



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial

Cartas al Editor

Conversaciones

Arte

Vejez y enfermedad
en el arte



"Anciano estreme" - Bronce - Gastón Ugelstad
(Parque de Vigeland - Oslo)

Trabajos originales

Comparación de perfiles neuropsicológicos
del Viejo-Joven (VJ) y el Viejo-Viejo (VV):
Envejecimiento normal
y Enfermedad de Alzheimer (EA)

Actualizaciones

Fiebre de Origen Desconocido (FOD)
en el anciano

Presentación de casos

Caída premonitoria como presentación
de tuberculosis



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

Vol. 19 No. 2 / abril - junio de 2005

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 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. 19 No. 2 / abril - junio de 2005

CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	V
EDITORIAL _____	VII
CARTAS AL EDITOR _____	IX
TRABAJOS ORIGINALES	
Comparación de perfiles neuropsicológicos del Viejo-Joven (VJ) y el Viejo-Viejo (VV): Envejecimiento normal y Enfermedad de Alzheimer (EA) Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S y Gámez A _____	776
ACTUALIZACIONES	
Fiebre de Origen Desconocido (FOD) en el anciano Diego Andrés Osorno Chica _____	797
PRESENTACIÓN DE CASOS	
Caída premonitoria como presentación de tuberculosis Joyce Ventura _____	801
CONVERSACIONES CON	
El anciano y los medios publicitarios Ómar Eduardo Peña Reina _____	808
HISTORIA DEL ARTE	
Vejez y enfermedad en el arte Orlando Mejía Rivera _____	814



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 19 No. 2 / abril - junio de 2005

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva 2004 - 2006

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

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



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 arábiga 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.

La Fiebre de Origen Desconocido (FOD) se define como una temperatura mayor de 38.3°C durante más de 3 semanas, a pesar de una adecuada búsqueda de la causa. No obstante constituirse en una entidad aparentemente poco común, es relevante recordar su importancia en los viejos. Las posibles etiologías pueden dividirse en 4 categorías:

1. **Clásica:** incluye pacientes que cumplen los criterios originales de FOD con énfasis en el estudio ambulatorio de personas previamente sanas. Las causas más comunes en esta categoría son infecciones, malignidad y enfermedad del colágeno
2. **Nosocomial:** es definida como fiebre ocurrida en pacientes que han estado hospitalizados por al menos 24 horas; un mínimo de 3 días de evaluación sin establecer la causa es requerido para hacer el diagnóstico. Las causas más comunes incluyen tromboflebitis séptica, tromboembolismo pulmonar, enterocolitis por *Clostridium difficile* y fiebre inducida por drogas. En pacientes con sonda nasogástrica o nasotraqueal es necesario descartar sinusitis.
3. **Inmuno deficiente:** también conocida como neutropénica, es definida como fiebre recurrente en pacientes con neutrófilos menores a 500, con evaluación mínima de 3 días. En la mayoría de los casos es producida por infecciones bacterianas oportunistas. Infecciones causadas por hongos o herpes simple, también deben ser consideradas.
4. **Asociada a HIV:** fiebres recurrentes sobre un periodo de 4 semanas en un paciente que se ha estudiado mínimo tres días. Los gérmenes implicados generalmente son complejo intracelular *Mycobacterium avium*, neumonía por *Pneumocystis carinii* y citomegalovirus)

Desde el momento en que Petersdorf and Beeson (1961) publicaron sus criterios diagnósticos, la incidencia de la FOD ha disminuido debido a mayores avances en las ayudas diagnósticas. Pero no sólo ha disminuido la incidencia sino que el origen de la misma se ha modificado, siendo actualmente los tumores y las enfermedades del tejido conectivo, las causas principales. También es necesario tener en cuenta, como lo anotaron Knockaert et al (1996), que hasta el 31% de los pacientes son dados de alta sin diagnóstico; de éstos el 20% se diagnostica dentro de los dos meses siguientes, y a cinco, años la mortalidad entre los pacientes sin diagnóstico puede ser del 3%. El esquema diagnóstico a seguir en los ancianos con FOD no ha sido plenamente establecido. Existen algunos puntos importantes a recalcar en los viejos con esta entidad:

- Tienen dificultad para mantener su temperatura corporal, su hipotálamo responde menos a los pirógenos y no producen, ni conservan calor tan eficientemente como los jóvenes.
- En general su temperatura corporal es menor: En ancianos se considera fiebre el aumento de 1 grado de su temperatura basal tomada oral o rectalmente.
- Un hallazgo usualmente presente es la anemia normocítica normocrómica y el aumento en la velocidad de sedimentación globular; evidencia de fenómenos embólicos periféricos se manifiestan varios meses después de la evaluación. Una FOD que dure más de un año generalmente es causada por enfermedades del tejido conectivo.

La importancia de la historia clínica y el examen físico no pueden minimizarse ya que a partir de ellos se ordenan las pruebas auxiliares diagnósticas.

- Antes de iniciar el estudio de la FOD en los ancianos es fundamental realizar la valoración geriátrica integral, pues en muchos casos es de mayor importancia mantener la calidad de vida. El estudio diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad no deben ser peores que ella misma.

Cuando evaluamos las causas de FOD en el anciano no podemos olvidar que más del 50% de los casos de endocarditis bacteriana ocurre en personas mayores de 50 años. Como recordamos, el hallazgo más común entre estos pacientes es la aparición de un soplo, pero el error radica en que la mayoría de estos son interpretados como “soplos inocentes” o debidos a “cambios físicos producto del envejecimiento”, de ahí que la mortalidad por esta entidad en los ancianos puede ser tan alta como de 77%. De lo anterior se deduce que debido a la frecuente presencia de cambios valvulares cardíacos en los ancianos es mandatorio realizar ecocardiograma transesofágico en los ancianos en quienes se sospeche la entidad.

De otro lado la infección por HIV ha cambiado la aproximación de la FOD en los viejos: aproximadamente 10% de los pacientes con HIV son mayores de 50 años y se espera que aumente el número. Este crecimiento en los casos ha ocasionado mayor incidencia de TBC reactiva y multiresistente.

Aunque la incidencia de neoplasias malignas se ha incrementado, son poco comunes como causa de FOD debido al descubrimiento de nuevos marcadores de cáncer y mejores aproximaciones radiológicas. Las neoplasias causan FOD por obstrucción secundaria, por ejemplo a cáncer de colon o carcinomas biliares; pero también puede ser causada por pirógenos inducidos por la neoplasia y finalmente la FOD puede ser causada por necrosis, resultante del rápido crecimiento de la neoplasia.

El linfoma es la causa neoplásica más común de FOD en ancianos (57% de todos los casos), seguido por los carcinomas de células renales, los mixomas auriculares y los carcinomas del tracto gastrointestinal. Todos los pacientes con FOD asociada a linfoma tienen anemia normocítica normocrómica y VSG elevada. En estos pacientes, más del 60% requiere laparotomía exploratoria para hacer el diagnóstico.

De las causas misceláneas de FOD en ancianos, la fiebre por drogas es la más importante. Lo anterior es debido a los cambios en farmacocinética y farmacodinamia y a las interacciones medicamentosas. La fiebre por drogas ocurre en 3 a 5% de los pacientes hospitalizados y puede aparecer de 7 a 10 días después de iniciada y desaparecer 48 horas después de discontinuarla. La fiebre por drogas puede ser debida a la ruta de administración, a acción farmacológica inherente, a alteración directa de la termorregulación, a reacción idiosincrática secundaria a defectos bioquímicos y a hipersensibilidad. La fiebre por drogas no tiene un patrón característico. Antes se mencionaba cómo se asociaba a bradicardia, pero no es un criterio muy sensible.

Otras causas menos frecuentes de FOD identificadas en los viejos, son los fenómenos tromboembólicos y el diagnóstico se apoya en el estudio dúplex y en que la fiebre desaparece en los primeros 7 días de iniciada la anticoagulación. Los ancianos tienen mayor riesgo para complicaciones por Trombosis Venosa Profunda (TVP) debido a mayor incidencia de alteraciones circulatorias que llevan a estasis venoso e hipercoagulabilidad; más aún, el envejecimiento es trombogénico per se.

Victoria Eugenia Arango Lopera
Editora

¿Qué tienen en común la medicina y la construcción?

No, no es sólo lo que usted piensa, algo como la búsqueda de un mundo mejor. La respuesta es: “los ladrillos”. La evidencia se dice “sólida” y se siente respaldada por referencias, a su vez soportadas por otras que posiblemente comparten el mismo sesgo y que en ocasiones se parecen a la sociedad del mutuo elogio.

Parezco estar haciendo lo que conocemos popularmente en Francia como “escupir en la sopa, en su propia casa”. No es que sea iconoclasta deliberadamente y por deporte, es solo que hoy recibí por correo uno de esos “ladrillos” cuidadosamente empacado por mi papá quien se tomó la molestia de hacer la descripción del contenido en francés y en inglés, “1 livre”, “1 book” para así dejar en claro su ilusión y su interés en enviármelo.

El no es médico pero ha leído toda su vida muchos de esos libros sobre salud y aspectos nutricionales, en todos los niveles de complejidad, y me envió su último encuentro, un ladrillo de 1,280 gr. empacado con amor para brindarme lo mejor. Y como a la larga todo se podría describir en un sencillo lenguaje de plomería, veo que se “gastaron” no menos de 659 páginas en hacer énfasis en la importancia de la nutrición y describir toda la fisiopatología desde la perspectiva de la “acumulación de toxinas” en el organismo –Y se trata de la quinta edición, espero que en la sexta se logre tomar también en cuenta la finalidad de la nutrición, la producción de energía.

Y como casi siempre, todo está dicho en el primer capítulo y en este caso en la cita que lo encabeza, muy prometedora, queda a mi juicio incumplida en el transcurso del texto probablemente por requerir un nivel de exigencia y humildad extrema.

“Para alcanzar la verdad, hay alguna vez en la vida, que deshacerse de todas las opiniones que uno recibió y reconstruir de nuevo desde la base, todo su sistema de conocimiento”. ¿Quién firma? Aunque se sorprenda, esta cita es de René Descartes. Probablemente este esfuerzo no se deba hacer solo una vez sino permanentemente, al aceptar entrar en la dinámica de un sistema que admita que la “verdad” es tan solo un estado de conciencia, por lo tanto es evolutiva, así como el “conocimiento” que se desprende de ella.

Admitir el cambio nunca fue fácil: por eso murió Jesús en la cruz, Galileo fue rechazado al atreverse a decir lo que hoy vemos en todas las revistas y nos envían todos los satélites, y tantos otros. Pero ese cambio es el único oxígeno que permite que la época y la sociedad estén vivas, y por ser evolutivo no pierde su función estructural. En el Japón las construcciones de mayor altura son totalmente metálicas, de acero fuerte y flexible, fuertes, pero flexibles. La mente individual puede ser acariciada por el viento, estimulada por la audacia, puede arriesgarse, asomarse, pero la mente colectiva empotrada en sus construcciones e instituciones, padece inercia.

Obviamente la nutrición es fundamental y somos la transformación de lo que comemos, más aún, de lo que pensamos y sentimos. Basta con oír las burlas dirigidas a cierto tipo de vegetarianos descritos como “bonachones” y pacíficos. Hasta el sudor cambia de olor y la textura de los tejidos termina reflejando la dieta. Pero alcanzando cierto nivel de conciencia, es posible que la nutrición deje de tener importancia alguna, cuando individuos excepcionales como místicos o yoguis, logran obtener la energía sin siquiera necesitar esta intermediación metabólica, consiguen a la fuente, su pura energía. Seguramente es el mecanismo por el cual los adeptos del Himalaya que velan por la madre tierra, estando sobre el planeta sin depender ya de él, y los grandes místicos de la historia religiosa pueden llegar a no comer. ¿No se dice que María Magdalena no había comido en 33 años? Muy buen entrenamiento para tener en caso de terremoto pensarán algunos, sin duda, pero como en todo, el momentum no se improvisa.

Para volver a nuestro ladrillo que me tiene decepcionada, lo observaré por pura consideración de hija, pero qué triste no esperar nada más de él. Casualmente lo abrí en la página donde se describía la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer y encontré los nombres de colegas franceses expertos en el tema y las referencias de sus trabajos: Una bibliografía excluyente, con referencias francófonas solamente, cuando se trata de abrir y nutrir la conciencia no es un buen punto de partida.

Anónimo

Página de publicidad

COMPARACIÓN DE PERFILES NEUROPSICOLÓGICOS DEL VIEJO-JOVEN (VJ) Y EL VIEJO-VIEJO (VV): ENVEJECIMIENTO NORMAL Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)

Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S y Gámez A

Resumen

Se compararon los hallazgos neuropsicológicos de dos grupos de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA): Viejos-Jóvenes (VJ. = 70 años) y Viejos-Viejos (VV. = 80 años) de acuerdo con los criterios del NINCDS-ADRDA para EA probable, sin depresión. Los pacientes fueron pareados por edad con un grupo de controles, sin evidencia de depresión (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage = 5) y MMSE = 24). Se realizaron comparaciones de los puntajes directos entre controles VJ y VV, entre controles y pacientes y entre pacientes VJ y VV. Las puntuaciones directas se estandarizaron teniendo en cuenta los controles pareados y se realizó una comparación de estas puntuaciones z. Aunque los cuatro grupos eran equivalentes en género y escolaridad, y los pacientes no se diferencian en el estado de la enfermedad, años de evolución y grado de funcionalidad, se encuentra que la comparación de puntajes directos subestima la ejecución de los pacientes VV, mientras que el empleo de puntuaciones estándar evidencia que el perfil cognoscitivo de los VV es superior al de los VJ en atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas. Los hallazgos se discuten en relación con la neuropsicología del envejecimiento normal y de la EA y se señalan las implicaciones clínicas e investigativas.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, Neuropsicología, Envejecimiento, Viejo-Joven, Viejo-Viejo.

Abstract

Neuropsychological findings were compared in two groups of patients diagnosed with Alzheimer's Disease (AD) between Young-Old (YO. =70 years) and Old-Old (OO. =80 years) according to the NINCDS-ADRDA criteria, without depression. Patients were paired by age with a group of normal controls, without evidence of depression (Yesavage Geriatric Depression Scale = 5) and MMSE = 24). The raw scores were compared between YO and OO normal controls, between patients and normal controls, and between YO and OO patients. The raw scores were standardized with the mean and standard deviation of paired normal controls and the z-scores were compared. Although the four groups were equivalent in gender and education, and patients were not different in the stage of illness, years of evolution and level of functionality, it was found that the comparison between raw scores underestimates the performance of OO patients, while the use of standardized scores shows the cognitive profile in the OO is superior to the one found in YO in attention, language, memory, and executive functioning. These findings are discussed according to the neuropsychology of normal aging and AD, and its clinical and research implications are discussed.

Key words: Alzheimer's Disease, neuropsychology, aging, Young-Old, Old-Old.

Para comprender las relaciones existentes entre edad y deterioro cognoscitivo es preciso conocer algunas clasificaciones del envejecimiento empleadas para separar grupos en los diversos estudios. Los cambios demográficos han tenido incidencia en estas concep-

ciones y han generado nuevas necesidades y retos en salud. Por ejemplo, Cano y cols. (2003) señalan un fenómeno denominado envejecimiento poblacional que corresponde al aumento de la proporción de personas en edad avanzada con respecto al total de la población. Este proceso obedece a múltiples variables como la mejoría en las condiciones de vida, los avances preventivos y curativos en medicina, la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, así como las migraciones.

Este tipo de fenómenos ha permitido que sean tenidos en cuenta períodos de edad mayores en el estudio del envejecimiento. De la misma forma, los puntos de corte para hablar de un grupo determinado son arbitrarios desde el punto de vista cronológico y semántico. Cada autor emplea sus definiciones y establece sus puntos de corte. Por lo anterior, es importante conocer las clasificaciones y establecer claramente cómo se entiende un grupo de edad en una investigación particular. Cano y cols. (1995) señalan que una de las mejores propuestas para la división del ciclo vital corresponde a cuatro fases: a) preadultez, b) adultez temprana, c) adultez media y d) adultez tardía. La última fase, que es la que nos interesa en esta revisión corresponde al período de los 60 años en adelante. Los cinco años que van hasta los 65 años constituyen la transición de la adultez tardía. En otro lugar, los mismos autores plantean que el ciclo vital en la vejez puede ser entendido en dos etapas: tercera y cuarta edad. La primera de ellas incluye la vejez activa (49-63 años), la vejez hábil (63-70 años) y la vejez pasiva (70-77 años). De otro lado, la cuarta edad comprende la senectud probable (77-84 años), la senectud posible (84-91 años) y la senectud excepcional (91 y más años). Además señalan que estas clasificaciones deben revisarse a medida que las condiciones de vida y las políticas públicas cambian.

Otros autores, por ejemplo Singer y cols. (2003) hacen la distinción entre Viejos-Jóvenes (menores de 70 años), Viejos (entre 70 y 80 años) y Viejos-Viejos (80 a 100 años). Un segundo tipo de clasificación, establece la distinción entre los Viejos y los Muy Viejos. Por último, se habla de la tercera y de la cuarta edad. Para ellos, la segunda clasificación es la adecuada y expresan que los rangos de edad en las otras dos han sido variables, por lo cual no los definen.

Teniendo en cuenta que existen múltiples clasificaciones y que éstas a su vez son revisadas permanente-

mente a la luz de los cambios económicos, demográficos y políticos, es preciso hacer énfasis en que la neuropsicología de la EA actual se ha construido con base en los hallazgos de grupos de ancianos jóvenes (Viejos-Jóvenes). Aunque en neuropsicología se ha documentado el efecto de la edad en la ejecución cognoscitiva de ancianos normales y de pacientes, tan solo recientemente se ha explorado la cognición en la EA para edades avanzadas y la mayoría de estudios publicados son de corte médico.

Libon y cols. (1994) estudiaron la relación entre el deterioro en las funciones ejecutivas y visoespaciales en controles Viejos-Viejos, partiendo de la hipótesis que los cambios de las funciones ejecutivas en el envejecimiento normal contribuyen a los déficit observados en algunas pruebas visoespaciales. En la investigación incluyeron un grupo de 23 VJ y 14 VV, con una puntuación de 27 ó más en el MMSE y de 10 ó menos en la escala de depresión geriátrica de Yesavage. La evaluación incluyó cuatro tipos de pruebas: a) Ejecutivas con tiempo límite (TMT-B, tarea de interferencia de Stroop y prueba de asociación verbal), b) Ejecutivas sin tiempo límite (tarea de clasificación de Wisconsin y subprueba ejecutiva de posturas), c) Visoespaciales integrativas (test de organización visual de Hooper y ensamblaje de cubos) y d) visuales no integrativas (juicio de orientación de líneas y copia de la figura de Rey-Osterrieth).

Las pruebas integrativas tienen un marcado componente ejecutivo respecto a las no integrativas, por lo que su ejecución tiene sustratos práxico y ejecutivo simultáneos. Los autores encontraron que en las pruebas ejecutivas con tiempo límite los controles VV tenían una peor ejecución que los VJ, particularmente en el TMT-B. Las diferencias en tareas frontales sin límite, mostraron que los Viejos-Viejos ejecutaban peor que los Viejos-Jóvenes en la subprueba ejecutiva de posturas y que generaban un número superior de respuestas perseverativas en el Wisconsin. El análisis de las pruebas integrativas evidenció que los Viejos-Viejos tenían peor ejecución en la tarea de ensamblaje de cubos y la prueba de Hooper, pero en las no integrativas no se hallaron diferencias significativas. Además, las pruebas integrativas correlacionaron con las medidas ejecutivas en 8 de las 14 puntuaciones, mientras que las no integrativas se asociaron solamente en una medida (Figura de Rey con la tarea de posturas).

Los hallazgos sugieren que existe un efecto de la edad en el funcionamiento ejecutivo y en pruebas visoespaciales con componente ejecutivo. Por esto, los cambios en el funcionamiento cognoscitivo de los Viejos-Viejos están dados por fallas en la solución de problemas e inflexibilidad mental, que son consecuencia del envejecimiento funcional de los lóbulos frontales y de la disminución en las conexiones de los ganglios basales y el tálamo hacia las áreas anteriores.

Reid y cols. (1996) señalan que los pacientes con EA de inicio temprano tienen menor expectativa de vida, deterioro cognoscitivo más rápido, mayor frecuencia de alteraciones del lenguaje y mayores anomalías neuroquímicas y neurohistológicas. Así mismo sugieren que los déficits iniciales en procesamiento visoespacial y en memoria inmediata son predictores de deterioro cognoscitivo más rápido. Para examinar los efectos de la edad respecto del funcionamiento neuropsicológico en el inicio de la EA, incluyeron casos nuevos enviados por los médicos a una clínica de memoria. Se evaluaron 170 pacientes que se agruparon de acuerdo al grado de deterioro, para luego ser comparados con un grupo de controles. Luego las pruebas se agruparon en dominios cognoscitivos y sus puntuaciones se convirtieron a puntuaciones z. Las medias y desviaciones estándar de los controles se emplearon para comparar los puntajes de los pacientes con el fin de determinar quiénes habían cruzado el umbral del funcionamiento normal (una desviación estándar por debajo del promedio). Los casos fueron divididos en leves (MMSE > 19), moderados (MMSE: 14-18) y severos (MMSE ≤ 13). La comparación con los controles fue significativa para tiempo de reacción, control mental, dígitos, tapping, memoria verbal para listas e historias, razonamiento abstracto verbal, memoria visual, aprendizaje de laberintos, copia de figuras, praxis y reconocimiento visual.

En los puntajes z, 51% de los pacientes presentaba déficit atencionales, 37,3% alteraciones del lenguaje, 49% trastornos visoespaciales, 37,3% apraxia y 33,3% agnosia visual. Además, 94,1% presentaba alteraciones de memoria significativas y 80,4% déficit frontales y de las funciones ejecutivas. Se pudo establecer que en todas las pruebas, cuando el inicio de la enfermedad es temprano, el compromiso es mayor. Los autores concluyen que los pacientes con edad de inicio menor tienen mayor compromiso en atención, funcio-

namiento grafomotor y praxis, en comparación con aquellos de inicio más tardío. También tienen puntajes de MMSE menores y tienden a puntuar más bajo en pruebas de aprendizaje verbal y habilidades constructivas respecto de los que inician más tarde. Con todo lo anterior, señalan que los pacientes con EA con edad de inicio menor representan un subgrupo clínico diferente.

Greenwood y cols. (1997) realizaron una investigación en el terreno de la atención y evaluaron el aumento de tiempos de respuesta en la habilidad para ajustarse al tamaño del foco atencional. Para esto, diseñaron una tarea de búsqueda visual por medio de claves que permitía variar la cantidad de estímulos. Incluyeron tres grupos: 14 controles VJ, 14 controles VV y 14 pacientes. Encontraron que el grupo de controles VV y el grupo de pacientes exhibían cambios selectivos en los componentes de la atención espacial en tareas de búsqueda visual. Estos hallazgos sugieren que en los VV la capacidad para atender selectivamente a subregiones del campo visual disminuye, mientras que en los pacientes con EA se observan cambios más severos. Estos resultados señalan que parece existir un continuo en la eficiencia de la modulación de la atención espacial, con un efecto claro de la edad donde los VJ tienen mejor ejecución, pero los VV son mejores que los pacientes. Sin embargo los tamaños muestrales y las distancias tan cortas entre ambos períodos de edad, así como la falta de una distinción entre EA VJ y VV, hacen que estos hallazgos sean solo de naturaleza exploratoria.

Wilson y cols. (1999) examinaron la relación entre el cambio en el funcionamiento cognoscitivo, su relación con la edad y la EA mediante un estudio de cohortes, con un promedio de seguimiento de 3.5 años. Los participantes fueron escogidos de la comunidad en general, con edades superiores a 65 años y fueron evaluados con una batería cognoscitiva que abarcaba pruebas de recobro inmediato y diferido de una historia breve, una tarea de memoria de trabajo espacial, denominación de imágenes y de objetos, lectura de dos frases breves, copia de dibujos simples, discriminación de figuras geométricas, semejanzas y diferencias entre estímulos visuales. En la evaluación inicial, se formaron tres grupos: personas con diagnóstico de EA en línea de base, personas que desarrollaron la enfermedad en el período de seguimiento y personas sin dete-

rioro de las funciones cognitivas. Los resultados muestran que los pacientes con EA tendían a ser mayores y con menor grado de instrucción que los controles. Esto pudo ser corroborado a través del seguimiento. Adicionalmente se pudo establecer que en promedio la ejecución cognoscitiva declinaba más rápido en las personas mayores que en la población general (aproximadamente 10% más rápido por cada año más, respecto a la línea basal). Además al graficar cada caso se pudo observar que pese a la existencia de un deterioro cognoscitivo con el avance de la edad, existe una amplia heterogeneidad dada por sujetos cuya ejecución desciende rápidamente mientras que otros parecen mejorar. Esto sugiere que el proceso del envejecimiento se encuentra lejos de ser homogéneo. En la comparación de los tres grupos se observó tendencia al deterioro en el grupo con EA y el grupo de nuevos casos, en contraste con el grupo de normales cuyo perfil cognoscitivo tiende a la estabilidad. De este estudio es importante resaltar la amplia variabilidad en el envejecimiento normal y la confirmación de otros estudios epidemiológicos donde los grupos de mayor edad tienen incidencia superior de demencia respecto de los de edad menor. Aunque no se trata de un estudio de VJ y VV, muestra que la edad tiene una relación inversa con la cognición, lo cual será tenido en cuenta en trabajos posteriores.

Small y cols. (1999) realizaron un estudio prospectivo para establecer los cambios en el funcionamiento de la memoria. Para esto, emplearon una muestra de 212 ancianos normales (rango 60-93 años de edad). La evaluación neuropsicológica incluyó pruebas de orientación (MMSE), lenguaje (prueba de denominación de Boston, prueba controlada de asociación de palabras, fluidez categorial y repetición de frases), razonamiento abstracto (semejanzas verbales y visuales), habilidad visoespacial (prueba de retención visual de Benton y prueba de dibujo de Rosen), y memoria (prueba de recuerdo selectivo y una versión modificada de la prueba de retención visual de Benton). Para el análisis de los resultados, los controles fueron divididos en dos grupos de edad: 91 sujetos menores de 70 años y 121 mayores, comparables en educación, procedencia étnica y género. Encontraron que en el grupo de personas más viejas se evidenció disminución en la ejecución de la prueba de memoria. Este efecto se centró en las medidas de la prueba sensibles a la adquisición y recuerdo inmediato de información nueva, pero no en la

retención. Estos efectos no se observaron en otros dominios como lenguaje, habilidades visoespaciales y razonamiento abstracto. Los autores concluyen que tanto los cambios del envejecimiento normal como los procesos patológicos propios de la EA contribuyen a los cambios observados en grupos de personas con edades avanzadas y que se centran en el funcionamiento del hipocampo.

De acuerdo con Fries y cols. (2000) es preciso realizar un análisis que supere la variabilidad de las cohortes de ancianos mediante el uso de tres categorías: Viejos-Jóvenes (65-74 años), Medio-Viejos (75-84 años) y Viejos-Viejos (mayor o igual a 85 años). En un estudio realizado por estos autores, se examinó la relación entre la prevalencia de disfunción física y cognoscitiva en relación con la edad para una población de 193.467 personas cuyo rango de edad estaba comprendido entre los 80 y los 105 años. Analizaron 34 medidas procedentes de un amplio rango de dominios, que abarcaban actividades de la vida diaria, adaptación a la situación, problemas de comportamiento y del estado de ánimo. Encontraron que en el grupo de personas más viejas (Viejos-Viejos), la prevalencia de compromiso físico y cognoscitivo severo se incrementaba, dando cuenta de un aumento de la pérdida funcional en relación con la edad. Una de las contribuciones más importantes de este estudio, de corte médico, es que abarca el envejecimiento considerando diferentes subgrupos, con miras a abordar la heterogeneidad del proceso, lo cual permite dar cuenta de manera más precisa de los cambios y de las posibles diferencias para cada grupo de edad. Además sugiere que existe un cambio en los mecanismos del envejecimiento luego de la segunda mitad de la década en los nonagenarios caracterizados por un incremento de la prevalencia de condiciones patológicas, tanto físicas como cognitivas, con relación a los grupos más jóvenes.

Silver y cols. (2001) examinaron el estatus médico, neuropsicológico y funcional en un grupo de 34 centenarios (edades entre 100 y 107 años). La evaluación neuropsicológica incluyó el Mattis Dementia Rating Scale, la prueba de denominación de Boston, el examen mínimo del estado mental (MMSE), la prueba de búsqueda y seguimiento visual (TMT-A) y el Drilled Word Span Test. La evaluación funcional incluyó el índice de Barthell. El diagnóstico de demencia se estableció a partir de los criterios del Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), mediante

la Escala Clínica de Demencia (CDR). Encontraron que el 21% estaba libre de demencia, el 12% tenía una puntuación de demencia cuestionable (CDR: 0.5), mientras que 64 evidenciaba algún grado de deterioro. Es importante resaltar que solo 21% (7 sujetos) de las personas sin demencia no mostraron hallazgos histopatológicos característicos de EA al examen postmortem. Además se observó una correlación inversa significativa entre el índice de Barthell y el CDR. Ellos sugieren que al hacer la proyección exponencial, donde la incidencia de EA es 14 veces más alta en la población de más de 85 años respecto a los menores de 70, los centenarios son un grupo que tiende a no desarrollar demencia frente a la población general. Por esto, señalan que en los centenarios, los datos sobre incidencia de EA han sido estimados mas no observados directamente. Además un alto grado de funcionalidad puede sugerir la preservación del estatus cognoscitivo para esta población. Entre los problemas más importantes, se señala la ausencia de protocolos estandarizados y de normas de interpretación para este grupo, así como dificultades propias de la evaluación, secundarias a alteraciones sensoriales visuales y auditivas. Este trabajo es importante porque muestra que existe un interés creciente por el estudio de personas en rangos de edad muy avanzados, y que contrario a las predicciones hechas con datos de ancianos más jóvenes, la curva de incidencia puede estabilizarse en los centenarios.

Watson y cols. (2001) realizaron un estudio sobre memoria en el envejecimiento normal y en la EA. La muestra de 182 participantes se dividió en cinco grupos: 37 Adultos Jóvenes Normales, 46 Viejos-Jóvenes Normales, 38 Viejos-Viejos Normales, 43 pacientes con EA muy leve y 18 con EA leve. Diseñaron una prueba de memoria de pares asociados manipulando el efecto de la fonología, la semántica o ambos. Los grupos de ancianos participaron de una evaluación neuropsicológica completa donde se aplicaron pruebas de memoria (escala de memoria de Weschler), lenguaje (prueba de fluidez verbal y denominación de Boston), atención (dígito símbolo y TMT-A) y praxis (diseños de cubos y prueba de copia de Benton). Los análisis mostraron que con el incremento de la edad, la ejecución en todas las medidas disminuía. Esta tendencia continuaba con la aparición de la demencia. Adicionalmente, se encontró que las latencias de respuesta aumentaban a medida que los grupos eran más viejos. El patrón inverso se

observó con el número de ítems recobrados, donde a medida que se envejece se recuerda menos material. Así mismo, los pacientes con EA muestran mayor compromiso en el recobro que los controles. Cuando se utilizaban los estímulos distractores fonológicos o semánticos, la probabilidad de generar falsos recuerdos aumentaba con la edad, pero se estabilizaba en los pacientes. Nuevamente, esta investigación apoya los hallazgos previos en cuanto a que existen cambios en el funcionamiento de los procesos mnésicos con la edad. Sin embargo ellos no establecieron grupos de VJ y VV en los pacientes, por lo cual no se pudo establecer el papel de la edad en el funcionamiento de la memoria en la EA.

En otro estudio, Howieson y cols. (2003) examinaron la ocurrencia de deterioro cognoscitivo mediante un estudio longitudinal prospectivo de ancianos normales (reclutados en la comunidad) sin evidencia de déficit cognoscitivos al ingreso. Para esto, incluyeron 95 personas de 72 años de edad o más sin historia de condiciones que comprometieran la cognición, ni antecedentes para enfermedad vascular. Se excluyeron las demencias cuestionables (CDR: 0.5, MMSE<24, escala de depresión geriátrica de Yesavage>10), o que consultaron o tenían planeado consultar por quejas de memoria. Los sujetos fueron seguidos por 13 años. La evaluación neuropsicológica incluía la prueba de denominación de Boston, WAIS-R, dígitos, lista de palabras CERAD, ensamblaje de cubos, finalización de imágenes, prueba de memoria de Weschler (reproducción visual y memoria lógica). Desde el inicio tuvieron una resonancia magnética y genotipificación para ApoE. Al analizar los resultados, se establecieron 3 grupos de hombres y mujeres con base en el estado cognoscitivo: a) grupo sin alteraciones (24/23), b) grupo con deterioro cognoscitivo persistente (8/13) y c) grupo con demencia (5/22). Es claro que la incidencia de deterioro cognoscitivo muestra una inclinación por género, donde las mujeres evidenciaron cambios cognoscitivos en mayor proporción que los hombres. El promedio de tiempo para presentar deterioro cognoscitivo fue de 3.8 años a los 90 años de edad. Los del grupo sin deterioro tuvieron mejores perfiles de memoria al inicio y menor presencia de ApoE e4 respecto de los que se deterioraron. Al interior del grupo con presencia de deterioro, se requirió de un promedio de 2.8 años para desarrollar demencia. La diferencia entre el segundo y el tercer grupo estuvo dada por la denominación (peor desem-

peño en los que desarrollaron demencia respecto a los que se deterioraron sin evidenciar franca demencia). Los autores concluyen que los viejos viejos se encuentran en riesgo de desarrollar demencia principalmente a causa de la edad (51% de la muestra). Otro de los factores de riesgo presentes para el desarrollo de deterioro cognoscitivo es la presencia de ApoE e4 y perfiles de memoria más bajos al inicio del estudio. En los sujetos con alteraciones cognoscitivas, la denominación baja al inicio, se asocia con el desarrollo de un síndrome demencial completo. Ellos sugieren la posibilidad de que las personas con perfiles de memoria más bajos pueden haber ingresado al estudio con algún grado de evolución de la enfermedad. Entre las limitaciones señalan la presencia de una muestra relativamente pequeña y que la generalización de estos hallazgos es posible en ancianos con un buen estado de salud y de alta escolaridad.

En un estudio con SPECT, Kemp y cols. (2003) examinaron los patrones de perfusión cerebral en pacientes con EA de inicio temprano y de inicio tardío. Para esto incluyeron un grupo de 20 pacientes con EA de inicio temprano, donde la aparición del cuadro se establecía antes de los 65 años y un grupo de 44 pacientes con EA de inicio tardío. Los grupos eran comparables en duración de la enfermedad y en estado de deterioro. Los resultados muestran que 85% de los pacientes con EA de inicio temprano tiene mayor hipoperfusión de áreas posteriores de asociación, mientras que 79% de los de inicio tardío tiene una reducción de la activación en áreas temporales mediales. Los autores concluyen que los pacientes con presentación tardía de la EA, en quienes es más evidente la patología de lóbulo temporal, presentan hallazgos clínicos como pérdida de memoria. Por el contrario, aquéllos con presentación temprana cursan con síntomas posteriores más pronunciados como apraxia, agnosia, alexia y agrafia. Pese a que los grupos de edad no están claramente separados por un intervalo de tiempo, es claro que los pacientes más jóvenes tienen patrones de activación distintos a los que presentan los más viejos.

De otro lado, Singer y cols. (2003) estudiaron longitudinalmente los cambios en habilidades intelectuales en un grupo de 66 controles Viejos-Jóvenes y 66 Viejos-Viejos. La evaluación cognoscitiva comprendía 4 medidas: a) velocidad perceptual, b) memoria episódica mediante pares asociados y memoria de textos, c) flui-

dez verbal y d) conocimientos establecidos por el vocabulario. Los participantes fueron seguidos durante tres momentos. Encontraron que se observa decremento en velocidad perceptual, memoria y fluidez verbal, pero esta disminución es más marcada en el grupo de VV. En relación con los conocimientos, se encontró preservación hasta la edad de 90 años. De nuevo, estos hallazgos resaltan que la cognición en edades avanzadas (VV) tiene una evolución diferente que en ancianos jóvenes (VJ).

Por último, Bondi y cols. (2003) compararon los perfiles neuropsicológicos de pacientes con diagnóstico de EA en 33 Viejos-Jóvenes (70 años de edad o menores) y 48 Viejos-Viejos (80 años de edad o mayores), junto con el posible efecto del genotipo ApoE e4 en dichos perfiles. Se estableció un lapso de 10 años de diferencia entre los grupos. El grupo de VJ con EA y de VV con EA eran comparables en educación, género, severidad de la demencia y duración de la enfermedad. Además, para cada grupo de pacientes se tomó un grupo control pareado en variables sociodemográficas como género y nivel de instrucción. La evaluación neuropsicológica involucró medidas de denominación por confrontación (prueba de denominación de Boston), fluidez verbal, vocabulario (WAIS-R), habilidades visoespaciales (dígito símbolo, diseño de cubos WISC, TMT-A), velocidad psicomotriz, secuenciación visomotora (TMT-B), capacidad de cambio mental (prueba modificada de clasificación de estímulos de Wisconsin), resolución de problemas novedosos, aprendizaje y memoria (memoria lógica de la escala de memoria de Weschler y el California Verbal Learning Test). Los autores encontraron que el grupo de VV normales generaba puntuaciones más bajas que los VJ normales en 15 de las 20 escalas neuropsicológicas. Al realizar una comparación entre VJ y VV con EA empleando los puntajes brutos en cada una de las pruebas, no se encontraron diferencias. Para examinar de manera más precisa el patrón de resultados discrepante en las dos comparaciones anteriores, las puntuaciones de los pacientes fueron transformadas en puntajes estándar (z) teniendo en cuenta la media y la desviación estándar de los controles. Al realizar esta transformación se estableció que el grupo de VJ con EA mostró unas puntuaciones significativamente más bajas que el grupo de VV con EA, particularmente en funciones ejecutivas, habilidades psicomotrices, aprendizaje y memoria. Los VJ con EA solo mostraron una ventaja para el recobro libre a largo plazo en la prueba de California.

Estos resultados sugieren que existen diferencias importantes entre pacientes VJ y VV, dando cuenta de la presencia de diferentes perfiles cognoscitivos para cada subgrupo. Pese a que no se encuentran diferencias entre la ejecución de grupos de pacientes entre sí cuando se dejan de lado los grupos de control, es claro que hay diferencias al incluir grupos normativos de referencia para cada subgrupo de edad. El perfil neuropsicológico en VV con EA carece del compromiso muy marcado en memoria episódica y funciones ejecutivas, característico del perfil en el VJ con EA. Este hecho tiene implicaciones para el diagnóstico en personas Viejas-Viejas, ya que al esperar un perfil similar al de los Viejos-Jóvenes, puede aumentar la posibilidad de falsos positivos. Además, en estudios de seguimiento de VV con EA, una leve disminución en las puntuaciones referentes a memoria episódica, funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales, respecto del grupo normativo, tiene una significancia clínica importante (Bondi y cols., 2003).

En resumen, es posible concluir que en neuropsicología del envejecimiento normal y de la EA se ha privilegiado el estudio de ancianos jóvenes o de ancianos menores de 80 años, pero se sabe poco en relación con los VV. Esto obedece seguramente a razones epidemiológicas, ya que aunque los sujetos mayores de 80 años son un segmento creciente de la población, es en esta época donde se registra la mayor incidencia y prevalencia de deterioro cognoscitivo y de otras condiciones médicas. En neuropsicología se han estudiado ampliamente los pacientes con EA y los efectos del envejecimiento normal, tomando como grupos comparativos adultos jóvenes y VJ. Los estudios médicos y neuropsicológicos han identificado que la edad tiene un efecto en la cognición, pero las investigaciones encaminadas a establecer dichos efectos en grupos de edad particulares como VJ y VV son escasas. Existe evidencia convergente desde la epidemiología, desde la genética, desde la clínica y desde los estudios imagenológicos, que los VJ y los VV tienen un funcionamiento diferente de los procesos mentales superiores, pero aún existe controversia acerca de los perfiles clínicos que los diferencian.

El objetivo de este trabajo es comparar los hallazgos neuropsicológicos en pacientes con diagnóstico de EA leve a moderada, de inicio temprano (Viejos-Jóvenes) con los de presentación tardía (Viejos-Viejos) para establecer las características de los perfiles cognoscitivos.

MÉTODO

Participantes

Se realizó una evaluación neuropsicológica a 66 pacientes colombianos con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer probable. Los pacientes se dividieron en dos grupos a partir de la edad, correspondiente a la primera evaluación: a) un grupo de 31 Viejos-Jóvenes (VJ) con 70 años de edad o menos (rango: 43-70 años) y b) un grupo de 35 Viejos-Viejos (VV) con 80 años de edad o más (rango: 80-92 años). Los pacientes fueron evaluados en la Clínica de memoria del Hospital Universitario San Ignacio, donde adicionalmente fueron valorados por los servicios de geriatría, psiquiatría y neurología. El diagnóstico de EA se realizó por consenso interdisciplinario teniendo en cuenta los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA, McKhan y cols., 1984). Todos los pacientes se encuentran en estadio leve a moderado de la enfermedad (GDS: 3 - 4). 32.3 % de los pacientes del grupo VJ (10 sujetos) y 37.1 % del grupo de VV (13 sujetos) tienen por lo menos una evaluación longitudinal confirmatoria de su enfermedad. Solamente se incluyen pacientes sin evidencia clínica de depresión, con una puntuación menor o igual a cinco en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1986) y una puntuación mayor o igual a 65 en la Escala de funcionalidad de Barthell (Mahoney y Barthell, 1965). Los pacientes no difieren en estado de la enfermedad, [GDS, $c^2(3, N = 63) = 0.733, p > .05$]; años de evolución, $t(61) = -0.807, p > .05$, ni grado de funcionalidad [Barthell, $t(64) = 1.379, p > .05$]. Se excluyeron los pacientes con atrofas focales progresivas, demencias frontotemporales en ambas variantes (frontal o semántica), demencias de tipo subcortical o enfermos con historia de cuadros psiquiátricos. Ninguno de los pacientes cuenta con genotipificación ni estudio histopatológico.

El grupo control consiste en 57 adultos mayores, quienes asistieron voluntariamente a una evaluación cognoscitiva realizada en el Laboratorio de Neurociencias de la Universidad Nacional de Colombia mediante convocatoria abierta por medio de volantes, anuncios en prensa y radio, así como por difusión directa del servicio. Se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los individuos sanos, luego de la explicación de los fines de la investigación y de los procedimientos a

llevar a cabo. Los controles se dividieron en dos grupos con el mismo criterio que en los pacientes: a) un grupo de 31 VJ, con 70 años de edad o menos (rango: 55-69 años) y b) un grupo de 26 VV con 80 años de edad o más (rango: 79-100 años). Un ANOVA de una vía reveló que existen diferencias significativas en los 4 grupos respecto de la edad, $F(3, 119) = 173.423$, $p < .05$. Las comparaciones post hoc por medio de la prueba de Tukey revelaron que no hay diferencias entre los pacientes y controles VJ ($p > .05$) ni entre los pacientes y controles VV ($p > .05$). Al seleccionar los controles se vigilaron las variables de edad, género y nivel educativo respecto al grupo de pacientes. Los criterios de tamizado para la inclusión de los normales consisten en ausencia de historia de quejas cognitivas o afectivas al momento de la aplicación de los protocolos, queja subjetiva de memoria menor o igual a 18, MMSE (Folstein y cols, 1975) mayor o igual a 24 y Escala de De-

presión Geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1986) menor o igual a 5. La información suministrada se confirmó a través de un informante que conocía el funcionamiento en la vida cotidiana del participante. Se excluyeron personas que presentaban antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, aquellos en quienes se detectó la presencia de un deterioro cognoscitivo, quienes presentaban altas quejas subjetivas de alteraciones mnésicas y los que evidenciaban alteraciones en el estado de ánimo. De los 69 VJ que asistieron a evaluación, 38 no se incluyeron porque no cumplieron con estos criterios. En el grupo de VV se evaluaron 70 personas, de las cuales 43 no cumplieron con el tamizado establecido. Los cuatro grupos no difieren en distribución por género, $\chi^2(3, N = 123) = 5.66$, $p > 0.05$; ni por escolaridad, $\chi^2(2, N = 120) = 1.284$, $p > 0.05$. La tabla 1 muestra el resumen de las variables demográficas.

Resumen de las variables demográficas de los grupos de pacientes y controles VJ y VV.

Variables	Controles				Pacientes			
	VJ		VV		VJ		VV	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Edad	63.48	3.36	84.58	5.27	62.35	7.41	82.51	2.34
Género (F/M)	22/9		12/14		22/9		19/16	
Escolaridad * 1/2/3	7/13/11		10/8/5		7/12/12		12/18/5	
Duración de la enfermedad (años)	-	-	-	-	3.28	1.86	3.71	2.3
Barthell					97.74	6.81	95.43	6.79

* La escolaridad se divide en tres rangos (1 = 0 a 5 años, 2 = 6 a 12 años y 3 = más de 12 años).

Tabla 1

PROCEDIMIENTO

Evaluación Neuropsicológica

Se aplicó el protocolo de neuropsicología de la Clínica de Memoria del Hospital Universitario San Ignacio que consiste en la exploración de cinco esferas cognitivas (atención, lenguaje, memoria, praxis y funciones ejecutivas). En la evaluación de la atención se utilizó la prueba de búsqueda y seguimiento visual (TMT-A) (Spreen y Strauss, 1991). También se incluye la prueba del Dígito Símbolo (Wechsler, 1981), que evalúa la capacidad para el sostenimiento de la atención visual, de la persistencia motora, velocidad de respuesta y actividad imitativa con guía.

La evaluación del lenguaje abarcó las pruebas de fluidez verbal (semántica y fonológica) (Morris, Heyman y Mohs, 1989; Spreen y Strauss, 1991), mientras que para la denominación se empleó una prueba de 64 imágenes en blanco y negro (Montañés, Goldblum y Boller, 1995). En la evaluación de la memoria se trabajó con la prueba de memoria verbal explícita con codificación controlada de Grober y Buschke (Grober y Buschke, 1988), donde se obtuvo una medida de Memoria a Corto Plazo (MCP) libre y con clave, Memoria a Largo Plazo (MLP) libre y con clave y una de reconocimiento. Los fenómenos patológicos como intrusiones y falsos positivos generados durante la prueba fueron cuantificados.

Las habilidades visuales, espaciales y construccionales se midieron a través de la copia de la figura compleja de Rey-Osterrieth (Osterrieth, 1944; Rey, 1999) y mediante la ejecución en la tarea de ensamblaje de cubos a partir del modelo extraído de la Prueba de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS-R), con el fin de establecer la capacidad de coordinación visomotora, la conceptualización visoespacial y la integración gestáltica (Weschler, 1981). Las funciones ejecutivas y del pensamiento se establecieron mediante las tareas de refranes y semejanzas (Weschler, 1981), que dan cuenta de la capacidad de abstracción verbal, el razonamiento abstracto y asociativo y la generalización conceptual respectivamente.

Análisis estadísticos

Se realizaron por medio del programa SPSS 8.0 para Windows y SPAD 2000. Se obtuvieron los descriptivos de las variables de la evaluación neuropsicológica para los cuatro grupos. En primer lugar, se realizaron dos tipos de análisis exploratorios multivariados: Análisis de Componentes Principales (ACP) normado y análisis de clasificación. Para el ACP se tomaron las variables neuropsicológicas como continuas activas y la variable de grupo de edad como nominal ilustrativa de cuatro modalidades (control VJ, control VV, paciente VJ y paciente VV). Se escogió este tipo de análisis, ya que las variables estudiadas son de naturaleza numérica y se encuentran en escalas diferentes. Posteriormente, se realizó un análisis de clasificación mixta, tomando 2 factores que se interpretaron en el ACP. A partir de este parámetro, se caracterizaron dos grupos y luego cuatro grupos. La segunda parte de los análisis son de naturaleza confirmatoria. En la comparación de los puntajes directos entre pacientes VJ y VV, al comparar los controles y pacientes VJ, se empleó la prueba paramétrica t para diferencia de medias en muestras independientes. En el caso de la comparación entre pacientes y controles VV, así como al comparar los controles VJ y VV, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para comparación de medias de muestras independientes.

RESULTADOS

En el ACP, se tomaron dos factores. El primero, explica el 43.85% de la varianza. Las correlaciones más altas entre variable y factor son memoria a corto plazo libre y

con clave, memoria a largo plazo libre y con clave. Por esto, este factor se denominó memoria. El segundo factor explica el 11.51% de la varianza y las correlaciones más altas están dadas por interpretación de refranes, semejanzas y Trial Making Test. Este factor se denominó frontal atencional ya que las pruebas que cargan en este eje evalúan funciones ejecutivas, asociadas con el funcionamiento de áreas anteriores del cerebro. La figura 1 muestra el factor 1 y 2 en las variables continuas activas y la figura 2 muestra las variables nominales ilustrativas en estos mismos ejes

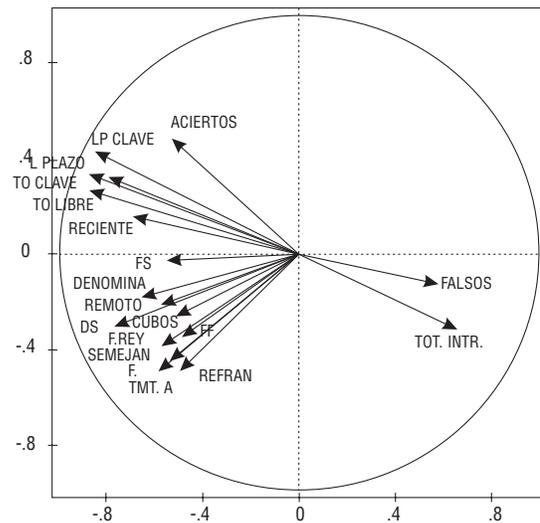


Figura 1.

ACP para el factor 1 y 2 en las variables activas

Nota: TMT.A: Trial Making Test A, DS: Dígito Símbolo, FS: fluidez semántica, FF: fluidez fonológica, DENOMINA: denominación, TO.LIBRE: MCP libre, TO.CLAVE: MCP con clave, L. PLAZO: MLP libre, LP. CLAVE: MLP con clave, ACIERTOS: aciertos en reconocimiento, FALSOS: falsos positivos, TOT.INTR: total de intrusiones, RECIENTE: recuerdos recientes, REMOTO: recuerdos remotos, CUBOS: ensamble de cubos, F.REY: figura de Rey, SEMEJAN: establecimiento de semejanzas, REFRAN: interpretación de refranes.

Para establecer diferencias entre pacientes VJ y VV teniendo en cuenta los cambios del envejecimiento normal, las puntuaciones directas fueron normalizadas (z) teniendo en cuenta los promedios y las desviaciones estándar de los controles pareados en variables demográficas, siguiendo la estrategia metodológica propuesta por Bondi y cols. (2003). Luego estas puntuaciones z se compararon mediante una prueba t para muestras independientes. En todos los análisis se re-

chazó la hipótesis nula ($H_0: \mu_1 = \mu_2$) con un nivel alfa del 5% cuando el valor p fue menor a .05.

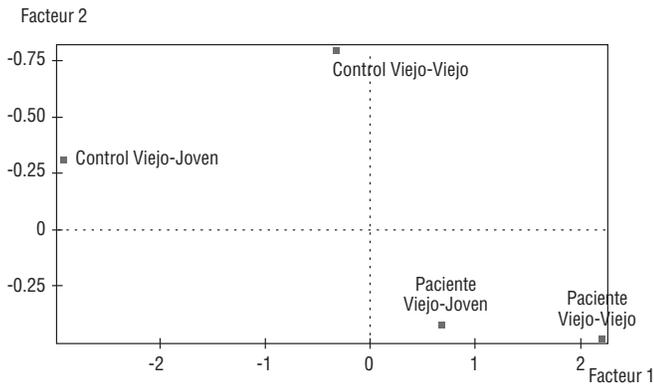


Figura 2.

ACP para el factor 1 y 2 en las nominales ilustrativas

En las figuras 1 y 2 se observa que el grupo de controles VJ tienen puntuaciones altas en todas las medidas de memoria episódica (aciertos en reconocimiento, MCP libre y con clave, MLP libre y con clave y recuerdos recientes). Por el contrario, este grupo presenta puntuaciones bajas en fenómenos patológicos (falsos positivos e intrusiones). En el grupo de controles VV se observa que no tienen características definitorias en el eje 1 pues se encuentran cerca del centro de gravedad. En uno de los índices de memoria episódica (aciertos en reconocimiento), tienden a puntuar alto. Sin embargo, en el eje 2 se aprecia que las puntuaciones en funciones ejecutivas son bajas (interpretación de refranes, establecimiento de semejanzas y TMT-A). En el grupo de pacientes VJ y VV, el comportamiento es similar ya que presentan puntajes altos en fenómenos patológicos (intrusiones y falsos positivos) mientras que puntúan bajo en todas las variables neuropsicológicas, especialmente en las de memoria.

La figura 3 muestra el dendograma con las particiones que serán caracterizadas en la clasificación.

Cuando se toman dos grupos, la primera clase está compuesta por el 59% de la muestra y la segunda por el 41%. La primera clase muestra sobre-representación de controles VJ y sub-representación en pacientes VV. Además, se encuentra que esta clase presenta promedios mayores en todas las escalas y menor en los fenómenos patológicos (falsos positivos y total de intrusiones). La segunda clase muestra sobre-representación en pacientes VV y sub-representación en con-

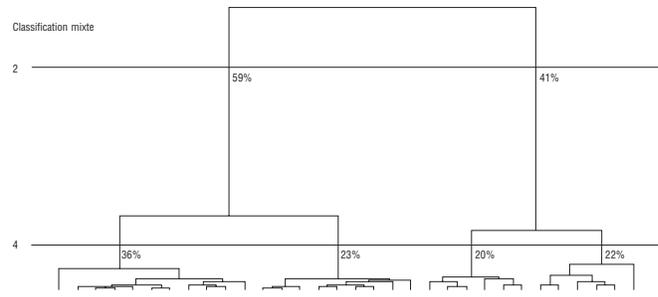


Figura 3.

Dendograma que presenta los grupos seleccionados

troles VJ. Adicionalmente, los promedios en las pruebas neuropsicológicas son menores mientras que los errores (falsos positivos y total de intrusiones) presentan medias superiores.

Cuando se toman cuatro grupos, la primera clase está compuesta por el 36% de la muestra, la segunda por el 23%, la tercera por el 20% y la cuarta por el 22%. La primera clase muestra sobre-representación de controles VJ y sub-representación en pacientes VV. Esta clase presenta promedios mayores en todas las escalas y menor en los fenómenos patológicos (falsos positivos y total de intrusiones). La segunda clase no muestra valores en las modalidades. Respecto a las cuantitativas, presenta mayores promedios en dos índices de memoria (MCP con clave y MLP con clave) y promedios menores en una tarea de interpretación de refranes. La tercera clase muestra sobre-representación en pacientes VV y sub-representación en pacientes VJ. Además, los promedios son superiores en fenómenos patológicos (intrusiones) y menores en una medida de lenguaje (fluidez semántica) y seis medidas de memoria (recuerdos recientes, MCP libre, MLP con clave, MLP libre, MLP con clave y aciertos en reconocimiento). La cuarta clase presenta sobre-representación en pacientes VV y sub-representación en controles VJ. Esta clase presenta mayores promedios en errores (falsos positivos y total de intrusiones) y menores en todas las demás escalas.

La tabla 2 muestra los descriptivos en la evaluación neuropsicológica y la significancia en las comparaciones realizadas mediante puntajes brutos.

Como se observa, la comparación de los puntajes directos entre los controles VJ y VV indica que existen

Promedios y desviaciones estándar de los puntajes brutos para pacientes y controles VJ y VV													
Variables	Controles					pa	Pacientes				pb	pc	pd
	VJ		VV		VJ		VV						
	M	SD	M	SD	M		SD	M	SD				
QSM (Paciente)		11	5.09	8.68	5.28		25.52	9.83	19.83	11.62	*	*	*
MMSE		28.1	1.62	27.31	2.09		23.1	4.47	22.54	3.37	*	*	
Atención													
TMT - A		22.39	5.17	19.52	6.07	*	17.55	8.38	17.94	7.48	*		
Tiempo TMT		72.97	27.28	108.5	24.9	*	95.68	30.67	111.6	14.84	*		*
Dígito Símbolo		35.68	16.14	17.96	12.93	*	21.35	14.93	9.31	8.52	*	*	*
Lenguaje													
FS		15.21	3.06	12.25	3.191	*	11.048	4.325	9.229	2.46	*	*	*
FF		11.452	4.208	9.4	5.015		8.871	4.002	7.043	3.291	*		*
Denomin.		53.64	5.16	42.67	8.68	*	47.16	7.84	42.71	9.98	*	*	*
Memoria													
MCP libre/48		27.23	6.65	16.58	7.31	*	11.29	7.72	7.37	5.472	*	*	*
MCP clave/48		43.65	4.79	36.27	8.76	*	25.87	13.11	21.54	10.72	*	*	
MLP libre/16		9.87	3.64	5.65	3.53	*	3.52	3.6	1.49	2.75	*	*	*
MLP clave/16		14.81	1.28	12.15	3.12	*	8.06	5.02	6.37	3.77	*	*	
Intrusiones		2.97	3.2	6.27	7.41		12	11.11	17.97	12.78	*	*	
Aciertos		15.58	0.92	14.92	1.63		13.29	2.8	12.18	3.73	*	*	
Falsos positivos		0.35	0.61	1.24	2.42	*	3.71	6.71	5.21	7.01	*	*	
Recientes		3.71	0.53	3	1.39	*	2.45	1.36	1.83	1.2	*	*	
Remotos		4.16	1.32	3.42	1.42		3.23	1.67	2.91	1.31		*	
Praxis													
Figura de Rey		27.629	6.784	19.78	10.12	*	21.468	11.09	16.586	9.369		*	
Cubos		3.03	1.08	2.15	1.57	*	2.45	1.29	1.76	1.42			*
Pensamiento													
Refranes		7.69	2.25	4.6	3.46	*	4.93	3.364.26		2.81		*	
Semejanzas		14.85	4.2	8.73	4.54	*	10.17	5.16	9.85	3.55		*	

Notas
 QSM = Queja Subjetiva de Memoria; FS = Fluidez semántica; FF = Fluidez fonológica; TMT = Trial Making Test; MMSE = Minimental State Examination; MCP = memoria a corto plazo; MLP = memoria a largo plazo.
 a Valor p asociado con una prueba U de Mann Whitney que compara controles VJ y VV.
 b Valor p asociado con una prueba t para muestras independientes que compara controles VJ y pacientes VJ.
 c Valor p asociado con una prueba U de Mann Whitney que compara controles VV y pacientes VV.
 d Valor p asociado con una prueba t para muestras independientes que compara pacientes VJ y VV.
 * p < .05.

Tabla 2.
 Promedios y desviaciones estándar de los puntajes brutos para pacientes y controles VJ y VV

diferencias significativas en 15 de las 21 medidas neuropsicológicas, con ejecuciones inferiores en los controles VV. En las pruebas atencionales, los controles VJ tienen puntuaciones superiores a los VV [TMT-A, $U(239) = -2.373$, $p < .05$; dígito símbolo, $U(136) = -3.859$, $p < .05$] pero las latencias de respuesta en el TMT-A son mayores en VV respecto de VJ [tiempo TMT, $U(127) = -4.059$, $p < .05$]. En el lenguaje, los controles VJ superan a los VV en tareas de fluidez verbal semántica [$U(195) = -3.33$, $p < .05$] y en la capacidad para denominar imágenes por confrontación visual [$U(55) = -3.711$, $p < .05$]. En la memoria, los VV muestran una peor ejecución que los VJ en los índices de aprendizaje verbal libre y con clave de corto y largo plazo [MCP libre, $U(120) = -4.539$, $p < .05$; MCP con clave, $U(178) = -3.61$, $p < .05$; MLP libre, $U(150) = -4.06$, $p < .05$; MLP clave, $U(183) = -3.62$, $p < .05$] pero la generación de fenómenos patológicos como falsos positivos en una prueba de reconocimiento es superior en controles VV respecto los controles VJ [falsos positivos, $U(278) = -2.068$, $p < .05$]. La capacidad para evocar eventos correspondientes a la actualidad reciente es superior en controles VJ respecto de los controles VV [$U(281) = -2.126$, $p < .05$].

En las funciones visuales, espaciales y contruccionales, los controles VJ superan a los controles VV [ensamblaje de cubos, $U(275) = -2.144$, $p < .05$; figura de Rey, $U(221) = -2.918$, $p < .05$]. En las funciones ejecutivas, los controles VV tienen una ejecución menor a los controles VJ [refranes, $U(44) = -2.486$, $p < .05$; semejanzas, $U(24.5) = -3.376$, $p < .05$]. Al comparar los controles VJ y los pacientes VJ, se encuentran diferencias significativas en todas las medidas, excepto en el ensamblaje de cubos. En la escala que mide la queja subjetiva de memoria, los pacientes VJ tienen puntuaciones superiores a los controles VJ, $t(60) = 7.304$, $p < .05$. En el MMSE, los controles VJ tienen puntajes superiores a los pacientes VJ, $t(60) = -5.858$, $p < .05$. En las tareas atencionales, los controles VJ son superiores a los pacientes VJ [TMT-A, $t(60) = -2.735$, $p < .05$; dígito símbolo, $t(60) = -3.627$, $p < .05$], pero sus tiempos de respuesta son inferiores [tiempo TMT, $t(60) = 3.080$, $p < .05$]. En el lenguaje, la fluidez verbal de los controles VJ [fluidez semántica, $t(60) = -4.373$, $p < .05$; fluidez fonológica, $t(60) = -2.474$, $p < .05$] y la denominación [$t(54) = -3.554$, $p < .05$], son superiores respecto de los pacientes VJ.

En cuanto a la memoria, los controles VJ tienen una mejor ejecución que los pacientes VJ en tareas de

aprendizaje verbal explícito de corto y largo plazo en forma libre y con clave semántica [MCP libre, $t(60) = -8.706$, $p < .05$; MCP clave, $t(60) = -7.088$, $p < .05$; MLP libre, $t(60) = -6.916$, $p < .05$; MLP clave, $t(60) = -7.248$, $p < .05$] pero los pacientes exhiben más fenómenos patológicos como intrusiones [$t(60) = 4.351$, $p < .05$]. El puntaje de reconocimiento es peor en pacientes VJ que en controles VJ [aciertos en reconocimiento, $t(60) = -4.332$, $p < .05$] y los falsos reconocimientos se incrementan en el grupo de pacientes [falsos positivos, $t(60) = 2.773$, $p < .05$]. Del mismo modo, los pacientes VJ tienen puntajes menores que los controles VJ en la evocación de hechos remotos [$t(60) = -2.450$, $p < .05$] y de eventos recientes [$t(60) = -4.793$, $p < .05$]. En las funciones visuales, espaciales y construccionales, los pacientes VJ tienen puntajes menores a los controles VJ en la copia de una figura compleja [Figura de Rey, $t(60) = -2.638$, $p < .05$] pero no en el ensamblaje de cubos. Las funciones ejecutivas difieren en los pacientes y controles VJ, donde los controles puntúan mejor que los pacientes [refranes, $t(41) = -2.669$, $p < .05$; semejanzas, $t(41) = -2.877$, $p < .05$]. Al realizar la comparación entre pacientes VV y controles VV, se observan diferencias significativas solo en 13 de las 21 medidas neuropsicológicas. En la queja subjetiva de memoria, los pacientes VV tienen una puntuación más alta respecto de los controles VV, $U(188.5) = -3.737$, $p < .05$. En el MMSE, los pacientes VV tienen una puntuación más baja que los controles VV, $U(108) = -5.081$, $p < .05$.

En la atención, los controles VV tienen una mejor ejecución que los pacientes VV en una tarea de mantenimiento atencional [dígito símbolo, $U(253.5) = -2.376$, $p < .05$] pero no se diferencian en el TMT-A ni en las latencias de respuesta. En la esfera lingüística, los controles VV son superiores a los pacientes VV en tareas de fluidez verbal semántica [$U(209.5) = -3.588$, $p < .05$] y en denominación [$U(241.5) = -0.446$, $p < .05$] pero no en fluidez fonológica. En la memoria, los controles VV muestran puntuaciones más altas que los pacientes VV en tareas de aprendizaje verbal explícito a corto plazo de forma libre y con clave [MCP libre, $U(137.5) = -1.352$, $p < .05$; MCP con clave, $U(153) = -4.641$, $p < .05$], así como en memoria a largo plazo libre y con clave [MLP libre, $U(147) = -4.641$, $p < .05$; MLP con clave, $U(110.5) = -3.976$, $p < .05$]. Los fenómenos patológicos son mayores en el grupo de pacientes VV que en los controles pareados [total de intrusiones, $U(155.5) = -4.379$, $p < .05$]. El recobro eva-

luado mediante reconocimiento es superior en controles VV comparado con los pacientes VV [aciertos en reconocimiento, $U(198) = -3.557, p < .05$] y la cantidad de falsos reconocimientos es superior en los pacientes [falsos positivos, $U(257) = -2.657, p < .05$]. Los controles VV superan a los pacientes VV en la capacidad para evocar eventos de la actualidad reciente [recuerdos recientes, $U(248) = -3.089, p < .05$].

En las funciones visuales, espaciales y construccionales, así como en el pensamiento, no existen diferencias significativas entre pacientes VV y controles VV. La comparación de las puntuaciones directas entre pacientes VJ y VV muestra diferencias significativas en 9 de las 21 medidas neuropsicológicas. En la queja subjetiva de memoria, los pacientes VV muestran puntuaciones superiores a los pacientes VJ, $t(64) = -0.114, p < .05$. En la atención, los pacientes VJ tienen una ejecución superior a los pacientes VV en una prueba de mantenimiento atencional [dígito símbolo, $t(64) = 4.082, p < .05$] y sus latencias de respuesta son menores [tiempo TMT, $t(64) = -2.733, p < .05$]. En el lenguaje, los pacientes VJ son superiores a los VV en tareas de fluidez verbal [fluidez semántica, $t(64) = 2.132, p < .05$; fluidez fonológica, $t(64) = 2.035, p < .05$] y en denominación por confrontación visual [denominación, $t(64) = 1.995, p < .05$]. En la memoria, los pacientes VJ superan a los pacientes VV en el aprendizaje verbal explícito a corto y largo plazo de forma libre [MCP libre, $t(64) = 2.399, p < .05$; MLP libre, $t(64) = 2.594, p < .05$] y el número de fenómenos patológicos generados por los pacientes VJ es menor que el de los pacientes VV [total de intrusiones, $t(64) = -2.014, p < .05$]. Sin embargo, no hay diferencias en recobro con clave. En las funciones prácticas construccionales, los pacientes VJ superan a los pacientes VV en una tarea de integración y síntesis construccional [ensamblaje de cubos, $t(63) = 2.04, p < .05$] pero no en la copia de figuras complejas. No se encontraron diferencias significativas en las funciones ejecutivas para los dos grupos de pacientes.

Teniendo en cuenta que la comparación de las puntuaciones directas en controles VJ y VV mostró que existen diferencias significativas, sería incorrecto asumir que las diferencias en puntajes brutos de pacientes VJ y VV se deben solamente a la enfermedad. Por el contrario, los efectos del envejecimiento normal y las alteraciones propias de la EA se deben tener en cuenta simultáneamente al comparar la ejecución cognoscitiva de los

pacientes. Por esto, la estandarización de las puntuaciones (transformaciones z), permite observar el perfil cognoscitivo teniendo en cuenta los cambios del envejecimiento normal y la patología propia de la EA.

La tabla 3 muestra los promedios y las desviaciones estándar para las transformaciones z en las pruebas neuropsicológicas teniendo en cuenta los controles pareados. Para la estandarización de las puntuaciones directas, se empleó el promedio y la desviación estándar de los controles pareados en cada variable neuropsicológica.

La comparación de las puntuaciones z para el grupo de pacientes VJ y VV muestra diferencias con las comparaciones realizadas con puntajes brutos. Con puntajes z, las diferencias significativas se dan a favor de los pacientes VV en las pruebas de atención, en denominación, en memoria y en funciones ejecutivas. Desaparecen las diferencias en queja subjetiva de memoria, en el dígito símbolo, en fluidez verbal y en ensamblaje de cubos.

La figura 4 muestra el perfil neuropsicológico de los pacientes VJ y VV teniendo en cuenta grupos normativos pareados. La puntuación z correspondiente a memoria a largo plazo con clave no se muestra porque la magnitud de sus valores impide apreciar el resto del perfil.

Contrario a la comparación que emplea los puntajes directos, las funciones atencionales en el grupo de pacientes VV son superiores a los VJ [TMT-A, $t(64) = -2.015, p < .05$].

Adicionalmente, las latencias de respuesta en el TMT-A son inferiores en el grupo de pacientes VV [tiempo TMT, $t(64) = 3.251, p < .05$]. En el lenguaje, los pacientes VV tienen una ejecución superior a los pacientes VJ en la denominación por confrontación visual, $t(64) = -3.827, p < .05$. En la memoria, los pacientes VV tienen puntuaciones estándar superiores a los VJ en memoria a corto plazo libre, $t(64) = -4.782, p < .05$. De la misma manera que en el índice de memoria a corto plazo libre, los pacientes VV tienen puntuaciones estándar superiores a los VJ en memoria a corto plazo con clave semántica, $t(64) = -3.966, p < .05$. En la evocación diferida del material verbal explícito de forma libre, los pacientes VV tienen una ejecución superior a los pacientes VJ [MLP libre, $t(64) = -2.599, p < .05$]. Al

Variables		Puntuaciones z de pacientes				pa
		Pacientes VJ		Pacientes VV		
		M	SD	M	SD	
QSM (Paciente)		2.85	1.93	2.11	2.2	
	MMSE	-3.08	2.75	-2.28	1.61	
Atención						
	TMT - A	-0.93	1.62	-0.22	1.23	*
	Tiempo TMT	0.83	1.12	0.12	0.59	*
	Dígito Símbolo	-0.88	0.92	-0.66	0.65	
Lenguaje						
	FS	-1.36	1.41	-0.94	0.77	
	FF	-0.61	0.95	-0.47	0.65	
	Denominación	-1.25	1.51	5.1	1.14	*
Memoria						
	MCP libre/48	-2.39	1.16	-1.25	0.74	*
	MCP clave/48	-3.71	2.73	-1.68	1.22	*
	MLP libre/16	-1.74	0.98	-1.17	0.77	*
	MLP clave/16	-4.14	3.08	-1.85	1.2	*
	Intrusiones	1.39	2.24	0.67	1.21	
	Falsos positivos	5.5	10.99	1.63	2.89	
	Remotos	-0.77	1.26	-0.35	0.92	
Praxis						
	Figura de Rey	-0.9	1.63	-0.31	0.92	
	Cubos	-0.53	1.19	-0.24	0.9	
Pensamiento						
	Refranes	-1.22	1.49	-9.69	0.81	*
	Semejanzas	-1.11	1.22	0.24	0.78	*
Notas						
QSM = Queja Subjetiva de Memoria; FS = Fluidez semántica; FF = Fluidez fonológica; TMT = Trial Making Test;						
MMSE = Minimental State Examination; MCP = memoria a corto plazo; MLP = memoria a largo plazo.						
a Valor p asociado con una prueba t para muestras independientes que compara pacientes VJ y VV.						
*p < .05.						

Tabla 3
Puntuaciones z de pacientes

igual que en la memoria a largo plazo libre, la evocación diferida de material verbal con clave semántica es superior en los pacientes VV que en los pacientes VJ, [MLP clave, $t(64) = -4.061$, $p < .05$]. En otros índices de memoria episódica como la evocación de eventos correspondientes a la actualidad reciente, los pacientes VV superan a los VJ, $t(64) = -3.323$, $p < .05$. Las funciones visuales, espaciales y construccionales no difirieron en los dos grupos de pacientes luego de la transformación de los puntajes.

En relación con las funciones ejecutivas, los pacientes VV tienen una ejecución superior a los VJ en una tarea de abstracción verbal y conceptualización [refranes, $t(62) = -3.813$, $p < .05$]. En una tarea ejecutiva de generalización conceptual e inferencia de similitudes mediante abstracción, los pacientes VV tienen una ejecución superior a los pacientes VJ [semejanzas, $t(62) = -5.355$, $p < .05$].

(62) = -3.813, $p < .05$]. En una tarea ejecutiva de generalización conceptual e inferencia de similitudes mediante abstracción, los pacientes VV tienen una ejecución superior a los pacientes VJ [semejanzas, $t(62) = -5.355$, $p < .05$].

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se demuestra la existencia de cambios cognoscitivos asociados con el envejecimiento normal en función de la edad y se establece la existencia de perfiles neuropsicológicos distintos en los VJ y los VV. En concordancia con lo que está descrito en la literatura neuropsicológica, los análisis exploratorios

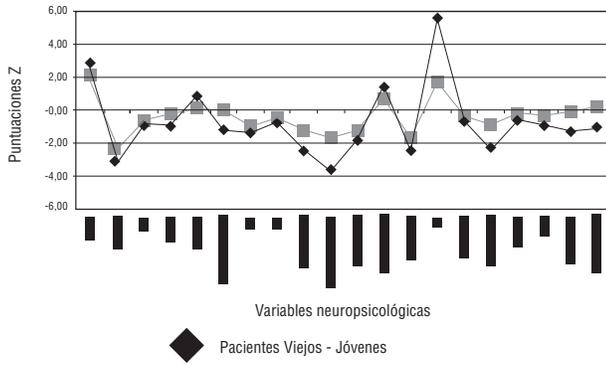


Figura 4.
Perfiles neuropsicológicos de los pacientes VJ y VV

muestran que en el grupo de controles VJ se observan puntuaciones altas en todas las medidas de memoria episódica, mientras que presenta puntuaciones bajas en fenómenos patológicos (falsos positivos e intrusiones). De otra parte, se evidenció que el grupo de controles VV solamente presenta índices de memoria episódica (aciertos en reconocimiento) altos, lo cual sugiere que las otras medidas de memoria pueden estar disminuidas por efectos de la edad (proceso de envejecimiento). El hecho de haber observado puntuaciones bajas en funciones ejecutivas corresponde con reportes previos de disminución del funcionamiento de áreas anteriores propias de este tipo de funciones (Anderson y Craik, 2000).

En relación con el envejecimiento normal, se verificó que en los puntajes brutos los controles VV tienen una peor ejecución en todos los dominios cognoscitivos respecto de los controles VJ. Estos hallazgos concuerdan con los de investigaciones previas en las que se observa que en los controles, existe una relación inversa entre la edad y el estatus cognoscitivo (Wilson y cols., 1999; Fries y cols., 2000; Watson y cols., 2001 y Singer y cols., 2003). Los resultados evidencian que las funciones cognoscitivas del control VV son más disminuidas que las del control VJ, por lo cual en los controles VV existen cambios propios del proceso de envejecimiento normal (Libon y cols., 1994; Greenwood y cols., 1997; Small y cols., 1999; Anderson y Craik, 2000; Watson y cols., 2001; Singer y cols., 2003; Bondi y cols., 2003).

En resumen, los controles VJ tienen una ejecución superior a los controles VV en los dominios de atención, lenguaje, memoria, praxis y pensamiento. Esto se puede establecer a partir de la comparación de las puntuaciones brutas en las pruebas neuropsicológicas para

cada uno de los dominios cognoscitivos. Estos hallazgos están soportados por la literatura previa, aunque el empleo de diferentes metodologías, instrumentos y criterios para clasificar a los controles como VJ o VV hace que en algunos casos estas diferencias no puedan ser establecidas. En nuestro estudio con controles homogéneos, con un rango de 10 años de diferencia para ambos grupos, y controlando los efectos de trastornos afectivos y las quejas de memoria, los controles VV ejecutan peor que los controles VJ en las pruebas neuropsicológicas, a excepción de algunos índices como la fluidez fonológica, la evocación de recuerdos remotos, los aciertos en reconocimiento y el número de intrusiones de la prueba de Grober y Buschke.

Mediante la técnica exploratoria multivariada de clasificación, la división en dos grupos evidencia que se puede establecer una diferenciación entre pacientes y controles. Sin embargo, el hecho de haber encontrado individuos “controles” en el grupo de pacientes obedece a que algunos de estos podrían encontrarse en estadios preclínicos o presintomáticos de demencia. Cuando aparecen pacientes en el grupo de normales, es probable que como los pacientes están en estadios leves a moderados, los límites con el funcionamiento normal sean menos claros.

En la segmentación en cuatro clases, el primer grupo corresponde a controles VJ porque la ejecución es superior en las variables neuropsicológicas y pocos fenómenos patológicos. La segunda clase, aunque no mostró asociación con las modalidades ilustrativas, se asocia con el grupo de controles VV, donde se espera disminución en puntuaciones de interpretación y abstracción de material verbal con una buena ejecución en índices de memoria con clave. La tercera clase, con mayor representación de pacientes VV y disminución en medidas de lenguaje y memoria, con presencia de fenómenos patológicos corresponde al grupo de pacientes VV, en quienes se espera un cuadro de predominio temporal. La cuarta clase, que también presenta mayor representación de pacientes VV pero abarca promedios menores en todas las escalas. Esto quiere decir que no es clara la diferenciación entre ambos grupos de pacientes, dando cuenta de la dificultad para encontrar marcadores diferenciales entre ambos grupos de pacientes cuando se emplean métodos exploratorios.

Los hallazgos muestran que en general, es fácil determinar características específicas en los grupos de con-

troles pero no en los pacientes. Esto obedece a que en los pacientes se asume que la enfermedad tiene manifestaciones idénticas independientemente de la edad, pero es necesario ver simultáneamente los efectos del envejecimiento normal junto con los de la enfermedad. En la comparación de los pacientes con los controles, se observó que en los pacientes VV es más difícil diferenciar los casos de los normales ya que se suman los cambios del envejecimiento normal a los del deterioro cognoscitivo. Por esto, las diferencias entre pacientes VV y controles VV están dadas en un menor número de pruebas que cuando se comparan los pacientes VJ con los controles VJ. Al comparar los pacientes VJ con sus controles, se observa el perfil de deterioro cognoscitivo clásico descrito en la literatura neuropsicológica (Morris, 1996; Greenwood y cols., 1997; Nebes, 1997; Balota y Faust, 2001, Salmon y Lange, 2001; Watson y cols. 2001, Margolin y Friedrich, 1988; Salmon y cols., 1988, 1992, 2001; Chertkow y cols., 1989; Hodges y cols., 1992, 1996; Montañés y cols., 1995, 1996, 1998; Monti y cols., 1996; Farah y Grossman, 1997; Garrard y Hodges, 1997; Dalla Barba y Rieu, 2001; Helkala y cols., 1989; Backman y Herlitz, 1996; Becker y cols., 1996; Monti y cols., 1998; Stout y cols., 1999; Watson y cols., 2001; Faust y cols., 2001; Johnson y cols., 2003; Lekeu, 2003, Furey-Kurjian y cols., 1996; Freeman y cols., 2000; Caine y Hodges, 2001, Cronin-Golomb y Amick, 2001, Duke y Kaszniak, 2000)

Es posible dictaminar que existen diferencias claras entre los controles VJ y entre los pacientes VJ en todos los indicadores neuropsicológicos, a excepción de la tarea de ensamblaje de cubos. La EA del VJ concuerda con el patrón de deterioro cognoscitivo afásico, apráxico, agnósico, amnésico y ejecutivo descrito en conjunto como los déficits de las funciones superiores característicos de la enfermedad. A diferencia de la comparación de los puntajes brutos entre pacientes VJ y controles VJ, la comparación entre los pacientes VV y los controles VV revela diferencias significativas en menos medidas, lo cual indica que a partir de puntuaciones directas es más difícil discriminar entre casos y controles ya que en el VV se suman los efectos del envejecimiento normal y los de la demencia. Los pacientes VV muestran fallas en la capacidad para realizar una búsqueda visual y para el mantenimiento atencional respecto de los normales VV (Morris, 1996; Nebes, 1997; Faust y Balota, 1997; Greenwood y cols., 1997; Foster y cols., 1999; Balota y Faust, 2001), para

la denominación y la búsqueda de ejemplares a partir de una categoría semántica, pero no en categorías fonológicas (Salmon y Heindel, 1992; Montañés, 1998; Marcowitsch, 2000ab) y fallas en el aprendizaje verbal explícito, en la evocación de la información a largo plazo de forma libre y con clave, y en el reconocimiento (Helkala y cols., 1989; Backman y Herlitz, 1996; Becker y cols., 1996; Monti y cols., 1998; Montañés, 1998; Stout y cols., 1999; Watson y cols., 2001; Faust y Balota, 2001; Johnson y cols., 2003; Lekeu, 2003). No se encontraron diferencias en funciones visoconstruccionales ni en funciones ejecutivas entre pacientes VV y sus controles pareados. Si bien, en las funciones práxicas, los pacientes VV tienen puntuaciones promedio menores a los controles VV, estas diferencias no logran alcanzar significancia estadística

En conclusión, respecto a los dominios cognoscitivos, los pacientes VV difieren de sus controles en atención, lenguaje y memoria, pero no en praxis ni en funciones ejecutivas. -Teniendo en cuenta los grupos de edad en la comparación por puntajes brutos, es más fácil diferenciar casos de controles cuando se trata de VJ que de VV. Es posible afirmar que los hallazgos neuropsicológicos del VJ consisten en alteraciones cognoscitivas múltiples (Peña-Casanova, 1998ab) que abarcan todos los dominios cognoscitivos. Por el contrario, los índices neuropsicológicos del VV teniendo en cuenta los puntajes brutos abarcan solamente atención, lenguaje y memoria. Por esto, será más difícil establecer la instauración de un proceso demencial en un anciano VV respecto de otro VJ. Para fines diagnósticos, en el VV los cambios respecto al funcionamiento premórbido deben ser más pronunciados en estos tres dominios cognoscitivos para poder hacer el diagnóstico de EA.

En el grupo de pacientes, no fue posible diferenciar los VJ de los VV cuando se sigue una metodología exploratoria ya que el comportamiento es similar en las variables tenidas en cuenta. Las similitudes apuntan a altos puntajes de fenómenos patológicos (intrusiones y falsos positivos) y bajas puntuaciones en todas las variables neuropsicológicas, especialmente en las de memoria. Este patrón corresponde al conjunto de déficit descrito en la EA, con predominio de alteraciones mnésicas y presencia de fenómenos como intrusiones.

Cuando se confrontaron los puntajes brutos de los pacientes VJ y los pacientes VV se observó que en la

atención, los pacientes VV muestran mayores alteraciones en la capacidad de mantenimiento atencional y mayores tiempos de respuesta que los VJ. En el lenguaje, la capacidad para la búsqueda y generación de ejemplares en categorías semánticas, fonológicas y la denominación, están más comprometidas en pacientes VV que en VJ, cuando se comparan los puntajes brutos. En la memoria, sólo el registro a corto y largo plazo libres son más disminuidos en pacientes VV respecto de pacientes VJ, pero las intrusiones son mayores. En funciones práxicas, la síntesis construccional a partir de modelos en tareas de ensamblaje de cubos está más comprometida en pacientes VV que en pacientes VJ. En las funciones ejecutivas, no se encontraron diferencias entre los puntajes directos de pacientes VJ y pacientes VV. En resumen, los pacientes VV tienen puntuaciones brutas inferiores a los pacientes VJ en atención, lenguaje, memoria y praxis pero no en pensamiento. Si tomamos la información hasta este punto, comparar las ejecuciones en puntajes brutos de pacientes VJ y pacientes VV equivale a asumir que no existen cambios en el envejecimiento normal y que por lo tanto independientemente de la edad, los grupos son semejantes. Sin embargo, es claro que sí hay cambios en las funciones cognoscitivas en el envejecimiento normal, lo cual ha sido mostrado en las comparaciones entre controles VJ y controles VV. Si nos quedamos con la comparación de puntajes brutos, parecería que definitivamente los pacientes VV tienen una ejecución inferior a los pacientes VJ en todas las pruebas, pero que solo en atención, lenguaje, memoria y praxis estas diferencias son significativas desde el punto de vista estadístico. El análisis con puntuaciones *z*, revela otra realidad.

La comparación de las puntuaciones directas en pacientes VJ y pacientes VV no permite ver claramente el efecto de la enfermedad porque no tiene en cuenta el trasfondo del envejecimiento normal. Al estandarizar las puntuaciones (transformaciones *z*) teniendo en cuenta el promedio y la desviación estándar de los controles pareados, se observa la influencia de la enfermedad teniendo en cuenta la ejecución de los normales. Esta comparación será más precisa por cuanto permite reflejar el comportamiento de las variables neuropsicológicas teniendo en cuenta de forma simultánea el proceso de envejecimiento normal y la EA (Bondi y cols., 2003).

En la atención, la comparación de los puntajes estandarizados revela que los pacientes VV superan a los

pacientes VJ en la capacidad para la búsqueda y el seguimiento visual, aunque las latencias de ejecución son menores. En el lenguaje, los pacientes VV muestran menos alteraciones en la denominación por confrontación visual que los pacientes VJ en la comparación de puntajes estandarizados. En la memoria, la capacidad para el aprendizaje verbal explícito a corto y largo plazo en las modalidades libre y con clave semántica, así como la evocación de eventos de la actualidad reciente, es superior en pacientes VV respecto de los pacientes VJ cuando se compararon las puntuaciones estandarizadas. En las funciones visuales, espaciales y construccionales, no se encuentran diferencias cuando se comparan los puntajes estandarizados de los pacientes VJ y los pacientes VV. En las funciones ejecutivas, las capacidades de abstracción verbal y de generalización conceptual son superiores en pacientes VV respecto de los pacientes VJ cuando se comparan las puntuaciones estándar. En conclusión, contrario a lo establecido en la comparación de los puntajes brutos, la comparación de los puntajes estandarizados de los pacientes permite observar que los pacientes VV tienen una mejor ejecución que los pacientes VJ en todos los dominios cognoscitivos, particularmente en atención, lenguaje, memoria y funciones ejecutivas, pero no en praxis construccional.

En concordancia con Bondi y cols. (2003), cuando los pacientes VJ y VV se comparan teniendo en cuenta sus respectivos controles, el perfil y la severidad de las alteraciones neuropsicológicas propias del VV son menores que las de los VJ. Aun cuando los pacientes son equivalentes en estadio de la enfermedad, años de evolución, grado de funcionalidad y no están deprimidos, los pacientes VV muestran un perfil de deterioro cognoscitivo más leve que el de los pacientes VJ en las puntuaciones estandarizadas. Los resultados apoyan las teorías de la EA en relación con la heterogeneidad clínica, ya que además de los subgrupos clínicos verbal y visual descritos previamente (Coslett y Saffran, 1996; Furey-Kurjian y cols., 1996; Alberca, 1998; Salthouse y Becker, 1998; Caine y Hodges, 2001), ahora es posible hablar de heterogeneidad clínica en el subgrupo de los pacientes VJ y en el de los VV. Esto es válido no solo para los pacientes sino además para los controles, confirmando los reportes de Wilson y cols. (1999) quienes hablan de una amplia variabilidad en el envejecimiento normal.

Estos hallazgos tienen implicaciones clínicas e investigativas. En el terreno del diagnóstico, es más fácil llegar a falsos positivos o diagnósticos erróneos cuando el consultante hace parte del grupo de VV. Por esto, es necesario disponer de normas especiales para este grupo de edad, preferiblemente adecuadas por género y escolaridad, en controles sin depresión, sin alteraciones neurológicas y sin condiciones médicas que afecten la cognición. Del mismo modo, debe hacerse el trabajo de estandarización de los protocolos en controles VV que presenten patologías no neurológicas que causen cambios en el funcionamiento cognoscitivo. En el primer caso, la estandarización de nuestras pruebas asume que el envejecimiento de la población colombiana es óptimo, lo cual no se cumple en nuestras condiciones socioeconómicas y sanitarias. La estandarización de protocolos en los VV teniendo en cuenta grupos normativos con enfermedades crónicas que no inciden en la cognición, nos permitirá suplir la necesidad de parámetros reales sobre los cuales realizar nuestro trabajo clínico y a su vez, suplir los requerimientos de este segmento creciente de la población con una aproximación más cercana al VV colombiano.

Desde el punto de vista investigativo, conocer el funcionamiento normal de la cognición del VV permitirá hacer comparaciones más precisas al evaluar las opciones terapéuticas existentes desde el punto de vista farmacológico y no farmacológico. Además, permitirá reclasificar los criterios para hablar de demencia, deterioro cognoscitivo mínimo y envejecimiento normal en los VV, ya que esta investigación muestra claramente que no pueden emplearse los mismos parámetros del VJ cuando se indaga en torno a una de estas entidades clínicas en el VV. De otra parte, la investigación debe centrarse en el estudio longitudinal del envejecimiento normal, ya que en nuevos estudios comparativos se incrementa la certeza de los hallazgos cuando se dispone de ancianos normales cuyo estatus cognoscitivo, funcional y afectivo es corroborado a través del tiempo.

Siguiendo a Bondi y cols. (2003), estos hallazgos tienen implicaciones en el estudio longitudinal de los pacientes con EA, ya que los decrementos leves en las puntuaciones z de pacientes VV tienen una gran significancia clínica, particularmente en pruebas como el TMT-A, Grober y Buschke, refranes y semejanzas. Si nos quedamos con la comparación de puntajes brutos, estamos pasando por alto información importante rela-

cionada con el curso de la enfermedad y de la acción de los tratamientos. Entre las dificultades observadas en este estudio es preciso resaltar que las muestras de pacientes VJ y de controles VV son difíciles de obtener respecto de las muestras de pacientes VV y de controles VJ. Este hecho obedece a razones epidemiológicas, ya que la incidencia y prevalencia de EA crece con la edad, por lo cual es menos probable encontrar casos en edades tempranas y también es muy difícil encontrar controles mayores de 80 años. Este estudio tiene limitaciones como la ausencia de genotipificación en las muestras, así como de estudio anatomopatológico de casos y controles que permita hablar de EA definitiva y que a su vez certifique que en los controles no hay cambios histológicos propios de la EA. En este estudio, aunque se tomaron unos criterios muy restrictivos en la selección de la muestra de controles, tampoco se realizaron evaluaciones longitudinales que corroboraran su estatus cognoscitivo, por lo cual podría haber participantes que se encuentren en estados preclínicos de EA.

Tal como lo encontrado por Bondi y cols. (2003), estos hallazgos demuestran claramente que es erróneo aplicar los conocimientos obtenidos en los VJ para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los ancianos VV. Es necesario continuar trabajando desde la neuropsicología, la genética y la neuroimagen con el fin de caracterizar claramente los estadios preclínicos de la EA en esta población que continúa creciendo en la actualidad.

Referencias

1. Alberca, R. (1998). Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca y S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 281-291). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
2. Anderson, N. D. y Craik, F. J. M. (2000). Memory in the aging brain. En E. Tulving y F. I. M. Craik (Eds.), *The Oxford handbook of memory* (pp. 411-425). Oxford: Oxford university Press.
3. Backman, L. y Herlitz, A. (1996). Knowledge and memory in Alzheimer's disease: a relationship that exists. En R. G. Morris (Ed.), *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia* (pp. 89-104). Oxford University Press: Oxford.
4. Balota, D. y Faust, M. (2001). Attention in dementia

- of the Alzheimer type. n F. Boller y S. Cappa (Eds.) Handbook of Neuropsychology, 2nd Edition (pp. 51-80). Amsterdam: Elsevier.
5. Becker, J., López, O. y Butters, M. (1996). Episodic memory: differential patterns of breakdown. En R. G. Morris (Ed.), The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia (pp. 71-88). Oxford University Press: Oxford.
 6. Bondi, M. W., Houston, W., Salmon, D., Corey-Bloom, J., Katzman, R., Thall, L. y Delis, D. (2003). Neuropsychological deficits associated with Alzheimer's disease in the very-old: discrepancies in raw vs. standardized scores. Journal of the International Neuropsychological Society, *9*, 783-795.
 7. Caine, D. y Hodges, J. (2001). Heterogeneity of semantic and visuospatial deficits in early Alzheimer's disease. Neuropsychology, *15* (2) 155-164.
 8. Cano, C. A., Márquez, J., García, M., Marulanda, F., Gómez, J., Manzur, R., González, F., Moncada, C., Guevara, G., Tamayo, F., López, J. y Vargas, C. (1995). Capacitación en salud para el cuidado del anciano. Bogotá: Ministerio de Salud.
 9. Cano, C. A., Santacruz, C., Casas, A., Herrera, L., Plata, S. (2003) Vejez: estado del arte, Bogotá 1990-2000. Bogotá: Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito.
 10. Chertkow, H., Bub, D. y Seidenberg, M. (1989). Priming and semantic memory loss in Alzheimer's disease. Brain and Language, *36*, 420-446.
 11. Coslett, H. y Saffran, E. (1996). Visuospatial functioning. En R. G. Morris (Ed.), The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia (pp. 193-205). Oxford University Press: Oxford.
 12. Cronin-Golomb, A. y Amick, M. (2001). Spatial abilities in aging, Alzheimer's disease, and Parkinson's disease. En F. Boller y S. Cappa (Eds.), Handbook of Neuropsychology, 2nd Edition (pp. 119-143). Amsterdam: Elsevier.
 13. Dalla Barba, G. y Rieu, D. (2001). Differential effects of age and age-related neurological diseases on memory systems and subsystems. En F. Boller y S. Cappa (Eds.), Handbook of Neuropsychology, 2nd Edition (pp. 97-118). Amsterdam: Elsevier.
 14. Duke, L. y Kaszniak, A. (2000). Executive control functions in degenerative dementias: a comparative review. Neuropsychology Review, *10* (2), 75-99.
 15. Farah, M. J. y Grossman, M. (1997). Semantic memory impairments. En T. E. Feinberg y M. J. Farah (Eds.), Behavioral Neurology and Neuropsychology (pp. 463-471). New York: McGraw Hill.
 16. Faust, M. E., Balota, D. A. y Spieler, D. (1997). Inhibition of return and visuospatial attention in healthy older adults and individuals with dementia of the Alzheimer type. Neuropsychology, *11* (1), 13-29.
 17. Faust, M. E. y Balota, D. A. (2001). Building episodic connections: changes in episodic priming with age and dementia. Neuropsychology, *15* (4), 626-637.
 18. Foster, J., Behrmann, M. y Stuss, D. (1999). Visual attention deficits in Alzheimer's disease: simple versus conjoined feature search. Neuropsychology, *13* (2), 223-245.
 19. Freeman, R., Giovannetti, T., Lamar, M., Cloud, B., Stern, R., Kaplan, E. y Libon, D. (2000). Visoconstruccion problems in dementia: contribution of executive systems functions. Neuropsychology, *14* (3), 415-426.
 20. Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). «Mini-mental State»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatric Res., *12*, 189-198.
 21. Fries, B., Morris, J., Skarupski, K. y Blaum, C. (2000). Accelerated dysfunction among the very oldest-old in nursing homes. The Journals of Gerontology, *55a*, 336-341.
 22. Furey-Kurkjian, M., Pietrini, P., Graff-Radford, N., Alexander, G., Fieo, U., Szczepanik, J. y Schapiro, M. (1996). Visual variant of Alzheimer's disease: distinctive neuropsychological features. Neuropsychology, *10*(2), 294-300.
 23. Garrard, P., Perry, R. y Hodges, J. R. (1997). Disorders of semantic memory. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, *62*, 431-435.
 24. Greenwood, P., Parasuraman, R. y Alexander, G. (1997). Controlling the focus of spatial attention during visual search: effects of advanced aging and Alzheimer disease. Neuropsychology, *11* (1), 3-12.
 25. Grober, E. y Buschke, H. (1988). Screening for dementia by memory testing. Neurology, *38*, 900-903.
 26. Helkala, E., Laulumaa, V., Soininen, H. y Riekkinen,

- P. (1989). Different error pattern of episodic and semantic memory in Alzheimer's disease and Parkinson's disease with dementia. Neuropsychology, 27 (10), 1241-1248.
27. Hodges, J. R., Salmon, D. P. y Butters, N. (1992). Semantic memory impairment in Alzheimer's disease: failure of access or degraded knowledge?. Neuropsychologia, 30 (4), 301-314.
 28. Hodges, J. R., Patterson, K., Graham, N. y Dawson, K. (1996). Naming and knowing in dementia of Alzheimer type. Brain and Language, 54, 302-325.
 29. Howieson, D. B., Camicioli, R., Quinn, J., Silbert, L. C., Care, B., Moore, M. M., Dame, A., Sexton, G. y Kaye, J. A. (2003). Natural history of cognitive decline in the old old. Neurology, 60, 1489-1494.
 30. Johnson, D., Storandt, M. y Balota, D. (2003). Discourse analysis of logical memory recall in normal aging and in dementia of the Alzheimer type. Neuropsychology, 17 (1), 82-92.
 31. Kemp, P., Holmes, C., Hoffmann, S., Bolt, R., Holmes, R., Rowden, J. y Fleming, J. (2003). Alzheimer's disease: differences in technetium-99m HMPAO SPECT scan findings between early onset and late onset dementia. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 74, 715-719.
 32. Lekeu, F., Van Der Linden, M., Degueldre, C., Lemaire, C., Luxen, A., Frank, G., Moonen, G. y Salmon, E. (2003). Effects of Alzheimer's disease on the recognition of novel versus familiar words: neuropsychological and clinico-metabolic data. Neuropsychology, 17 (1), 143-154.
 33. Libon, D., Glosser, G., Malamut, B., Kaplan, E., Goldberg, E., Swenson, R. y Sands, L. (1994). Age, executive functions, and visuospatial functioning in healthy older adults. Neuropsychology, (8), 38-43.
 34. Mahoney, F. L. y Barthell, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.
 35. Marcowitsch, H. J. (2000a). Neuroanatomy of memory. En E. Tulving y F. I. M. Craik (Eds.), The Oxford handbook of memory (pp. 465-484). Oxford: Oxford University Press.
 36. Marcowitsch, H. J. (2000b). Memory and amnesia. En M. M. Mesulam (Ed.), Principles of behavioral and cognitive neurology (pp. 257-293). Oxford: Oxford University Press.
 37. Margolin, D. I., y Friedrich, F. (1998). Lexical priming by pictures and words in aging, anomia and dementia. Journal of Clinical and Experimental neuropsychology, 10 (1), 1961-1968.
 38. McKhan, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzan, R., Price, D. y Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group in auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 4, 939-944.
 39. Montañés, P. (1998). Memoria y olvido. Neurociencias en Colombia, 6 (1), 31-45.
 40. Montañés, P., Goldblum, M. C. y Boller, F. (1995). The naming impairment of living and nonliving items in Alzheimer's disease. Journal of the International Neuropsychological Society, 1, 39-48.
 41. Montañés, P., Goldblum, M. C. y Boller, F. (1996). Classification deficits in Alzheimer's disease with special reference to living and nonliving things. Brain and Language, 54, 335-358.
 42. Monti, L. Gabrielli, J., Reminger, S., Rinaldi, J., Wilson, R. y Fleischman, D. (1996). Differential effects of aging and Alzheimer's disease on conceptual and explicit memory. Neuropsychology, 10 (1), 101-112.
 43. Morris, J., A. Heyman, A. y Mohs, R. C. (1989). "The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease." Neurology, 39(9): 1159-1165.
 44. Morris, R. G. (1996). A cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia. En R. G. Morris (Ed.), The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia (pp. 3-10). Oxford University Press: Oxford.
 45. Nebes, R. D. (1997). Alzheimer's disease: cognitive neuropsychological aspects. En T.E. Feinberg y M. J. Farah (Eds.), Behavioral neurology and neuropsychology (pp. 545-569). New York: McGraw Hill.
 46. Osterrieth, P. A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe. Archives de Psychologie, 30, 206-356.
 47. Peña-Casanova, J. (1998a). Exploración

- neuropsicológica de la demencia. En R. Alberca y S. López-Pousa (Eds.), Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (pp.49-73). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
48. Peña-Casanova, J. (1998b). Exploración neuropsicológica de la Enfermedad de Alzheimer. En R. Alberca y S. López-Pousa (Eds.), Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (pp. 217-236). Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
49. Reid, W., Broe, G., Creasey, H., Grayson, D., McCusker, E., Bennett, H., Longley, W. y Sulway, M. (1996). Age at onset and pattern of neuropsychological impairment in mild early-stage Alzheimer's Disease: a study of a community based population. Archives of Neurology, *53*, 1056-1061.
50. Rey, A. (1999). Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas (manual). Madrid: TEA.
51. Salmon, D., Shimamura, A., Butters, N y Smith, S. (1988). Lexical and semantic priming deficits in patients with Alzheimer's disease. Journal of Clinical and Experimental neuropsychology, *10* (4), 477-494.
52. Salmon, D. y Heindel, W. (1992). Impaired priming in Alzheimer's disease: neuropsychological implications. En L. Squire y N. Butters (Eds.), Neuropsychology of memory (pp. 179-187). New York: The Guilford Press.
53. Salmon, D. P. y Lange, K. L. (2001). Cognitive screening and neuropsychological assessment in early Alzheimer's disease. Clinics in geriatric medicine: Alzheimer's disease and dementia, *17* (2), 229-254.
54. Salthouse, T. y Becker, J. (1998). Independent effects of Alzheimer's disease on neuropsychological functioning. Neuropsychology, *12* (2), 242-252.
55. Silver, M. H., Jilinskaia, E. y Perls, T. (2001). Cognitive functional status of age-confirmed centenarians in a population-based study. The Journals of Gerontology, *3*, 134-145.
56. Singer, T., Verhaegen, P., Ghisletta, P., Linderberger, U. y Baltes, P. (2003). The fate of cognition in very old age: six-year longitudinal findings in the Berlin Aging Study (BASE). Psychology and aging, *18* (2), 318-331.
57. Small, S., Stern, Y., Tang, M. y Mayeux, R. (1999). Selective decline in memory function among healthy elderly. Neurology, *52*, 1392-1396.
58. Spreen, O. y Strauss, E. (1991). A compendium of neuropsychological tests. New York: Oxford University Press.
59. Stout, J., Bondi, M., Jernigan, T., Archibald, S., Delis, D., y Salmon, D. (1999). Regional cerebral volume loss associated with verbal learning and memory in dementia of the Alzheimer type. Neuropsychology, *13* (2), 188-197.
60. Watson, J., Balota, D. y Sergent-Marshall, S. (2001). Semantic, phonological, and hybrid veridical and false memories in healthy older adults and in individuals with dementia of the Alzheimer type. Neuropsychology, *15* (2), 254-267.
61. Wheeler, M. A., Stuss, D. T. y Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autonoetic consciousness. Psychological Bulletin, *121* (3), 331-354.
62. Weschler, D. (1981). WAIS-R Manual. New York: The Psychological Corporation.
63. Wilson, R., Beckett, L., Bennett, D., Albert, M. y Evans, D. (1999). Change in cognitive function in older persons from a community population: relation of age and Alzheimer's disease. Archives of Neurology, *56* (10), 1274-1282.
64. Yesavage, J. (1986). The use of self-rating depression scales in the elderly. En L. W. Poon (ed.), Handbook of clinical memory assessment in older adults (pp. 213-217). Washington: American Psychological Association.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) EN EL ANCIANO

Diego Andrés Osorno Chica
Residente Nivel IV
Medicina Interna y Geriátría
Universidad de Caldas, Manizales

Introducción

La fiebre de origen desconocido en el viejo es el típico ejemplo de síndrome médico que requiere de un enfoque especial cuando se compara con las personas jóvenes.

En 1961 Petersdorf y Beeson introdujeron la definición que se convertiría en estándar, haciendo referencia a aquella fiebre de más de 38.3 grados centígrados, de más de 3 semanas de duración y que luego de 1 semana de estudio, en ámbito hospitalario, no se ha definido una causa (2).

Recientemente Durack y Street propusieron un nuevo sistema de clasificación de la fiebre de origen incierto:

- a. Clásica
- b. Nosocomial
- c. Neutrópica
- d. Asociada a HIV

Debido a que la institucionalización es costosa y a que la mayoría de los estudios se pueden realizar de forma ambulatoria, el criterio de 1 semana en hospitalización se modificó (1, 3, 4). A través de diversos estudios se ha podido establecer que las infecciones, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del tejido conectivo son las principales causas. Sin embargo 30% de los pacientes se queda sin una causa definida (5, 6). Investigaciones recientes en ancianos han demostrado que el diagnóstico se puede determinar en 87 a 95% de los casos (7).

La fiebre en el viejo se convierte en manifestación atípica de una enfermedad común; una publicación he-

cha en el Journal de la Sociedad Americana de Geriátría (JAGS) en 1993 muestra la siguiente distribución de causas de FOD en mayores de 65 años:

Distribución de causas de FOD en mayores de 65 años	
Enfermedades multisistémicas:	31%
Infecciones:	25%
Tumores:	12%
Sin diagnóstico:	12%
Misceláneas:	10%
Drogas:	6%

Tabla 1

Distribución de causas de FOD en mayores de 65 años

La tuberculosis, la polimialgia reumática, la artritis reumatoide y la arteritis de la temporal, junto a las Neoplasias cobijan la mayoría de los casos (7).

Infecciones

En muchos estudios a nivel mundial, la infección se ha demostrado como la principal causa de fiebre de origen desconocido, algo similar se postula en lo referente al anciano (7, 10) debido a la alta susceptibilidad que tienen los viejos a las infecciones y la morbilidad y mortalidad de ellas derivadas.

Los abscesos intra-abdominales, que generalmente en la vejez suelen cursar en forma subaguda, están a la cabeza siguiendo a la tuberculosis como causa de la fiebre de origen incierto (1, 7), especialmente la forma miliar de la TBC (11). Los abscesos cobijan el 4% del total y la tuberculosis oscila, según los distintos repor-

tes, entre el 20 y el 50% del total de casos generados por infecciones.

Otras causas menos frecuentes de FOD de causa infecciosa son las osteomielitis por *S. aureus* y bacilos gram negativos, especialmente cuando hay Diabetes Mellitus asociada (12, 13, 15). 50% de los casos de endocarditis infecciosa ocurren en mayores de 60 años, lo que hace a esta entidad de obligatorio carácter para hacer un diagnóstico diferencial entre las causas de fiebre de causa no clara (16, 17, 18, 19, 20).

La instrumentación del tracto genitourinario sobre todo en personas que residen en instituciones de larga estancia, es una causa común (20). Las enfermedades virales, incluyendo la Mononucleosis infecciosa, las infecciones por citomegalovirus y la infección por HIV, son causas poco frecuentes pero que se deben tener en cuenta para hacer el diferencial. Las dos primeras causas anotadas se presentan principalmente en personas institucionalizadas.

Enfermedad multi-sistémica

Representadas eminentemente por las enfermedades de trasfondo inmunitario, particularmente el complejo polimialgia reumática-artritis temporal (constituye el 60% de las causas en esta categoría) (27, 28, 29, 30, 31), además están la sarcoidosis, la artritis reumatoide, la enfermedad de Wegener y la poliarteritis nodosa (7).

Neoplasias

Las leucemias, la enfermedad de Hodgkin, el mieloma múltiple y el cáncer de colon, son las principales categorías ubicadas en éste ítem (5, 7, 9, 10).

Misceláneas

El embolismo pulmonar representa el 4% de las causas de fiebre de origen desconocido en mayores de 65 años (7, 32, 33); la tiroiditis subaguda de Quervain y la tirotoxicosis, son dos causas poco frecuentes ubicadas en esta categoría (36, 37).

Drogas

Los anti-inflamatorios no esteroideos y los antimicrobianos son las 2 causas más frecuentes dentro de este grupo (1).

Evaluación del paciente anciano con Fiebre de Origen Desconocido

Este síndrome se convierte en un verdadero problema diagnóstico, en parte porque el viejo tiene poca tolerancia a ser sometido a largos períodos de evaluación y además los costos que acarrea el estudio (ver Tabla 2).

<i>Recomendaciones para el estudio de FOD en ancianos</i>
Una adecuada historia clínica
Examen físico completo
Hemograma
Química sanguínea
TSH-T4L
Serología para Epstein-Barr y CMV
Elisa HIV
ANAS
Ecografía abdominal
TAC de tórax y abdomen
Ecocardiograma
PPD
VSG
Biopsia de arteria temporal si amerita
Escanograma con leucocitos marcados con Galio 67 o Indio 111
Biopsia de hígado y médula ósea
Laparotomía exploradora

Tabla 2

Recomendaciones para el estudio de FOD en ancianos

¿Son válidos los criterios de Petersdorf y la clasificación de Durack en el viejo?

La fiebre en el viejo se define como la persistencia de una temperatura oral, o de la membrana timpánica por encima de 37.2 grados centígrados, rectal mayor de 37.5 grados centígrados o un incremento mayor de 1.3 grados centígrados sobre el valor basal (8, 39).

Muchos ancianos tienen respuesta febril bloqueada (39) lo que altera y retarda el diagnóstico de un importante número de condiciones. La función termorreguladora, así como las sudomotora y vasomotora, están modificadas. De la misma forma, la respuesta a las Interleukina 1 y 6 es distinta en el anciano cuando se compara con las personas menores de 55 años (8). Fundamentado en lo anterior algunos han propuesto modificar los

criterios de Petersdorf, y las categorías de Durack en personas mayores de 65 años pero al momento no ha existido consenso en esto, motivo por el cual siguen siendo válidos.

Conclusiones

Las causas de FOD en el anciano cobijan un espectro diferente cuando se comparan con el origen en personas jóvenes:

1. El número de causas no diagnosticadas en ancianos es menor.
2. La fiebre suele ser manifestación atípica de enfermedades comunes.
3. Los criterios de Petersdorf siguen siendo válidos en el viejo.

Bibliografía

1. Arnow PM. Fever of unknown origin. Review article. *Lancet* 1997; 350: 575–80.
2. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine* 1961; 40: 1–30.
3. Kanzasjian P. Fever of unknown origin: review of 86 patients treated in community hospitals. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 968–73.
4. Petersdorf RG. Fever of unknown origin: an old friend revisited. *Arch Intern Med* 1992; 152: 21–2.
5. Knockaert DC, Vanneste LJ, Vanneste SB. Fever of unknown origin in 1980s. An update of the diagnostic spectrum. *Arch Intern Med* 1992; 152: 51–5.
6. DeKleijn EM. Fever of unknown origin (FUO): I. A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. *Medicine* 1997; 76: 392.
7. Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in the elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 1187–92.
8. Norman DC. Fever in the elderly. *Clin Infectious Dis* 2000; 31: 148–51.
9. Esposito AL, Gleckman RA. Fever of unknown origin in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1978; 26: 498–505.
10. Barrier J, Schneebeli S, Peltier P. Les fièvres prolongées inexplicables chez les personnes, âgées. *Concours Med* 1982; 104: 4679–89.
11. Korzeniewska-Kosela M, Krysl J, Muller N, Black W, Allen E, Fitzgerald JM. Tuberculosis in young adults and the elderly. *Chest* 1994; 106: 28–32.
12. Sapico FL. Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections. *Orthop Clin North Am* 1996; 27: 9–13.
13. Darouiche RO, Landon GC, Klima M, Musher DM, Markowski J. Osteomyelitis associated with pressure sores. *Arch Intern Med* 1994; 154: 753–8.
14. Mackowiak PA, Jones SR, Smith JW. Diagnostic value of sinus-tract cultures in chronic osteomyelitis. *JAMA* 1978; 239: 2772–5.
15. Mader JT, Shirliff ME, Bergquist S, Calhoun JH. Bone and joint infections in the elderly: practical treatment. *Drugs Aging* 2000; 16: 67–80.
16. Dhawan VK. Infective endocarditis in elderly patients. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 806.
17. Werner GS, Shulz R, Fuchs JB. Infective endocarditis in the elderly in era of transesophageal echocardiography: clinical features and prognosis compared with younger patients. *Am J Med* 1996; 100: 90–7.
18. Leport C, Bure A, Leport J, Vilde JL. Incidence of colonic lesions in *Streptococcus bovis* and enterococcal endocarditis. *Lancet* 1987; 1: 748.
19. Gagliardi JP, Nettles RE, Sanders LL, Corey GR, Sexton DJ. Native valve infective endocarditis in elderly and younger adult patients: comparison of clinical features and outcomes with use of the Duke criteria and the Duke Endocarditis Database. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 1165–8.
20. Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, Cerny A. Native valve infective endocarditis in elderly and younger patients: comparison of clinical features and outcomes with Duke criteria. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 1165–8.
21. Terpenning MS, Buggy BP, Kauffman CA. Infective endocarditis: clinical features in young and elderly patients. *Am J Med* 1987; 83: 626–34.
22. Cantrell M, Yoshikawa TT. Infective endocarditis in the aging patient. *Gerontology* 1984; 30: 316–26.
23. Axelrod P, Finestone AJ. Infectious mononucleosis in older patients. *Am Fam Physician* 1990; 42: 1599–606.

24. Whipple B, Scura K. HIV and the older adult. *J Gerontol Housing* 1989; 15: 15–9.
25. Armstrong WS, Katz J, Kazanjian PH. Human immunodeficiency virus-associated fever of unknown origin: a study of 70 patients in the United States and review. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 341–5.
26. Linsk H. HIV and the elderly. *Families Soc* 1994; 75: 362–72.
27. Swannell AJ. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: diagnosis and management. *BMJ* 1997; 314: 1329.
28. Lee AG, Brazis PW. Temporal arteritis: a clinical approach. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1364–70.
29. Salvarani C, Macchioni P, Boiardi L. Polymyalgia rheumatica. *Lancet* 1997; 350: 437.
30. Martinez-Taboada VM, Blanco R, Rodriguez-Valverde V. Polymyalgia rheumatica with normal erythrocyte sedimentation rate, clinical aspects. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18: 34–7.
31. Gonzalez-Gay MA, Rodriguez-Valverde V, Blanco R, Martinez-Taboada VM. Polymyalgia rheumatica without significantly increased erythrocyte sedimentation rate. A more benign syndrome. *Arch Intern Med* 1997; 157: 317–20.
32. Hyers TM. Venous thromboembolism. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1–14.
33. Stein D. Acute pulmonary embolism. *Dis Mon* 1994; 40: 467–523.
34. Stein PD, Afzal A, Henry JW, Villareal CG. Fever in acute pulmonary embolism. *Chest* 2000; 117: 39–42.
35. Aburahma AF, Saiedy S. Deep vein thrombosis as a probable cause of fever of unknown origin. *WVMed J* 1997; 93: 368–70.
36. Brendan MW, Matthew JH, Dennis PM. Subacute thyroiditis manifesting as fever of unknown origin. *South Med J* 2000; 93: 926–9.
37. Hoffmann HS. Subacute thyroiditis as fever of unknown origin. *Conn Med* 1996; 60: 438.
38. Kauffman CA, Jones PG. Diagnosing fever of unknown origin in older patients. *Geriatrics* 1984; 39: 46–51.
39. Yoshikawa TT. Fever in the elderly. *Infect Med* 1998; 15: 704–6.
40. Rowland MD, Del Bene VE. Use of body computed tomography to evaluate fever of unknown origin. *J Infect Dis* 1987; 156: 409–9.

CAÍDA PREMONITORIA COMO PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS

José Mauricio Ocampo Chaparro
Residente Nivel IV
Medicina Interna y Geriátrica
Universidad de Caldas, Manizales

Resumen

La tuberculosis es todavía una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial. Estudios recientes muestran que su incidencia va en aumento en ancianos y además los síntomas de tuberculosis activa son poco específicos e insidiosos en este grupo de pacientes. Las características radiográficas frecuentemente son atípicas y las pruebas cutáneas en la mayoría de los casos negativas, lo que lleva a retraso en el diagnóstico e incremento en la mortalidad. De lo anterior se deduce que se requiere de alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico e instaurar tratamiento apropiado.

Presentación del caso

Anciana de 84 años remitida de otra institución a la Fundación Clínica Valle del Lili (FCVL) por presentar caída y síndrome de dificultad respiratoria agudo. El día anterior a la consulta, en horas de la noche, presentó caída en el baño al deslizarse; sufrió trauma a nivel de cadera derecha; permaneció en el piso alrededor de 60 minutos y necesitó ayuda para levantarse. Fue llevada a un servicio de urgencias donde la encontraron con cianosis central, obnubilada, tensión arterial de 80/60 mm Hg, pulso 112 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, temperatura 35°C, glucometría 390 mg/dL y saturación de oxígeno de 40%, respirando aire ambiente. Fue necesario intubar, administrar una FIO_2 al 100% con lo cual la saturación mejoró a 97% e instaurar soporte inotrópico con dobutamina. Se remitió a la FCVL.

La paciente era viuda hacía 25 años, vivía con dos hijas y dos nietos. Como antecedentes tenía Diabetes

Mellitus tipo 2 desde hacía 25 años, colecistectomía hacía 15 años, fractura de cadera derecha hacía 7 años al ser arrollada por un carro, e izquierda 6 años, con manejo quirúrgico ambas; transfusiones negativas y sin otros antecedentes de importancia. Recibía como medicamentos glibenclamida 10 mg al día y acetaminofén 500 mg al día, no había autoprescripción. Tenía una pérdida no intencionada de peso de aproximadamente cinco kilogramos en los últimos seis meses. En el último año había presentado cuatro episodios de casi caídas y dos episodios de caídas, manifestaba temor a caer, por lo cual había suspendido actividades que con frecuencia realizaba. Sus actividades básicas cotidianas (ABC), previas al ingreso, valoradas con el índice de Barthel eran de 75/100 puntos y durante su hospitalización, 15/100 puntos. En su ABC a nivel instrumental realizaba sin dificultad las siguientes actividades: caminar por las habitaciones y manipular interruptores y llaves, el resto sólo lo realizaba con ayuda.

Al ingreso a la FCVL, la temperatura era 37.3°C, el pulso 105 por minuto, la frecuencia respiratoria 24 por minuto y la tensión arterial de 120/85 mm Hg. Al examen físico la paciente estaba intubada, con estertores inspiratorios generalizados, ruidos cardíacos taquicárdicos sin soplos. El abdomen era normal; el muslo derecho estaba aumentado de tamaño y con presencia de hematoma, la movilidad estaba conservada, había disminución generalizada de la masa muscular, escaso edema periférico y pulsos periféricos normales. No se encontró compromiso motor, ni sensitivo a la valoración neurológica. Es trasladada a la unidad de cuidados intensivos. Se realizaron diferentes exámenes de laboratorio (tablas 1, 2 y 3).

Valores hematológicos de laboratorio					
Variable	Al ingreso	Segundo día de hospít.	Tercer día de hospít.	Cuarto día de hospít.	Quinto día de hospít.
Hematocrito (%)	21.8	22.4	19.2	33.6	33.6
Volumen corpuscular medio (μm^3)	90.4	91.3	91	93.2	93.2
Conteo de leucocitos (por mm^3)	8400	7400	10200	4.750	4750
Conteo diferencial (%)					
Neutrófilos	88.6	87.2	91	83.1	81.9
Linfocitos	5	6	4	10.9	8.1
Eosinófilos	0	0	0	0.6	0.6
Monocitos	6	6	2	4.6	8.6
Plaquetas (por mm^3)	127000	124000	118000	103.000	107000
Tiempo de protrombina (s)	13.1				12.6
Tiempo parcial de tromboplastina (s)	34.9				35.4

Tabla 1
Valores hematológicos de laboratorio

Valores de bioquímica sanguínea					
Variable	Al ingreso	Segundo día de hospít.	Tercer día de hospít.	Cuarto día de hospít.	Quinto día de hospít.
Nitrogeno ureico (mg/dL)	12.9		11.5		
Creatinina (mg/dL)	0.49	0.48			
Glucosa (mg/dL)	244	291	304	452	276
Sodio (meq/L)	137	140	138	135.6	
Potasio (meq/L)	3.45	3.52	3.75	3.39	3.58
Cloro (meq/L)	116	116	115	111	
Bilirrubina total (mg/dL)	3.5				
Bilirrubina directa (mg/dL)	0.97				
Aspartato-aminotransferasa (mU/mL)				85	117
Alanino-aminotransferasa (mU/mL)				82	79
Fosfatasa alcalina (UI/L)					391
Albúmina (g/dL)					2.4

Tabla 2
Valores de bioquímica sanguínea

Valores de gases arteriales				
Variable	Al ingreso	Segundo día de hospít.	Tercer día de hospít.	Quinto día de hospít.
Presión parcial de O ₂ (mm Hg)	146.9	65.7	72	72.2
Presión parcial de CO ₂ (mm Hg)	23.7	33.8	31.6	37.7
Saturación de O ₂ (%)	99.2	92.7	94	95.3
pH	7.39	7.36	7.39	7.45
Bicarbonato (meq/L)	14.5	18.9	19	25.5

Tabla 3
Valores de gases arteriales

Valorada por ortopedia, se considera la posibilidad de una fractura intra-articular y se solicita radiografía de pelvis (figura 1). De otro lado, al momento del ingreso se le realizó una radiografía de tórax (figura 2). La paciente tenía una radiografía de tórax previa que había sido tomada hacía cinco años (figura 3).



Figura 1. Radiografía de pelvis. Marcada disminución de la mineralización ósea. Se observa reemplazo de cadera izquierda y material de osteosíntesis en fémur derecho por fractura intertrocanterica. Fractura del ilíaco derecho.



Figura 2. Radiografía de tórax. Infiltrado alveolar en ambos campos pulmonares con derrame pleural bilateral. Se visualiza zona de engrosamiento pleural

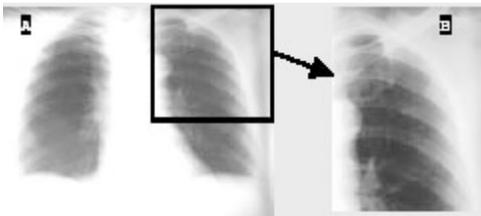


Figura 3. Radiografía de tórax previa. Se observa una zona de fibrosis apical izquierda (A), mejor visualizada en el recuadro magnificado(B)

Por los hallazgos encontrados en las radiografías de tórax se le hizo una tomografía de tórax (figura 4) que

evidenció signos de consolidación en los segmentos basales y posteriores de ambos lóbulos inferiores, asociados con derrame pleural posterior bilateral, áreas de cavitación e imágenes hipodensas en la región apical izquierda y alteración en los contornos hepáticos.

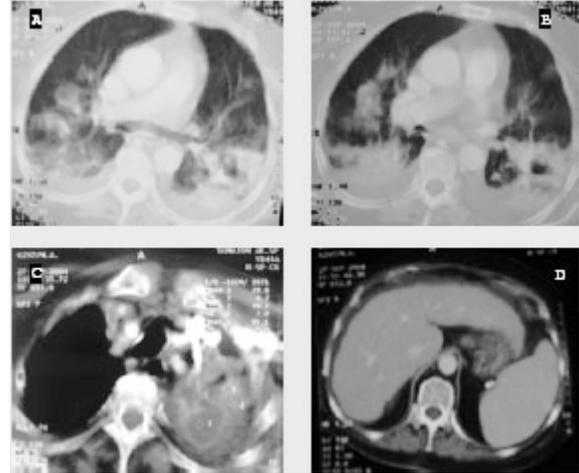


Figura 4. Tomografía de tórax. Signos de consolidación de los segmentos basales y posteriores de ambos lóbulos inferiores asociados con derrame pleural posterior bilateral (A y B). Distorsión de la arquitectura de la región apical izquierda, con imágenes hipodensas, confluentes con realce periférico con algunas áreas cavitadas (C). Irregularidad de los contornos hepáticos con esplenomegalia y pequeña cantidad de líquido ascítico perihepático por cambios cirróticos (D)

En la misma fecha se realizó ecocardiograma transtórácico que mostró aortoesclerosis, leve calcificación del anillo mitral, cavidades cardíacas dentro de límites normales, ventrículos con contractibilidad normal, fracción de eyección de 65% y presión en arteria pulmonar de 57 mm Hg.

El segundo día de hospitalización presentó mejoría de su condición respiratoria y cardiovascular, por lo cual es trasladada a pisos de hospitalización y se le realizó una TSH 0.66 UI/mL.

Es valorada por neumología que considera, por los hallazgos de la tomografía de tórax, un cuadro compatible con un proceso granulomatoso o infiltrativo pulmonar y por tanto se programa para broncoscopia.

Al tercer día de hospitalización se llevó a cabo la broncoscopia que mostró cambios de endobronquitis aguda, con petequias y sangrado fácil de la mucosa (figura 5); se tomaron muestras de lavado broncoalveolar (LBA)

para tinción de gram, BK, citología, cultivo de bacterias, hongos y micobacterias.

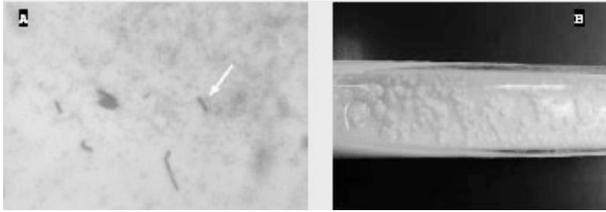


Figura 5. Muestras del lavado broncoalveolar Tinción de Ziehl-Neelsen que muestra Bacilos de Alcohol Ácido Resistentes (BAAR) (A). Medio de cultivo de Ogawa-Rudoh donde se observan colonias de *Mycobacterium tuberculosis* (B)

Al cuarto día de hospitalización se encontraron pruebas hepáticas alteradas y teniendo en cuenta los hallazgos de la tomografía, se solicita valoración por gastroenterología y hepatología, quienes consideran descartar cirrosis de etiología por determinar y solicitan paraclínicos.

Al quinto día de hospitalización la paciente presentaba mejoría de la dificultad respiratoria y una saturación de oxígeno de 92% con cánula nasal. El reporte de los resultados de las pruebas para el estudio de su hepatopatía fueron: anticuerpos para hepatitis C positivo, anti-core y antígeno de superficie para hepatitis B negativos y nivel de α -fetoproteína dentro de los rangos de la normalidad.

Diagnóstico diferencial

Se trata de una mujer anciana con un fenotipo de fragilidad demostrado por pérdida de peso no intencionada, sarcopenia, debilidad y baja actividad física. La fragilidad es un síndrome biológico en el cual hay disminución de la reserva fisiológica y de la respuesta a eventos estresantes; resulta de deterioros acumulados en múltiples sistemas y se asocia a mayor susceptibilidad de enfermedad y discapacidad (1). Además de lo anterior la paciente tenía un síndrome de caídas y miedo a caer, los cuales limitaban su funcionalidad.

El término caída premonitoria hace referencia a la presencia de una caída que puede ser la señal de alguna patología y preceder a los síntomas y signos clínicos propios de la enfermedad. La imposibilidad de levantarse tras una caída con un tiempo prolongado en el piso, como lo presentado en el caso, está asociada con

el cuadro descrito como “*Long Lie*”, que cursa con graves complicaciones tales como deshidratación, infecciones, rabdomiolisis, hipotermia y trastornos psicológicos (2).

Posterior a la caída, la paciente presentó anemia severa debida al hematoma producido por la fractura del ilíaco derecho y al probable compromiso hematológico previo dado por la alteración hepática.

Desarrolló cuadro de dificultad respiratoria con cianosis central, taquipnea e hipoxemia, requiriendo intubación orotraqueal. En ese momento las posibilidades diagnósticas esbozadas fueron: broncoaspiración, contusión pulmonar, edema pulmonar y embolismo pulmonar (3). Tenía factores de riesgo para embolismo pulmonar (la edad, la fractura de pelvis y un tiempo prolongado de inmovilidad), pero según la predicción clínica de Wells tenía baja probabilidad de embolismo (4).

Los hallazgos en las radiografías de tórax (aquella de cinco años atrás y la de la hospitalización aquí referida), así como en la tomografía de tórax, orientaron hacia procesos que comprometían el espacio aéreo a nivel alveolar y lesiones cavitarias, en especial a nivel del ápice pulmonar izquierdo. Dentro de las lesiones cavitarias múltiples de causa aguda se encuentran el embolismo pulmonar, la contusión pulmonar y las neumonías. Es importante tener en cuenta en esta paciente la posibilidad de una neumonía por aspiración, los gérmenes que con mayor frecuencia se asocian con esta entidad en ancianos son: enterobacteriaceae, *S. aureus*, *S. pneumoniae* y el *H. Influenzae*. Presentaba varios factores de riesgo para esta patología como eran: traumatismo previo, alteración de la conciencia y manipulación de la vía aérea; pero las lesiones encontradas en los estudios imagenológicos no tenían la distribución usual que se observa en esta entidad, que son más frecuentes a nivel de los segmentos posteriores de los lóbulos superiores y segmentos superiores de los lóbulos inferiores (5). Entre las lesiones cavitarias múltiples de causa crónica están: Tuberculosis (TBC), Micosis, Neoplasias pulmonares, Sarcoidosis, Linfoma y granulomatosis no infecciosas, como la Sarcoidosis y los síndromes de Wegener y de Churg-Strauss. Dentro de estas entidades es importante tener en cuenta la TBC y las micosis, ya que éstas se presentan especialmente en ancianos, debido a las modificaciones que tienen en la inmunidad celular por

disminución en el número de linfocitos T, menor actividad de los CD4+ ayudadores y CD8 citotóxicos, y mayor actividad de los CD8+ supresores (6).

Se le realizó una broncoscopia que mostró cambios de endobronquitis aguda, y el resultado del estudio del lavado broncoalveolar reportó cocos gram positivos en cadenas y pares, abundantes polimorfonucleares, KOH negativo y la coloración de la tinción de Ziehl-Neelsen resultó positiva (++) y posteriormente el cultivo para *M. tuberculosis* lo confirmó. Se determinó que la paciente tenía TBC pulmonar activa (figura 5).

En el momento actual, la TBC sigue siendo un problema social y sanitario a nivel mundial. Diversos factores como son el incremento de la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los hábitos tóxicos, los cambios demográficos y en la estructura social, han contribuido a una disminución en la identificación, tratamiento y prevención de esta entidad (7). Asimismo, asistimos a un incremento en pacientes ancianos debido, no sólo, al aumento de la población geriátrica, sino también a otros elementos como la reactivación de focos endógenos previos o reinfección, en especial en residentes de hogares de ancianos (8).

La paciente tenía varios factores de riesgo para el desarrollo de la infección por TBC, como eran: la edad, ya que los mayores de 75 años tienen 12 veces mayor riesgo que la población de adultos jóvenes; el compromiso inmunológico a nivel celular, producto de los cambios relacionados con el envejecimiento y su comorbilidad, por ejemplo la Diabetes Mellitus que incrementa el riesgo de TBC cinco veces y la cirrosis por hepatitis C. Aunado a lo anterior estaba la malnutrición.

Aproximadamente 10% de las personas inmunocompetentes, infectadas, pueden desarrollar TBC en algún momento de sus vidas; esta proporción se incrementa hasta 50% en personas inmunosuprimidas como las infectadas por VIH, consumidores de drogas ilícitas y ancianos (9). La reactivación de la infección latente por TB es el principal mecanismo de la enfermedad en el 90% de los casos en la población geriátrica como el caso de la paciente, evidenciada por sus lesiones previas en el ápice pulmonar izquierdo, aunque también se pueden presentar en el 10% primoinfecciones (6). Esta información proviene de países donde la prevalencia de TB es baja; en lugares

de alta prevalencia para TB los casos de primoinfección progresiva son de un mayor porcentaje.

La presentación clínica de la TBC en ancianos puede ser atípica, insidiosa y poco específica como fue el caso de la paciente. Su diagnóstico debe ser tenido en cuenta en diferentes escenarios clínicos: síntomas como anorexia, pérdida no intencionada de peso, "failure to thrive", fiebre prolongada de bajo grado no explicada, fatiga crónica o cambios en el estado mental, pueden ser la única manifestación de la enfermedad (7). Aunque con el envejecimiento hay un incremento de las formas de presentación extra-pulmonar, en el 75% de los casos tienen predilección por los pulmones, en especial a nivel de los ápices, que lleva a la formación de un infiltrado fibrogaseoso (9).

Se ha encontrado que la presentación clínica de la TBC pulmonar en ancianos difiere de la enfermedad que se presenta en personas jóvenes; estas diferencias hacen que se retrase su diagnóstico, lo cual lleva a mayor morbi-mortalidad en este grupo poblacional. Lo anterior ha sido descrito por Pérez-Guzmán et al. en su meta-análisis (10), en donde la fiebre, la tos, la sudoración nocturna, la hemoptisis y la pérdida de peso fueron menos frecuentes y la disnea más común en el grupo de ancianos. Estas diferencias en la clínica de la TBC en ancianos pueden ser explicadas por los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento y por la comorbilidad.

Debido a las dificultades antes mencionadas, gran proporción de los casos son descubiertos sólo durante las autopsias: el número de casos diagnosticados al momento de la muerte se incrementa con la edad, de 0.7% en pacientes de menos de 5 años, a 18.6% en mayores de 85 años. Esto indica que la TBC se encuentra subdiagnosticada y que se necesita un alto índice de sospecha para su detección, en particular en la población de ancianos (10). Para el diagnóstico se requiere de historia clínica y examen físico completos, prueba de tuberculina, radiografía de tórax, así como de apropiados estudios bacteriológicos e histológicos.

Los hallazgos radiológicos tienen una amplia gama de presentaciones desde un patrón miliar hasta infiltrados en los lóbulos superiores, con o sin cavitaciones, y presencia de derrame pleural o pericárdico. La enfermedad por reactivación, como fue el probable caso de la

paciente, compromete de forma característica los segmentos apicales y posteriores de los lóbulos pulmonares superiores; aunque en ancianos también se ha descrito compromiso de los lóbulos medios e inferiores, la pleura y el intersticio (9). La TBC primaria puede comprometer cualquier segmento pulmonar, pero con mayor frecuencia lo hace a nivel de lóbulos medio e inferior y ganglios linfáticos hiliares y mediastinales. Nódulos pulmonares con o sin calcificaciones visibles pueden presentarse a nivel de los hilios o de los lóbulos superiores; los nódulos y las cicatrices fibróticas contienen bacilos de replicación lenta que tienen un alto potencial de progresión a TBC activa, en contraposición a los granulomas calcificados.

La presencia de bacilos alcohol-ácido-resistentes (BAAR) representa la primera clave bacteriológica de TBC activa; se pueden detectar de varios especímenes como son sangre, orina, médula ósea, esputo, lavado broncoalveolar y biopsias de tejidos. Se requiere de mínimo 10^{4-5} BAAR para que puedan ser vistos a la microscopia de luz. Una sola muestra de secreciones respiratorias tiene una sensibilidad de 22% a 43%; cuando se examinan tres o más muestras la tasa de detección mejora hasta 96%. Se debe tener en cuenta que el grupo de pacientes ancianos tiene una mayor frecuencia de enfermedades pulmonares crónicas y con mayor facilidad puede ser colonizado por micobacterias no tuberculosas. La presencia de una tinción para micobacterias positiva es sugestiva de una infección por TBC, en especial en regiones de alta prevalencia para la enfermedad; pero ésta debe ser confirmada por otros medios como el cultivo. El aislamiento en cultivo del *M. tuberculosis* es la prueba de oro para el diagnóstico aun cuando éste puede demorar hasta seis semanas. La necesidad de confirmar de forma más rápida la presencia de la micobacteria, en especial en la población de ancianos, ha llevado a la utilización de métodos de biología molecular, los cuales amplifican y detectan la subunidad 16S del ARN ribosomal y confirman su presencia entre uno y tres días. De igual manera, estas pruebas permiten detectar el ADN en muestras de tejidos que han sido preservadas en parafina, lo cual evita la necesidad de cultivos.

Las recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad activa por TBC en ancianos no difieren de forma significativa de las que aplican para pacientes jóvenes. El principal objetivo es seleccionar un régimen te-

rapéutico adecuado que produzca mínimas reacciones adversas, que sea de fácil administración y sea aceptado por el paciente.

A pesar del incremento del *M. Tuberculosis* resistente a múltiples medicamentos, la gran mayoría de los casos de TBC en ancianos son causados por cepas sensibles a los medicamentos de uso corriente. Esto es debido a que la mayoría de casos de TBC activa se produce por una reactivación de una infección latente, la cual fue adquirida en una época previa a la disponibilidad de medicamentos efectivos contra la TBC, por lo cual, en la gran mayoría de las veces, los ancianos son susceptibles a la isoniazida (H) y a la rifampicina (R) (9). Se debe tener en cuenta que los bacilos silvestres tienen mayor facilidad de infectar y causar enfermedad, pero son más susceptibles a la terapia; debido a lo anterior los pacientes con compromiso en su inmunidad, como el grupo de ancianos, tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedad por cepas silvestres que por cepas multirresistentes, aunque estas últimas se sabe que son menos virulentas.

Es conocido que los ancianos son un grupo vulnerable para el desarrollo de reacciones adversas medicamentosas debido a la disminución en la reserva funcional, los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia asociados con el envejecimiento y al gran número de enfermedades crónicas que llevan a la necesidad de múltiples tratamientos y esquemas farmacológicos. Se debe tener en cuenta que, aunque la H y la R son los medicamentos básicos para el manejo de la TB, presentan numerosas interacciones en especial cuando se utilizan en combinación. Así, el paciente necesita de la administración de otros medicamentos que tienen un estrecho margen terapéutico, debido a las interacciones que se producen a nivel del citocromo P-450 del hígado sobre el que actúan de forma distinta.

Lo anterior hizo difícil la escogencia del manejo farmacológico para la TBC de la paciente, en especial por su compromiso hepático. La presencia de hepatopatía preexistente puede confundir el diagnóstico de compromiso hepático por H o R; en estos casos se recomienda monitoreo frecuente de las pruebas de función hepática. En pacientes con insuficiencia hepática severa se recomienda iniciar el manejo con H y Ethambutol (E), hasta que mejore la función hepática, y entonces, agregar al manejo R. A la paciente se le inició manejo anti-

TBC al quinto día de hospitalización, teniendo en cuenta su compromiso hepático por una probable cirrosis por hepatitis C, con dos medicamentos de primera línea (H: 300 mg/d y E: 1200 mg/d) y uno de segunda línea (moxifloxacina 400mg/d). No se presentaron incrementos de las transaminasas durante la instauración del tratamiento. La paciente falleció al décimo día de hospitalización.

Conclusión

El caso anterior es un ejemplo que ilustra la presentación de un síndrome geriátrico (caídas) como manifestación de enfermedad. En cuanto a las caídas premonitórias se tiene que el 18% de los ancianos que caen están muertos al año, lo cual se debe a factores intrínsecos, al sustrato biológico y a las consecuencias de la caída (11). Dentro de los factores de riesgo para morir, la paciente tenía: gran comorbilidad, edad mayor de 80 años, sus cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento y un perfil de fragilidad. El estudio de contactos fue positivo para los dos nietos con los cuales vivía.

Referencias

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56: M146-156.
2. Fortinsky RH, Iannuzzi-Sucich M, Baker DI, Gottschalk M, King MB, Brown CJ, Tinetti ME. Fall-risk assessment and management in clinical

practice: views from healthcare providers. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52: 1522-1526.

3. Swinburne AJ, Fedullo AJ, Bixby K. Respiratory failure in the elderly. Analysis of outcome after treatment with mechanical ventilation. *Arch Int Med* 1993; 153: 1657-1662.
4. Wells PS, Anderson DR, Rodger M. Derivation of a simple clinical model to categorize patients' probability of pulmonary embolism: increasing the model's utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost* 2000; 83: 416-420.
5. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med* 2001; 344: 665-671.
6. Yoshikawa TT. Tuberculosis in aging adults. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 178-187.
7. Packham S. Tuberculosis in the elderly. *Gerontology* 2001; 47:175-179.
8. Stead WW, Lofgren JP, Warren E, Thomas C. Tuberculosis as an endemic and nosocomial infection among the elderly in nursing homes. *N Engl J Med* 1985; 312: 1483-1487.
9. Rajagopalan S. Tuberculosis and Aging: A Global Health Problem. *Clin Infect Dis* 2001; 33: 1035-1039.
10. Perez-Guzman C, Vargas MH, Torres-Cruz A. Does aging modify pulmonary tuberculosis?: a meta-analytical review. *Chest* 1999; 116: 961-967.
11. Gómez JF, Curcio CL. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales: Artes gráficas Tizan; 2002. p. 402-414.

EL ANCIANO Y LOS MEDIOS PUBLICITARIOS

Joyce Ventura
joyceventura2005@yahoo.es

Cuando me decidí a escribir estas líneas lo hice con gusto, porque si bien no soy una experta en gerontología, o en geriatría, mis largos años de trabajo en el cine y en el medio publicitario y mi profundo interés por la vejez, me entusiasman siempre a reflexionar sobre el importante fenómeno actual: las nuevas metas logradas de longevidad han revolucionado la sociedad y el viejo, como representación de una categoría social, está pasando por primera vez en la historia a ser un protagonista.

No voy a entrar a dar más cifras de tasas demográficas, ni curvas de proyecciones de población; todos sabemos a ciencia cierta que estamos pasando de ser un país de jóvenes a convertirnos rápidamente en un país de viejos, ancianos, adultos mayores, tercera, cuarta o quinta edad, como se nos quiera llamar. Por supuesto este fenómeno no es local, es la situación de prácticamente todos los países, es lo que Koffi Annan denominó «La Revolución silenciosa» y lo que Adolfo Bioy Casares describe con lucidez en el Diario de la guerra del cerdo, así: “En un futuro próximo, si el régimen democrático se mantiene, el hombre viejo es el amo”. Por simple matemática, entiéndanme. Mayoría de votos ¿Qué nos enseña la estadística? Vamos a ver: que la muerte hoy no llega a los cincuenta sino a los ochenta años, y que mañana vendrá a los cien. Perfectamente, por un esfuerzo de la imaginación, ustedes conciban el número de viejos que de este modo se acumula y el peso muerto de su opinión en el manejo de la cosa pública. Se acabó la dictadura del proletariado, para dar paso a la dictadura de los viejos.

Hablar de dictadura, así sea de los viejos, representa

algo poco grato. No se trata de dominar a una u otra categoría de la población, pero sí de darle el protagonismo a todas las edades y por supuesto también a la vejez. Más adelante pasaremos a analizar la imagen del viejo en la publicidad actual, a niveles internacional y nacional, pero es interesante que analicemos también la imagen del viejo en la sociedad, cuyo vínculo es por supuesto muy estrecho entre estos dos mundos.

El análisis nos permitirá también ventilar algunos de los mitos que sobre la vejez se manejan frecuentemente y se estereotipan. Para ello voy a anotar una parte de la charla publicada con el Profesor Leopoldo Savarezza, médico especialista en psiquiatría y geriatría, psicoanalista, profesor titular de la cátedra Tercera edad y Vejez de la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires: “La imagen que la sociedad tiene del viejo es muy negativa, por lo menos en las sociedades occidentales. No conseguimos hacer un marketing adecuado de la vejez y por lo tanto, nadie quiere ser considerado un viejo. Pero hay muchos aspectos de la vejez que podemos rescatar de esa mala imagen. Entre las cosas positivas que tiene este periodo está el simple hecho de estar vivo. Eso ya es un valor en sí mismo, pero todavía hay más:

1. Contrariamente al mito de que los viejos son personas enfermas, la mayoría de ellos están sanos. El prejuicio nos dice: vejez = enfermedad. Pero si una persona llega a vieja, es porque no ha sufrido grandes enfermedades. En realidad esa asociación entre vejez y enfermedad es falsa, ya que la enfermedad puede estar asociada a cualquier edad de la vida.

2. Otro mito es que los viejos son sabios: algunos lo son y otros no. Y esto crea una dificultad adicional, y es que con los viejos, al igual que con los demás, no se puede generalizar. No podemos decir que los viejos sean esto o lo otro. La diversidad de ancianos es grande; el periodo de tiempo que abarca el envejecimiento es muy largo y cada vez crece más. Por lo tanto, no podemos hacer generalizaciones en ningún sentido.

Luchar contra los mitos y los estereotipos de la vejez no es tarea fácil, la población vieja ha aumentado tanto y tan rápido que ha sido más veloz que la misma mentalidad de la gente. Sin embargo esa es la labor que se debe hacer, no solamente preparando a los jóvenes desde tempranas edades, sino también a los mismos viejos. A este respecto quiero relatarles la experiencia que tuvieron la doctora Judith Salerno, PhD con especialización en Geriátrica y ex directora del National Institute of Aging (NIA) en Baltimore y la Doctora Marie Bernard. Ellas nos dicen: "En muchas culturas, como la china por ejemplo, la gente de edad avanzada es honrada y respetada porque representa la sabiduría y la experiencia, mientras que en otras, sucede lo opuesto. En este país cuesta entender cómo los ancianos pueden contribuir a la sociedad y por lo tanto, surgen estereotipos negativos entorno a las personas de edad avanzada. En los próximos 25 años, en Estados Unidos encontraremos que una de cada cinco personas tendrá más de 65 años. Esto significa que tenemos que hallar formas de integrar a los ancianos a la sociedad de una manera más productiva".

Para combatir los efectos de estos estereotipos, las doctoras. Salerno y Marie Bernard realizaron un estudio que reveló resultados sorprendentes: los estudiantes de medicina que interactúan con personas mayores en una etapa temprana de su entrenamiento médico, al graduarse presentan una actitud mejor hacia sus pacientes de edad avanzada. Por otro lado, las personas mayores que asimilan los estereotipos negativos en torno a la vejez podrían experimentar problemas cardiovasculares como respuesta a este estrés y por ende reducir su longevidad. Con base en estas conclusiones, el NIA y el American Visionary Art Museum (AVAM) en Baltimore, unieron fuerzas para implementar un programa piloto que une a personas mayores con estudiantes de medicina de segundo grado en una experiencia creativa orientada a lograr una vejez más saludable.

Creo que hay mucho que hacer por parte de la sociedad para ir aboliendo los mitos y estereotipos de la vejez. Esta es una labor que debe interesar no solamente a la parte médica, sino a toda la sociedad, a los mismos viejos, a los medios de comunicación y por supuesto a los medios publicitarios.

Vamos a echar una visión general por algunas regiones del mundo: la situación de los viejos en el medio publicitario europeo es muy similar a casi todos los países, Estados Unidos y en los sitios más desarrollados, pero para tener una visión global podemos tomar como referencia una parte del excelente artículo publicado por la licenciada María Reyes León Vergara en la Revista Latina de Comunicación Social, en Tenerife en 2003, donde tomando como base el «Hombre fingido» de Juan Rey, la autora nos hace un excelente análisis de la imagen del viejo en la publicidad actual en España.

El anciano en la publicidad

Como dice Juan Rey en su libro *El hombre fingido*, "tras el boom publicitario de los jóvenes en los años 70 y el de los niños en los 80, vendrá el de los ancianos en los 90. Y así ha sucedido. Por estas fechas estamos asistiendo a la recuperación del hombre viejo como modelo de publicidad". Las palabras del profesor Rey se ponen hoy de manifiesto con la proliferación de un gran número de anuncios publicitarios en los que los protagonistas son ancianos, hombres o mujeres, pero ancianos, que parecen recuperar en la Publicidad parte de la consideración social perdida. Esta consideración negativa de la vejez, que aún hoy está vigente, se debe fundamentalmente a dos factores: por un lado, el abandono de la vida laboral, que en una sociedad en la que el trabajo es imprescindible para la total integración en ella, lleva a considerar al anciano como un sujeto que queda fuera del sistema productivo, y por otro lado, el desfase de sus conocimientos, que no tienen sentido en un mundo de continuas renovaciones.

Sin embargo, esta imagen de la tercera edad ha comenzado a cambiar ya que en los últimos años las mejoras sociales y laborales han conseguido que el anciano llegue a su jubilación con gran poder adquisitivo, impensable hace apenas unas décadas. Asimismo, a estos logros económicos, hay que unir una mejora en su salud gracias a los avances sanitarios que han conseguido una prolongación de la esperanza de vida. Ambos condicionantes, salud y poder económico, han

provocado que el anciano pase de ser un individuo improductivo y por tanto, sin valor desde la óptica de una sociedad capitalista, a ser tenido en cuenta porque social y económicamente representa un grupo de importancia. En este sentido, la Publicidad, ávida de conseguir nuevos clientes, ha visto en este viejo renovado un nuevo modelo que se puede incorporar a su imaginario como reclamo de este grupo social emergente.

Siguiendo a Juan Rey en su libro *El hombre fingido* (1994: 143), “son dos los papeles que, con porcentajes similares, encarna el viejo en el imaginario de la Publicidad: el anciano como garante de la tradición y el anciano como consumidor de productos específicos”:

1. El anciano como garante de la tradición

La iconografía de un anuncio, con el anciano y el niño situados en una masía catalana (símbolo de lo tradicional y del apego a la tierra) responde a la estética habitual de este tipo de anuncios en los que el anciano representa la sabiduría y la experiencia frente a la falta de arraigo de las nuevas generaciones y el gusto por lo industrial de éstas. Este tipo de anuncios presenta al producto de la manera más humana posible: un abuelo bondadoso y bonachón cuya presencia serena y apacible junto a la frescura y vitalidad del niño despojan a la mercancía de toda frialdad y deshumanización.

2. El anciano como nuevo consumidor

La consecución del Estado de Bienestar ha llevado, entre otros muchos aspectos, a la “dignificación” de la vejez, a la que “se premia” con una pensión de jubilación con la cual poder disfrutar de la última etapa de su vida de manera más o menos digna según los casos. Así, aparece un nuevo grupo social, cada vez más numeroso debido al envejecimiento de la población, que es el de los jubilados, cuyo poder adquisitivo lo convierte en un sujeto muy apetecible para la Publicidad siempre deseosa de captar nuevos clientes. Esta nueva función del anciano, antes sólo tratado por la publicidad en su aspecto de garante de la tradición, viene representada por un individuo que aun siendo mayor, tiene un aspecto más rejuvenecido y más urbano que en el caso anterior. Incluso aparece ahora la figura femenina, representando el papel de pareja (anuncios de gafas con precios especiales para la tercera edad). Su indumentaria también cambia, y de la boina, la camisa de cuadros y los pantalones negros pasamos a un anciano con ropa de joven y que se mueve en am-

bientes distintos (medios de transporte, playas, viviendas de ciudad, etc.). Este anciano-joven por tanto, no va a anunciar comida o bebida como en el caso anterior, sino que “venderá” fundamentalmente ocio (viajes), productos de aseo y cuidado personal (relacionados con las dentaduras postizas y gafas), planes de jubilación, etc. Aquí es donde se observa con mayor claridad ese anciano jovial y con mucha vida que proyecta la Publicidad como creación propia para que los consumidores se vean identificados con él. Aparece, por tanto, en contra de lo que en ocasiones ocurre en la sociedad, como un individuo independiente, sano y en plenas facultades físicas y mentales, algo que interesa enormemente a la Publicidad, pues es este tipo de anciano y no otro, el que consume.

Como se ve, llegados a este punto, observamos que existen dos consideraciones del anciano según la Publicidad: como “garante de la tradición”, y como “nuevo consumidor”, denominaciones éstas que no hacen más que corroborar que en el primero de los casos el anciano es considerado un mero actor dentro del spot publicitario que representa unos determinados valores que se asocian al producto, mientras que en el segundo de los casos la figura del anciano va más allá de la del actor, siendo el destinatario de la acción publicitaria en cuestión.

Cabe mencionar los numerosos productos que ya se están comercializando en Europa y Estados Unidos para viejos y por lo tanto se publicitan. No solamente se trata de productos como bancos, cajas de retiro de jubilación, viajes y esparcimientos, pañales para la incontinencia, drogas contra el envejecimiento o audífonos. Ya existen en el mercado varios otros productos como ropa diseñada especialmente para viejos. Tomamos como ejemplo la prestigiosa cadena de ropa *Damart* que nació en Francia pero ya se ha extendido por toda la Unión Europea. Es ropa con diseño, de estilizado corte que puede ser utilizada por viejos y jóvenes, pero también tienen una línea de prendas diseñadas con algunos de los estereotipos de la vejez: más caliente para los viejos friolentos, caucho en la cintura para facilitar los cierres y amplitud en los modelos, porque según dicen a los viejos no les gusta vestirse apretados. A pesar de tener costos relativamente altos, esta prestigiosa cadena de almacenes ha logrado situarse entre las más solicitadas entre los viejos con algún poder adquisitivo.

Para cerrar nuestra panorámica de la vejez en la publicidad internacional, vamos a analizar una primera breve selección de comerciales internacionales donde podremos apreciar la imagen que en general se está produciendo de la vejez.

1. Derechos Humanos. Este comercial busca concientizar sobre la situación miserable en que se pueden encontrar algunos de los abuelos, que comparados con un perro, podrían ser desechados.
2. Ahora pasamos a la reivindicación de esta imagen de la vejez, con el comercial de Dagblet, donde un político utiliza para su beneficio la imagen de los ancianos y es fuertemente reprendido por una lúcida y enérgica vieja que no come cuento!
3. También tenemos los clásicos comerciales donde promocionan vacaciones y esparcimiento para la tercera edad y por supuesto los muestran en actitudes juveniles que buscan ser atractivas y a veces hasta ridículas.
4. El interés de otros anuncios es mostrar una imagen clásica de la vejez actual, donde vemos una anciana activa e independiente.
5. Y para terminar esta primera selección de comerciales internacionales, no podíamos dejar de tener al anciano burlesco, que frecuentemente retratan los publicistas para llamar la atención en sus mensajes publicitarios con humor.

Antes de pasar a analizar la situación del anciano en los medios publicitarios colombianos, quiero anotarles parte de un interesante artículo editado en Mercadeo Digital: "DE ADORAR LA JUVENTUD A APRECIAR LA TERCERA EDAD".

"Mercadólogos" y fabricantes ya comenzaron a ocuparse de los mayores. Ahora que el grupo etario que más crece es el de la gente de más de 80 años, olvidan su obsesión con la juventud y atienden las realidades de una población cada vez más vieja. Hoy, 35 millones de estadounidenses tienen 65 años o más. El número se duplicará en poco más de 30 años gracias a los 70 millones de baby boomers, cuyos representantes más viejos ya están en los 50. En realidad gran parte del mundo desarrollado está envejeciendo, a medida que la gente vive más y las tasas de natalidad declinan. Japón pronto tendrá menos de dos adultos en activi-

dad para sostener a un jubilado (hoy trabajan cinco por cada jubilado). El número de italianos de más de 65 años aumentará 15% en los próximos 12 años, mientras que la tasa de natalidad se contraerá 30%. Alemania y Francia presentan situaciones semejantes.

Los "mercadólogos" redoblarán sus esfuerzos por llegar a los ciudadanos viejos que tienen más salud y más dinero que las generaciones anteriores. En publicidad, las imágenes de ancianos reflejarán más justamente una heterogénea población: muchas razas, muchos intereses y muchos niveles de bienestar emocional y físico. (Y, por qué no, también se los puede ir a buscar en la Internet. La gente de más de 50 años constituye el segmento de usuarios Web de mayor crecimiento y tan inclinado a comprar online como cualquier otro grupo).

La persistente escasez de mano de obra obligará a los empleadores a ajustar la estructura organizacional para acomodar trabajadores de diferentes generaciones. Esto llevará a una nueva apreciación de lo que los más viejos aportan al trabajo: lealtad, flexibilidad y un tesoro de conocimiento acumulado y experiencia. Lo que es más, muchos de los viejos de mañana no podrán darse el lujo de la jubilación, y querrán seguir viviendo vidas productivas prolongando sus carreras o iniciando nuevas. Las comunidades de retirados cambiarán de aspecto para reflejar una nueva clase de residentes, más activos e independientes. Los colegios de los pueblos, siempre ricos en estimulación cultural e intelectual, están brotando con campos de retiro. Nuevos modelos de viviendas para ancianos y hasta comunidades con atención personal y médica y viviendas preparadas para personas con alguna limitación o con dificultades físicas. Las ciudades están haciendo esfuerzos por ser más confortables para los ancianos, para que puedan continuar viviendo en las casas que ya conocen y quieren, en lugar de verse obligados a retirarse a lugares especiales. Los productos y servicios para el consumo se volverán más asequibles a la gente que ya no se mueve como antes, o que tiene problemas visuales o auditivos. Comparativamente tendrán más salud que antes, pero a la larga el tiempo deja su marca en la mayoría de los cuerpos. Aparatos que se activan con una orden verbal, libros con letra grande, ropa cómoda y fácil de mantener, son algunas de las respuestas para esta tendencia.

La población que está entrando en la "tercera edad" obligará a casi todos los negocios a repensar sus productos, servicios y marketing. Las empresas crearán

«empleos puente» para ayudar a que sus trabajadores hagan la transición hacia la jubilación en forma gradual. Se acentuará el debate sobre el derecho a morir a medida que crece el número de los que enfrentan su propia mortalidad.

En conclusión vemos cómo la imagen del viejo en la publicidad internacional definitivamente ha evolucionado y el ambiente está abierto a que siga evolucionando aún más.

La imagen del anciano en el medio publicitario colombiano

Lamentablemente, si bien el fenómeno del envejecimiento ya es un hecho en nuestro país, la mentalidad que debería acompañarlo aún tarda en evolucionar.

Para confrontar la imagen del anciano en los medios publicitarios le preguntamos directamente su concepto a algunos de los directores creativos más destacados del país:

1. ¿Cuál considera usted que sea la imagen actual de la vejez en los medios publicitarios?
2. ¿En qué cree usted que esa imagen ha evolucionado en los últimos años?

A continuación anotaré parte de algunas de las respuestas.

1. «La imagen de la vejez en los medios publicitarios siempre ha sido la del abuelo tierno, sonriente, en torno a su familia o a sus nietos y compartiendo momentos gratos. La de la abuela es similar pero es con la que se comparten secretos de vida, de cocina, de hogar. No se presentan mensajes dirigidos a la “tercera edad”. Creo que aún no se ha desarrollado un mercadeo importante dirigido a ellos a pesar de que las cifras muestran cómo la población colombiana envejece cada vez más. Ha habido esfuerzos tímidos de ciertas empresas de servicios, como aerolíneas con planes propios. La imagen ha cambiado de acuerdo con el cambio que ha tenido la vejez, la expectativa de vida es más alta y la gente envejece más tarde».

2. «Pienso que la experiencia y la sensatez que dan los años siempre serán una excelente herramienta para que avalen algunos productos que requieren de un testimonial de vida donde los ancianos son el mejor ejem-

plo de esa vida». En cuanto a la pregunta sobre la evolución de esa imagen responde: “Sigue siendo igual. Los viejitos siguen despertando la ternura, la experiencia y la sensatez que traen los años».

3. «En la publicidad, y sobretodo en la colombiana, desde el principio y en la mayoría de casos se estereotipó el papel de los ancianos, sus roles eran muy definidos ya que eran o viejitas en moto o exageradamente coloridas, o eran viejitos buscando quinceañeras. Afortunadamente con el pasar del tiempo y gracias a la misma globalización de los mensajes hemos logrado aquí en Colombia tomar un poco más de conciencia y tratar con mucho más respeto a las personas de la tercera edad, mostrándolas más cercanas a su realidad y a su manera de ver la vida. falta mucho para llegar a considerar a los ancianos parte importante de la comunicación publicitaria como lo hacen en sitios como Europa o Japón, pero creo que algo hemos mejorado.»

4. «El estereotipo del viejo es solo comparable con el estereotipo de los bebés: el viejo Colombiano es abuelo, usa camisa de cuadros, gafas y ropa muy tradicional; la abuela normalmente tiene las gafas colgadas de una cadenita, falda y zapatos planos. El anciano publicitario tiene espíritu envejecido, no juvenil; es aburrido pero sobre todo es fácilmente identificable. Eso porque aquí no tratamos de venderle nada a nadie que no tenga máximo 50 años (excepto pañales para la incontinencia)». Añadía: «Un titular de un diario local decía: acribillado anciano de 62 años. Recuerdo que mi abuelo se sintió ofendido porque aunque tenía casi 70 no se sentía un anciano, y a los 62 mucho menos. La imagen del viejo no se ha modificado, lo que ha cambiado es el número de personas que consideramos viejas. La calificación de anciano se gana hoy cuando la persona es más vieja que antes y además está mucho más impedida».

5. «Lo primero que creo es que hay dos reflexiones: ¿Se deben usar o no? y ¿Se están usando bien o no? En la primera de ellas creo que sí se deben usar si el mensaje lo requiere. Así como se usan niños, adolescentes, adultos, así como se usan mujeres u hombres, así como se usan blancos o negros, pues es totalmente válido usar ancianos. Sería excluyente no hacerlo. Si uno tiene que anunciar un producto para niños, pone en el mensaje niños. Si uno tiene que anunciar un producto para ancianos pues debe retratarlos en el mensaje. Es natural que para anunciar un pañal para la incontinencia lo expongan quienes lo usan. En ese sentido me parece que el

uso de ancianos en los comerciales es adecuado. Los dignifica, los retrata en su realidad. Así mismo, si uno quiere mostrar una familia, pues lo lógico es que allí haya gente de todas las edades, y aún más si la labor del anciano dentro de la comunicación exalta su condición. Como en un comercial argentino en que una abuela de más de cien años que ha podido vivir en tres siglos (finales del 19, todo el 20 y principio del 21) reúne a toda la familia para una cena y en tono humorístico les pregunta: ¿Y qué se siente ser del siglo pasado?

Este último punto lo conduce a uno a la segunda reflexión. ¿Se están usando bien o mal? ¿Se está haciendo humor con los ancianos o se está burlando la publicidad de ellos? Porque uno ve gran cantidad de casos en que se usa su condición para reflejar aspectos negativos, mostrar a una persona torpe, olvidadiza y débil y muchos comunicadores recurren a un abuelo. En ese sentido me parece inadecuado su uso. Como por ejemplo un comercial de una entidad bancaria referente a unos ladrones: ponen a una viejita a identificar a un delincuente, se cae el vidrio y ella queda indefensa. ¿Porqué una abuelita y no un señor normal? ¿Porqué pretenden mostrar que la abuelita por su edad es alguien débil?

El uso de ancianos, sí. Pero debe ser para rescatar sus virtudes: experiencia, sabiduría, gracia y humor si se quiere. Porque tampoco se trata de ponerlos siempre como personas serias y aburridas. Los viejitos también pueden ser alegres, pueden vivir situaciones cómicas. En ese sentido el comercial en el que un viejito descubre que su nieta está en una revista porno es válido. Ahí hay humor, el viejito es simpático, la historia es cómica y no denigra de su situación de vejez, al contrario, hace que se vea a los ancianos como personas que viven momentos divertidos.»

6. «Antes de asociar a la «tercera edad» con la comunicación publicitaria es indefectible que se le venga a uno a la mente la desprotección social que tienen estas personas. Hay un evidente irrespeto a la edad, que se ve y se siente. Son personas que no son tenidas en cuenta ni como ejemplo de vida y experiencia, ni como personas que necesitan de un ámbito y un desarrollo de ciudad que los favorezca (todo lo anterior es un concepto rápido de mi sentir respecto a la vejez). Ahora, aterrizando este concepto a la publicidad, comienza uno a sentir que se presenta el mismo fenómeno de «irrespeto». No son tenidos en cuenta (o más exactamente, no los tenemos en cuenta) en los planes de mercadeo masivo porque

no son un target interesante de consumo y mucho menos de imagen. En cuanto a consumo en muy contadas excepciones son tenidos en cuenta (excepto categoría pañales/incontinencia). En cuanto a imagen, la gran mayoría de las marcas solamente quieren ser asociadas con deseos de juventud, símbolos de modernismo, cualidades estéticas. Estas personas de 65 años o más aparecen en los comerciales «adornando» o completando el estereotipo de núcleo familiar simplemente para darle a alguna categoría de productos el toque o tono de familiaridad, cercanía o calor humano. Pero nunca esperamos de ellos que sean voceros de la marca o que den testimonio de algo. De hecho en las estrategias de comunicación se segmentan las edades y es muy común oír «...nuestro multitarget de audiencia lo podemos dividir en 4 segmentos: edades entre 5 y 10 años; 12 y 18; 20 a 35; 35 a 45...y pare de contar. El resto no interesa. No le encuentran valores de imagen a la tercera edad. Es una realidad. Es una lástima».

Y agregó como anécdota: Una margarita cambió su publicidad este año. Les pregunté por qué la habían dejado a un lado y me dijeron: «ya se ve muy señora y las nuevas jóvenes amas de casa no quieren identificarse con ella». Curioso, también otras edades mayorcitas comienzan a ser discriminadas.

Para concluir podemos decir que, si bien es cierto que en países más desarrollados la imagen del viejo en la publicidad ya ha evolucionado, debemos constatar que en Colombia a pesar de haber iniciado el proceso de concientización, aún nos queda un largo camino por recorrer. El viejo se ha convertido en revolucionario, está haciendo transformar la sociedad y por el mismo camino hará evolucionar la imagen de la vejez en la sociedad y por ende en la publicidad.

No quiero terminar estas palabras sin recordar un hermoso comercial de la India. Aunque es muy sencillo en su producción, es supremamente creativo en su realización: se trata de dos viejos que van sentados en un bus urbano. Al lado de ellos se encuentra parado un joven pasajero que está fumando. Los viejos se miran y finalmente el mayor de ellos se levanta y le cede su puesto en la banca al joven fumador. Aparece un letrero que dice: «Hay que ser generoso con los que van a morir».

Este anuncio ofrece sin lugar a dudas una visión optimista de la vejez que es la que quiero dejar impregnada en este texto.

VEJEZ Y ENFERMEDAD EN EL ARTE*

Orlando Mejía Rivera

Médico y Cirujano de la Universidad de Caldas de Manizales.
Especialista en Medicina Interna. Filósofo.

Escritor y profesor de la Facultad de Ciencias para la Salud
de la Universidad de Caldas.

Presentación

¿Tendrá sentido, o justificación, escribir un texto de humanidades médicas en esta época? Creo que la respuesta depende de lo que entendamos por medicina. Si el médico contemporáneo es considerado como un «técnico» que sólo debe saber reparar el «cuerpo-máquina» de los «clientes», y su futuro es el de ser un simple trabajador al servicio de una empresa de servicios de salud, en donde su labor está basada en los intereses económicos de sus patrones y no en aliviar las necesidades reales de sus pacientes, entonces, un texto de humanidades médicas no sirve para nada, o en el mejor de los casos es una manifestación erudita de su autor.

Sin embargo, a pesar de esta realidad triste y en apariencia desesperanzadora para la medicina actual, me parece que las facultades de medicina deben persistir en una formación que recoja las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de los principales centros de educación médica mundial, los cuales vienen insistiendo en la necesidad de complementar el clásico modelo bio-médico de la enseñanza y el ejercicio médico, con un paradigma bio-sico-social y antropológico, que permita ampliar la visión reduccionista y fragmentada del proceso de la salud y la enfermedad.

Ahora bien, en esta segunda concepción de lo que es la enseñanza médica, es indudable que las humanidades médicas y sus textos tienen un papel preponderante. Sin embargo, lo cierto es que luego de varios años de venir siendo enseñadas e incorporadas a los

currículos, las humanidades no han logrado generar un cambio conceptual de fondo en el sentido del quehacer médico, tanto por parte de los estudiantes como en la mayoría de los profesores de las áreas científico-técnicas. Se continúa con un predominio abrumador de lo bio-médico y las cátedras de humanidades son consideradas materias de “relleno” o “costuras” que nada tienen que ver con el ejercicio de la medicina. En el mejor de los casos son entendidas como materias de cultura general, sin fuerza conceptual ni argumentos epistemológicos para modificar el pensamiento y la práctica médica.

Las razones de este fracaso son varias, pero mencionaré, entre otras, las siguientes:

Las materias humanísticas han sido dictadas, en general, como un complemento no esencial de la enseñanza médica. Por ello se le han encargado a profesionales no médicos (filósofos, antropólogos, sociólogos, historiadores, etc.), los cuales ofrecen su visión especializada del área tratada, pero sin conocer y, por ende, sin poder relacionar el saber humanístico con el simultáneo aprendizaje técnico que recibe el estudiante. A su vez, los profesores médicos no comprenden ni conocen la temática de estas cátedras y por ello asumen, en ocasiones, una actitud incluso peyorativa ante el valor de estas materias.



* Francisco González López, *Vejez y Enfermedad en el Arte*, Editorial Universidad de Caldas, 2004.

Las cátedras de humanidades se convierten en islas solitarias, que no se enmarcan dentro de la totalidad del currículo y, por ello, a pesar de que existen profesores de distintas formaciones académicas, nunca se establecen auténticos diálogos interdisciplinarios y transdisciplinarios.



No existen objetivos curriculares definidos en el área de las humanidades médicas, porque no hay claridad en los temas a tratar. Lo anterior es, en buena parte, debido a la inexistencia casi total de textos de humanidades médicas, escritos con una orientación epistemológica y pedagógica definida, que en realidad se constituyan en instrumentos educativos que faciliten las ejecuciones académicas del modelo bio-sico-social y antropológico.

Bien, de ahí la importancia de este texto de humanidades médicas, titulado por su autor, el geriatra Francisco González López, como *La vejez y la enfermedad en el arte* (La geriatría a partir de la pintura, la escultura, la historia y la literatura). El libro une en un mismo contexto el saber especializado de la geriatría y el saber artístico al servicio de la enseñanza médica. Aquí la cultura general está imbricada en el conocimiento médico per se, y constituye un buen ejemplo de la medicina comprendida como ciencia y arte al servicio de la humanidad. Además, varias cualidades intrínsecas presenta el texto para el lector potencial. De un lado está escrito de manera clara y sencilla, sin elucubraciones teóricas innecesarias, ni la utilización de una jerga excluyente. También resalto la numerosa bibliografía consultada, que revela una investigación seria y concienzuda por parte de su autor, además de que él mismo, como nos lo hace saber con ciertos comentarios de obras específicas, recorrió parte de los museos en donde se encuentran las pinturas y las esculturas mencionadas.

Lo anterior le permite hacer algunos aportes personales al tema de la identificación de las enfermedades en las obras de arte, como en el caso del famoso cuadro



de Jan Van Eyck *La virgen del canónigo de Van Der Paele*, cuyo rostro del canónigo ha sido considerado por especialistas de la talla de María Teresa Díaz Soto de Mazzei como poseedor de un «posible queratoma o epiteloma» en la comisura del labio inferior. Sin embargo, Francisco González nos dice que: «En las imágenes recientes en color no se apreciaba tal alteración.

Luego de observar personalmente la obra en Brujas y descartar por las autoridades del museo de Groeninge cualquier restauración, estoy convencido de que carece de valor patológico y se trata más bien de un recurso técnico del pintor”.

Por último, quiero enfatizar que este texto nos permite tener una idea histórica de las presentaciones de la vejez en las distintas culturas y épocas. De la negación de la ancianidad en el mundo clásico de los griegos, a sus imágenes asociadas al pecado y a la muerte en la edad antigua y en la baja Edad Media, hasta llegar a las representaciones naturales de la vejez, sin prejuicios religiosos ni alegorías morales, que se ven a partir del siglo XV en artistas geniales como Van Eyck, Durero, Miguel Ángel y Leonardo Da Vinci.

En varias de las pinturas analizadas en este libro quedan sintetizadas las representaciones simbólicas y culturales de toda una época, como ya lo había demostrado de manera brillante Huizinga, en su ensayo *El Otoño de la Edad Media*, en relación con la obra de los hermanos Van Eyck. Concluyo diciendo que Francisco González López, con este buen texto, continúa la tradición humanística de la escuela de medicina de la Universidad de Caldas, que tiene antecedentes numerosos y brillantes, pero que en este campo del arte y la medicina se encuentran presentes, en especial, el espíritu tutelar e inmortal de Jaime Márquez Arango y también, en el caso de Francisco, la influencia que recibió de Carlos Espinel, médico graduado en nuestra escuela, quien es uno de los más reconocidos analistas del mundo en la temática del diagnóstico de las enfermedades en el arte.