guarderías.

La justificación suele ser:

—“Les entretiene.”

—“No se enteran.”

—“Están como niños.”

Pero simplificar no es infantilizar.

Adaptar el nivel de complejidad es correcto.

Reducir la identidad no lo es.

Una persona con deterioro severo puede necesitar tareas sencillas.

Pero esas tareas pueden estar vinculadas a su historia real.

Si fue agricultor, trabajar con semillas.

Si fue ama de casa, manipular utensilios de cocina adaptados.

Si fue mecánico, usar herramientas simbólicas.

Si fue maestra, trabajar con textos adaptados, no con cuentos preescolares.

La clave no es la dificultad.

Es el respeto a la trayectoria vital.

Cuando se coloca a un adulto frente a una lámina infantil sin considerar su biografía, se está transmitiendo un mensaje implícito:

“Ya no eres quien fuiste.”

Eso erosiona identidad.

El efecto psicológico

La infantilización no siempre genera protesta.

A veces genera resignación.

La persona acepta.

Sonríe.

Hace la actividad.

Pero por dentro puede sentir desconcierto.

He visto miradas que dicen más que palabras.

Miradas que no encajan con la escena.

Miradas que parecen preguntar:

“¿De verdad esto es lo que creen que soy ahora?”

La pérdida de identidad no ocurre de golpe.

Se diluye.

Primero se reduce la complejidad.

Después se reduce la exigencia.

Después se reduce la responsabilidad.

Y finalmente se reduce la consideración.

El deterioro cognitivo no elimina la historia.

Pero el trato puede invisibilizarla.

Confundir protección con anulación

A veces la infantilización se justifica como forma de cuidado.

“Así están más tranquilos.”

“Así no se frustran.”

Pero proteger no es anular.

Evitar frustración no es eliminar reto.

El cerebro necesita estímulo adaptado.

El adulto necesita reconocimiento.

Incluso en fases avanzadas, la persona responde a tono, mirada, respeto.

He visto cómo una conversación respetuosa cambia la expresión facial.

He visto cómo un gesto de trato adulto genera respuesta emocional más auténtica que una dinámica simplificada.

No es cuestión de dificultad cognitiva.

Es cuestión de enfoque.

Liderazgo y cultura

Lo más preocupante es cuando la idea de “están como niños” proviene de cargos de responsabilidad.

Porque el liderazgo marca cultura.

Si quien dirige cree que la demencia equivale a infancia, el equipo tenderá a reproducir esa mirada.

Y esa mirada condiciona todo:

Lenguaje.

Actividades.

Expectativas.

Trato cotidiano.

No se trata de demonizar.

Se trata de comprender que la formación ética y conceptual importa.

La demencia es deterioro neurológico.

No regresión biográfica.

Un adulto con demencia sigue siendo adulto.

Con derechos.

Con historia.

Con dignidad.

La identidad como último territorio

Cuando una persona pierde memoria reciente, pierde orientación, pierde autonomía física, queda algo esencial:

La identidad.

Esa identidad se sostiene en cómo los demás la miran.

Si el entorno la trata como niño, la identidad se reduce.

Si el entorno la reconoce como adulto con historia, la identidad se preserva en la medida de lo posible.

La pérdida de identidad es uno de los deterioros más profundos.

Y muchas veces no aparece en los informes clínicos.

No tiene código diagnóstico.

Pero se siente.

La infantilización no es un gesto aislado.

Es una cultura.

Y toda cultura puede cambiar.

Pero primero debe reconocerse.

CAPÍTULO 8

NO TODAS, PERO SÍ DEMASIADAS

Estructura, empresa y responsabilidad colectiva

Sería injusto decir que todas las residencias funcionan mal.

No es cierto.

He conocido profesionales extraordinarios.
He visto equipos comprometidos.
He trabajado en centros donde la ética no era discurso, era práctica.

Existen residencias donde se respeta el ritmo individual.
Donde se escucha.
Donde se investiga cualquier queja sin desacreditar de inicio.
Donde el liderazgo tiene formación y criterio.

No todas.

Pero sí demasiadas reproducen dinámicas que merecen ser analizadas.

Y aquí es donde la cuestión deja de ser individual.

Se vuelve estructural.

No es solo una persona

Sería fácil señalar a una gobernanta concreta.

A una supervisora específica.

A un auxiliar determinado.

Pero el problema no nace solo de individuos.

Nace de estructuras.

Una empresa que prioriza ocupación de plazas sobre calidad real.

Una dirección que mide productividad en tareas ejecutadas y no en bienestar generado.

Una cultura que valora la tranquilidad externa por encima de la escucha interna.

Las personas se adaptan al sistema.

Si el sistema premia el orden y penaliza la disidencia, el equipo aprende.

Si el sistema no protege al profesional que denuncia incoherencias, el silencio se instala.

No se trata solo de malas personas.

Se trata de incentivos mal diseñados.

El modelo empresarial

En algunos casos, la residencia deja de ser hogar y se convierte en unidad de negocio.

Plazas ocupadas.

Costes ajustados.

Plantillas mínimas.

Protocolos cumplidos formalmente.

El modelo puede ser legal.

Puede cumplir inspecciones.

Puede pasar auditorías.

Pero la calidad real no siempre coincide con el cumplimiento administrativo.

Cuando el margen económico es la prioridad dominante, la humanización corre el riesgo de convertirse en eslogan.

Y el eslogan no gira cuerpos por la noche.

No escucha a quien baja llorando.

No adapta horarios individuales.

La responsabilidad compartida

También sería injusto cargar todo el peso sobre la empresa.

La sociedad entera participa.

Las familias a veces miran poco.

El sistema público no siempre supervisa con profundidad.

Las administraciones pueden estar saturadas.

La cultura social tiende a invisibilizar la vejez.

Preferimos no mirar.

Mientras el centro esté limpio.

Mientras no haya escándalo mediático.

Mientras la visita semanal parezca tranquila.

El problema se diluye.

Pero el bienestar no se mide solo en ausencia de gritos.

Se mide en presencia de dignidad

El profesional atrapado

El trabajador que quiere hacer bien su labor puede quedar atrapado entre estructura y conciencia.

Si habla demasiado, incomoda.

Si calla, se erosiona.

Y en esa tensión vive.

No todas las residencias silencian.

Pero sí demasiadas modulan la expresión.

No todas restringen.

Pero sí demasiadas uniforman.

No todas infantilizan.

Pero sí demasiadas simplifican hasta reducir.

La cultura que normaliza

Lo más peligroso no es el abuso visible.

Es la normalización.

Cuando decir “aquí siempre se ha hecho así”
sustituye al análisis.

Cuando el residente deja de ser persona y
pasa a ser “usuario”.

Cuando la identidad se diluye en la gestión.

Cuando la queja se interpreta como alteración
conductual antes que como posible denuncia
legítima.

Ahí la cultura necesita revisión.

Mirar sin destruir

Este libro no busca demonizar.

No busca destruir el sistema.

Busca mirarlo de frente.

Nombrar lo que ocurre.

Separar discurso de práctica.

Reconocer lo que funciona.

Y señalar lo que debe cambiar.

Porque el cambio no nace del ataque.

Nace de la conciencia.

Y la conciencia nace de la descripción
honestas.

La pregunta que queda

Si todos, si la vida nos respeta, llegaremos a depender de manos ajenas, la pregunta es inevitable:

¿En qué tipo de estructura queremos envejecer?

En una que administre.

O en una que acompañe.

En una que silencie.

O en una que escuche.

En una que homogeneice.

O en una que reconozca trayectorias únicas.

No todas las residencias son purgatorio.

Pero sí demasiadas reproducen pequeñas dinámicas que, sumadas, convierten el hogar prometido en espacio administrado.

Y si no lo nombramos, no cambiará.

EPÍLOGO

LO QUE NO DEBERÍA SER SILENCIO

No escribo estas páginas desde el odio.

Tampoco desde la revancha.

Escribo desde la responsabilidad.

Desde la experiencia.

Desde los años de pasillo, de conversaciones cortadas, de miradas que pedían algo más que organización.

He visto dolor evitable.

He visto humanidad admirable.

He visto estructuras rígidas.

He visto profesionales que sostienen más de lo que deberían sostener.

He visto residentes que solo querían decidir cuándo dormir la siesta.

Que querían elegir música.

Que querían contar lo que les había dolido.

Y he visto cómo, a veces, eso se convertía en incomodidad organizativa.

El problema no es envejecer.

El problema es cómo decidimos cuidar a quienes envejecen.

La vejez no es un error del sistema.

Es el destino natural si la vida nos acompaña.

Todos llegaremos ahí, si tenemos suerte.

Todos dependeremos, en algún momento, de manos ajenas.

Y esa dependencia no debería significar pérdida de identidad.

No debería significar silencio.

No debería significar infantilización.

No debería significar uniformidad impuesta.

La dignidad no desaparece con la demencia.

La dignidad no disminuye con la
dependencia.

La dignidad no caduca con la edad.

La dignidad es incondicional.

Este libro no pretende generalizar ni destruir.

Pretende recordar.

Recordar que detrás de cada puerta hay una
historia de noventa años.

Que detrás de cada cuerpo frágil hay décadas
de decisiones tomadas.

Que detrás de cada residente hay una
biografía irrepitable.

Y que la residencia, si quiere ser hogar, debe
respetar esa biografía.

No basta con cumplir normativa.

No basta con pasar inspecciones.

No basta con tener protocolos impecables.

Hace falta coherencia diaria.

Hace falta liderazgo ético.

Hace falta escuchar incluso cuando
incomoda.

Hace falta permitir la palabra aunque
desordene.

Porque el silencio puede ser cómodo para la
estructura.

Pero no es justo para la persona.

He llamado a algunos lugares “purgatorio”.

No porque todo sea oscuro.

Sino porque hay una sensación de espera.

Una sensación de tránsito.

Un espacio entre lo que fue la vida y lo que aún puede ser.

Pero ese tránsito puede ser digno.

Puede ser humano.

Puede ser respetuoso.

Depende de cómo decidamos organizarlo.

Depende de cuánto valor demos a la autonomía cotidiana.

Depende de si priorizamos orden o escucha.

Depende de si entendemos que cuidar no es administrar.

Es acompañar.

No escribo para señalar con el dedo.

Escribo para que miremos de frente.

Para que los profesionales comprometidos se reconozcan.

Para que las empresas revisen.

Para que las familias pregunten.

Para que la sociedad deje de invisibilizar.

Porque lo que ocurre en una residencia no es un asunto aislado.

Es un reflejo de cómo tratamos la fragilidad.

Y la fragilidad nos incluye a todos.

El silencio solo protege a la estructura.

La palabra protege a la persona.

Y mientras haya alguien dispuesto a escuchar, el purgatorio puede transformarse.

La pregunta no es si el sistema puede cambiar.

La pregunta es si estamos dispuestos a cambiarlo.

CAPÍTULO 9

LOS MODELOS HOLANDESES: CUANDO EL CUIDADO SE ORGANIZA DE OTRA MANERA

Cuando uno critica un sistema, tiene la obligación moral de mirar dónde las cosas funcionan mejor.

No para idealizar.

No para copiar sin contexto.

Sino para demostrar que otra forma de organizar el cuidado es posible.

Países Bajos se ha convertido en referente en modelos de atención centrados en la persona, especialmente en el ámbito de la demencia.

No porque tengan menos envejecimiento.

No porque no tengan dependencia.

Sino porque han decidido estructurar el sistema desde otra lógica.

Hogeweyk: vivir con demencia como comunidad, no como institución

En Países Bajos existe un modelo ampliamente conocido: **Hogeweyk**, una “aldea para personas con demencia”.

No es una residencia tradicional.

Es un barrio.

Con supermercado.

Con cafetería.

Con calles internas.

Con viviendas pequeñas.

Las personas viven en grupos reducidos, en entornos que simulan un hogar real según su estilo de vida previo.

No todos comparten el mismo perfil.

Hay casas para personas que fueron más urbanas.

Otras con estilo más tradicional.

Otras con perfil cultural distinto.

El entorno se adapta a la historia de vida.

No al revés.

El personal no actúa como vigilante institucional.

Actúa como acompañante dentro de un entorno cotidiano.

El foco no es controlar conductas.

Es facilitar normalidad.

La persona con demencia no es paciente.

Es vecino.

Y ese cambio semántico no es menor.

Cambia la mirada.

El modelo de pequeñas unidades

En Países Bajos también se ha extendido el modelo de unidades pequeñas.

Grupos de 6-8 residentes.

Ambiente doméstico real.

Cocina integrada.

Rutinas compartidas más naturales.

Los residentes participan en actividades cotidianas reales:

Poner la mesa.

Preparar comida sencilla.

Doblar ropa.

Cuidar plantas.

No como “taller ocupacional”.

Sino como vida diaria.

Eso preserva identidad.

Preserva rol.

Preserva sentido.

La demencia no elimina la necesidad de sentir utilidad.

La autonomía como eje real

En estos modelos, la autonomía no es eslogan.

Es práctica estructural.

Si alguien quiere levantarse más tarde, se organiza el equipo para permitirlo.

Si alguien quiere salir a pasear, el entorno está diseñado para que sea seguro sin ser restrictivo.

Las puertas no están pensadas para encerrar.

Están pensadas para permitir circular sin riesgo extremo.

El entorno físico se diseña para reducir necesidad de contenciones.

En lugar de restringir movimiento, se adapta arquitectura.

Eso cambia radicalmente la experiencia.

La formación del personal

Uno de los pilares fundamentales del modelo holandés es la formación profunda en demencia.

No solo técnica.

También ética y relacional.

Se forma al profesional para:

Comprender la experiencia subjetiva del deterioro cognitivo.

Interpretar conductas como expresión de necesidad, no como problema.

Responder desde la validación, no desde la corrección constante.

Eso reduce confrontación.

Reduce uso de sujeciones.

Reduce medicalización innecesaria.

¿Es perfecto?

No.

Ningún sistema lo es.

Tiene costes elevados.

Requiere inversión pública importante.

Exige cultura organizativa sólida.

Pero demuestra algo esencial:

Que la institucionalización puede diseñarse de forma más humana.

Que la demencia no obliga a convertir el espacio en un entorno rígido.

Que el orden puede convivir con la libertad.

¿Y en España?

En España el discurso sobre Atención Centrada en la Persona está presente.

En congresos.

En planes estratégicos.

En documentos oficiales.

Pero su implementación es desigual.

Existen centros que ya avanzan en esa línea.

Pequeñas unidades.

Mayor personalización.

Entornos más domésticos.

Pero todavía conviven con modelos más tradicionales.

Más jerárquicos.

Más orientados a gestión que a biografía.

El reto no es copiar Países Bajos.

El reto es asumir que el cambio es estructural.

Implica:

Invertir en personal.

Reducir ratios imposibles.

Formar en profundidad.

Cambiar liderazgo.

Diseñar espacios físicos adaptados.

No es solo buena voluntad.

Es decisión política y empresarial.

Lo que demuestra el modelo holandés

Demuestra que:

La demencia no obliga a infantilizar.
La dependencia no obliga a uniformar.
La seguridad no obliga a encerrar.
La organización no obliga a silenciar.

Demuestra que la dignidad puede estructurarse.

No solo proclamarse.

Y eso desmonta la idea de que “no hay alternativa”.

Sí la hay.

Cuesta.

Pero existe.

**PESCUEZA: CUANDO UN
PUEBLO DECIDE CUIDAR**

En Extremadura hay un pueblo pequeño que ha demostrado que otra forma de envejecer es posible.

Se llama **Pescueza**.

No es una gran ciudad.

No es un experimento millonario.

No es un modelo extranjero importado.

Es un municipio rural que tomó una decisión política clara:

Permitir que sus mayores vivan en sus casas el mayor tiempo posible.

Envejecer donde siempre se ha vivido

En Pescueza no se construyó una macro-residencia para concentrar a todos.

Se organizó un sistema de apoyo domiciliario.

Personal sociosanitario al servicio de los vecinos mayores.

Auxiliares que acuden a las viviendas.

Ayuda en higiene.

Supervisión de medicación.

Acompañamiento.

Control básico de salud.

Apoyo cotidiano.

El objetivo no es institucionalizar.

Es sostener la vida en el propio hogar.

La diferencia del entorno

Una casa no es solo un espacio físico.

Es memoria.

Es identidad.

Es autonomía.

En casa:

Se decide cuándo levantarse.

Se decide qué comer.

Se decide si hoy apetece o no salir.
Se decide qué escuchar en la radio.

En una residencia, esas decisiones dependen de estructura.

En casa, dependen de uno mismo.

Pescueza entendió algo esencial:

Mientras sea posible, el mejor lugar para envejecer es el propio hogar.

Comunidad frente a institución

En un pueblo pequeño, el mayor no es “usuario”.

Es vecino.

Tiene nombre.

Tiene historia compartida.

El panadero sabe quién es.

El alcalde sabe quién es.

La comunidad sabe quién es.

Eso crea una red invisible de protección.

No elimina la dependencia.

Pero reduce el desarraigo.

Política local con impacto real

Lo que hace Pescueza no es casualidad.

Es decisión municipal.

Es inversión pública local.

Es entender que el envejecimiento no es problema privado, sino responsabilidad colectiva.

En lugar de trasladar el problema a una institución cerrada, se organiza el cuidado en el territorio.

Eso cambia el paradigma.

La dependencia no obliga automáticamente a ingresar.

No es idealismo

No todos los casos pueden mantenerse en domicilio.

Hay deterioros severos.

Hay situaciones clínicas complejas.

Hay soledad extrema.

Pero Pescueza demuestra algo crucial:

Antes de institucionalizar, se puede reforzar el apoyo en casa.

Se puede invertir en proximidad.

Se puede organizar la ayuda sin romper biografías.

Lo que nos enseña

Frente al purgatorio institucional, existen alternativas.

Frente al control estructural, existe comunidad.

Frente a la uniformidad, existe personalización real.

No hace falta copiar Países Bajos para mejorar.

A veces basta con mirar a un pueblo de Cáceres.

Y preguntarnos:

Si un municipio pequeño puede reorganizar el cuidado desde la dignidad, ¿qué impide que otros lo hagan?

CAPÍTULO 11

INCAPACIDAD, CULTURA Y CIENCIA: ¿PODEMOS ENVEJECER DE OTRA MANERA?

Cuando hablamos de residencias, solemos asumir algo como inevitable:

Que a los 80 años el deterioro es normal.

Que a los 85 la dependencia es lógica.

Que a los 90 la fragilidad es destino.

Pero la pregunta incómoda es otra:

¿Cuánto de ese deterioro es biología inevitable y cuánto es cultura acumulada?

La incapacidad física y mental no aparece de golpe.

Se construye durante décadas.

Y muchas veces no es solo genética.

Es estilo de vida.

Es alimentación.

Es movimiento —o ausencia de él—.

Es medicación cronificada sin revisión profunda.

Es cultura de inutilidad impuesta.

La caída del paradigma del colesterol

Durante años se instaló un dogma:

El colesterol es el enemigo.

Las estatinas se prescribieron masivamente.

Sin matices.

Sin individualización suficiente.

Hoy la ciencia está revisando con más profundidad el paradigma.

El colesterol no es solo “algo que obstruye”.

Es componente esencial de membranas celulares.

Es fundamental para el cerebro.

Es precursor hormonal.

En personas mayores, niveles excesivamente bajos pueden asociarse a:

Debilidad muscular.
Dolor corporal crónico.
Fatiga persistente.
Incluso mayor fragilidad.

No se trata de demonizar tratamientos necesarios.

Se trata de evitar la medicalización automática sin análisis individual.

Un anciano con dolor muscular crónico puede dejar de caminar.

Y cuando deja de caminar, empieza el declive.

La alimentación moderna y la mente embotada

La ingesta continuada de hidratos refinados —pan blanco, bollería, azúcares, ultraprocesados— ha sido normalizada.

Durante décadas.

El resultado es inflamación crónica de bajo grado.

Resistencia a la insulina.

Alteración metabólica progresiva.

Y el cerebro es órgano altamente sensible al metabolismo.

La relación entre metabolismo alterado y deterioro cognitivo es cada vez más estudiada.

Algunos investigadores incluso hablan de “diabetes tipo 3” al referirse a ciertos procesos neurodegenerativos asociados a disfunción metabólica.

Una mente embotada no siempre es solo edad.

A veces es glucosa mal gestionada.

A veces es inflamación crónica.

A veces es alimentación pobre en proteína de calidad, grasa saludable y micronutrientes.

La nutrición no es detalle secundario.

Es arquitectura biológica.

El mito de que el mayor no debe hacer fuerza

Durante años se dijo:

“Ya no levantes peso.”

“Ten cuidado.”

“No fuerces.”

Y el resultado fue sedentarismo progresivo.

Pero hoy sabemos algo diferente:

El entrenamiento de fuerza en personas mayores es una de las intervenciones más potentes contra la fragilidad.

Mejora masa muscular.

Mejora equilibrio.

Reduce riesgo de caídas.

Mejora sensibilidad a la insulina.
Mejora estado de ánimo.
Incluso mejora función cognitiva.

El músculo no es solo movimiento.

Es órgano endocrino.

Produce mioquinas que influyen en inflamación y cerebro.

Un cuerpo fuerte a los 70 puede ser funcional a los 90.

Pero si dejamos de estimularlo a los 60, el declive se acelera.

La sarcopenia no es destino inevitable.

Es en parte desuso.

La inutilidad social impuesta

Más allá de biología, hay cultura.

Cuando alguien se jubila, la sociedad envía un mensaje implícito:

“Ya has terminado.”

Sin responsabilidades.

Sin exigencias.

Sin retos.

Sin proyectos.

La pérdida de rol acelera deterioro cognitivo.

El cerebro necesita desafío.

Necesita propósito.

Necesita sentirse útil.

He visto personas revitalizarse cuando se les da responsabilidad pequeña pero real.

Organizar algo.

Cuidar algo.

Enseñar algo.

Cuando la sociedad retira responsabilidades por edad, está debilitando más que protegiendo.

¿Y si empezáramos antes?

Si mejoramos:

Alimentación.

Entrenamiento de fuerza.

Exposición al sol razonable.

Sueño adecuado.

Reducción de medicación innecesaria.

Estimulación cognitiva real.

Sentido de propósito.

El resultado no es inmortalidad.

Pero sí envejecimiento más lento.

Más fuerte.

Más ágil.

Más autónomo.

Hay personas hoy que con 75 años entrenan fuerza, mantienen masa muscular, comen con criterio metabólico y presentan función cognitiva excelente.

No es milagro.

Es coherencia acumulada.

Menos deterioro, menos institucionalización

Si llegamos a los 80 con fuerza muscular preservada, mente estimulada y metabolismo equilibrado, la probabilidad de dependencia severa disminuye.

No desaparece.

Pero se retrasa.

Y si se retrasa lo suficiente, muchas personas podrían vivir en su domicilio hasta edades muy avanzadas.

Menos deterioro cognitivo.

Menos fragilidad física.

Menos caídas.

Menos institucionalización.

La residencia dejaría de ser destino casi automático.

Sería excepción.

El verdadero cambio estructural

No basta con reformar residencias.

Hay que reformar cultura preventiva.

La salud en la vejez no empieza a los 80.

Empieza a los 50.

A los 40.

Incluso antes.

La pregunta no es solo cómo cuidamos al dependiente.

Es cómo evitamos crear dependencia evitable.

Si la sociedad promoviera fuerza en mayores, alimentación antiinflamatoria, autonomía prolongada y responsabilidad activa, el mapa demográfico cambiaría.

Y las residencias dejarían de estar tan llenas.

No por abandono.

Sino porque habría menos deterioro severo.

No se trata de culpar al anciano.

Se trata de cambiar el paradigma.

El envejecimiento no es solo desgaste.

Es proceso modulable.

Y cuanto antes lo entendamos, menos personas llegarán a los 80 en estado de fragilidad avanzada.

Y menos necesitarán purgatorios.

CAPÍTULO 12

ENTRE LA CULPA Y LA CULTURA: HIJOS, PADRES Y RESIDENCIAS

Hay una escena que se repite más de lo que se reconoce.

El hijo o la hija lleva al padre a una residencia con un argumento suavizado.

—“Es temporal.”

—“Solo mientras te recuperas.”

—“Aquí vas a estar mejor unos días.”

A veces no es engaño deliberado.

Es incapacidad de sostener la verdad completa.

Porque la verdad duele:

“No puedo más.”

“No sé cuidarte como necesitas.”

“Tengo miedo de que te pase algo.”

En España y en buena parte de Europa occidental, el modelo familiar ha cambiado profundamente.

Familias nucleares.

Viviendas pequeñas.

Doble jornada laboral.

Movilidad geográfica.

Menos hijos por familia.

La estructura social ya no es la misma que hace cincuenta años.

Antes convivían tres generaciones en la misma casa.

Hoy eso es excepción.

No es solo falta de amor

Decir que los hijos “se desprenden” por frialdad sería injusto.

En muchos casos hay agotamiento real.

Cuidar a una persona dependiente 24 horas es devastador física y emocionalmente.

Especialmente cuando:

Hay trabajo.

Hay hijos pequeños.

Hay falta de recursos.

Hay ausencia de red de apoyo.

El problema no siempre es moral.

Es estructural.

Europa ha construido un modelo donde el Estado asume parte del cuidado institucional.

Latinoamérica, en muchos contextos, mantiene todavía una cultura de familia extensa más cohesionada.

Pero también hay diferencias económicas, urbanísticas y sociales que influyen.

No es solo valor moral.

Es modelo social.

La idealización comparativa

Es cierto que en muchos países latinoamericanos la figura del mayor conserva un peso simbólico fuerte.

Se le consulta.

Se le integra.

Se le mantiene en casa mientras es posible.

Pero también existen realidades de abandono, pobreza extrema y falta de recursos formales.

No es blanco o negro.

Lo que sí es cierto es que en sociedades donde la vejez mantiene autoridad simbólica, el ingreso residencial se percibe como último recurso, no como solución organizativa.

En Europa, en cambio, la institucionalización está más normalizada.

Y la normalización reduce el conflicto moral externo.

Pero no elimina el interno.

La culpa que no desaparece

Muchos hijos que ingresan a sus padres no descansan.

No sienten alivio total.

Sienten culpa.

Se levantan con ansiedad.

Saben que tienen que ir a la residencia.

Que tienen que visitar.

Que no pueden fallar.

Porque si fallan, la culpa se intensifica.

He visto hijos exhaustos emocionalmente.

He visto visitas tensas.

He visto madres que dicen:

—“No me dejéis aquí.”

Y he visto hijos que salen llorando al coche.

La residencia no elimina el vínculo.

Lo transforma.

Y esa transformación genera duelo anticipado.

La depresión silenciosa del cuidador

Antes del ingreso hay sobrecarga.

Después del ingreso hay culpa.

El cuidador puede desarrollar:

Ansiedad crónica.

Insomnio.

Tristeza persistente.

Sensación de fracaso.

Autoacusación constante.

Porque culturalmente todavía pesa la idea:

“Un buen hijo cuida en casa.”

Y cuando no se puede, la mente interpreta:

“No he sido suficiente.”

Pero nadie enseña a cuidar deterioro severo.

Nadie enseña a manejar demencia avanzada.

Nadie enseña a sostener agresividad,
incontinencia, insomnio, riesgo de caídas.

La exigencia moral supera la capacidad
humana real.

El choque entre autonomía y protección

Hay padres que no quieren ir a residencia.

Y hijos que sienten que no hay alternativa.

Ahí aparece un conflicto ético complejo.

¿Es abandono?

¿Es protección?

¿Es incapacidad?

¿Es responsabilidad?

No siempre hay respuesta limpia.

Pero sí hay algo que marca diferencia:

La honestidad.

Cuando el ingreso se hace con engaño sistemático, la confianza se quiebra.

Cuando se explica con respeto, aunque duela, la dignidad se mantiene.

La verdad duele menos que la sensación de traición.

¿Qué estamos perdiendo como sociedad?

En sociedades donde el mayor pierde rol productivo, pierde visibilidad.

Cuando deja de generar ingresos, deja de ocupar espacio central.

La cultura de productividad influye en la percepción de utilidad.

Y cuando alguien deja de ser productivo, se le desplaza a la periferia.

Eso no es falta de amor individual.

Es narrativa social.

En culturas donde el mayor conserva rol simbólico fuerte, la percepción cambia.

Pero Europa ha priorizado independencia individual sobre convivencia intergeneracional.

Eso tiene ventajas.

Y también costes.

No culpabilizar, pero sí reflexionar

No se trata de señalar a los hijos.

Muchos hacen lo que pueden.

Con recursos limitados.

Con tiempo limitado.

Con apoyo insuficiente.

Pero sí conviene preguntarnos:

¿Estamos construyendo sociedades donde la vejez encaja?

¿O donde se externaliza?

¿Estamos diseñando ciudades para convivir con mayores?

¿O para separarlos?

El círculo completo

La culpa del hijo.

El silencio del residente.

La estructura institucional.

La cultura productivista.

Todo forma parte del mismo sistema.

No es solo decisión individual.

Es modelo de sociedad.

Y si queremos menos purgatorios, el cambio no es solo sanitario.

Es cultural.

Es urbano.

Es económico.

Es familiar.

La pregunta no es quién tiene la culpa.

La pregunta es:

¿Cómo queremos envejecer nosotros?

Porque esa respuesta define cómo tratamos hoy a quienes nos preceden.

GREGORIA

Quiero relatar cómo Gregoria ingresó en una residencia.

Ella vendió su casa para irse a vivir con un hijo, hasta su muerte, ya que el resto de hermanos no estaban dispuestos. Entregó y repartió el dinero de su vivienda y se fue con el hijo mayor.

Y todo muy bien.

Esta mujer era muy activa y trabajadora. De hecho, yo la conocí con 91 años y estuve con ella en terapia hasta los 94. Nadie le tenía que hacer la cama, colocar su armario, acicalarse, vestirse, y casi hasta ducharse. Era casi absolutamente independiente.

Cuando se fue con el hijo tenía diez años menos.

Pero sucedió que este se enamora de una mujer, a la cual le parecía que no debería seguir la mamá viviendo con ellos, por los motivos absurdos de la intimidad de pareja, la cual solo dura lo que dura.

Entonces Gregoria, al ver que molestaba, ella misma se ingresó en una residencia y juró no saber nunca más de ningún hijo.

Y así pasó entre diez o catorce años.

Hasta que me conoció a mí como terapeuta, que poco a poco, hablando con ella, confió en mí y decidió recibirlo y perdonarlo.

Pero la sorpresa fue que dos de las hijas ya habían muerto de cáncer, el hijo padecía del corazón y la otra hija tenía un cáncer activo.

Así que quien podía venir a verla solo era una nieta.

Las conclusiones o moraleja de esta historia se las dejo al/a lector/a.

CAPÍTULO 13

DEMENCIAS: MÁS ALLÁ DE LA VEJEZ

Anatomía, fisiología, causas y cuidado centrado en la persona

La demencia no es sinónimo de vejez.

La edad es el principal factor de riesgo, pero no es la causa directa.

Existen personas muy mayores sin deterioro cognitivo significativo, y personas más jóvenes con demencias de inicio precoz.

Para comprenderla, debemos empezar por el cerebro.

1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA BÁSICA IMPLICADA EN LA DEMENCIA

El cerebro humano pesa aproximadamente 1.300–1.400 gramos y contiene cerca de 86.000 millones de neuronas.

Las funciones cognitivas superiores dependen principalmente de:

□ **Corteza cerebral**

- **Lóbulo frontal** → funciones ejecutivas, juicio, conducta, planificación.
- **Lóbulo temporal** → memoria y lenguaje.
- **Lóbulo parietal** → integración sensorial y orientación espacial.
- **Lóbulo occipital** → visión.

□ **Hipocampo**

Estructura clave para la consolidación de la memoria reciente.

□ **Sustancia blanca**

Conecta regiones cerebrales mediante tractos axonales.

□ Neurotransmisores relevantes

- **Acetilcolina** → memoria y aprendizaje.
- **Dopamina** → motivación y movimiento.
- **Serotonina** → regulación emocional.
- **Glutamato** → plasticidad neuronal.

En las demencias se produce:

- Pérdida neuronal progresiva.
- Atrofia cerebral.
- Alteración sináptica.
- Disminución de neurotransmisores.
- Inflamación crónica cerebral.

2. PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA

2.1 Enfermedad de Alzheimer

Es la más frecuente.

Fisiopatología:

- Depósito de placas de beta-amiloide.
- Formación de ovillos neurofibrilares (proteína tau hiperfosforilada).
- Atrofia del hipocampo y lóbulos temporales.

Síntomas iniciales:

- Pérdida de memoria reciente.
- Desorientación temporal.
- Dificultad en planificación.

No es causada por la edad, sino por procesos neurodegenerativos específicos.

2.2 Demencia vascular

Producida por daño cerebral secundario a:

- Infartos cerebrales.
- Microinfartos.
- Enfermedad de pequeños vasos.

Factores asociados:

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Tabaquismo.
- Dislipemia.

El deterioro puede ser escalonado.

2.3 Demencia con cuerpos de Lewy

- Acumulación de proteína alfa-sinucleína.
- Fluctuaciones cognitivas.
- Alucinaciones visuales.
- Trastornos del sueño REM.
- Síntomas parkinsonianos.

2.4 Demencia frontotemporal

Afecta principalmente lóbulos frontales y temporales.

- Cambios conductuales marcados.
- Desinhibición.
- Alteraciones del lenguaje.

- Puede aparecer antes de los 65 años.
-

2.5 Otras causas

- Déficit de vitamina B12.
- Hipotiroidismo.
- Consumo crónico de alcohol.
- Traumatismos repetidos.
- Infecciones.
- Enfermedades autoinmunes.
- Depresión grave (seudodemencia).

No toda demencia es irreversible.

Algunas causas son tratables si se detectan precozmente.

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO

La ciencia actual reconoce factores modificables:

Metabólicos

- Resistencia a la insulina.
- Diabetes tipo 2.
- Obesidad central.

Cardiovasculares

- Hipertensión mal controlada.
- Dislipemia.
- Sedentarismo.

Inflamatorios

- Inflamación crónica sistémica.

Estilo de vida

- Baja estimulación cognitiva.
- Aislamiento social.
- Falta de ejercicio físico.
- Dieta ultraprocesada.
- Privación crónica de sueño.

Factores protectores

- Actividad física regular (especialmente fuerza).
- Dieta tipo mediterránea.

- Relaciones sociales activas.
 - Aprendizaje continuo.
 - Control vascular adecuado.
-

4. CUIDADO DE UNA PERSONA CON DEMENCIA

Desde el marco de Atención Centrada en la Persona (ACP)

El deterioro cognitivo no elimina identidad.

La ACP propone:

4.1 Conocer la biografía

- Historia laboral.
- Gustos musicales.
- Rutinas previas.
- Valores.
- Miedos.

La conducta tiene significado.

No es “trastorno”, es expresión de necesidad.

4.2 Validación emocional

No corregir constantemente la memoria.

Si una persona pregunta por alguien fallecido, no siempre es útil confrontar.

Validar emoción:

“¿Le echas de menos?”

La emoción es más importante que el dato.

4.3 Entorno estructurado pero flexible

En casa:

- Rutinas claras.
- Señalización visual.
- Buena iluminación.
- Minimizar ruidos excesivos.

En institución:

- Unidades pequeñas.
 - Personal estable.
 - Adaptación ambiental.
-

4.4 Mantener autonomía residual

No hacer por la persona lo que aún puede hacer.

Aunque tarde más.

La autonomía se ejercita o se pierde.

4.5 Comunicación adecuada

- Frases cortas.
 - Contacto visual.
 - Tono adulto.
 - Evitar infantilización.
-

4.6 Manejo de conductas complejas

Preguntarse siempre:

¿Qué necesidad no cubierta hay detrás?

Dolor.

Miedo.

Soledad.

Estimulación insuficiente.

Exceso de ruido.

La conducta es mensaje.

4.7 Cuidado del cuidador

- Formación.
- Descanso.
- Apoyo emocional.
- Grupos de soporte.

El cuidador agotado aumenta riesgo de conflicto.

El modelo centrado en la persona requiere:

- Ratios adecuadas.

- Formación específica en demencia.
- Cultura de validación.
- Liderazgo ético.
- Evaluación constante.

No es una técnica.

Es un paradigma.

CAPÍTULO 14

ACTIVIDADES QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA

Intervención integral en personas mayores y con demencia

La calidad de vida no se mantiene sola.

Se construye cada día.

No depende únicamente de medicación o diagnóstico. Depende de:

- Estimulación adecuada.
- Movimiento.
- Relación.
- Rutina estructurada.
- Autonomía preservada.
- Higiene correcta.
- Sentido de utilidad.

Las actividades no son entretenimiento.

Son intervención terapéutica.

1. ACTIVIDADES LÚDICAS Y RECREATIVAS

Su objetivo no es “pasar el tiempo”.

Es activar emoción positiva, memoria autobiográfica y vínculo social.

♪ Música personalizada

- Canciones de su juventud.

- Música asociada a momentos vitales.
- Cantar en grupo.

La música activa áreas cerebrales preservadas incluso en fases avanzadas.

Actividades creativas adaptadas

- Pintura libre (no infantilizada).
- Manualidades relacionadas con su historia.
- Jardinería.
- Cocina sencilla supervisada.

La clave es la dignidad, no la complejidad.

Juegos adaptados

- Dominó.
- Cartas.
- Puzzles de pocas piezas.
- Juegos de asociación de imágenes.

La competición no es lo importante.
Lo importante es la participación.

2. ACTIVIDADES DE MEMORIA Y ATENCIÓN

No deben convertirse en examen.

Deben ser estímulo suave.

Orientación a la realidad

- Fecha visible.
- Calendario grande.
- Conversaciones sobre el día.
- Recordatorio de eventos familiares.

Memoria autobiográfica

- Hablar de su infancia.
- Fotos antiguas.

- Objetos significativos.

La memoria remota suele conservarse más tiempo.

👁️ **Atención sostenida**

- Clasificar objetos.
- Buscar diferencias en imágenes.
- Seguir instrucciones simples.

La estimulación constante enlentece el deterioro funcional.

3. COMUNICACIÓN

La comunicación no desaparece con la demencia.

Se transforma.

Reglas básicas:

- Mirar a los ojos.
- Hablar despacio.
- Frases cortas.
- Una instrucción cada vez.

- Validar emoción antes que corregir dato.

No infantilizar.

4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDs)

Las AVDs son intervención terapéutica esencial.

Si se hacen por la persona cuando aún puede hacerlas, se acelera dependencia.

AVDs Básicas (AVDB)

➡ Higiene personal

- Lavado de cara.
- Peinado.
- Afeitado.
- Cepillado dental.
- Baño o ducha adaptada.

Permitir participación aunque sea parcial.

Eliminación: defecación y micción

Tema frecuentemente invisibilizado, pero crucial.

La continencia no es solo fisiológica.

Es dignidad.

Aspectos clave:

- Horarios regulares.
- Observación de patrón intestinal.
- Evitar estreñimiento (hidratación + fibra adecuada).
- Posición fisiológica (ligera flexión de caderas favorece defecación).
- Privacidad.

El estreñimiento crónico puede generar:

- Confusión.
- Agitación.
- Dolor.
- Impactación fecal.

Higiene genital

Debe realizarse con respeto, intimidad y explicación previa.

En el hombre:

- Retracción suave del prepucio (si no hay fimosis).
- Limpieza del glande.
- Secado cuidadoso.
- Evitar humedad persistente.

En la mujer:

- Limpieza de adelante hacia atrás.
- Evitar productos irritantes.
- Secado adecuado.

La higiene incorrecta puede provocar infecciones urinarias, que a su vez pueden producir delirium y deterioro cognitivo agudo.

Higiene bucal y dentadura

Fundamental y frecuentemente descuidada.

- Cepillado tras comidas.
- Limpieza de prótesis dentales.
- Retirada nocturna de dentadura.
- Revisión de lesiones orales.

La mala higiene oral se asocia a:

- Infecciones respiratorias.
- Pérdida de apetito.
- Dolor.
- Inflamación sistémica.

La boca es puerta de entrada al organismo.

5. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (AIVD)

Mientras sea posible:

- Preparar algo sencillo.
- Organizar ropa.
- Regar plantas.
- Manejar pequeñas responsabilidades.

El sentido de utilidad preserva identidad.

6. EJERCICIO FÍSICO

El movimiento es medicina.

Recomendaciones:

- Ejercicios de fuerza con supervisión.
- Sentarse y levantarse de silla.
- Caminar diariamente.
- Trabajo de equilibrio.
- Movilidad articular.

El músculo protege el cerebro.

La inmovilidad acelera deterioro.

7. ENTORNO TERAPÉUTICO

En casa:

- Buena iluminación.
- Pocas barreras.
- Señalización clara.
- Rutina estable.

En institución:

- Unidades pequeñas.
 - Personal estable.
 - Biografía integrada en cuidados.
-

8. PRINCIPIOS TRANSVERSALES

- Respeto.
- Intimidad.
- No infantilización.
- Validación emocional.
- Autonomía residual.

- Escucha activa.

Cuidar no es ejecutar tareas.

Es sostener dignidad.

CÓMO PREPARAR UN TALLER DE MEMORIA

**Para residentes con deterioro
leve, moderado y grave**

Un taller de memoria no es un examen.

No es “a ver cuánto recuerdan”.

Es una intervención terapéutica cuyo objetivo es:

- Estimular redes neuronales.
- Mantener autonomía cognitiva.
- Favorecer autoestima.
- Generar vínculo social.

- Activar memoria emocional.

La clave es adaptar el nivel, no infantilizar.

1-PASOS PREVIOS A LA PREPARACIÓN

1.1 Evaluar el nivel cognitivo

Antes de diseñar el taller:

- Mini-Mental (orientativo).
- Observación funcional.
- Capacidad de atención.
- Lenguaje conservado.
- Nivel educativo previo.
- Biografía.

No todos los residentes “leves” son iguales.

1.2 Definir objetivos

No todos los grupos trabajan lo mismo.

- Leves → mantener y enlentecer deterioro.
 - Moderados → estimular funciones preservadas.
 - Graves → activar memoria emocional y sensorial.
-

1.3 Duración recomendada

- Leves: 45–60 min.
- Moderados: 30–40 min.
- Graves: 20–30 min.

Más tiempo genera fatiga cognitiva.

2-TALLER PARA DETERIORO LEVE

Perfil

- Orientación relativamente conservada.
- Lenguaje funcional.

- Atención mantenida.
- Autonomía parcial.

Objetivo

Estimular funciones ejecutivas, memoria reciente y atención.

Estructura tipo sesión

◆ 1. Orientación inicial (5–10 min)

- Día, fecha, estación.
 - Conversación breve de actualidad.
 - Evento reciente del centro.
-

◆ 2. Memoria inmediata (10–15 min)

Ejercicios:

- Recordar 3–5 palabras.
 - Historias cortas y preguntas.
 - Secuencias numéricas simples.
-

◆ 3. Atención y función ejecutiva (15–20 min)

- Categorizar palabras (animales, frutas...).
 - Completar refranes.
 - Resolver pequeñas situaciones cotidianas.
 - Ordenar pasos de una actividad.
-

◆ 4. Cierre emocional (5 min)

- ¿Cómo se han sentido?
 - Refuerzo positivo.
 - Anticipación próxima sesión.
-

⚠ Nunca ridiculizar errores.

⚠ Nunca corregir con tono examinador.

3-TALLER PARA DETERIORO MODERADO

Perfil

- Desorientación parcial.
- Dificultad en memoria reciente.
- Atención fluctuante.
- Lenguaje simplificado.

Objetivo

Activar memoria remota y preservar comunicación.

Estructura tipo sesión

◆ 1. Activación sensorial (5 min)

- Música de su juventud.
- Olor a café.
- Objeto antiguo.

La memoria emocional está más preservada.

◆ **2. Memoria autobiográfica (15–20 min)**

- ¿Cómo era vuestra escuela?
- ¿Qué juegos recordáis?
- Fotos antiguas.

Evitar preguntas que generen frustración.

◆ **3. Actividad estructurada simple (10–15 min)**

- Completar frases conocidas.
 - Refranes.
 - Asociar imágenes.
 - Clasificar objetos.
-

◆ **4. Validación emocional**

Si alguien se equivoca:
No corregir frontalmente.
Validar emoción.

4-TALLER PARA DETERIORO GRAVE

Perfil

- Lenguaje muy limitado.
- Desorientación severa.
- Atención muy breve.
- Conducta a veces agitada.

Objetivo

Activar conexión emocional y sensorial.

No es memoria cognitiva formal.
Es memoria afectiva.

Estructura tipo sesión

◆ 1. Estimulación sensorial (10 min)

- Música conocida.
 - Texturas.
 - Masaje suave de manos.
 - Aromas familiares.
-

◆ 2. Canciones y ritmo (5–10 min)

Aunque no recuerden nombres,
muchos recuerdan canciones.

El ritmo activa circuitos subcorticales
preservados.

◆ 3. Estimulación táctil y visual

- Pelotas blandas.
 - Fotos grandes.
 - Objetos cotidianos.
-

◆ 4. Cierre tranquilo

No saturar.

La sesión debe dejar calma, no fatiga.

5-CLAVE EN TODOS LOS NIVELES

- ✓ Grupos pequeños (6–8 personas máximo).
 - ✓ Ambiente tranquilo.
 - ✓ Sin ruido externo.
 - ✓ Sillas en círculo.
 - ✓ Contacto visual.
 - ✓ Lenguaje adulto.
 - ✓ Refuerzo positivo constante.
-

6-ERRORES FRECUENTES

- ✗ Hacer fichas infantiles.
 - ✗ Convertirlo en examen.
 - ✗ Forzar respuestas.
 - ✗ Corregir constantemente.
 - ✗ Exponer errores delante del grupo.
-

7-MEDIR RESULTADOS

No se mide por puntuación.

Se mide por:

- Participación.
 - Atención mantenida.
 - Estado de ánimo posterior.
 - Reducción de agitación.
 - Vinculación grupal.
-

8-FRECUENCIA RECOMENDADA

2–3 veces por semana.

La constancia es más importante que la intensidad.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

- World Health Organization (WHO). (2023). *Dementia fact sheets*.
- Alzheimer's Association. (2023). *2023 Alzheimer's Disease Facts and Figures*.
- Jack, C. R. et al. (2018). NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*.
- Livingston, G. et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.
- Petersen, R.C. (2016). Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*.
- Sacks, O. (2011). *The Mind's Eye*.
- Ministerio de Sanidad (España). Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del SNS.
- NICE Guidelines (UK). Dementia: assessment, management and support.

Perfecto.

Te amplió la bibliografía específicamente relacionada con:

- Talleres de estimulación cognitiva.
- Intervenciones no farmacológicas en demencia.
- Terapia de reminiscencia.
- Validación emocional.
- Estimulación multisensorial.
- Ejercicio y función cognitiva.
- Atención Centrada en la Persona aplicada a demencia.

Te la organizo por bloques temáticos.

BIBLIOGRAFÍA

Estimulación cognitiva y talleres de memoria

Estimulación cognitiva estructurada

- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012).
Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia.
Cochrane Database of Systematic Reviews.

→ Evidencia sólida de que la estimulación cognitiva mejora función cognitiva y calidad de vida en demencia leve-moderada.

- Spector, A. et al. (2003).
Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme.
British Journal of Psychiatry.
→ Base del programa CST (Cognitive Stimulation Therapy).
-

Terapia de reminiscencia

- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005).
Reminiscence therapy for dementia.
Cochrane Database.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014).
Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review.
Journal of Aging Studies.

La reminiscencia mejora:

- Estado de ánimo.
- Autoestima.

- Comunicación social.
-

Atención Centrada en la Persona

- Kitwood, T. (1997).
Dementia Reconsidered: The Person Comes First.
→ Obra fundamental del paradigma centrado en la persona.
 - Brooker, D. (2007).
Person-Centred Dementia Care.
→ Desarrollo práctico del modelo.
 - NICE Guidelines (UK).
Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers.
→ Recomendaciones oficiales basadas en evidencia.
-

Validación emocional

- Feil, N. (2002).
The Validation Breakthrough.
→ Enfoque de validación emocional en deterioro severo.

- Neal, M., & Briggs, M. (2003).
Validation therapy for dementia.
Cochrane Review.
-

Estimulación multisensorial (Snoezelen)

- Sánchez, A., et al. (2013).
Multisensory stimulation for people with dementia.
Cochrane Database.

Evidencia moderada para:

- Reducción de agitación.
 - Mejora del bienestar emocional.
-

Ejercicio físico y cognición

- Erickson, K. I., et al. (2011).
Exercise training increases size of hippocampus and improves memory.
PNAS.
- Northey, J. M., et al. (2018).
Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50.
British Journal of Sports Medicine.

- Livingston, G. et al. (2020).
Dementia prevention, intervention and care.
The Lancet Commission.
-

Factores de riesgo modificables

- Livingston et al. (Lancet Commission, 2020).
Identifica 12 factores de riesgo modificables
(educación, hipertensión, obesidad,
aislamiento social, etc.).
 - World Health Organization (2019).
*WHO Guidelines on Risk Reduction of
Cognitive Decline and Dementia.*
-

Manuales clínicos de referencia

- Petersen, R.C. (2016).
Mild Cognitive Impairment.
New England Journal of Medicine.
- Cummings, J. L., et al. (2019).
*Alzheimer's disease drug development
pipeline.*
Alzheimer's & Dementia.
- Ministerio de Sanidad (España).
*Estrategia en Enfermedades
Neurodegenerativas del Sistema Nacional de
Salud.*

Referencias específicas para higiene, AVDs y cuidado práctico

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
Care of Older Adults with Dementia.
- Alzheimer's Association (Clinical Practice Guidelines).
- British Geriatrics Society (Guidelines on frailty and continence).
- European Association of Urology (para higiene y cuidado urogenital en mayores).