

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial

Conversaciones

Arte

El arte como instrumento  
de la contrarreforma



"Melitatos" - Psyche Myeland - Oslo, Noruega  
(en: Sánchez, Noimeluz, Fránck - "Ojos para e manego...")

Trabajos originales

Autopercepción de salud, presencia  
de enfermedades y discapacidades  
en ancianos de Manizales

Actualizaciones

Guía de prevención primaria  
de enfermedades cardiovasculares

Presentación de casos

Tumor de Müller



**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA DE  
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

---

**Vol. 18 No. 4 / octubre - diciembre de 2004**

Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria  
Carrera 13 No. 38-65 Oficina 203. Telefax: 57 1 2853304 , Bogotá, D.C., Colombia  
Correo electrónico: [acgg@acgg.org.co](mailto:acgg@acgg.org.co) en internet <http://www.acgg.org.co>  
Impreso por Editorial Bochica Ltda. Esta edición consta de 1.000 ejemplares



---

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

---

Vol. 18 No. 4 / octubre - diciembre de 2004

## CONTENIDO

<b>INDICACIONES A LOS AUTORES</b> _____	V
<b>EDITORIAL</b> _____	VII
<b>TRABAJOS ORIGINALES</b>	
Autopercepción de salud, presencia de enfermedades y discapacidades en ancianos de Manizales José Fernando Gómez, Carmen Lucía Curcio _____	706
<b>ACTUALIZACIONES</b>	
Guía de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares Raúl F. Escobar Velasco, Hernando J. Mora _____	716
<b>PRESENTACIÓN DE CASOS</b>	
Tumor de Müller Victoria E. Arango L., Rosa Bibiana Pérez Zabala _____	723
<b>CONVERSACIONES</b>	
¿Podemos mantener sereno nuestro estado de ánimo si tenemos un familiar cercano con demencia? Felipe Quiroga Hernández _____	728
<b>HISTORIA DEL ARTE</b>	
El arte como instrumento de la contrarreforma Francisco González López _____	734



# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 18 No. 4 / octubre - diciembre de 2004

---

## Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva 2004 - 2006

Presidente	<b>Carlos Alberto Cano Gutiérrez</b>
Vicepresidente	<b>Marco Antonio García</b>
Secretaria	<b>Carmen Lucía Curcio B.</b>
Tesorera	<b>Leonilde I. Morelo Negrete</b>
Vocales	<b>René Alejandro Manzur Calderón</b>
	<b>José Fernando Gómez Montes</b>
	<b>Sergio Villamizar Sayago</b>
	<b>Germán Mauricio Guevara Farfán</b>

## Comité Editorial

**Victoria Eugenia Arango Lopera**

Geriatra

**José Fernando Gómez Montes**

Geriatra

**Carmen Lucía Curcio Borrero**

Terapeuta Ocupacional

**Leonor Luna Torres**

Licenciada en Enfermería

**Ángela María Botero**

Internista

**Diana Lucía Matallana Eslava**

Neuropsicóloga

**Patricia Montañés Ríos**

Neuropsicóloga



# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 18 No. 4 / octubre - diciembre de 2004

## INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, publica artículos de las áreas relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.

La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en la revista, requerirá de la autorización del Comité Editorial.

3. Los trabajos deben ser remitidos a la dirección anotada en CORRESPONDENCIA, en original, copia y disquete de alta densidad (HD). Las copias en papel deben ser en tamaño carta a doble espacio y guardando un margen izquierdo de cuatro cms. El disquete debe grabarse en un PC; evitando traer consigo virus.

El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

4. Se deben seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés

(opcional), agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras. Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del comité de ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975. No mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.

Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.

6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.

8. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio:

a. En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son

más de seis puede escribirse, después de los tres primeros, “y cols.”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Jones HR, Siekert RG, Geraci JE. Neurological manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; 71:21-28.

- b.** En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1966:56.

- c.** En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores, editores del libro, título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Drayer BP, Poser CM. Enfermedad en inclusión citomegálica del SNC. En: Toro G, Vergara I, Sarabia J, Poser CM, eds. *Infecciones del Sistema Nervioso Central*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978: 172-175.

- 9.** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábica de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Los originales de las fotografías deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste

suficientes para lograr una buena reproducción. Si son gráficas o dibujos deben identificarse con su número de orden en la parte inferior.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.

- 10.** Los editoriales se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
- 11.** Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la Gerontología o Geriatria.
- 12.** Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para el área. Puede incluir una revisión del tema.
- 13.** Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de 8 páginas a doble espacio y se acepta un máximo de 5 ilustraciones.
- 14.** Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
- 15.** La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
- 16.** Para citas de referencia la abreviatura de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria es:  
Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.

A medida que incrementa la población octogenaria, nonagenaria y mayor, los médicos deberán enfrentarse a la decisión de realizarles o no pruebas de tamizaje. Debido a que pocos estudios clínicos de prevención y screening han enrolado pacientes de 70 ó más años, una respuesta basada en la evidencia es improbable en un futuro cercano. Mientras tanto las medidas seguirán basadas en las opiniones de los expertos, pero desafortunadamente las guías actuales reflejan las dudas que existen al respecto.

Tomar la decisión de tamizar o no, está basada en el balance entre el beneficio, el costo y los posibles daños: a medida que aumenta la prevalencia de una enfermedad las bondades de hacer el tamizado incrementan rápidamente, en relación a los daños. Es por esto que para optimizar los resultados debe aplicarse a los individuos con mayor probabilidad de padecer una patología dada. Basados en lo anterior, y ya que el riesgo de muchas enfermedades aumenta con la vejez, pruebas de tamizado en este grupo etéreo deberían producir mayores beneficios, si se compara con realizarlas en jóvenes. Sin embargo existen otras condiciones en la vejez que podrían disminuir las ventajas de hacer screening: primero el que ellos mueren de otras enfermedades antes de experimentar los beneficios (la mayoría de los estudios al comparar el grupo control con el de prueba, o sea al que se le hizo tamizaje, tiene la misma mortalidad, por lo menos en los cuatro años siguientes); segundo, el riesgo de morir de otras causas es tan grande que disminuir la probabilidad de una sola entidad empieza a ser insignificante.

Aquellos autores que están en contra del uso rutinario de screening en los viejos, refieren que mientras sus beneficios disminuyen en la medida que la edad avanza, los efectos nocivos aumentan, entre otras razones por las dificultades para conseguir las muestras. Por tanto ya que los aspectos negativos del screening son más rápidos que los beneficios, y teniendo en mente que los viejos dan mayor crédito al placer actual que al futuro beneficio, podrían derivar en menores ventajas para las pruebas de tamizaje. Finalmente debido a que el valor de las pruebas en el anciano es estable o incrementa, mientras que los bienes decrecen, el costo-beneficio del tamizaje en el anciano es relativamente pobre.

Las guías de recomendación para la detección, manejo y seguimiento de la hipercolesterolemia en adultos han sido establecidas en respuesta a grandes estudios de seguimiento mostrando que la disminución de los niveles reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con lo anterior si esos preceptos fueran aplicados a los ancianos, 80% de aquellos mayores de 70 años podrían ser candidatos a algún tipo de intervención y sin embargo también existen indicios que muestran que extrapolar los resultados de adultos de edad media a los viejos no es buena idea.

Datos epidemiológicos sugieren que el colesterol sérico elevado no está asociado con mortalidad cardiovascular en los viejos y que la relación de su nivel total con la mortalidad, tiene una curva en forma de J, con mayor mortalidad ocurriendo en pacientes con niveles bajos. En consecuencia, la reducción del colesterol puede no tener un efecto benéfico, y además ser nocivo. Otros plantean la teoría de daño, arguyendo que bajos niveles de colesterol en el anciano son el resultado, más que la causa de una enfermedad fatal.

El Estudio de Salud Cardiovascular (Cardiovascular Health Study) de tipo longitudinal, tuvo en cuenta cerca de 6000 ancianos y evaluó los factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular. Algunas de las conclusiones reportadas es que aun los ancianos sin eventos cardiovasculares previos tienen gran componente

subclínico de enfermedad vascular que puede ser modificable por control de factores de riesgo; segundo, algunos factores de riesgo cardiovascular tradicionales pierden validez en los viejos, pero otros como los niveles de glicemia y de presión sistólica tienen implicaciones pronósticas; nuevos factores de riesgo cardiovascular pueden tener mayores alcances en los ancianos, tales como activación hemostática, fibrinógeno, actividad de factor VIII y proteína C-reactiva. Queda pendiente por clarificar cuál combinación de los factores de riesgo tradicionales y los nuevos, tiene papel preponderante durante la vejez.

Aunque los niveles totales de colesterol en las personas de edad media se correlacionan bien con mortalidad a largo plazo, esta asociación permanece controvertida en los viejos. El estudio GIFA, en casi 7000 personas mayores de 65 años que fueron admitidas en diferentes centros hospitalarios evaluaba la relación entre el nivel de colesterol y la mortalidad y ellos observaron que estaban inversamente relacionadas y se encontró como el nivel bajo de colesterol era un predictor independiente de mortalidad a corto plazo. Otro estudio realizado en gemelos mayores de 82 años, tuvo los mismos resultados (532 individuos). Mayor mortalidad se vio con niveles altos de urea, uratos, tiroxina libre, homocisteína. En mujeres se relacionó además con bajos niveles de albúmina y de colesterol.

¿Cómo resolver entonces la duda respecto al screening en viejos? En ausencia de datos concluyentes se sugiere tomar la decisión en forma individual para cada paciente, comparando el costo beneficio: si los factores de riesgo son bajos y los controles previos han estado normales, no es necesario. De otro lado si el factor de riesgo es sustancial o dudoso debe sopesarse la expectativa de vida, no basados únicamente en edad cronológica, sino también fisiológica y en la funcionalidad.

Al hablar de pruebas de tamizaje, siempre se piensa en la importancia de la prevención de las enfermedades cardiovasculares dadas las implicaciones en la morbimortalidad general y en costos para los sistemas de salud. Sin embargo al hablar de la utilidad de realizar pruebas bioquímicas para evaluar el perfil lipídico aún persiste la controversia respecto a si los viejos se benefician de monitoreo permanente. En los estudios de prevención primaria son pocos los ancianos (mayores de 70 años), que han sido estudiados. De otro lado algunas investigaciones epidemiológicas han encontrado que el peligro de tener el colesterol alto está atenuado en los viejos-viejos, a pesar de que las personas ancianas tienen altos niveles de riesgo absoluto de eventos cardiovasculares, sugiriendo que la terapia antilipídica pudiera ser efectiva sin importar la edad, siempre y cuando la expectativa de vida sea suficiente para beneficiarse del tratamiento. Quienes son partidarios aconsejan que las estatinas deben darse para prevención primaria, aun en octogenarios, basados en que existe un gran margen de enfermedad y discapacidad en esta población que los medicamentos pueden disminuir. Según algunos estudios, por ejemplo el PROSPER, este tipo de fármacos es seguro y efectivo, principalmente en población de alto riesgo, como los que tienen altos niveles de proteína C-reactiva o bajos niveles de HDL.

En una revisión de la bibliografía existente (entre 1966 y 2000) se encuentra que sólo en 5 estudios se incluyeron ancianos. Lo que se puede extraer es que se necesita tratar la hiperlipidemia en el anciano para prevención secundaria de enfermedad coronaria, pero aún queda sin resolver la prevención primaria, el efecto sobre el género y los beneficios en los viejos-viejos. Un estudio llevado a cabo en Yale con ancianos sobrevivientes de eventos coronarios agudos, mostró que los niveles de colesterol total post infarto (altos o bajos) no se relacionaban con un incremento en la mortalidad, hasta 6 años después.

Desde la publicación del ATP III (2001) se han realizado 5 estudios clínicos mayores usando estatinas como terapia. Los cambios en el estilo de vida siguen siendo esenciales en el manejo. Sugieren en personas de alto riesgo mantener un LDL-C por debajo de 100 mg/dl, pero si el riesgo es mucho mayor, se deben mantener los niveles por debajo de 70. Ellos confirman que las personas ancianas se benefician de la terapia, pero no queda claro a qué rangos de edad se refieren y bajo qué condiciones.



## Conclusión

¿Debe tamizarse y tratarse la dislipoproteinemia en los viejos? La respuesta sigue siendo, "Quizás".

Desde la década de los noventa no ha emergido un consenso claro respecto al uso de pruebas de tamizado en alteraciones lipídicas en los ancianos. Al momento lo que se recomienda es una aproximación individual, sopesando riesgos, costos y beneficios de cada paciente. Datos obtenidos de los beneficios de tamizar a los adultos en edad media no pueden extrapolarse; al parecer los beneficios disminuyen con la vejez y hay ausencia de evidencia que muestre que al reducir los niveles de colesterol se disminuya la mortalidad. Adicionalmente las recomendaciones basadas en las opiniones de los expertos son conflictivas.

Algunos recomiendan que debido a que las terapias para disminuir el colesterol son bien toleradas en el anciano, es prudente tamizar a aquellos entre 65 y 75 años cuya funcionalidad esté conservada, se espere tengan una sobrevivencia de mínimo 5 años y que tengan múltiples factores de riesgo para enfermedad coronaria. Lo contrario sucede con aquellos que se encuentren crónicamente enfermos, con expectativa de vida limitada o sin otros riesgos para enfermedad coronaria, en cuyo caso es improbable que tenga beneficios el realizar tamizado o tratamiento.

**Victoria Eugenia Arango Lopera**  
Editora en Jefe

# **Página de publicidad**

# AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD, PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y DISCAPACIDADES EN ANCIANOS DE MANIZALES

José Fernando Gómez M.

Carmen Lucía Curcio B.

Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria. Universidad de Caldas;

e-mail: josefergomez@ telecom.com.co

Felipe Matijasevic

Estudiante Educación Física y Recreación. Universidad de Caldas

## Resumen

**Introducción:** El concepto de auto percepción de salud se introdujo en la década de los cincuenta, y desde entonces numerosos estudios han documentado la validez de su medición y ha sido ampliamente aceptado como una medida sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador del estado de salud física.

**Objetivo:** Hacer una aproximación a la autopercepción de salud de los ancianos en Manizales y correlacionarla con las enfermedades informadas y el estado de funcionalidad auto-reportado.

**Materiales y métodos:** Es una investigación epidemiológica de carácter descriptivo y transversal. Se hizo un muestreo aleatorio de conglomerados con una muestra de 250 ancianos mayores de 65 años. Se utilizó un cuestionario estructurado y precodificado, aplicado mediante entrevista personal. La autopercepción de salud fue valorada mediante tres preguntas, la primera si se sentían o no saludables, en segundo lugar como calificaban su salud en una escala ordinal de muy buena a muy mala y finalmente se les solicitó comparar su salud con otras personas de la misma edad, según estuvieran mejor, igual o peor que ellas.

**Resultados:** Existe una mayor proporción de ancianos entre 65 y 69 años (34%), el 58.8% representado por mujeres, de las cuales el 48% en estado de viudez, en comparación con el 71% de los hombres estaba casado. El 27% de la población tenía menos de 5 años de educación. El 58.8 % de la población se siente saluda-

ble, con una mayor proporción de hombres. El 18.8% afirma tener muy buena salud, el 30.4% dice que buena, el 40.4% término medio, 9.2% mala y 2.4% muy mala. El 58% aseguró sentirse mejor que los de su misma edad. Se encontró una mejor autopercepción en los grupos más jóvenes ( $p < 0.05$ ). Al relacionar no sentirse saludable con la presencia de enfermedades se encontró una asociación estadística significativa ( $p < 0.001$ ). Existe una asociación entre presentar al menos una enfermedad con mala autopercepción de salud (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90  $p < 0.01$ ). También existe asociación entre los puntajes totales de la escala de Barthel y Lawton modificada y la calificación del estado de salud: a mejor puntaje, mejor calificación de salud ( $p < 0.01$ ).

**Discusión:** Este estudio permite confirmar que los ancianos en Manizales presentan las mismas tendencias, en cuanto a autopercepción de salud informadas en la literatura, pero con las mujeres y los grupos de mayor edad con peor auto percepción de salud. Además de una asociación importante entre autopercepción de salud, enfermedades crónicas discapacitantes y capacidad funcional, especialmente con la escala de Barthel. Se requieren estudios que permitan una forma óptima de valorarla, y además es necesario establecer el papel de otros factores de las áreas psicológica y social en la autopercepción de salud de esta población.

**Palabras clave:** Autopercepción de salud, discapacidad, actividades de la vida diaria

Self-rated health, presence of diseases and disabilities in elderly in Manizales, Colombia

## Summary

**Introduction:** Since the self-rated health concept was introduced in the fifties numerous studies have documented the validity of that measurement and has been widely accepted as a sensible and reliable measurement of general health state, integrating a subjective measurement as indicator of physical health.

**Objective:** to realize an approach to the self-rated health of the elderly in Manizales, Colombia and to correlate it with diseases informed and the self-reported functional ability reported by them.

**Materials and methods:** Descriptive and cross-sectional study. A randomized sample of 250 elderly people with 65 years and over. A structured pre-codified questionnaire was used, applied by personal interview. The self-rated health was evaluated by means of three questions, first, if they felt or unfelt health, secondly, they described their health in a ordinal scale as very good to very bad and thirdly they were asked to compare their health with other people of the same age, according to were better, equal or worse than they.

**Results:** There was a greater proportion of elderly between 65 and 69 years (34%). 58.8% represented by women of who 48% was widow in comparison with 71% of the men who was married. 27% of the population had less than 5 years of education and 58.8% of the population feels with a good health with a greater proportion of men. 18.8% informs to have very good health, the 30.4% with good health, the 40.4% fairly, 9.2% bad health and 2,4% very bad health. In compared health 58% assured to feel better than those of their same age. It was better self rated health in the youngest groups ( $p < 0.05$ ). There is a statistical relation with bad health and disease presence ( $p < 0.01$ ) and an association exists among presenting at least one illness with bad self-rated health (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90  $p < 0.001$ ). Also association among the total scores of Barthel (ADL) and Lawton modified (IADL) scales with self-rated health was found, with higher scores better qualification of health ( $p < 0.001$ ).

**Discussion:** This study permits to confirm that the elderly people in Manizales present the same tendencies of self-rated health reported in the literature, but with the women and the older groups with worse self-rated health. Moreover, an important association among self-

rated health with chronic illnesses and functional ability, both ADL and IADL scale was found, especially with the ADL Barthel scale. Studies are required that permit identify the best way to measure it and is necessary to establish the role of other factors such social and psychological areas in the self-rated health in this population.

## Introducción

El concepto de autopercepción de salud se incluyó a partir de la década de los cincuenta (Tuckman y Lorge, 1953) y desde entonces numerosos estudios han documentado la validez de su medición. Ha sido ampliamente aceptada como una medida sensible y confiable del estado de salud general, al integrar una medición subjetiva como indicador -puesto que se ha comprobado que es un predictor independiente y significativo de mortalidad en ancianos, especialmente en hombres (Idler, Kasl y col., 1990, Kaplan, Barel y col., 1988, Lee 2000)-, así como de discapacidad en las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) (Kaplan, Strawbridge, 1993, Idler y Kasl, 1995).

Está influida por la función física, la presencia de enfermedades y la existencia de discapacidades y limitaciones funcionales. Muchas investigaciones sugieren que también la afectan los hábitos y conductas saludables, el uso de servicios de salud, el soporte social y la religiosidad (Kaplan y Camacho, 1983, Deeg y cols. 1989).

Numerosos estudios, tanto transversales como longitudinales, han demostrado que una autopercepción de buena salud se correlaciona con bajo número de condiciones crónicas, ausencia de discapacidades severas, mejor soporte social, bajo estrés, mejor satisfacción con la vida y mejores ejecución física y cognoscitiva (Idler y Benyamini, 1997). Sin embargo la autopercepción de salud puede tener diferentes respuestas dependiendo de los grupos de ancianos evaluados, especialmente cuando se incluyen minorías étnicas como los latinos en Estados Unidos, quienes presentan una pobre autopercepción de salud (McGee y cols, 1999, Finch y cols., 2002)

El objetivo de esta investigación es hacer una aproximación a la autopercepción de salud de los ancianos en Manizales, Colombia, y correlacionarla con las enfermedades informadas y el estado de funcionalidad reportado por ellos mismos.

## Materiales y métodos

El presente estudio se constituye en una investigación epidemiológica de carácter descriptivo y transversal. Se consideró como universo la población mayor de 65 años, radicada en el área urbana de la ciudad de Manizales. Basados en la división administrativa en comunas, se tomaron estas como los conglomerados a partir de los cuales se seleccionaron las unidades de muestreo, que en esta investigación correspondieron a los barrios de cada comuna. Fueron escogidas al azar cuatro comunas y en cada una de ellas se hizo un barrido, barrio por barrio, hasta completar la muestra requerida de 250 ancianos mayores de 65 años.

Se utilizó un cuestionario estructurado, precodificado, aplicado mediante entrevista personal que incluía preguntas acerca de aspectos demográficos generales y evaluación de la autopercepción de salud. En cuanto a la presencia de enfermedades se hizo una lista de chequeo de las patologías crónicas más prevalentes en esta población, con tres posibilidades de respuesta: Sí, No y No Sabe. Se utilizó la escala de Barthel para el ABC físico (ABCF) (Baztán y col., 1993) y una escala de Lawton modificada para valorar las ABC instrumentales (ABCI) (Curcio y col., 2001).

La autopercepción de salud fue valorada mediante tres preguntas: si se sentían o no saludables; cómo calificaban su salud en una escala ordinal de muy buena a muy mala y finalmente se les solicitó comparar su salud con otras personas de la misma edad, según estuvieran mejor, igual o peor que ellas (ver anexo 1).

El análisis estadístico se realizó usando el programa EPIINFO, versión 6.04d. Las variables se analizaron a un nivel simple: proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se hizo además un cruce dicotómico y estratificado de variables, tomando rangos de edad en grupos quinquenales y sexo, y a su vez estos dos con las demás variables. Un valor de  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo.

## Resultados

En la tabla 1 se muestran los aspectos demográficos de la población.

Respecto a la distribución por grupos de edad se encon-

tró, como se esperaba, una mayor proporción de ancianos jóvenes; en cuanto al estado civil, al discriminar por sexo, es evidente que existe una mayor proporción de hombres casados, 71%, mientras que sólo 35.4% de las

Características sociodemográficas de la población	
Característica	Porcentaje n= 250
Edad promedio (DE)	74.1 (7)
Hombres	41.2
Mujeres	58.8
Grupos de edad	
65-69	34.0
70-74	25.6
75-79	18.0
80 y más	22.4
Estado civil	
Solteros	8.4
Casados	50.0
Viudos	34.8
Separado - divorciado	4.8
Unión libre	2.0
Escolaridad	
Analfabetismo	9.2
Menos que primaria	18.8
Primaria completa	14.4
Menos que secundaria	27.2
Secundaria completa	12
Universitario	18.4

Tabla 1.

mujeres lo estaba. De otro lado mientras el 15.5% de los hombres y el 48.3% de las mujeres han enviudado, la unión libre es más frecuente en hombres, 2.9% vs. 0.68%, y existe el doble de solteras, 10.2% vs. 5.8%.

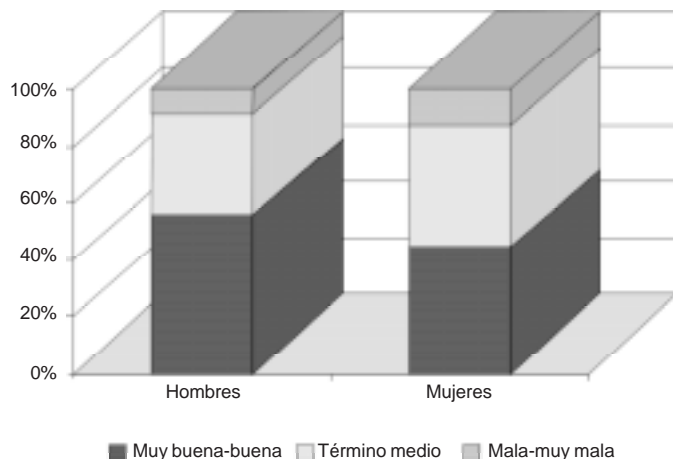
En lo relacionado con el número de años de educación formal se encontró un rango de 20, con un coeficiente de variación de 86.36%, lo cual indica una gran heterogeneidad en este aspecto, con un porcentaje de me-

nos que primaria y analfabetismo de 27.1% del total de la población.

A la pregunta de cómo considera su salud actualmente, el 58.8 % contestó que se sentía bien de salud o saludable, y el resto que no; una mayor proporción de hombres que de mujeres refiere sentirse saludable (65% vs. 54.4%), sin diferencias estadísticas. El 18.8% de los ancianos afirma tener muy buena salud, mientras que el 30.4% dice que buena; el 40.4% la considera término medio, 9.2% afirma tener mala salud y 2.4% muy mala. Es evidente una peor autopercepción de salud entre las mujeres, pero sin diferencias estadísticas con los hombres (ver figura 1). El 58% aseguró sentirse mejor que los de su misma edad, y 31.2% afirmó sentirse más o menos igual. Al comparar su salud el 62.6% de las mujeres estaba mejor, comparado con el 51.5% de los hombres; el 26.5% de ellas y el 51.5% de ellos estaba igual a alguien de la misma edad, mientras que el 8.8% de las mujeres y el 6.8% de los hombres se consideraba peor, y al igual que con las otras dos preguntas, no se encontraron diferencias estadísticas entre hombres y mujeres.

Al discriminar por grupos de edad se encontró una mejor autopercepción en los más jóvenes ( $p < 0.05$ ), y al calificar la salud el porcentaje de mala y muy mala se incrementa con la edad, desde 11.7% en el grupo más joven a 22.4% en el de mayor edad, pero sin diferencias estadísticas. La salud comparada por grupos de edad

Fig. 1 Distribución de la población según autopercepción de salud por género

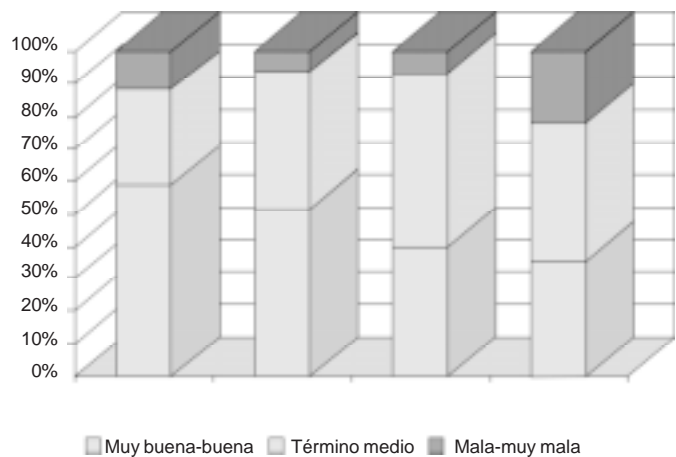


muestra que más de la mitad (entre 52% y 60%) de los ancianos en todas las edades se siente mejor que otras personas de su misma edad ( $p < 0.05$ , ver figura 2).

Mediante análisis bivariado se encontró asociación entre autopercepción de salud y nivel educativo ( $p < 0.01$ ). El analfabetismo y tener menos de cinco años de educación se relaciona estrechamente con pobre percepción (OR: 2.75 IC 95% 1.45-5.25 ( $p < 0.001$ )).

El 88% ( $n = 220$ ) de la población reportó al menos una enfermedad crónica. Al diferenciar por sexo se encontró que mientras el 77% de los hombres refería tener al menos una, en las mujeres era 96% ( $p < 0.001$ ). En cuanto a grupos etáreos, es evidente el aumento del porcentaje de quienes reportan la presencia de enfermedades al aumentar la edad, pero sin diferencias es-

Fig. 2 Distribución de la población según autopercepción de salud por grupo de edad



tadísticas. Cabe anotar que el 2.1% del total de la población no sabe si presenta las enfermedades incluidas en la lista de chequeo.

Un poco más de la mitad (53.2%) refiere sufrir hipertensión arterial, y casi la mitad (49.2%) várices; en tercer lugar se encuentra la artritis (en forma genérica) con 43.2%. En la tabla 2 se presentan los porcentajes por género.

Al relacionar, sentirse saludable con la presencia de enfermedades se encontró una asociación estadística significativa ( $p < 0.001$ ). El 39.6% de los que reportaron

enfermedades no se sentían saludables; el 12% de ellos tenía una pobre auto percepción (mala y muy mala) y el 43.1% la consideraron regular. Existe una asociación entre presentar al menos una enfermedad y la mala auto percepción de salud (OR: 4.82 IC 95% 1.76-13.90  $p < 0.001$ ), pero al comparar su salud, solamente el 8.6% de los que informaba una enfermedad se sentía peor que los otros, sin diferencias estadísticas. De otro lado, el 13.3% de los que no reportaba ninguna enfer-

Presencia de enfermedades crónicas auto reportadas, por género			
Enfermedad	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Hipertensión Arterial	47.6	57.1	53.2
Várices	30.1	62.5	49.2
Artritis	29.1	53.1	43.2
Problemas de circulación	25.2	51.0	40.4
Enfermedades del corazón	26.2	28.6	27.6
Cataratas	19.4	31.3	26.5
Bronquitis/ Enfisema	21.4	27.2	24.8
Diabetes mellitus	8.7	19.0	14.8
Fractura de Miembros Inf.	10.7	10.9	10.8
Fractura de cadera	4.9	6.1	5.6
Enf. cerebro vascular	3.9	4.1	4.0
Cáncer	1.9	0.68	1.2

Tabla 2.

medad crónica referían no sentirse saludables; el 80% la refieren como buena, o muy buena, y el 73.3% está mejor que alguien de la misma edad, pero al igual que los ancianos enfermos, se encontraron diferencias estadísticas solamente en las dos primeras preguntas y no al compararla.

En la tabla 3 se presentan los porcentajes de las personas que refirieron la presencia de enfermedades según como califican su salud. No se incluye la calificación de término medio.

En cuanto a las Actividades Básicas Cotidianas, los resultados de la Escala de Barthel (ABC físico) indican que el 64.8% de los ancianos tuvo un puntaje de 100, es decir, completamente independientes. En la tabla 4

se muestra en orden decreciente, el porcentaje de ancianos con limitación funcional o discapacidad.

Al correlacionar ABC físico con auto percepción de salud, se encontró que 26.2% de los que presenta discapacidad o limitación funcional en alguna de las actividades refiere no sentirse saludable, con una aso-

Auto percepción de salud y presencia de enfermedades			
Enfermedad	Muy buena y buena	Mala muy mala	P
Enfermedades del corazón	26.1	72.5	<0.01
Diabetes mellitus	24.3	70.3	<0.01
Artritis	32.4	62.0	<0.01
Hipertensión arterial	42.9	55.6	<0.01
Cataratas	37.8	77.3	<0.05
Bronquitis/Enfisema	35.5	58.1	<0.05
Várices	42.2	55.3	NS
Fracturas piernas	33.3	63.0	NS
Fractura de cadera	35.7	63.0	NS
Enf. cerebro vascular	50.0	40.0	NS
Cáncer	0	66.6	NS

Tabla 3.

ciación estadística significativa ( $p < 0.001$ ). También existe asociación entre el puntaje total de la escala y la calificación del estado de salud: a mejor puntaje, mejor calificación de salud ( $p < 0.001$ ).

En ABC instrumental (ABCI) las 3 principales actividades en las cuales se presenta dependencia son: hacer trabajo pesado en casa, cortarse las uñas de los pies y realizar trabajo liviano en casa (ver tabla 5).

Al correlacionar ABC instrumental con auto percepción de salud, se encontró que 60% de los que presentan discapacidad o limitación funcional en alguna de las actividades refieren no sentirse saludables, sin diferencias estadísticas. Al igual que con ABCF existe asociación entre el puntaje total de la escala y la calificación del estado de salud encontrando que, a mejor puntaje (o sea mayor independencia en las ABCI), mejor calificación ( $p < 0.001$ ).

<b>Porcentaje de ancianos con limitación funcional o discapacidad en cada uno de los ítems de la escala de Barthel</b>			
<b>Actividad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
	%	%	%
Micción	15.5	21.1	18.8
Subir y bajar escalones	9.5	23.8	18.0
Arreglo personal	4.9	10.2	8.0
Vestido	5.9	8.8	7.6
Baño	4.9	7.5	6.4
Traslados	4.9	6.1	5.6
Deposición	2.9	7.5	5.6
Uso del Sanitario	3.9	5.5	4.8
Deambulaci3n	6.9	2.8	4.4
Alimentaci3n	1.0	3.4	2.4

Tabla 4.

<b>Porcentaje de hombres y mujeres con limitaci3n funcional y discapacidad en cada uno de los ítems de la escala de Lawton</b>			
<b>Actividad</b>	<b>Discapacidad</b>		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
Trabajo pesado	57.2	57.9	57.6
Cortarse las uñas de los pies	27.1	46.3	38.4
Trabajo liviano en casa	38.8	19.7	27.6
Salir de casa	14.6	36.0	27.2
Hacer su propia comida	34.3	19.1	25.3
Cortarse las uñas de las manos	16.5	26.5	22.4
Manipular llaves	10.7	13.6	12.4
Caminar por las habitaciones	6.8	11.6	9.6
Manejar su dinero	8.7	10.9	9.6
Encender/apagar radio TV.	8.7	10.2	9.6
Tomar medicamentos	11.7	8.1	9.6
Abrir y cerrar ventanas	7.8	7.5	8
Prender y apagar luces	7.7	6.1	6.8

Tabla 5.

## Discusi3n

Este estudio revela que la mitad de la poblaci3n que vive en la comunidad, en Manizales, se considera saludable y en mejores condiciones que personas de su misma

edad; sin embargo al calificarla la consideran como término medio. Las mujeres tienen peor auto percepci3n de salud y se deteriora en forma progresiva con la edad. Adem3s, existe un 11% de la poblaci3n que tiene una pobre auto percepci3n de salud, que se constituye en un grupo de riesgo para desarrollar discapacidad y mortalidad, especialmente aquellos con bajo nivel educativo.

Los porcentajes de auto percepci3n de salud en la literatura mundial son muy variables, por lo general se informa en la mayoría de publicaciones que entre una tercera parte y la mitad de la poblaci3n anciana, especialmente las mujeres, no se considera saludable (Heikinen y col., 1983). En otro estudio epidemiol3gico realizado en países asiáticos, se encontr3 que alrededor de la mitad no se siente saludable, aumentando hasta tres cuartas partes en pueblos con mala calidad de vida como Filipinas, y al igual que en la presente investigaci3n la auto percepci3n de salud se deteriora en los grupos de mayor edad (Andrews y col., 1986).

Al comparar los resultados de este estudio con los de la encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud de los ancianos colombianos, se encuentran similitudes considerables puesto que en el paíes el 28% considera su salud buena, el 56% regular y el 15% mala, especialmente en las mujeres de Bogotá y de la regi3n del Pacífico (Carmona y Moreno 1991).

Tambi3n se han encontrado diferencias entre las áreas urbanas y rurales, donde estos últimos presentan peor auto percepci3n de salud (Hays y col., 1996). En un estudio realizado por los autores en el área rural cafetera, utilizando la misma metodología, al comparar con estos resultados, se confirma que el anciano rural se siente menos saludable (47% vs. 58%), pero existe un porcentaje similar a la ciudad, de 12%, de ancianos que reporta una pobre salud, especialmente mujeres (G3mez y Curcio, 2004)

El encontrar una asociaci3n estadística entre la auto percepci3n, calificada en una escala ordinal o dicot3mica, y no cuando la salud se compara, podría estar indicando las diferencias culturales que influyen la auto percepci3n de la salud. Por ejemplo los norteamericanos tienden a percibir su salud más pobre aunque ellos informan menos enfermedades que los ingleses o daneses, a diferencia de los negros americanos, que a pesar de tener más enfermedades se consideran con mejor salud que los blancos (Jylha M y col., 1998), y



los latinos en Estados Unidos tienen 3.6 mayor probabilidad de reportar una pobre salud (Shetterly y col., 1996). Además parece ser que los adjetivos utilizados para la autopercepción de salud pueden ser diferentes entre hispanos y angloparlantes pues, mientras los primeros eligen regular, como en este estudio, los segundos eligen bien, que podría estar mostrando las diferencias de construcción del concepto de salud entre diversas culturas (Angel y Guarnaccia, 1989).

En este estudio se hallaron asociaciones entre la edad, con sentirse o no saludable, y la salud con otra persona de la misma edad, pero no con la calificación del estado actual de salud. Verbrugge y Balaban (1989) sugieren que la autopercepción de salud tiene un componente psicológico que hace que la persona se vea a sí misma como sana o enferma. Para Baltes y Mayer (2001) la autopercepción puede ser intra e interindividual: sentirse saludable y calificar la salud es un aspecto intraindividual, comparar la salud con otras personas de la misma edad es interindividual; la declinación de la auto percepción de buena salud que ocurre con la edad refleja las variaciones intraindividuales, en cambio las comparaciones con otras personas (variaciones interindividuales), se incrementan favorablemente con el paso de los años.

En el presente estudio se encontró peor autopercepción de salud entre las mujeres y los grupos de mayor edad. Investigaciones previas han demostrado que la autopercepción de pobre salud se incrementa con la edad aunque no haya cambios en la prevalencia de enfermedades (Scroll y col., 1996). El estudio LSOA (Longitudinal Study on Aging, Kovar, 1987) reporta porcentajes similares a los hallados en el presente, en cuanto calificación subjetiva del estado de salud. Sin embargo, a diferencia de éste, ellos plantean que los muy viejos perciben mejor su salud que los más jóvenes aunque presenten similares problemas de salud. Con relación al género, la autopercepción fue mejor entre las mujeres que en los hombres, resultados diferentes a los encontrados en este estudio, en los cuales los aspectos culturales podrían ser la razón de esta diferencia. El Zutphen Elderly Study realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente de Holanda en hombres nacidos entre 1900 y 1920 (Hoeymas y col., 1996) concluye que la auto percepción de salud no se relaciona con la edad, especialmente después de los 70 años, puesto que los ancianos toman como grupo de referencia otros ancianos en los

cuales las discapacidades son la norma, lo que hace que califiquen su salud positivamente, y además con el paso del tiempo van estableciendo mecanismos adaptativos para las limitaciones funcionales, lo cual hace que acepten el deterioro y lo consideren como parte del proceso normal de envejecimiento.

Leinonen y col. (2002) al hacer el seguimiento de la valoración subjetiva del estado de salud en ancianos finlandeses, afirman que la estabilidad es más común que el cambio y refleja sistemáticamente las condiciones de salud, la capacidad funcional y las actividades físicas y sociales. Para los autores, la relativamente alta estabilidad en la autopercepción indica que con el incremento de la edad los ancianos se adaptan a peores condiciones de salud. Esta adaptación juega un papel importante que se refleja en la valoración subjetiva. También demuestra que el deterioro evidente en las evaluaciones objetivas no se refleja subjetivamente y sugiere que las estrategias de adaptación a este deterioro están dadas por modificación de las expectativas, aspiraciones y normas o que lo ven como parte del proceso normal de envejecimiento y ajustan a ello sus estándares de buena salud. Además, el deterioro relacionado con la edad usualmente es un proceso gradual al cual se adaptan lentamente, sin modificar simultáneamente su autopercepción de salud; es decir, hay una reorganización cognoscitiva por nuevos procesos internos. La estabilidad también puede indicar la comparación con otras personas en peores condiciones o con mayores desventajas. Las pocas fluctuaciones en autopercepción están dadas por los cambios grandes o bruscos en el estado de salud o en la sintomatología de las enfermedades, que hacen que la capacidad funcional también cambie.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, de un lado una pequeña proporción (12%) no refiere ninguna enfermedad, dato acorde con el rango reportado en la literatura acerca del autorreporte de enfermedades en mayores de 60 años en Colombia (Diago, 1997), y del otro lado, los porcentajes son similares a los informados para la carga de la enfermedad, con las enfermedades cardiovasculares en primer lugar (hipertensión, patologías circulatorias y cardíacas), especialmente en mujeres, datos estos que concuerdan con lo encontrado en este estudio (Ministerio de Salud, Carga de la enfermedad, 1994). La presencia de várices en el segundo lugar, es una situación peculiar en la región y puede es-

tar originando problemas en la deambulaci3n. El bajo porcentaje de c3ncer, contra lo esperado en Colombia, podr3a deberse a una menor supervivencia.

Se ha establecido que la presencia de enfermedades es un predictor significativo de autopercepci3n de salud (Yu y col., 1997) y en el LSOA (Kovar., 1987). Se plantea que muchas condiciones cr3nicas tienen efectos directos sobre la autopercepci3n de salud, independientemente de la presencia de discapacidad o limitaci3n funcional. En el estudio actual se encontr3 asociaci3n significativa entre la presencia de enfermedades y percepci3n de salud mala y muy mala, especialmente cardiopat3as, artritis y diabetes mellitus, posiblemente por las limitaciones funcionales y discapacidades que generan, y porque regularmente son progresivas. Lammi y col. (1989) concluyen, a diferencia del estudio Framingham, que las enfermedades por s3 mismas son fuertes predictoras de discapacidad m3s que los h3bitos no saludables, y que los ancianos juzgan su calidad de vida y su salud, m3s desde el punto de vista de la capacidad de ejecutar sus actividades de la vida diaria en forma independiente o no. En este estudio se encontr3 asociaci3n significativa con ambas, tanto con enfermedades como con capacidad funcional.

De otro lado, el encontrar la mitad de los ancianos con presencia de enfermedad, pero que ten3an una buena autopercepci3n de salud, podr3a estar relacionado con el concepto del estudio de Berl3n donde se encontr3 que posiblemente la "buena salud" entre los ancianos no significa ausencia de enfermedad o discapacidad, pero s3 ausencia de dolencias o quejas (Baltes y Mayer, 2001). Adem3s tener pocas enfermedades, mejor capacidad funcional, pocos s3ntomas, mejor visi3n, pocos medicamentos ingeridos y mejor educaci3n, fueron todos significativamente asociados con una buena autopercepci3n de salud en dos comunidades, con culturas diferentes (Jylha y cols., 1998).

Se ha encontrado que la autopercepci3n de salud es un fuerte predictor de mortalidad (Tsuji y col., 1994), de capacidad funcional (Idler y Kasl, 1995) y de envejecimiento exitoso (Roos y Havens, 1991). Wolinsky y col. (1994) sugieren tres explicaciones para la asociaci3n de mortalidad con mala autopercepci3n: esta 3ltima estimula el sistema neurol3gico en el cual ocurren cambios bioqu3micos, lo cual compromete el sistema inmune y hace al individuo m3s susceptible a enfermedades

oportunistas. Una pobre autopercepci3n de salud refleja que el individuo detecta cambios precl3nicos en la funci3n. La tercera posibilidad es el efecto directo de la pobre autopercepci3n que posterga las conductas de protecci3n. Esto puede implicar que existe un grupo de riesgo constituido por aquellos que tienen una mala autopercepci3n de salud, 11.8% si se consideran los que califican su salud como mala, porcentaje que asciende a cerca del 40% si se toma en cuenta no sentirse saludable.

Respecto a los hallazgos de asociaci3n de mala autopercepci3n con capacidad funcional el encontrar asociaci3n estad3sticamente significativa entre el puntaje total y los 3tems por separado en la escala de Barthel, a diferencia de la escala de ABCI donde solamente puntajes totales bajos est3n asociados, est3n indicando el impacto que tiene la capacidad funcional, especialmente las actividades de supervivencia, en la autopercepci3n de salud. En el estudio de Greiner, en monjas (Nun Study, 1996) se encontr3 que 1.4% de la poblaci3n estudiada, 629, entre 75 y 102 a3os, era dependiente en ABC f3sico y exist3a una correlaci3n entre la dependencia y la autopercepci3n de funci3n y de salud: a mayor nivel de dependencia peor autopercepci3n de funci3n. Tamb3n reportan un incremento dram3tico entre la p3rdida de dependencia para ba3arse, caminar e incorporarse de una silla, con la calificaci3n de mala o pobre. En el presente estudio se encontraron asociaciones con traslados ( $p < 0.005$ ) y con subir y bajar escalones ( $p < 0.001$ ) que son actividades fundamentales para la movilidad y por tanto, para la independencia. Lee y Shinkai (2003) examinaron patrones de asociaci3n de autopercepci3n de salud y discapacidad entre ancianos coreanos y japoneses que viv3an en la comunidad y encontraron que ambos aspectos estaban fuertemente asociados; sin embargo exist3an algunas diferencias: las mujeres coreanas eval3an su salud m3s favorablemente que los hombres. En este estudio tambi3n se encontraron asociaciones entre la presencia de discapacidades y limitaciones, tanto en ABCF como ABCI, con no sentirse saludable, calificar la salud como mala y muy mala y compararla con personas de la misma edad, aunque, las mujeres reportaron peor autopercepci3n de salud que los hombres.

Varios estudios han demostrado la importancia del deterioro de las ABC en la autopercepci3n de salud, y se postula que 3sta es un indicador din3mico de declinaci3n,

tanto en funcionamiento como en salud, más que una medida estática y que sería la razón de su efecto independiente sobre la mortalidad (Idler y Benyamini, 1997).

En conclusión, este estudio permite confirmar que los ancianos en Manizales presentan las mismas tendencias, en cuanto a autopercepción de salud, informadas en la literatura, pero con las mujeres y los grupos de mayor edad con peor autopercepción de salud. Además de una asociación importante con enfermedades crónicas discapacitantes, problemas de visión y capacidad funcional, especialmente con la escala de Barthel del ABCF. Se requieren estudios ulteriores que permitan establecer si con una sola pregunta o con varias, o con una respuesta dicotómica o en escala ordinal, se tiene una mayor precisión de la autopercepción de salud. Además es necesario establecer el papel de otros factores de las áreas psicológica y social en la autopercepción de salud de esta población.

## Bibliografía

1. Andrews GR, Esterman AJ, Braunack-Mayer AJ, Rungie CM. Aging in the Western Pacific: a four country study. WHO. Regional Office for the Western Pacific. Manila 1986 p. 33-35.
2. Angel R, Guarnaccia P. Mind, body, and culture: somatization among Hispanics. *Soc Sci Med* 1989; 28 (12): 1229-38.
3. Baltes PB, Mayer KR (Eds). *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press. Cambridge. 2001. ISBN 0 521 62134 8.
4. Baztán JJ, Pérez de Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro vascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
5. Carmona F, Moreno L. Encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Colombia, 1986-1989. La ancianidad (Proyecto: tercera edad). Ministerio de salud, Santa Fe de Bogotá 1991 p. 77-79.
6. Curcio CL, Gómez JF, Galeano C. Validez y reproducibilidad de las medidas de evaluación basadas en la ejecución. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 35:82-88.
7. Deeg DJH, Van Zonneveld RJ, Van Der Maas P, Habbema JDF. Medical and social predictors of longevity in the elderly: total predictive value and interdependence. *Soc Sci Med* 1989; 29 (11): 1271-80.
8. Diago JL. Programa Salud del Ancianos. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de prevención. Programa patologías generales, crónicas y degenerativas. Bogotá. 1997.
9. Finch BK, Hummer RA, Reindl M, Vega WA. Validity of self-rated health among Latino(a)s. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 755-9.
10. Gómez JF, Curcio CL. Envejecimiento rural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas. Cuadernos de Investigación No. 3. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. 2004 ISBN 958-8231-02-7 p. 58-60.
11. Greiner PA, Snowdon DA, Greiner LH. The relationships of self-related health to concurrent functional ability, functional decline, and mortality: findings from the nun study. *J Gerontol* 1996; 5:S234-S241.
12. Hays JC, Schoenfeld D, Blazer DG, Gold DT. Global self-ratings of health and mortality: hazard in the North Carolina Piedmont. *J of Clin Epidemiol* 1996; 49: 969-979.
13. Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ. The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. *Public Health in Europe* 21. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1983 p 37-59.
14. Hoeymans N, Feskens EJM, Van den Bos GAM, Kromhout D. Measuring functional status: cross sectional and longitudinal association between performance and self-report (Zutphen Elderly Study 1990-1993) *Clin Epidemiol* 1996; 49, 10:1103-1110.
15. Idler EL y Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol Med Sci* 1995; 50B: S344-S353.
16. Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J of Health and Social Behavior* 1997; 38: 21-37.
17. Idler EL, Kasl SV, Lemke JH. Self-evaluated health mortality among the elderly en New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986 *Am J Epidemiol* 1990; 131: 91-103.
18. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cul-

- tures and genders? *J of Gerontol Soc Sci* 1998; 53B: S144-S152.
19. Kaplan GA, Barell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol: Soc Sci* 1988; 43: S114-120.
  20. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117 (3): 292-304.
  21. Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with change in physical functioning in the elderly. *J of Aging and Health* 1993; 5: 140-153.
  22. Kovar MG. The Longitudinal Study on Aging: The 1986 reinterview public use file. Proceedings 1987 Public Health Conference on Records and Statistics. DHHS pub. No. (PHS) 88-1214. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 1987.
  23. Lammi UK, Kivela SL, Nissinen A, et al. Predictors of disability in elderly finish men. A longitudinal study. *J Clim epidemiol* 1989; 42, 12:1215-1225.
  24. Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability in older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37;1:63-76.
  25. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical and mental health on functional declines and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54; 2: 123-9.
  26. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2002; 35:79-92.
  27. McGee DL, Liao Y, Cao G and col. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 41-6.
  28. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad en Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1994; p.32-35.
  29. Roos NP and Havens B. Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991; 81: 63-68.
  30. Scroll M, Bjornsbo-Scroll K, Frnt N, Livingstone MB. Health and physical performance of elderly Europeans. SENeca investigators. *Eur J Clin Nutr* 1996; 50 Suppl 2: S105-S111.
  31. Shetterly S, Baxter J, Mason LD, Hamman RF. Self-rated health among Hispanics vs. non-Hispanic white adults: The San Luis Valley health and aging study. *Am J of Public Health* 1996; 86: 1798-1801.
  32. Tsuji I, Minami Y, Keyl PM. The predictive power of self-rated health, activities of daily living, and ambulatory activity for cause-specific mortality among the elderly: a three-year follow-up in urban Japan. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 153-156.
  33. Tuckman J, Lorge I. Somatic and psychological complaints in older people in institution and at home. *Geriatrics* 1953; 8:274-279.
  34. Verbrugge LM, Balaban DJ. Patterns of change in disability and well-being. *Med Care* 1989; 27 (3 suppl):S128-S147.
  35. Wolinsky FD, Callahan CM, Johnson RJ. Subjective health status and mortality in the elderly. Facts and research in gerontology: Epidemiology. Canadian Edition Serdi Publisher 1994; p 13-28.
  36. Yu LC, Zhang AY, Draper P, Kassab C, Miles T. Cultural correlates of self-perceived health status among Chinese elderly. *J Cross Cult Gerontol* 1997; 12; 1:73-89.

### Anexo 1: Cuestionario de autopercepción de salud

#### Autopercepción de salud

Acerca de su salud, ¿actualmente se siente saludable?  Si  No

Considera su salud:  Muy buena  Buena  Término medio  Muy mala

Comparada su salud con otras personas de la misma edad, la suya es:

Mejor  Más o menos igual  Peor  No sabe

# GUIA DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Raúl F. Escobar Velasco, Médico Geriatra

Hernando J. Mora, Médico General

Proyecto de Atención de Enfermedades crónicas

PAB Norte de Santander

Centro de Rehabilitación de Norte de Santander

Julio Coronel, Cardiólogo. Hospital Erasmo Meoz

## Resumen

Con la implementación de la guía de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares se pretende orientar y recordar a los médicos nortesantandereanos la importancia de prevenir la patología de este origen, suministrando herramientas para la identificación de poblaciones de alto riesgo, facilitando la toma de decisiones en el manejo y la evaluación costo-efectividad, todo ello basado en las recomendaciones de expertos internacionales y ajustado a la reglamentación vigente en salud contenida en la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.

## Introducción

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad en el mundo occidental; su costo proyectado para el 2003 en Estados Unidos fue de 351 billones de dólares. En Colombia y Norte de Santander constituye la segunda causa de muerte, siendo solo superado por la violencia (Tabla 1).

Las enfermedades cardiovasculares son infrecuentes en hombres menores de 40 años y en mujeres premenopáusicas, pero el riesgo se incrementa al avanzar la edad y en la presencia de factores de riesgo como tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e historia familiar de enfermedad cardíaca. Aunque la mortalidad por esta última ha declinado constantemente en las tres décadas anteriores, en Estados Unidos, se espera que la carga total de patología coronaria se incremente en forma importante en los próximos 30 años debido al aumento en el tamaño de la población de adultos mayores. En Norte

Diez primeras causas de mortalidad, Norte de Santander 1998			
Causa	Total		
	Orden	Casos	Tasa
Agresión con disparo con otras armas de fuego	1	707	5,52
<b>Infarto agudo del miocardio</b>	<b>2</b>	<b>473</b>	<b>3,69</b>
<b>Enfermedad cerebrovascular NE</b>	<b>3</b>	<b>125</b>	<b>0,97</b>
Tumor maligno de estómago	4	109	0,85
Diarrea	5	106	0,82
<b>Insuficiencia cardíaca NE</b>	<b>6</b>	<b>102</b>	<b>0,79</b>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica NE	7	89	0,69
Otras cirrosis del hígado y las NE	8	76	0,59
Síndrome de dificultad respiratoria del R.N.	9	71	0,55
Muerte fetal de la causa NE	10	65	0,50
Resto		3.145	24,58
<b>Total</b>		<b>5.077</b>	<b>39,9</b>

Tabla 1

Fuente: Boletín Epidemiológico Norte de Santander Vol 3 Año 2001 / Tasa X 10.000 habitantes.

de Santander se prevé un comportamiento similar al descrito, debido a que se conjugan diferentes situaciones como una población en transición demográfica (8% de la población total es mayor de 60 años, llegando en

algunos municipios hasta un 12%), alta prevalencia de factores de riesgo en la población general y doble carga en salud pública (se mantienen altas tasas de morbilidad materno-infantil y tasas crecientes de enfermedades crónicas no transmisibles, además de la violencia) creando competencia en la asignación de recursos. Cabe anotar que sólo hasta hace 3 años existe un abordaje sanitario en el área de las enfermedades crónicas no transmisibles.

### Objetivo en la prevención de la enfermedad coronaria

El objetivo general es el mismo, tanto en pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica clínicamente establecida, como en personas de alto riesgo: reducir la probabilidad de un episodio mayor coronario o de otros eventos ateroscleróticos y así disminuir la discapacidad prematura y la mortalidad y prolongar la supervivencia (4, 7, 8).

Los grupos específicos a los que se debe dirigir la estrategia de alto riesgo son, en orden decreciente de riesgo:

- Pacientes con enfermedad atero-esclerótica establecida.
- Personas sin diagnóstico de enfermedad aterosclerótica pero expuestas a un alto riesgo de sufrirla por tener una combinación de los factores de riesgo tradicionales o alteraciones muy acusadas en algunos de ellos.
- Familiares en primer grado de pacientes que han sufrido manifestaciones clínicas de la enfermedad aterosclerótica a edad temprana.
- Para el resto de los pacientes que entran en contacto con los servicios de salud (6).

### Tamizaje

Hay dos estrategias para reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad arterial coronaria. La primera, involucra tamizaje para factores de riesgo cardíaco modificables, como hipertensión arterial, colesterol sérico elevado, tabaquismo, inactividad física y dieta. La segunda estrategia es la detección temprana de enfermedad arterial coronaria asintomática.

Aunque el electrocardiograma (EKG) de reposo puede detectar enfermedad coronaria en personas asintomá-

ticas e identificar individuos en alto riesgo de eventos hacia el futuro, es una prueba débil para tamizaje: los hallazgos de alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica (depresión del ST, inversión de la onda T, presencia de onda Q y desviación del eje a la izquierda) sólo se encuentran en 1-4% de hombres en edad media, asintomáticos y además no son específicos de disfunción coronaria. Por otra parte un EKG no descarta enfermedad arterial coronaria: en el Coronary Artery Surgery Study un 29% de pacientes sintomáticos confirmados por angiografía, tenía trazado electrocardiográfico normal. La gran mayoría de personas sin síntomas, con EKG anormal, no tiene enfermedad arterial coronaria y se encuentra en relativamente bajo riesgo de desarrollar manifestaciones clínicas en un futuro cercano.

A pesar que el EKG en prueba de esfuerzo es más sensible y específico para estenosis coronaria de alto grado, requiere de mucho tiempo y es costoso para usarse rutinariamente en personas asintomáticas. Al igual que el EKG de reposo no detecta lesiones ateroscleróticas leves, ni moderadas, que en la mayoría de los casos son responsables de los eventos agudos coronarios.

Otro problema importante con el tamizaje de enfermedad arterial coronaria asintomática es la falta de evidencia de mejores resultados por la detección temprana. La única acción que ha probado reducir eventos coronarios en personas asintomáticas es la modificación de factores de riesgo cardiovascular. Estas intervenciones deben ser recomendadas a todos los pacientes con factores de riesgo modificables, y no únicamente a aquellos con pruebas de tamizaje sugestivas de enfermedad arterial coronaria (1, 2, 6).

### Evaluación de riesgo cardiovascular total

La enfermedad coronaria aterosclerótica es de origen multifactorial. Cuando se intenta estimar el riesgo de desarrollar o tener enfermedad coronaria recurrente, es necesario considerar la contribución de todos los factores de riesgo simultáneamente. En la práctica clínica, los pacientes se presentan con una variedad y combinación de ellos (conocidos o no por el paciente), lo que conlleva a efectos multiplicativos o sinérgicos sobre el riesgo cardiovascular. Un individuo con varios factores de riesgo discretamente elevados, puede tener una probabilidad igual o mucho mayor que un sujeto con un factor de riesgo muy elevado (6). Por tanto,

es necesaria la valoración conjunta de todos los factores de alarma (modificables o no) para tomar decisiones terapéuticas (19).

### Determinación del riesgo global

A partir de los resultados de estudios longitudinales como el de Framingham, se han elaborado unas tablas que nos muestran el riesgo global que tiene un individuo, hombre o mujer, a cierta edad y según la presencia de factores de riesgo, de presentar enfermedad cardiovascular. Para cuantificar este riesgo global se calcula el riesgo absoluto de EC (enfermedad coronaria).

El riesgo absoluto (RA) o incidencia, describe la probabilidad de que un individuo con un conjunto de características desarrolle la enfermedad en un periodo de tiempo. Aquellos que tienen un riesgo multifactorial más elevado pueden identificarse y ser candidatos a la modificación del estilo de vida y, en los casos en que se sea apropiado tratamiento farmacológico.

Existe un grupo de pacientes en quienes el riesgo se puede asumir como alto (>20% a 10 años) sin usar las tablas. Este incluye individuos con enfermedad cardiovascular sintomática (angina, infarto de miocardio, falla cardíaca congestiva, isquemia cerebral transitoria y enfermedad vascular periférica), diabetes mellitus o hipertrofia ventricular izquierda en el EKG (19).

### Guía de prevención primaria para enfermedades cardiovasculares en adultos

#### Evaluación de riesgo

##### Tamizaje de factores de riesgo

###### Objetivo

El adulto debe conocer el nivel y significancia de los factores de riesgo como evaluación rutinaria en la atención primaria.

###### Recomendaciones

1. Inicie la evaluación de factores de riesgo en adultos a los 20 años.
2. Actualice la historia familiar de enfermedad cardiovascular regularmente.
3. Evalúe el estado del consumo de tabaco, dieta, ingesta de alcohol y actividad física en cada evaluación rutinaria.

4. Registre la presión arterial, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal y pulso en cada visita (al menos cada 2 años).
5. Determine el perfil de lípidos completo en ayunas (si no está en ayuno colesterol total y HDL-C) y glicemia, de acuerdo al riesgo personal de hipercolesterolemia o diabetes (cada 5 años, y si hay factores de riesgo presentes, cada 2 años).

### Estimación del riesgo global

Todos los adultos mayores de 40 años deben conocer su riesgo absoluto de desarrollar EC.

#### Objetivo

En lo posible, disminución del riesgo.

#### Recomendaciones

1. Los adultos mayores de 40 años con dos o más factores de riesgo deben tener una evaluación de riesgo de ECV a 10 años con tablas de múltiples factores, cada 5 años (o más a menudo si hay cambios en los factores de riesgo).
2. Los factores de riesgo utilizados en la evaluación de riesgo global son: edad, sexo, consumo de tabaco, presión arterial, colesterol total y HDL-C y diabetes mellitus.
3. Personas con diabetes mellitus o riesgo global a 10 años >20% o a 5 años >10% son considerados como de alto riesgo o "equivalente a ECV manifiesta".

### Intervención de riesgo

#### Tabaco

##### Objetivo

Suspender completamente; evitar la exposición al humo.

##### Recomendaciones

1. Pregunte por el uso de tabaco en cada visita. Advierta a cada consumidor sobre la necesidad de abandonarlo de manera clara, fuerte y personalizada.
2. Evalúe la voluntad de cada consumidor de tabaco para abandonarlo. Apoye con consejería y desarrolle un plan de abandono. Realice un seguimiento o refiera a un programa especial.

- Evite el deseo de exposición pasiva al humo de tabaco en casa o en el trabajo.

**Control de la presión arterial**

**Objetivo**

Cifras de presión arterial <140/90 mmHg en la población general; <130/80 en personas con insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca congestiva y en diabéticos.

**Recomendaciones**

- Promueva estilos de vida saludables. Estimule la reducción de peso e ingesta de sodio; consumo de frutas, vegetales y productos bajos en grasa a diario; modere el uso de alcohol y actividad física en personas con presión arterial mayor o igual de 130/80 mmHg.
- Personas con insuficiencia renal o cardíaca y diabetes, inicie tratamiento farmacológico si la presión arterial >130/80 mmHg.
- Inicie tratamiento farmacológico en aquellas personas con presión arterial >140/80, si la modificación de los estilos de vida a los 6-12 meses no es efectiva, dependiendo del número de factores de riesgo presentes. Adicione medicamentos antihipertensivos, individualice a los otros requerimientos y características del paciente (edad o necesidad de beneficios específicos de los medicamentos).

**Nutrición y dieta**

**Objetivo**

Implementación de un patrón de alimentación saludable.

**Recomendaciones**

- Promueva la ingesta de variedad de frutas, vegetales, granos, legumbres y productos bajos o libres de grasa a diario, pescado, pollo y carne magra.
- Realice un balance entre el consumo calórico y los requerimientos energéticos y promueva cambios apropiados para lograr pérdida de peso cuando sea necesario.
- Modifique la selección de alimentos para reducir la grasa saturada a menos de 10% de las calorías diarias, colesterol <300 mg/día y grasas trans (adición de hidrogeniones a aceites vegetales). Sustituya por granos y grasas no saturadas de pescado, vegetales, legumbres y nueces.

- Limite la ingesta de sal <6 gramos/día (2.400 mg/día de sodio).

- Limite la ingesta de alcohol a no más de 2 tragos al día en hombres y a un trago al día en mujeres.

**Aspirina**

**Objetivo**

Aspirina a bajas dosis en personas con alto riesgo de ECV (riesgo absoluto a 10 años >10% o a 5 años >5%).

**Recomendaciones**

- No recomendada para pacientes con intolerancia o alergia al compuesto.
- No use en personas con alto riesgo de sangrado gastrointestinal y AVC hemorrágico.
- Los beneficios de reducción de riesgo de EVC pesan más que los riesgos en la mayoría de los pacientes con riesgo coronario alto.
- La dosis de 75-160 mg/día es suficiente. Cantidades mayores de 250 mg anulan la acción de los I-ECA.

**Manejo de lípidos**

**Objetivo primario**

LDL-C <160 mg/dl	1 Factor de riesgo
LDL-C <130 mg/dl	2 o más factores de riesgo y RA a 10 años <20%
LDL-C <100 mg/dl	2 o más factores de riesgo y RA a 10 años >20% o diabetes mellitus

**Objetivos secundarios**

**(si LDL-C esta en rango normal)**

Si los triglicéridos >200 mg/dl, use el valor de colesterol no HDL como objetivo secundario

Colesterol no HDL <190 mg/dl	1 Factor de riesgo
Colesterol no HDL <160 mg/dl	2 o más factores de riesgo y RA a 10 años <20%
Colesterol no HDL <130 mg/dl	2 o más factores de riesgo y RA a 10 años >20% o diabetes mellitus



**Otros objetivos para terapia**

Triglicéridos > 150 mg/dl

HDL-C < 40 mg/dl en hombres y < 45 mg/dl en mujeres.

**Recomendaciones**

- Si LDL-C es mayor al rango normal
  - Inicie terapia de cambios de estilo de vida y dieta: grasas saturadas <7% del total de las calorías y colesterol <200 mg/día.
  - Si es necesario mayor reducción en LDL-C, adicione opciones en la dieta como fibra natural (salvado de trigo) y/o fibra soluble 10-25 gm/día; enfatizar sobre la reducción de peso y la actividad física.
  - Excluir causas secundarias de LDL-C alto (pruebas de función hepática, TSH, Uroanálisis).
- Después de 12 semanas de lo anterior, considere tratamiento farmacológico si están presentes:
  - 2 ó más factores de riesgo, RA a 10 años >10% y LDL-C > 130 mg/dl
  - 2 ó más factores de riesgo, RA a 10 años <10% y LDL-C > 160 mg/dl
  - Un factor de riesgo y LDL-C >190 mg/dl.
- Inicie medicamento e incremente la dosis para alcanzar el rango normal de LDL-C, usualmente con estatinas o resinas secuestrantes de ácido biliar o ácido nicotínico.
- Después de alcanzar el objetivo de LDL-C, considere el nivel de triglicéridos
 

*Triglicéridos 150-199 mg/dl*  
TLC

*Triglicéridos 200-499 mg/dl*  
Tratamiento según nivel de Colesterol no HDL y si es necesario aumente dosis de estatinas o adicione ácido nicotínico o fibratos

*Triglicéridos >500 mg/dl*  
Tratamiento con fibratos o ácido nicotínico para disminuir riesgo de pancreatitis
- Si el HDL-C es menor de 40 mg/dl en hombres o 45 mg/dl en mujeres, inicie TLC intensivo; en pacientes de alto riesgo considere medicamentos que aumenten el HDL-C (ácido nicotínico, fibratos, estatinas).

**Actividad física****Objetivo**

Al menos 30 minutos de actividad física moderada, preferentemente todos los días de la semana.

**Recomendaciones**

- La persona que inicie un programa de ejercicio vigoroso, debe consultar previamente a un médico si tiene sospecha de enfermedad cardiovascular, respiratoria, metabólica, ortopédica o neurológica, o si es de edad media o adulto mayor, la misma recomendación deben tenerla en cuenta aquellos individuos sedentarios.
- Las actividades de moderada intensidad (40-60% de capacidad máxima) son equivalentes a caminar energicamente (9-12 minutos/km).
- Actividades de intensidad vigorosa (>60% de su capacidad máxima) por 20-40 minutos en 3-5 días por semana ofrecen beneficios adicionales.
- Recomendar ejercicios de entrenamiento de resistencia con 8-10 diferentes ejercicios; 1-2 sets de cada ejercicio y 10-15 repeticiones de intensidad moderada en 2 ó más días a la semana.
- Incluir entrenamiento de flexibilidad y un aumento en las actividades de la vida diaria.

**Manejo del peso****Objetivo**

Alcanzar y mantener peso deseable, IMC 18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>; ante IMC >25 kg/m<sup>2</sup> la medida de cintura debe ser <102 cms. en hombres y 88 cms. en mujeres.

**Recomendaciones**

- Inicie un programa de manejo de peso con restricción de calorías en la dieta e incremente el gasto energético (ejercicio) apropiado.
- Para personas con sobrepeso u obesas, la reducción de peso es de 10% en el primer año de terapia.

**Manejo de la diabetes mellitus****Objetivo**

Glucemia en ayunas <110 mg/dl y HbA1c <7%.

**Recomendaciones**

- Inicie terapia apropiada para alcanzar glucemia en

ayunas y HbA1c cercanos a lo normal: Inicialmente con dieta y ejercicio.

2. El segundo paso es usualmente el uso de hipoglucemiantes orales y posteriormente la aplicación de insulina.
3. Trate otros factores de riesgo más agresivamente: presión arterial <130/80 mmHg y LDL-C <100 mg/dl.

### Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte prematura en Colombia, además de generar elevados costos sociales y en salud. Pueden afectar a cualquier persona sin distinción de edad, raza, sexo o nivel socioeconómico. La aproximación óptima para evitar enfermedades cardiovasculares en adultos es la prevención a lo largo de la vida, con el objetivo de reducir la carga total de aterosclerosis coronaria en la población. Para alcanzar este objetivo se requieren acciones en educación sanitaria temprana y continua, focalizada en la prevención y escogencia de estilos de vida saludable, servicios de salud que ofrezcan las terapias más efectivas con equidad y políticas públicas que promuevan hábitos alimenticios saludables, actividad física regular y la prevención y suspensión del consumo de tabaco.

Basado en estas premisas el Centro de Rehabilitación de Norte de Santander ha elaborado un plan de abordaje de manejo y control de las enfermedades cardiovasculares, dentro del proyecto de atención de enfermedades crónicas-Plan de Atención Básico de la Secretaría de Salud de Norte de Santander, que incluye: tamizaje de factores de riesgo cardiovascular, diseño e implementación de guías de prevención primaria y atención en prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares, con la puesta en marcha del programa de rehabilitación cardiovascular.

La guía de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares incluye el tamizaje de factores de riesgo y la intervención adecuada para su manejo, así como la identificación de los individuos con alto riesgo, tomando como base documentos técnicos de la American Heart Association y siguiendo los lineamientos expresados en las Normas Técnicas para la detección de las Alteraciones del Adulto, Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.

### Bibliografía

1. Department of Health and Human Services. U.S. A Public Health Action Plan to. Prevent Heart Disease and Stroke. 2003.
2. Navarrete, H. Epidemiología de la enfermedad aterosclerótica. *Clínicas Colombianas de Cardiología*. 2002; 5: 1-3.
3. Preventive Services Tasks Forces. Report of the U.S. Guide to Clinical Preventive Services: Screening for asymptomatic coronary artery disease. 1997.
4. Crawford, M. Cardiovascular disease in the elderly. *Cardiology clinics*. 1999; 17: 1-13, 223-240.
5. A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association. Cardiac Rehabilitation Programs. *Circulation*. 1994; 90: 1602-1607.
6. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 2000; 53: 1095-1120.
7. Ritchie, D. Cardiac Rehabilitation for elderly people. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 1995; 6: 331-345.
8. de Pablo Zarzosa, C. Rehabilitación cardíaca en el anciano. *Revista Española de Cardiología*; 48 (Suplemento 1): 54-59.
9. Velasco Rami, J. y Maroto Montero, J. Rehabilitación cardíaca. Evolución histórica y situación actual. *Revista Española de Cardiología*; 48 (Suplemento 1): 1-7.
10. The Secondary Prevention of myocardial infarction. *Current Problems in cardiology* 1999; October 622-632.
11. Moreno Macías, C. Enfermedad coronaria. *Medicina geriátrica*. Universidad del Valle – Facultad de salud 1999: 286-298.
12. A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core components of Cardiac Rehabilitation / secondary prevention programs. *Circulation* 2000: 102: 1069-1703.
13. Grundy, S. Cholesterol lowering in the elderly population. *Archives internal medicine* 1999; 159: 1670-1677.
14. Duthie, E, Katz, P. Practice of geriatrics. Third edition 1999.

15. Williams, P. Coronary Heart Disease risk factor of vigorously active sexagenarians and septuagenarians. *Journal American Geriatrics Society* 1998; 46: 134-142.
16. Margherita, A. Effects of exercise and training on cardiovascular function. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 1995; 6: 225-259.
17. Ellestad, M. Pruebas de esfuerzo. Bases y aplicaciones clínicas. Ediciones Consulta 1988: 22-23, 86.
18. Valera, E. Epidemiología de la hipertensión arterial. *Hipertensión Arterial*. Centro Editorial Javeriano. 2002, Capítulo 2: 14-23.
19. Aristizábal, D. Diagnóstico y tratamiento del riesgo coronario en hipertensión. *Clínicas Colombianas de Cardiología*. 2001: 3; 266-280.

# TUMOR DE MÜLLER

Victoria E. Arango L.

Geriatra Clínica

Departamento de Medicina Interna - Pontificia Universidad Javeriana

Rosa Bibiana Pérez Zabala

Residente de 3° año

Medicina Interna - Pontificia Universidad Javeriana

---

## Historia clínica

### Información general

Paciente de sexo femenino, con 67 años de edad, natural de La Cuesta (Santander), y residente en Bogotá. Estado civil, viuda; se dedica a las labores del hogar. Religión, católica.

### Motivo de consulta

“Malestar general, fiebre y cambio de color en la orina”

### Antecedentes personales

Hipertensión arterial, desde hace 20 años; EPOC; Tumor de Müller, mixto para el cual recibió tratamiento quirúrgico (histerectomía ampliada) a principios de 2004; trombosis venosa profunda en febrero del mismo año y desde entonces está anticoagulada; varios episodios de infección de vías urinarias, asociados a delirium.

### Antecedentes gineco-obstétricos

Menarca a los 12 años; G4, P4, V4; histerectomía; no recuerda la fecha de su última menstruación.

### Antecedentes tóxicos

Exposición crónica a humo de leña.

### Antecedentes farmacológicos

Nifedipino 30 mg/d; bromuro de ipratropium y salbutamol, inhaladores; warfarina, 5 mg/d

### Valoración social

Paciente viuda, con cuidador permanente; depende económicamente de sus hijos. Cuenta con un adecuado apoyo familiar.

### Valoración cognoscitiva

Refieren varios años de evolución, sin precisar, de pérdida de memoria progresiva, básicamente episódica y de trabajo, lo cual consideran parte “normal” del envejecimiento. Niegan trastornos del afecto o del comportamiento.

### Valoración funcional

En los últimos meses ha tenido deterioro de sus actividades funcionales, siendo totalmente dependiente para las instrumentales y requiriendo supervisión en las básicas.

### Enfermedad actual

Varios meses atrás había consultado por cuadro similar a lo anotado en el motivo de consulta, pero asociado a disminución generalizada de la fuerza y mioclonías multifocales. Ante la sospecha de carcinomatosis meníngea le realizan una tomografía cerebral, en la que se evidencia atrofia cerebral generalizada. Aunado a lo anterior hacen una punción lumbar, reportada como normal. Es dada de alta, en buenas condiciones generales y deambulando por sus propios medios.

Dos semanas después asiste caminando a su control por consulta externa donde revisan la histología que reporta componente heterólogo tipo rabdomiosarcoma,

con compromiso del 90% de la pared uterina y compromiso retroperitoneal (ver figura 1). Al ser clasificado como estado III C (ver anexo 1) deciden iniciar manejo con radioterapia. Conceptúan que no se beneficiaría de quimioterapia.

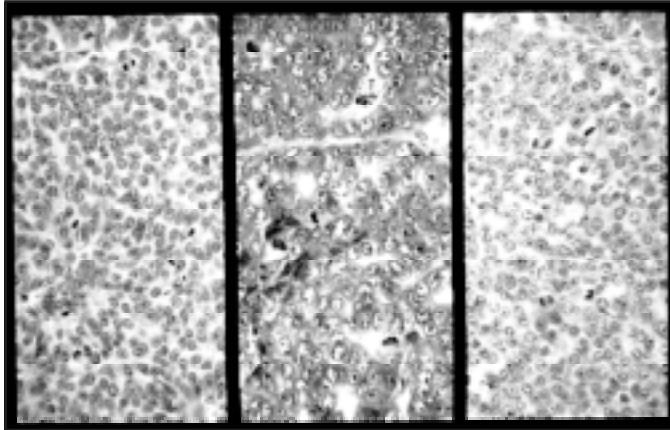


Figura 1. Tumor de Muller. Tumor sarcomatoso con células fusadas

Diez días después consulta por cuadro de dolor lumbar que le limita los arcos de movimiento, le diagnostican lumbalgia mecánica y es manejada con analgésicos y terapia física. Al parecer con respuesta parcial.

Un mes después es traída a la institución por el cuadro actual, consistente en cinco días de evolución de fiebre no cuantificada, hematuria, astenia y adinamia. Niegan el consumo de algún medicamento para controlar los síntomas. Al examen físico de ingreso la encuentran normotensa, sin alteraciones cardiovasculares, extremidades sin edemas; en la evaluación neurológica está desorientada y somnolienta. Hacen una impresión diagnóstica de infección de vías urinarias y de sobreanticoagulación (INR de 17): se suspende la warfarina y se inicia manejo antibiótico. No requirió uso de plasma.

Al segundo día de la hospitalización aparece dificultad respiratoria asociada a taquipnea y persistencia de la fiebre, se hace diagnóstico de neumonía, confirmado posteriormente con radiografía de tórax (ver figura 2). Se adecuan los antibióticos. Al tercer día cede la hematuria. Al quinto día de su ingreso interconsultan a geriatría por presencia de úlcera sacra.

En la valoración geriátrica se encuentra (sólo los hallazgos positivos) PA:110/70 (sin evidencia de hipotensión postural); FC: 82; FR:23; T° de 36.5°C, palidez



Figura 2. Rx tórax

mucocutánea generalizada, marcado hirsutismo en cara y miembros inferiores; a la auscultación pulmonar había estertores bibasales; edema GII en miembros inferiores. Úlcera sacra GIII, con abundante tejido necrótico, sin signos de infección y con hematoma perilesional, así como unas pequeñas úlceras, GI bimaolares. En el examen neurológico era una paciente somnolienta, pero fluctuante, desorientada en tiempo y espacio, con lenguaje incoherente, bradiplálica y bradipsíquica. Cabe resaltar que se encontró hipoestesia en miembros inferiores, arreflexia bilateral, esfínter anal átono, e incontinencia doble. Nivel en T8. Aunado a lo anterior era evidente la hipertrofia del clítoris.

### Los paraclínicos mostraron

Cuadro hemático: Leucocitos: 11600, Hb: 11.6, Hto: 34.3  
VCM: 100 PLT: 412000

P. de Orina: nitritos (+), pH: 5, proteinuria de 500 mg/dl, leucocitos de 15 a 20 por campo, hematíes incontables y bacterias ++++.

Pruebas de función renal, evidenciaban insuficiencia de carácter pre-renal.

Rayos X de tórax: infiltrados basales alveolares derechos.

Se hicieron las siguientes impresiones diagnósticas

1. Shock medular T8, secundario a hematoma medular (por sobreanticoagulación) o a compromiso tumoral.
2. Sobreanticoagulación

3. Neumonía adquirida en la comunidad, en tratamiento.
4. Infección de vías urinarias, en tratamiento
5. Falla renal secundaria a pérdida de volumen
6. Inmovilismo
7. Úlceras por presión
8. Delirium multifactorial
9. Deterioro cognoscitivo de origen degenerativo primario, tipo Alzheimer, GDS 5.
10. Metástasis suprarrenal vs. producción endógena de andrógenos, por el tumor (posteriormente es valorada por endocrinología, quienes confirman la segunda opción, basados en los hallazgos clínicos del clítoris)
11. Tumor Mülleriano mixto, maligno

Se solicita un nuevo control de pruebas de función renal, posterior a la corrección del balance hídrico, las cuales se normalizaron. La resonancia magnética de columna evidenció extensa lesión en T3 (ver figuras 3 y 4) para lo cual recibió manejo con esteroides y una sesión de radioterapia, paliativa.

La paciente es dada de alta para continuar su manejo paliativo en casa, con antibióticos, terapias respiratoria



Figura 3.

y física, administración de analgésicos en caso de presentar dolor y curaciones con colagenasa y medidas

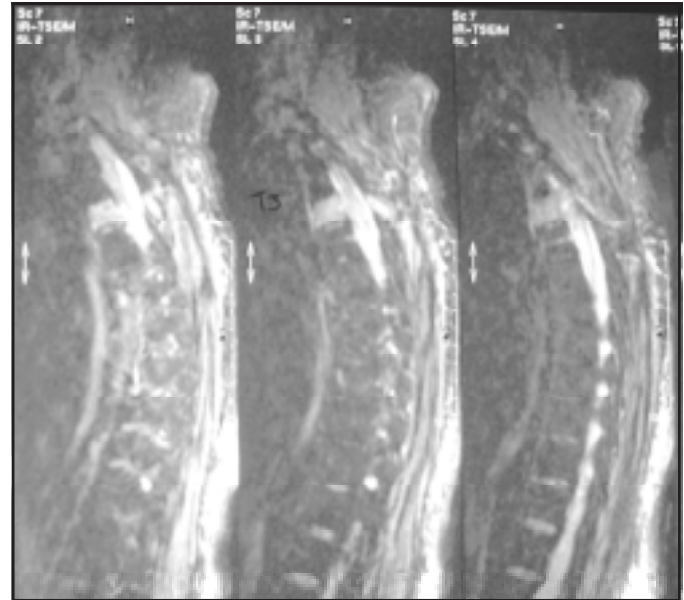


Figura 4.

anti-inmovilismo, para manejo de sus úlceras. En el control del delirium se usaron medidas no farmacológicas.

### Revisión del tema

Los tumores mullerianos mixtos malignos son neoplasias mesenquimáticas y epiteliales poco frecuentes, originadas en la mayoría de los casos en el útero. Es el tumor uterino más frecuente con componente sarcomatoso y representa el 1.5% de los cánceres en este sitio. Las localizaciones ováricas representan menos del 1%. Los de tracto urinario son aún más escasos y pueden ser por implantación (cirugía previa pélvica) o por metaplasia.

Este tumor tiene un componente carcinomatoso y otro sarcomatoso. El primero generalmente es de origen endometriode, pero puede ser seroso papilar o de células claras, entre otras posibilidades. El componente sarcomatoso puede ser homólogo (estirpes celulares que se encuentran normalmente en el útero), tales como sarcoma del estroma endometrial o leiomiomas, o heterólogo (otras estirpes celulares), como rhabdomiomas, osteosarcomatoso o liposarcomatoso (ver anexo 2).

Con frecuencia hay antecedentes de radioterapia: 30% de las pacientes con sarcomas uterinos tiene este an-

tecedente, 10 a 15 años antes. Aun con dosis de radiación de 100 cGy. El tumor es altamente agresivo, en especial si es heterólogo. En general todos los sarcomas tienen un mal pronóstico, con sobrevividas de 30% o menos a 5 años.

Aunque con frecuencia crece y protruye por el cerviz uterino, generalmente tiene diseminación linfática.

El tratamiento es histerectomía abdominal total + salpingo-oforectomía bilateral + linfadenectomía pélvica bilateral, y además debe tomarse biopsia de ganglios paraórticos. En ocasiones se usa radioterapia adyuvante y terapia anti-estrogénica (varios de los sarcomas tienen receptores para progesterona).

## Bibliografía

1. Forney JP, Buschbaum HJ: Classifying, staging, and treating uterine sarcomas. *Contemp Ob Gyn* 18(3):47, 50, 55-56, 61-62, 64, 69, 1981.
2. Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, et al.: Prognostic factors in early-stage uterine sarcoma. A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer* 71 (4 Suppl): 1702-9, 1993.
3. Evans HL, Chawla SP, Simpson C, et al.: Smooth muscle neoplasms of the uterus other than ordinary leiomyoma. A study of 46 cases, with emphasis on diagnostic criteria and prognostic factors. *Cancer* 62 (10): 2239-47, 1988.
4. Oláh KS, Dunn JA, Gee H: Leiomyosarcomas have a poorer prognosis than mixed mesodermal tumours when adjusting for known prognostic factors: the result of a retrospective study of 423 cases of uterine sarcoma. *Br J Obstet Gynaecol* 99 (7): 590-4, 1992.
5. Omura GA, Blessing JA, Major F, et al.: A randomized clinical trial of adjuvant adriamycin in uterine sarcomas: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 3 (9): 1240-5, 1985.
6. Piver MS, Lele SB, Marchetti DL, et al.: Effect of adjuvant chemotherapy on time to recurrence and survival of stage I uterine sarcomas. *J Surg Oncol* 38 (4): 233-9, 1988.
7. van Nagell JR Jr, Hanson MB, Donaldson ES, et al.: Adjuvant vincristine, dactinomycin, and cyclophosphamide therapy in stage I uterine sarcomas. A pilot study. *Cancer* 57 (8): 1451-4, 1986.
8. Peters WA 3rd, Rivkin SE, Smith MR, et al.: Cisplatin and adriamycin combination chemotherapy for uterine stromal sarcomas and mixed mesodermal tumors. *Gynecol Oncol* 34 (3): 323-7, 1989.
9. Shepherd JH: Revised FIGO staging for gynaecological cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 96 (8): 889-92, 1989.
10. Omura GA, Major FJ, Blessing JA, et al.: A randomized study of adriamycin with and without dimethyl triazenoimidazole carboxamide in advanced uterine sarcomas. *Cancer* 52 (4): 626-32, 1983.
11. Muss HB, Bundy B, DiSaia PJ, et al.: Treatment of recurrent or advanced uterine sarcoma. A randomized trial of doxorubicin versus doxorubicin and cyclophosphamide (a phase III trial of the Gynecologic Oncology Group). *Cancer* 55 (8): 1648-53, 1985.
12. Thigpen JT, Blessing JA, Beecham J, et al.: Phase II trial of cisplatin as first-line chemotherapy in patients with advanced or recurrent uterine sarcomas: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 9 (11): 1962-6, 1991.
13. Thigpen JT, Blessing JA, Wilbanks GD: Cisplatin as second-line chemotherapy in the treatment of advanced or recurrent leiomyosarcoma of the uterus. A phase II trial of the Gynecologic Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 9 (1): 18-20, 1986.
14. Sutton GP, Gynecologic Oncology Group: Phase II Master Protocol Study of Chemotherapeutic Agents in the Treatment of Recurrent or Advanced Uterine Sarcomas — IFF plus Mesna (Summary Last Modified 04/93), GOG-87B, Clinical trial, Completed.
15. Sutton GP, Blessing JA, Rosenshein N, et al.: Phase II trial of ifosfamide and mesna in mixed mesodermal tumors of the uterus (a Gynecologic Oncology Group study). *Am J Obstet Gynecol* 161 (2): 309-12, 1989.
16. Sutton G, Blessing JA, Park R, et al.: Ifosfamide treatment of recurrent or metastatic endometrial stromal sarcomas previously unexposed to chemotherapy: a study of the Gynecologic Oncology Group. *Obstet Gynecol* 87 (5 Pt 1): 747-50, 1996.
17. Sutton GP, Blessing JA, Barrett RJ, et al.: Phase II trial of ifosfamide and mesna in leiomyosarcoma of

the uterus: a Gynecologic Oncology Group study. Am J Obstet Gynecol 166 (2): 556-9, 1992.

18. Sutton G, Brunetto VL, Kilgore L, et al.: A phase III trial of ifosfamide with or without cisplatin in carcinosarcoma of the uterus: A Gynecologic Oncology Group Study. Gynecol Oncol 79 (2): 147-53, 2000.

## Anexo 1

### Clasificación Figo: Carcinoma del cuerpo uterino

**Etapa I:** Limitado al cuerpo uterino (Esta etapa representa el 50% de todas las presentaciones)

- **IA.** Limitado al endometrio
- **IB.** Invasión a menos de la mitad del miometrio
- **IC.** Más de la mitad del miometrio

**Etapa II:** Cuerpo y cuello, pero no fuera del útero

- **IIA.** Complicación glandular endocervical únicamente
- **IIB.** Invasión estromática cervical

**Etapa III:** Fuera del útero, pero limitado a la pelvis verdadera

- **IIIA:** Invade serosa y/o anexos y/o citología peritoneal post.
- **IIIB:** Metástasis ganglios linfáticos pelvianos y/o para-aórticos

**Etapa IV.** Vejiga o mucosa intestinal o metástasis distantes

- **IVA:** Vejiga y/o mucosa intestinal
- **IVB:** Metástasis distantes, ganglios intra-abdominales y/o inguinales.

## Anexo 2

### Clasificación histológica de los sarcomas uterinos Kempson y Bari

Tipo histológico	Tumores más frecuentes
Sarcomas puros	Leiomiomasarcoma 30% Del estroma endometrial 15% Tumor mesodermal mixto 10%
Sarcomas Mixtos	50%
Tumor Mixto Mulleriano Maligno	20%
Sarcoma no clasificado	
Linfoma Maligno	



## ¿PODEMOS MANTENER SERENO NUESTRO ESTADO DE ÁNIMO SI TENEMOS UN FAMILIAR CERCANO CON DEMENCIA?

Felipe Quiroga Hernández  
Psiquiatra

Grupo de Neurociencias  
Hospital Central de la Policía

---

La pregunta que se quiere poner en consideración en las presentes notas es de qué dependen los estados de ánimo y al hacerla se tuvo conocimiento, a través de un correo, de la siguiente historia:

La señora P. es una mujer bien equilibrada mentalmente y vanidosa, de 90 años de edad quien está completamente lista cada mañana a las 8 en punto, con su cabello y su maquillaje muy acicalados, aun sabiendo que es casi ciega y debe mudarse hoy a una casa para ancianos. Su marido, 10 años menor que ella, recientemente murió, lo cual obligó a que esta mudanza fuera necesaria. Después de una larga espera en la recepción del sitio donde vivirá ella sonrió muy dulcemente cuando le avisaron que su habitación estaba lista.

Mientras maniobraba el andador hacia la habitación, le daban una descripción detallada de su pequeño cuarto, incluyendo las cortinas que habían sido colgadas en la ventana. "Me encantan" dijo ella, con el entusiasmo de un chiquillo al que le acaban de regalar una mascota. Señora, usted no ha visto el cuarto, sólo espere...

Eso no tiene nada que ver, replicó, la felicidad es algo que uno decide con anticipación. El hecho que el cuarto me guste no depende de cómo esté arreglado, sino de cómo yo lo arregle en mi mente. Ya había decidido de antemano que me encantaría. Es una decisión que tomo cada mañana al levantarme.

Puedo pasarme el día en la cama enumerando las dificultades que tengo con las partes de mi cuerpo que ya no funcionan o puedo levantarme y agradecer por las

que sí funcionan. Cada día es un regalo y por el tiempo que mis ojos se abran me enfocaré en el nuevo día y en las memorias felices que he guardado en mi mente. Sólo por este momento en mi vida: La vejez es como una cuenta bancaria, uno extrae de lo que había depositado en ella. Entonces el consejo para todos sería: "Deposita gran cantidad de felicidad en la cuenta bancaria de tus recuerdos". Gracias por lo que has hecho para llenar mi banco de memorias. Sigo depositando.

Finalmente, dice la Sra. P., recuerda estas cinco reglas que te darán serenidad: Libera tu corazón de odio; libera tu mente de preocupaciones; vive humildemente; da más y espera menos.

Retomando el motivo de las notas, los estados de ánimo dependerán entonces de:

### Situaciones externas

Aunque la historia de la señora P. es muy dicente, para muchas personas el cumplimiento de sus cinco reglas puede ser muy difícil: Cómo liberar el corazón de odio ante las injusticias de la vida?, cómo superar las preocupaciones si mi esposo todo el día pregunta lo mismo?, se ha orinado en la sala, o dice que la biblioteca no existe, que su sillón de cuero ya no existe, y se niega a entrar a esa habitación.

Si se refiere a mí, que soy su esposa, como "esa señora" y me pregunta: Usted a que hora se va?, y cuando le digo quién soy añade que nunca se casó. Mi hija está sin trabajo, tuvo que cambiar a mi nieta, que tiene diabetes, a un colegio más económico y además, su padre las abandonó ¿Cómo no voy a preocupar-

me? ¿Cómo no voy a deprimirme?

Es evidente que ante estas situaciones es necesario entrar en un proceso de ajuste emocional y de elaboración; sin embargo, la depresión y la ansiedad serán una fuente más de complicación. El sentirse víctima de una vida injusta, o de unos designios arbitrarios, no ayudará en el proceso de enfrentamiento necesario para sacar adelante estas duras situaciones.

### La valoración de la situación de acuerdo a la escala de valores y a las creencias

Esta valoración se realiza solo, parcialmente consciente. Se mide la situación que se enfrenta, el rol del individuo y el papel que realizan otras personas significativas: Al ser demasiado exigentes, o perfeccionistas, se sentirá irritación con la situación misma, o con la participación de los demás en el cuidado y la atención del enfermo. Puede, el familiar, juzgarse duramente, culpabilizarse, deprimirse o calificar duramente a quienes lo rodean, lo que podría llevar a un distanciamiento, y contribuir al sentimiento de sobrecarga.

Si la conducta del paciente es valorada como malintencionada se terminará por confrontarlo; el cuidador se pondrá a la defensiva, irritable, manipulador o manipulable, lo cual en nada contribuirá para llevar a buen término las desavenencias suscitadas con alguien que tiene déficit cognoscitivo. De otro lado si se califica la situación con adjetivos peyorativos, como terrible, espantosa, desastrosa o gravísima, se contribuirá a incrementar la angustia y a la poca adaptación y superación del problema.

Al estimular el conocimiento de la enfermedad, de lo que pasa por la mente del enfermo y del cuidador, se están dando pasos hacia delante para enfrentar el problema y tal vez llegar a aprender de él, o por lo menos no morir en el intento. Muchos cuidadores de individuos con demencia acaban enfermando de manera grave, influidos por las situaciones de carga que viven en el día a día.

### Pensamientos automáticos

Son muy rápidos y se introducen en la mente, a veces como imágenes, generalmente negativas, respecto a la situación que se está viviendo. No dependen del ser mismo sino de la programación y están determinados

por experiencias del pasado. Son un remanente automático, transmitido de una generación a otra como un condicionamiento para la infelicidad.

Ejemplos de estos pensamientos serían:

- "Nunca vamos a salir de este problema"
- "Cada vez será peor"
- "No lo voy a resistir por más tiempo"
- "Mi vida se volvió un desastre"
- "La vida no debería tratarme así"
- "¿Por qué a mí? ¿Qué mal he hecho? ¡Qué injusticia!"

También pueden cruzar por la mente pensamientos automáticos poco realistas tales como:

- "El no tiene Demencia, pronto estará bien"
- "Es normal perder la memoria con la edad"
- "Estas drogas alopáticas le harán daño"
- "Desde que le dijeron lo que tenía se empeoró"
- "La noticia le quitó las ganas de vivir"

### Los comportamientos adaptativos

Cabe resaltar la empatía, la cual consiste en desarrollar la capacidad de entender cómo piensa el enfermo, cómo se enfrenta a la vida con sus alteraciones de memoria y otros déficit cognoscitivos. También es la habilidad de comprender los sentimientos del otro, pues el ser humano no solamente es memoria y cognición, también es sentimiento y espíritu. Cuando la cognición se pierde, sólo con el corazón puede verse a los seres queridos en toda su dimensión existencial de persona enferma, necesitada de ayuda y dependiente; entendiendo que ha llegado el tiempo de dar, de cuidar, de comprender y de amar a quien ha amado a otros como imperfectos y, ahora en su enfermedad, brinda la posibilidad de aceptarlo y perdonarlo por sus fallas y devolverle, en algún sentido, sus bondades.

### Patrones automáticos mal adaptativos de interacción

Ya se comentó que el ser está condicionado de manera automática para la infelicidad y por lo tanto muchas veces desarrolla unas pautas completamente inútiles en las relaciones interpersonales, que amargan la vida pero que se repiten una y otra vez. Algunas de ellas son:

### - Perseguidor / “Distanciador”

Este comportamiento dificulta la comprensión del déficit cognitivo pues el cuidador está todo el día detrás del paciente, “marcándolo”, corrigiéndole todo, de tal manera que lo agobia. Dentro de este patrón son comunes las reacciones híper-emotivas denominadas catastróficas, con episodios de rabia, ansiedad y agitación.

### - Acelerador de conflictos

Conduce con facilidad a la agitación, pues ante un problema o una conducta disruptiva se responde con ansiedad, irritabilidad o disforia y el problema que generalmente empieza como una pequeña cosa crece y toma dimensiones inusitadas.

### - Pasivo / Agresivo

Este comportamiento propicia problemas en las relaciones familiares pues el pasivo hace triángulos de alianza de unos contra otros buscando su propio bienestar o ventaja. Los demás se sienten maltratados y de nuevo atacan quedando el enfermo en desventaja y facilitando la aparición de ansiedad, insomnio, anorexia o depresión.

### - Dominante / sumiso

Se establece un líder que cree saberlo todo: asiste a todos los talleres, va a todas las conferencias, pontifica sobre los mejores caminos y los demás miembros de la familia parecen hacerle caso, pero bajo cuerda no lo toman en serio, deciden sin consultarle, lo evaden y este personaje dominante comienza a perder autoestima y confianza en sí mismo. Este patrón de interacción conduce a conductas erráticas con el enfermo pues se obra al azar o movidos por momentos de emotividad afectuosa, pero sin claridad sobre lo que debe hacerse.

### - Exceso / defecto de trabajo

Hay un cuidador sobrecargado y los demás “echados” esperando que el primero haga todo. El trabajador se victimiza, se convierte en un chivo expiatorio, se deprime, se irrita y no puede disfrutar el bien que hace. Si el cuidador principal está deprimido tendrá muchas dificultades para desarrollar empatía y comprensión ante los problemas de conducta del enfermo. De la misma forma afectará las relaciones con sus familiares y amigos.

## Las distorsiones que hacemos sobre la situación

Al perder la serenidad hay que preguntarse si se está distorsionando la realidad en contra de uno mismo. Algunos ejemplos de valoraciones distorsionadas:

### - Pensamiento Dicotómico en todo o nada

Se está focalizado en un aspecto muy negativo de la situación, lo cual impide ver las circunstancias en toda su dimensión. El cuidador al desesperarse por un comportamiento indeseado basa la relación afectiva en ese proceder: ¿Cuánto dura esa conducta disruptiva? ¿Es necesario amargarse todo el día por un problema con el baño que no toma más de media hora?

Es desastroso que haya orinado en la sala, teniendo en cuenta que es la primera vez que lo hace y la conducta se produjo porque el baño no tenía luz y no pudo reconocerlo. Seguramente este comportamiento mal adaptativo se arreglará poniendo un bombillo nuevo en el baño. Muchas veces se mira el problema y no la solución.

### - Sobre-generalización

A partir de una situación negativa que ha ocurrido se extrapola a la vida en general. Por ejemplo la falta de bombillo en el baño: La enfermedad no ha avanzado al punto de perder totalmente el control de esfínteres, su conducta no se ha desestructurado de tal manera, el problema es la oscuridad en el baño y esto es solucionable a corto plazo.

La sobre-generalización conduce a una angustia irrealista: si presenta una alucinación se da por sentado que quedará “enloquecido” y no se busca ayuda para solucionar el problema, por ejemplo, podría estar relacionado con el medicamento que está usando para controlar la incontinencia.

### - Filtro mental

Esta distorsión hace valorar las cosas mirando solamente lo aburrido, lo fatigante y estresante de la situación. Impide el disfrute y la creatividad, facilita el desconsuelo y la sobrecarga, imposibilita la comprensión adecuada del problema y la valoración de la persona como un ser en el cual confluyen aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

### - Descalificación de lo positivo

Es la consecuencia del filtro mental: No puede verse nada bueno en la situación actual. Se descalifican los recursos con que se cuenta, la ayuda recibida, el alivio obtenido, los buenos momentos, la oportunidad para dar, agradecer y perdonar.

### - Conclusiones apresuradas

Al no analizar todos los aspectos de una situación y los juicios estar teñidos por las distorsiones enumeradas, se sacan conclusiones apresuradas y equivocadas, las cuales conducirán a decisiones impulsivas motivadas por la emoción disfórica y no por la razón o el conocimiento: Entre más se sepa de la situación que está enfrente, más recursos para sacarla a buen término vamos a obtener.

### - Lectura del pensamiento

La comunicación es como el agua, toma la forma del vaso en que se vierte: Al entregar los resultados de las evaluaciones practicadas, la distorsión conduce a que el interlocutor movido por la ansiedad, entienda las cosas a su manera, interpretando en forma equivocada, por ejemplo que la situación no tiene solución y debe conformarse para siempre.

La lectura del pensamiento conduce a vaticinios negativos catastróficos tales como el error del adivino: Partiendo de las distorsiones ya enumeradas y esperando lo peor, se hacen presagios augurando la incapacidad para sacar adelante el reto impuesto. Se esperan la inconveniencia e imposibilidad para afrontar el sufrimiento, se adelanta lo peor y hay gran sufrimiento por lo que aún no ha pasado. Al dar por sentado un futuro catastrófico disminuyen los recursos para enfrentar lo cotidiano. El vivir el presente a conciencia y saboreando cada instante, con sus tonalidades agrídulces o amargas, pero también jocosas y vivaces, aleja los malos presagios.

### - Magnificación / minimización

El minimizar las posibilidades de familiarizarse con la situación y no aprender a sacarla adelante con alegría y entusiasmo, claramente es una distorsión que conduce a la derrota rápidamente. Creer y saber que se puede, erradicar los miedos, pintarse la cara color esperanza, mirar al futuro con el corazón, como dice la canción de Diego Torres, es la contra para esta distorsión.

Las palabras que el zorro le dijo al principito en el libro de Antoine de Saint-Exupery: "Solo con el corazón se ve claramente, lo esencial es invisible a los ojos".

### - Contaminación emocional del pensamiento lógico

"Hay días en que somos tan lúgubres, tan lúgubres, como en las noches lúgubres el llanto del pinar. El alma gime entonces bajo el dolor del mundo y acaso ni Dios mismo nos pueda consolar".

Este fragmento de la canción de la vida profunda de Porfirio Barba Jacob ilustra cómo al estar depresivos, se tiene la convicción de que nada ni nadie puede consolar: al tener miedo el problema debe ser muy grave, al estar enojado hay que dar un escarmiento, ante la depresión no habrá solución. Ciertamente con esta manera de pensar no se construye.

El ser humano es sensible, pero ir hacia donde la emoción lo lleve sin pasar lo emocional por un análisis lógico, es una distorsión. Entonces cómo puede decirse que sólo el corazón ve lo esencial? Se refiere al atributo mismo del ser humano; comprender los aspectos espirituales es algo que puede señalarse, pero este aspecto queda desvirtuado por las palabras, es una toma de conciencia, un aprendizaje por "AJÁ", un darse cuenta, lo cual puede tomar un instante o toda la vida.

### - Enunciación de "DEBERÍA" e imposición de la escala de valores a los demás

En la mayoría de los casos las personas actúan pensando tener la razón. La distorsión está, no en creer tenerla lo cual ya es discutible, sino en el deseo vehemente de controlar la conducta de los demás para que vean la vida como se desea, pensando que la verdad es una sola. La distorsión impide ver la realidad: Apenas se puede influir, y de una manera limitada, en la conducta de los seres queridos.

La enunciación del "debería" hacia los demás lleva a rabia y a sentirse ofendidos por no estar de acuerdo con las acciones de los demás. Conduce a retaliaciones, a discusiones y a venganzas estériles, si lo que se busca es el bienestar del paciente y de los cuidadores. Esta distorsión impide la empatía pues el deseo de control eclipsa las motivaciones de los otros y oculta sus esquemas de pensamiento.

### - Etiquetación errónea

Etiquetar no es una buena idea porque impide la descripción de la situación y dificulta la consecución de soluciones. Al decirle a alguien egoísta, desagradeci-

do, “muérgano”, se crea una barrera y se sentirá ofendido y seguramente va a contra atacar con otros calificativos, los cuales dificultan la comprensión del problema o la situación, y estimulan nuevas distorsiones que complican todo.

#### - Personalización y culpa sobrevalorada

“Los deberías” aplicados a cada quien, alimentados por ideales perfeccionistas, conducen a sentimientos de culpa: “nunca se hacen lo suficientemente bien las cosas” o “por mas que trabajen no logran los resultados esperados”.

Esta culpa produce estrés e impide disfrutar el cuidado dentro de lo cotidiano, pues siempre se mira el resultado y no el proceso. El enfermo cada vez luce peor y el trabajo infructuoso. No es posible disfrutar de su alegría, de un momento de gozo, sosiego o relax.

### El apego excesivo a nuestros deseos y necesidades

Los apegos son necesidades rígidas que tienen una programación inconsciente para sentirse infelices. Algunos de los más comunes son:

#### - Necesidad de aprobación

Cuando una pareja se comprende a lo largo de la vida, constantemente aprueban y refuerzan su autoestima el uno al otro. Este reforzamiento cariñoso se va opacando al avanzar la demencia, de la misma manera que se pierden otras fuentes de aprobación, tales como las laborales y las sociales. Generalmente la gente mayor disminuye su roce social, tiene menos dinero y pierde los reforzamientos de aprobación que tenía en su juventud. Muchos hombres podían haber vivido por el poder económico o político y ahora sienten que deben contentarse con poder orinar y dormir. Muchas mujeres que fueron muy bellas y han hecho esfuerzos por mantenerse atractivas al envejecer ven mermadas sus posibilidades de mantenerse y entran en un doloroso proceso de elaboración. Esta necesidad rígida de aprobación introduce un factor de riesgo para depresión.

#### - Necesidad de amor

Hay personas que han vivido buscando su dosis diaria de amor, mediante una obsesión por obtenerlo. El contacto con la enfermedad de su cónyuge produce un sín-

drome de desamparo, pues la falta de retroalimentación a sus cuidados o caricias conduce a una gran frustración que comúnmente se acompaña de resentimiento. Esta sensación facilita la retaliación de parte y parte, así como la agitación o las reacciones catastróficas en el paciente.

#### - Necesidad de realización

La autovaloración a través de los logros es un factor de riesgo para entrar en una situación de desesperanza y pesimismo. Aunque este apego puede canalizarse a través del trabajo en asociaciones de familiares, es común que el alto ideal de realización estimule la culpa y conduzca a fatiga y a desinterés por su enfermo, puesto que el trabajo del cuidador no se ve retribuido con resultados notorios ni agradecimientos efusivos.

#### - Necesidad de perfeccionismo

Son personas que han logrado altos estándares de vida y viven con vergüenza, incomodidad y cansancio su labor como cuidadores; se sienten apenados para invitar amigos a su casa, desean ocultar a su enfermo y fácilmente se aíslan o sobrecargan cuando las cosas no salen como ellos hubieran querido. No es fácil satisfacerlos con el tratamiento realizado, ni con la atención recibida y comúnmente ponen a prueba la tolerancia y capacidad de empatía para no polemizar con ellos. Tienen por tanto, factores de riesgo para depresión, ansiedad y estrés.

#### - Derechos

Es un apego excesivo a que la vida lo trate con justicia: ¿Qué he hecho para merecer esto? Es una inclinación a la necesidad de ciertas cosas para ser feliz, tales como la tranquilidad en la casa, el buen entendimiento entre los hijos, el afecto del cónyuge, el sueño, la estabilidad económica, es decir, “a lo que pienso que tengo derecho”, teniendo en cuenta edad, trayectoria y lo conseguido hasta ahora.

Pues bien, cuando se tiene en casa a un familiar con demencia, estas cualidades son difíciles de obtener y si se está muy apegado a ellas, conduce a la infelicidad. La frase más adecuada en este caso es: “Sería deseable que sucediera esto o aquello para sentirme bien”, en lugar de, “necesito esto o aquello para ser feliz”.

#### - Omnipotencia

Cuando el cuidador siente que es el centro del universo y el responsable directo de lo que ocurre alrededor,

busca controlar la conducta de los familiares para que asuman su verdad. Al sentir que no quieren hacerlo ejerce juegos de poder y manipulación. Obviamente el cansancio y el estrés de todos aumentará conduciendo a polémicas interminables. Si se tiene en cuenta lo susceptibles que son los enfermos con demencia a los cambios ambientales muchos episodios de agitación podrían evitarse si el cuidador logra mantener la calma. El tomar conciencia de dificultades personales ayudará a hacerlo.

### Las fortalezas emocionales

¿La serenidad, la estabilidad anímica, la alegría, la esperanza, el entusiasmo cómo se logran? Este orden de ideas proviene de la **autonomía**.

Autonomía quiere decir que los estados de ánimo dependen menos de los estímulos ambientales y mucho más de la valoración que se hace de la situación que produce la congoja. Al estar frustrados, deprimidos, llenos de rabia y desesperanzados de la vida, la autonomía invita a revalorar el conjunto de creencias respecto al ser mismo y a los demás. Impulsa para considerar que las emociones perturbadoras dependen más de valoraciones y pensamientos automáticos que de las situaciones en sí. Estimula para reconocer y tomar conciencia de apegos rígidos y sobrevalorados, creencias mal adaptativas, pensamientos e imágenes negativas y patrones automáticos de interacción.

Otra fortaleza emocional es facilitar la **intimidad**: muchas veces relacionada sólo con lo sexual, sin embargo en este caso se está hablando de otra clase de aplicación: En la crisis, la intimidad es aquella unión que desarrollan los miembros de una familia manteniendo armonía en la dificultad, sacando conclusiones con los aportes y el trabajo de cada uno, buscando el mejor camino para cada miembro teniendo en cuenta las necesidades del enfermo. Cuando los miembros de una familia se recrean juntos, contemplan la naturaleza, visitan un museo, van al cine o al teatro o cuidan a su enfermo, fortalecen la intimidad.

### La vulnerabilidad neurobiológica

Las personas que no logran modificar sus esquemas distorsionados y mantienen valoraciones rígidas, idealistas y muy estrictas pueden, si tienen una predisposición neurobiológica, desarrollar trastornos depresivos, ansiosos, insomnio, anorexia, bulimia, alcoholismo o

cualquier tipo de adicción. Estos trastornos mentales requieren tratamiento específico con psicoterapia y medicación.

### Los recursos desarrollados para modificar los pensamientos e imágenes automáticas negativas

¿Y cómo se puede trabajar para modificar estos pensamientos e imágenes, y estimular la AUTONOMÍA?

1. Realice todos los días lejos de la hora de dormir un registro de sus cambios de ánimo y de la situación desencadenante de su disforia.
2. Evoque los pensamientos e imágenes que cruzaron por su mente y la escala de valores con que los alimenta.
3. Recuerde: los pensamientos mal adaptativos que conducen a disforia, se llaman **distorsiones**. Identifíquelas y trabaje para lograr una manera de pensar fundamentada en la solución y no en el problema: Una solución en el presente, en el aquí y el ahora.
4. "Presentifique" el problema para encontrar una solución más cercana a su realidad.
5. Busque un orden de prioridades más realista y práctico.
6. Recuerde que la calidad de vida es el resultado de la ecuación entre el orden de importancia y el índice de satisfacción. No le dé una jerarquía muy alta a metas imposibles.
7. Cambie los pensamientos que claramente lo conducen a disforia.
8. Ponga en marcha un plan de acción y mientras lo hace identifique cómo va cambiando su estado de ánimo.

### Lecturas recomendadas

- Burns, D. Manual de Ejercicios para sentirse bien. Barcelona, Paidós. 1999.
- de Melo, A. Una llamada al amor. Santander, Sal Térrera. 1991.
- Kushner, H. How good do we have to be? Boston, Back Bay Books. 1996.

## EL ARTE COMO INSTRUMENTO DE LA CONTRARREFORMA

Francisco González López  
Geriatra Clínico  
Universidad de Caldas, 2004

Ya desde las primeras demostraciones artísticas del ser humano la vejez representó una gran diversidad de temas que abarcaron desde el mismo retrato del Creador o un emblema que personificaba el paso del tiempo. En las civilizaciones mediterráneas antiguas, la encarnación de fenómenos naturales, la materialización de la fuerza moral o de los estados de ánimo y las pasiones humanas; el rostro de la enfermedad y en ocasiones, no pocas, una figura premonitrice de la muerte. El arte griego Clásico sintió repugnancia por la vejez, la negó y la rechazó. La representó en los vasos de los siglos V y IV a.C. con rasgos de un personaje enflaquecido, arrugado, casi monstruoso.

El arte helenístico, durante la expansión del imperio Alejandrino, el arte liberado de las convenciones de la belleza, fuerza y juventud del período Clásico, personificó en su panteón los atributos de la naturaleza y los procesos biológicos. El artista abandonó el mundo de los dioses y de los héroes y se enfocó en los seres mortales, con enfermedades y signos del envejecimiento; copió el mundo que lo rodeaba, inauguró el gusto por lo extremo y lo patético<sup>1</sup>. Los ancianos, hombres y mujeres, constituían el principal objetivo de inspiración: sus cuerpos desgastados y de movimientos grotescos eran un retrato de la realidad y predecían el inexorable final.

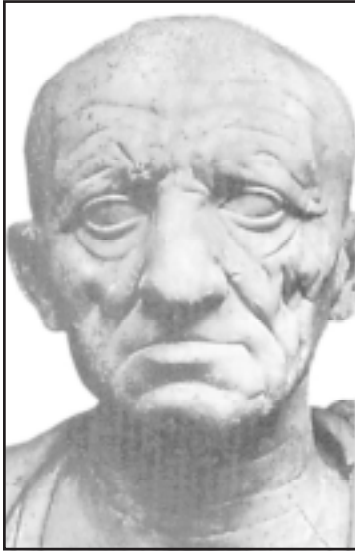
En Roma fue notable la evolución del arte del retrato; la influencia de los cambios del poder que exaltaría o atenuaría el realismo de la expresión, se hizo más que evidente; por ello, las claras diferencias de las épocas Republicana e Imperial. En la primera se apreciaba un verismo constante, las obras artísticas se centraban en la fuerza moral del personaje y se recalcan sus trazos personales. En los ancianos no se disimulaban los estigmas del envejecimiento, ni la presencia de lesio-

nes en la piel, la caída del cabello, o la pérdida de la dentadura. Con el ascenso de los emperadores el arte retrataba de nuevo a la belleza eterna.

El busto de un viejo aristócrata desconocido del fin de la República, ilustra ese concepto: la calvicie, las arrugas que surcan la frente, la nariz corva, el labio inferior que oculta casi totalmente el superior y las mejillas hundidas por la ausencia de dentadura, la mirada en actitud de introspección. En la época Imperial las necesidades de idealización de los príncipes con fines propagandísticos exigían un embellecimiento de los retratos, manteniendo el contraste entre las facciones suaves y cuidadas llenos de claroscuros, muestra del arte romano del siglo II con reminiscencias helenísticas<sup>2</sup>.

El cristianismo, constituido como religión a partir del estamento político romano, y basado en su concepción del arte, utiliza la vejez de forma alegórica: la decrepitud que la caracteriza, le proporciona la imagen del pecado. El viejo es el pecador que debe regenerar-





se por la penitencia. Se establece una relación entre pureza y niñez, y pecado y ancianidad. Las canas definirán el carácter inmaculado de su alma renovada. El anciano servirá de imagen - adefesio para testimoniar lo reprobable de la creación y la vanidad del mundo terrenal. En estas condiciones, es mejor que sea lo más feo posible<sup>3</sup>.

En el medioevo el arte continúa su sendero simbólico. Durante los primeros siglos se ve con frecuencia la figura de Cristo semejante a Orfeo, es la juventud que vence a la muerte por la Resurrección. Los signos de la vejez se tornan estereotipados: el cuerpo encorvado y enjuto de largos cabellos, barbas blancas y arrugas. Después se considera al tiempo bajo su perspectiva más nefasta: es el anciano, alado y descarnado que lleva una hoz, presente en los frescos de las catedrales y palacios. El tiempo causa decadencia y decrepitud. A Saturno, el planeta más lejano, evocación de frialdad y lentitud se le representa como un anciano con una muleta o una hoz<sup>4</sup>.

Como respuesta de la Iglesia Romana a los movimientos reformistas del siglo XVI apareció una serie de tendencias que afectaron el curso del arte. La vanitas o vanidad fue resaltada como la fuerza opuesta a la misión Salvadora del cristianismo. La vejez copiaba fielmente la esencia del pecado y el final de toda belleza. En una pintura de Hans Baldung Grien del Museo del Prado, *Las edades de la mujer y de la muerte*, se muestran tres mujeres: a la izquierda una joven desnuda cuya blancura de piel contrasta con su expresión dura; en el centro, una anciana de cuerpo enjuto con los pechos caídos, y a su derecha un esqueleto femenino que conserva algunos jirones de piel y unos pocos cabellos; de su vientre emergen gusanos y en la mano sostiene un reloj de arena. La vieja y la muerte son hermanas<sup>5</sup>. A sus pies un niño yace en actitud de dormido o muerto, alude a la inocencia perdida; y en la parte superior derecha la imagen de la cruz, el único camino de la redención.

Poco se conoce sobre el artista. Sus pinturas durante algunos periodos fueron atribuidas a Lucas Cranach y a Alberto Altdorfer. Se sabe que nació en la ciudad alemana de Schwäbisch Gmünd y aprendió su oficio en el taller de Durero en Nuremberg entre los años de 1503 a 1507; su obra suele incluirse dentro del Renacimiento alemán. Fue el autor del altar mayor de la catedral de Friburgo, y vivió durante casi toda su vida en Estrasburgo, donde murió en 1545. Su predilección por el tema de la vanidad y la muerte puede reflejarse en las tres pinturas similares que realizó llenas de simbolismo: la muchacha, la vieja y la muerte fueron las protagonistas en *Las siete edades de la vida de Leipzig*, *Las tres edades de la muerte de Viena* y *Las edades de la mujer y la muerte del Prado*.



Hacia 1510, Hans Baldung repite los personajes de su primer cuadro. El tema parecería ser el mismo de la *Vanitas*, pero algunos cambios en el tema de fondo y en las actitudes de las retratadas han inducido a los críticos de arte a considerar un mensaje diferente: la joven sumida en su propia contemplación ante un espejo, ¿es una diosa, una alegoría de la vanidad o una prostituta?

La obra pertenece al Museo de Arte y de Historia de Viena, y durante su vida ha pasado por una serie de cambios que van desde la explicación de los motivos del pintor hasta su denominación: en un catálogo de 1896 se lee que la mujer vieja encarna al vicio, la joven a la vanidad y el niño a Cupido. En 1938, un nuevo catálogo llama al cuadro *Alegoría de lo efímero*; veinte años después aparece un nuevo título: *Las tres edades de la mujer y la muerte. Alegoría de la vanidad de todo lo terrenal*. En 1959 en una exposición de Baldung la pintura se reseña simplemente como *La belleza y la muerte*.

En el análisis simbólico de la pintura se ha invocado el tema de la numerología; una herencia de la antigüedad que representaba a la Trinidad con el número tres;



las tres edades de la vida, las tres cualidades de la juventud: valor, ira e instintos. La vejez era considerada la negación de todo atributo. La cifra cuatro representaba un paso: el de la muerte; las cuatro partes del día y las cuatro estaciones que se correspondían con las edades de la vida: la primavera y la mañana para la infancia, la noche y el invierno para el final de la vida y la muerte.

El niño que simbolizaría la inocencia, está retratado con mínima fuerza expresiva: los lazos de los adultos con sus hijos eran pobres y reflejaban el desapego ante la alta probabilidad de muerte antes de convertirse en mayores. Y de otro lado, la inocencia se había perdido desde el pecado original.

El tema central sin dudas es la joven; su primer plano y su blancura la destacan frente a las demás figuras. Los cuerpos femeninos más claros que los de los hombres eran intencionales; la palidez de los jóvenes también fue característica que diferenciaba de manera notoria las etapas de la vida. La blancura, la desnudez y el espejo transmitían el mensaje: la moral cristiana reprochaba los placeres de la carne porque constituían un obstáculo en el camino hacia Dios.

Empero, el reloj que sostiene la muerte sobre su cabeza aún no está vacío. La bella todavía puede enderezar su camino, cuya evidencia está dada por el velo, adminículo de uso obligado a las prostitutas en el norte

europeo. El papel de la mujer vieja en la composición no es del todo pasivo: con su mano derecha sostiene el espejo de la joven y con la izquierda, trata de alejar a la muerte; para ella no hay opción; ya ha cumplido su misión para bien o para mal. Representa lo despreciable.

Una danza macabra que une a todas las edades de los seres humanos, unidos en la vistosa alegoría del velo: de cara a la muerte lo único que cuenta es la sentencia de Dios. En esta versión no existe el símbolo salvador de la cruz como sí ocurre con el cuadro del Prado. La vejez es el espejo y su papel en la obra de la Creación es cosa del pasado.

- 1 GRMEK M, GOUREVITCH D. Les Maladies dans l'art antique. Paris, Fayard.1998. 32.
- 2 GRMEK M, GOUREVITCH D. Les Maladies dans l'art antique. Paris, Fayard.1998. 54.
- 3 MINOIS G. Historia de la vejez. De la antigüedad al renacimiento. Librairie Arthème. París, Fayard. 1987.168
- 4 Ibid. 166.
- 5 MINOIS G. Historia de la vejez. De la antigüedad al renacimiento. Librairie Arthème. París, Fayard. 1987. 382.