



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial

Presentación
de una experiencia
Teleasistencia:
nivel de atención
domiciliaria

Arte
Cuatro siglos
de Rembrandt,
retratista de su vejez



"Anciana rezando" - Olds - Rembrandt

Trabajos originales
La cohesión y la coherencia en la conversación
del paciente con demencia:
un estudio descriptivo

Actualizaciones
Guía de manejo para la insuficiencia
venosa crónica en el adulto

Presentación de casos
Síndrome de Guillain Barré en el anciano:
reporte de un caso

Espacio de publicidad



CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	V
EDITORIAL _____	VII
TRABAJOS ORIGINALES	
La cohesión y la coherencia en la conversación del paciente con demencia: un estudio descriptivo Beatriz Valles González _____	881
ACTUALIZACIONES	
Guía de manejo para la insuficiencia venosa crónica en el adulto Diego Andrés Osorno Chica _____	888
PRESENTACIÓN DE CASOS	
Síndrome de Guillain Barré en el anciano: Reporte de un caso Diego Andrés Osorno Chica, Leonilde Inés Morelo, Victoria Eugenia Arango _____	892
PRESENTACIÓN DE UNA EXPERIENCIA	
Teleasistencia: nivel de atención domiciliaria Ana Fernández Sangil _____	897
HISTORIA DEL ARTE	
Cuatro siglos de Rembrandt, retratista de su vejez Francisco González López _____	902



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 20 No. 1 / enero - marzo de 2006

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.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN LA VEJEZ

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores retos para los sistemas de salud ya que se traduce en incremento en la demanda de los servicios adecuados para esta población, teniendo en cuenta no sólo la expectativa de vida, sino la calidad de la misma. Cuando se analiza la prestación de los servicios de salud a los ancianos existen dos caras de la moneda: la primera, se refiere a la medicalización de la calidad de vida en la vejez y, del otro lado, la ausencia de evidencia científica clara respecto al manejo específico de gran parte de las patologías con mayor incidencia en esta etapa de la vida.

Por otra parte, es necesario tener en mente que todos los participantes en la investigación médica son vulnerables por varias razones:

1. Generalmente, aun teniendo adecuada función cognoscitiva, no comprenden adecuadamente el fin de la misma y de los tratamientos a estudiar. Los participantes son totalmente dependientes del criterio del médico.
2. Son pacientes que están sufriendo del problema para el cual se está buscando solución, por tanto no son tan autónomos al momento de tomar la decisión: confían plenamente en los investigadores, pensando que están buscando sus mejores intereses.
3. Ante la situación de enfermedad, y el estatus socioeconómico del médico, el paciente puede verse intimidado y por tanto su decisión no ser totalmente libre.

Debido a lo anterior los códigos de ética de la investigación se han centrado generalmente en el respeto a los participantes, los principios de beneficencia, no maleficencia y de justicia, lo cual implica responsabilidades por parte de los investigadores, aunque lo anterior no es tan claro en cierto tipo de investigaciones, por ejemplo la que es llevada a cabo en los pacientes con deterioro cognoscitivo..

Cómo la mayoría de los interesados en áreas geriátricas y gerontológicas saben, el término "ageism", acuñado por Butler en 1969, es una clase de prejuicio similar al racismo o al sexismo, pero con la única diferencia de que todos, o somos viejos, o nos estamos envejeciendo. Lo más curioso es que casi nadie ha oído hablar de esta discriminación y mucho menos, tratan de hacer algo por solucionarlo.

Al evaluar el beneficio de un tratamiento, la edad cronológica, *per se*, es menos importante que otros factores relacionados con el envejecimiento biológico, de ahí que se propenda cada día por tener en cuenta la funcionalidad y la comorbilidad de una persona y no sólo su edad, como criterio para ser incluida, o beneficiaria de un tratamiento específico, o en el caso que nos atañe, de investigación clínica dada.

La práctica clínica actual está fundamentada en la medicina basada en la evidencia y en la mayoría de los estudios se excluye a los viejos, lo cual se traduce en que muchos de los tratamientos usados en geriatría sean extrapolados de poblaciones más jóvenes o basados en la experiencia de los clínicos. Este "Viejismo" clínico refleja el rechazo evidente en toda la sociedad.

Al revisar las diferentes investigaciones clínicas aleatorizadas se evidencia que los límites de edad, para los participantes, definidos por los investigadores, son injustificados.

Las razones exactas por las que ocurren los fenómenos antes expuestos no son claras pero se resume en la prioridad de los jóvenes sobre los viejos. Los recortes en los presupuestos y en los recursos aumentan la discriminación, basados en la creencia de que tratar a los ancianos es más caro o que tienen expectativa de vida menor y por tanto debe invertirse en personas en las que se espere una sobrevivida mayor. La edad sola es usada, en muchos de los casos, como criterio de exclusión, pese a que tomar una decisión teniendo en cuenta sólo este punto, olvidando la comorbilidad y la funcionalidad del individuo, no es ético. El "viejismo" en medicina puede deberse en parte a la falta de evidencia en la literatura respecto al tratamiento idóneo, lo cual no es extraño ya que en la mayoría de estudios, y aun más en el caso de las mujeres, los viejos son excluidos, y al deseo de los médicos de trabajar con aquellos que están en menor riesgo de complicarse ante un procedimiento dado. Otra de las causas encontradas es que los investigadores han usado tradicionalmente límites de edad, puntos de corte, para minimizar los problemas analíticos causados por comorbilidad y riesgo incrementado de perderlos, por muerte, durante el proceso de seguimiento del estudio y la última razón expuesta es para "protegerlos" de los efectos secundarios de la terapéutica a probar. Aunado a todo lo anterior es importante recalcar que la mayor parte de la evidencia referente a la efectividad de un tratamiento para los ancianos está basada en pequeños estudios de cohorte. Sea cual sea la razón, la consecuencia es que los ancianos pueden no ser tratados equitativamente cuando consultan a sus sistemas de salud.

¿Por qué los ancianos parecen estar subestudiados o subtratados? Quizás la disminución en la reserva funcional que se presenta con el envejecimiento y el incremento en la comorbilidad disuaden a los médicos tratantes, pero muchas veces no sólo son los profesionales los que tienen viejismo sino los familiares, con la creencia de protegerlos de terapias innecesarias. En una revisión en Medline, desde 1980 hasta 1998 se refieren a la comorbilidad como causa de la discriminación de los viejos en los estudios. Otros se refieren a la edad per se, como predictor negativo independiente

para obtener tratamiento definitivo, aunque no siempre para la utilización de los métodos diagnósticos. La dificultad radica en que los estudios no son homogéneos, y por tanto la comparación entre ellos es difícil.

También tenemos el problema de que conociendo en algunas ocasiones los beneficios de cierta terapéutica, sea subutilizada en los viejos bajo la excusa de evitar los efectos secundarios. Por ejemplo lo que sucede con el uso de los inhibidores de colinesterasa, medicamentos específicos para el manejo de la enfermedad de Alzheimer -entidad cuya incidencia aumenta proporcionalmente con la edad-, investigaciones donde raras veces incluyen personas mayores de 85 años, que son aquellos que más frecuentemente padecen este tipo de demencia. Otro de los problemas es que a pesar de existir ciertas guías de manejo y suponiendo que sean analizadas con precaución, no son de fácil acceso para todos aquellos que están relacionados con el cuidado de la salud del viejo.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto el panorama no es tan oscuro ya que algunos sistemas de salud, tales como el Inglés, están tratando de crear normativas por medio de las cuales se garantice que los mayores de 65 años reciban las mismas oportunidades terapéuticas que los jóvenes para condiciones tales como el cáncer, las enfermedades cardíacas y las enfermedades mentales.

Siendo la actual la denominada era tecno-científica, la época en la cual estamos hablando de clonación de seres humanos, es ilógico ver cómo en áreas básicas de atención en salud se está en el oscurantismo. Y aunque suene exagerado no puede llamarse de otra forma el que aquellos dedicados al cuidado de la salud del viejo (para donde la humanidad entera camina y siendo actualmente uno de los grupos etéreos mayores), tengan que basar sus conocimientos en datos extrapolados de poblaciones más jóvenes. Toca el sistema de ensayo-error.

Un gran número de aproximaciones son requeridas para controlar la discriminación en medicina con el viejo; las guías médicas deben mejorarse incluyendo representantes específicos; deben desarrollarse sistemas de monitoreo específicos para este grupo y deben ser introducidas iniciativas educacionales y de investigación específicas. Como obviamente surgen argumentos en contra basándose en la escasez de los recursos en

salud, el uso de los mismos siempre debe evaluarse en el contexto de utilidad en un individuo y no únicamente con el criterio cronológico, el sexo o el color de la piel. Además los comités de ética deben asegurarse de que en las investigaciones no existan discriminaciones. Igualmente es importante asegurarse, al leer las investigaciones clínicas, de interpretarlas adecuadamente y no generalizarlas en forma arbitraria.

El respeto a la persona implica que el investigador asegure la dignidad y la autonomía de los individuos. Requiere además que aquellos individuos incapaces de hablar por sí mismos (niños, personas con deterioros cognoscitivos, prisioneros, etc.) reciban atención extra para asegurar que sus derechos están protegidos. La vía principal para mantener la autonomía de los sujetos es el uso adecuado del consentimiento informado, el cual requiere que el paciente conozca la información, la comprenda, acepte voluntariamente, sea competente y tome libremente la decisión de participar o no.

Decirle la información se refiere al conocimiento exacto del diagnóstico y del estudio que experimentará, los riesgos asociados y los beneficios esperados. Además

tiene derecho a conocer qué otras opciones terapéuticas tiene en caso de no participar. La comprensión implica que el investigador deba asegurarse de que el participante entienda de la mejor manera posible los datos suministrados. La voluntariedad se refiere a que el participante puede rechazar o no el ingreso, y puede retirarse en el momento que así lo desee.

Al hablar en términos de justicia se refiere a que el participante debe ser tratado con lo necesario: no puede ser privado de los beneficios terapéuticos, pero tampoco debe ser desproporcionadamente intervenido. Los pacientes con demencia generalmente son excluidos de las investigaciones por considerarlos vulnerables, pero esta exclusión a mi modo de ver no es protección para ellos sino que representa la ausencia de una práctica ética con responsabilidad. Si no se toman en consideración dentro de los estudios, se altera en la sociedad el progreso que conduce al tratamiento la enfermedad.

Victoria Eugenia Arango Lopera
Geriatra Clínica
Candidata a Magíster en Bioética Clínica
Editora en Jefe

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

LA COHESION Y LA COHERENCIA EN LA CONVERSACIÓN DEL PACIENTE CON DEMENCIA: UN ESTUDIO DISCURSIVO

Beatriz Valles González. Terapeuta del Lenguaje.
 Profesor Asociado de la UPEL-IPC.
 Doctora en Educación
 Universidad Pedagógica Experimental Libertador
 Instituto Pedagógico de Caracas.
 MacLean Center for Clinical Medical Ethics at the University of Chicago

Correspondencia
 Beatriz Valles. Av. Andrés Bello Calle Buenos Aires Res Belloral PH 125.
 Los Caobos. Caracas. 1050. Venezuela. Teléfono: 58-212-7811030.
 bvalles@bsd.uchicago.edu - bvallesg@yahoo.es

Resumen

En el presente trabajo se muestran los resultados de un estudio que tuvo por objetivo ampliar los conocimientos sobre el uso de las reparaciones conversacionales por parte del paciente con demencia y sus interlocutores y conocer cómo este uso afecta la coherencia y cohesión del discurso del paciente. Se realizó un estudio cualitativo de datos procedentes de diferentes investigaciones realizadas con pacientes con demencia tipo Alzheimer (Brauner y Merel, en prensa; Sabat, 2001; Orange et al., 1996 y Hamilton, 1994). Para ello se analizó la interacción comunicativa del paciente y de su interlocutor en segmentos de conversaciones y se estudió el uso de las reparaciones por parte de ambos hablantes. Los resultados obtenidos muestran el empleo de distintos tipos de reparaciones conversacionales. En la conversación se presentaron reparaciones indirectas, utilizadas por el interlocutor sano como un medio para mantener la coherencia global del discurso. Además tanto el paciente como el interlocutor emplearon auto-reparaciones y hetero-reparaciones con el fin de resolver las dificultades en la cohesión discursiva. En general la actividad del paciente fue menor que la del interlocutor. Conclusiones: los aportes de este estudio se consideran importantes para una mejor ca-

racterización del lenguaje del paciente con demencia desde una perspectiva discursiva que aborde la actividad de ambos actores y que analice datos textuales y contextuales. Los resultados sugieren una revisión de los modelos de de evaluación lingüística utilizados actualmente en el diagnóstico de la población con demencia.

Palabras clave: análisis discursivo, demencia tipo Alzheimer, reparaciones conversacionales.

Cohesion and coherence in dementia patient' conversation: A discursive study.

Summary

Conversation is a collaborative process in which participants work together to transmit information and to reach mutual understanding, but it is also a complex process in which participants perform many intricate and subtle maneuvers (Brauner and Merel, in press). Dementia patients show changes in conversational skills; these changes lead to a diminution of discursive cohesion and coherence. For these reasons linguistic interaction between patients and others is affected. Until recently, researchers studying language in the demen-

tial patient have not given enough attention to discursive features of language, including linguistic process such as conversational repair in conversation between dementia patients and interlocutors. The main goal of this essay is to show the importance of conversational repair as an element of communication and, consequently, as something to be taken into account when assessing the language use of dementia patients.

Key words: discourse analysis, Alzheimer-type dementia, conversational repair.

Introducción

En la pasada década se produjo un notable avance en el diagnóstico de los diferentes tipos de demencia, sin embargo, la atención y tratamiento de las personas afectadas por este síndrome se ven aún muy limitados por los numerosos síntomas que el paciente muestra y por lo difícil que puede ser manejar algunas conductas, como por ejemplo la agitación, la depresión y los trastornos del lenguaje. Estos últimos, generan una notable reducción de la eficiencia comunicativa e impactan de forma negativa la vida social del paciente.

La evaluación lingüística del individuo con demencia se hace con base en la aplicación de las pruebas neuropsicológicas, y tradicionalmente se ha buscado correlacionar el deterioro cognoscitivo con las dificultades para la comunicación. El énfasis de la evaluación se ha mantenido en buscar las alteraciones de la función lingüística del paciente, pero se ha prestado muy poca atención al estudio de las variables contextuales que rodean toda interacción comunicativa y en especial a la actividad de los interlocutores sanos: familiares, cuidadores o proveedores de salud (médicos, enfermeras y terapeutas del lenguaje, entre otros).

En la presente investigación se estudiaron las características del lenguaje en este tipo de población, con base en la aplicación del análisis discursivo en la conversación del paciente con demencia. El objetivo principal fue conocer cómo se manifiestan las reparaciones conversacionales en este contexto, y analizar cómo éstas afectan la coherencia y la cohesión del discurso.

Partiendo de que toda conversación es un proceso de construcción lingüística entre dos o más personas, se estudió tanto la actividad del paciente como la de su interlocutor. Para ello se elaboró un análisis cualitativo

de los resultados de las investigaciones con pacientes con demencia tipo Alzheimer realizadas por diferentes autores como Brauner y Merel (en prensa), Sabat (2001), Orange et al. (1996) y Hamilton (1994). Este estudio se considera importante para definir las características discursivas del enfermo con demencia y para diseñar estrategias de evaluación lingüística ajustadas a las necesidades y características de estos individuos.

A continuación se aborda, de manera sucinta, lo relacionado con el uso del análisis discursivo en el estudio del lenguaje del paciente con demencia, elemento fundamental en la presente investigación.

Texto y Contexto: elementos fundamentales de la conversación

La lingüística del discurso es la disciplina que se encarga de la descripción y explicación de las relaciones internas y externas de los distintos aspectos de las formas de comunicación y uso de una lengua (Van Dijk, 1999). Su interés se define con base en la explicación de los hechos del lenguaje a partir de las relaciones entre texto y contexto. Esta tarea la hace eminentemente interdisciplinaria, y de allí el beneficio que para la medicina ha representado el interés de lingüistas, sociólogos y antropólogos en estudiar el discurso de las personas afectadas de alguna condición patológica como las demencias o las afasias.

El texto es definido como producto de la actividad lingüística, es decir, como el producto de la actividad de los sujetos al comunicarse: la producción oral, la escrita y la gestual. El contexto se define como el conjunto de condiciones que deben ser consideradas para analizar las relaciones existentes entre la actividad lingüística y la actividad social propiamente dicha. Para analizar este concepto es necesario delimitar dos tipos de contexto: el social y el psicológico. El primero se refiere "a la relación que puede existir entre los participantes del acto de hablar o evento comunicativo. El contexto psicológico se relaciona con la serie de suposiciones que el emisor intuye como propias de su interlocutor: verbigracia, los conocimientos previos sobre el tema tratado y su vinculación con los significantes propuestos" (Barra Linares y Fraca de Barrera, 1999, p. 21).

Cada hablante construye el texto atendiendo al conocimiento que posee sobre su lengua y sobre el contexto, el cual le brinda la información necesaria para organi-

zar o estructurar su texto y hacerlo adecuado y suficiente para el logro de sus objetivos comunicacionales. Es decir, la actividad cognoscitiva es fundamental para el proceso de construcción contextual. En este proceso las relaciones previas de los hablantes son determinantes, pues ellas brindan un conocimiento compartido que lleva a seleccionar el tema, la forma lingüística y todo lo relacionado con lo paralingüístico. Los hablantes al conocerse y reconocerse como parte de un marco cultural determinado y compartir una historia de vida, conocen y comparten un marco contextual que influye en la conversación.

La actividad que permite la reflexión sobre el lenguaje y sus usos lleva a los hablantes al monitoreo y planeamiento de sus métodos de procesamiento lingüístico y hace posible la elaboración del texto con base en la habilidad u operación metatextual. Esta envuelve el control voluntario de la comprensión y producción para el ordenamiento de enunciados en unidades lingüísticas más completas (Gombert 1992).

Por ello, coherencia y cohesión son elementos que se relacionan para integrar un texto. La coherencia se manifiesta en la interpretación de un texto por un interlocutor, de acuerdo con la visión consistente del mundo o mejor dicho, de acuerdo con un campo semántico compartido, que permite identificar e interpretar los nexos o vínculos entre las oraciones o proposiciones que conforman un determinado texto. La cohesión por su parte, está representada por los vínculos o conexiones en la superficie del texto. Es decir, los mecanismos que la lengua posee para permitir dar cuenta o concretar la coherencia; tales mecanismos son llamados recursos cohesivos o fenómenos de cohesión.

Van Dijk (1999) expone que el contexto es un modelo mental que un hablante ha construido, que le permite el enlace entre lo general y lo específico, entre lo social y lo personal. Determinando la definición del propio contexto y "el establecimiento de las relaciones entre las estructuras lingüísticas y las situaciones sociales" (op. cit. p.35). De esta manera, la actividad metalingüística selecciona o construye la forma lingüística que permite una actuación ajustada a unos fines determinados previamente por el (los) hablante (s).

La elaboración textual se inicia desde el mismo momento en que se presenta la intención comunicativa del hablante, el cual comienza su construcción relacio-

nando esta actividad con lo social. La coherencia se manifiesta a partir de la intención comunicativa del hablante, quien sigue un plan que se materializa a través de determinados mecanismos u operaciones donde encontramos la cohesión evidenciada en los recursos cohesivos que reflejan ese plan, los cuales deben ser procesados por el oyente o receptor.

Al analizar un acto de habla se debe atender la dimensión textual y la dimensión contextual. Por tal razón, se deben integrar aspectos referidos a las formas, los significados y las funciones del discurso, con datos relacionados con los procesos que inciden en los mecanismos de producción y comprensión de los enunciados, teniendo en cuenta que el significado de un texto depende de múltiples variables y además, de una información compartida entre los actores, donde lo que sabe cada uno de ellos con respecto al saber del otro, es determinante en la selección de la forma. Dicho de otra manera, el intercambio comunicativo no es casual, sigue un delicado programa social y cultural, regulado cognoscitivamente y determinado en gran manera por lo contextual.

El análisis discursivo como una herramienta para el estudio del lenguaje en los pacientes con demencia

No es nuevo: las investigaciones más importantes en el área son las elaboradas por Hamilton (1994), Sabat (2001), Ripich et al (1988) y Orange et al (1996), sobre las características del lenguaje en pacientes con demencia tipo Alzheimer. Otra referencia importante son los estudios de Cano (2004), con pacientes con demencia frontotemporal y, los de Brauner y Merel (en prensa), dirigidos a explorar la capacidad de toma de decisiones (comprensión del lenguaje) en pacientes con demencia.

El lenguaje de la persona que sufre demencia presenta una serie de características las cuales varían de un paciente a otro y de acuerdo con la progresión y etiología de la demencia. Las más resaltantes son la anomia, la parafasia, el uso de neologismos y de muletillas o palabras carentes de sentido, un ligero aumento en la longitud de las emisiones verbales y severas dificultades para seguir el tópico de una conversación. Todos estos trastornos provocan una comunicación difícil y costosa entre paciente e interlocutor. La dificultad para

seguir la conversación aumenta cuando este último es un extraño al contexto de vida diario y a la historia del paciente, como puede ser el terapeuta del lenguaje, las enfermeras o los médicos.

Las personas afectadas por demencia pueden ser incluidas dentro del grupo población especial definido por Pietrosevoli (en prensa) como aquellas personas que por algún evento interno o externo, de evolución natural o de presencia repentina, han padecido o padecen una alteración de algún aspecto de la capacidad lingüística normal, de forma permanente o transitoria. Esto nos obliga a definir el concepto de capacidad lingüística normal: "la capacidad de cualquier persona para producir habla que esté bien estructurada desde el punto de vista de la señal lingüística y que esté apropiadamente relacionada con el contexto en el que se produce" (Pietrosevoli, ob. cit).

En otras palabras, cuando definimos como normal determinada producción, lo hacemos tomando en cuenta su contenido y forma, así como las posibilidades de actuación dentro de un determinado contexto. Lo normal implica utilizar las estrategias cohesivas adecuadas y lograr una coherencia tal que permita que una producción lingüística alcance su fin último: producir un cambio en el otro. El concepto de norma lingüística remite pues a las creencias que un grupo tenga con respecto a cómo deben producirse sus actos de habla, a su esquema cognoscitivo o ideológico con respecto al uso del lenguaje y con respecto a cómo concretar el uso de su lengua en determinados contextos.

El lenguaje del paciente con demencia deja de ser normal y comienza a ser especial de manera progresiva a medida que su memoria se ve afectada, en razón de las dificultades que el sujeto manifiesta en el uso de una serie de recursos cohesivos como por ejemplo el empleo de las preposiciones, o por las limitaciones en establecer la concordancia de número o en lo relacionado con recordar o seleccionar la palabra correcta. Pero además, el paciente con demencia puede mostrar una inadecuada lectura del contexto, por lo que no llega a ajustarse a los rápidos cambios contextuales y en consecuencia reducir sus turnos de habla.

Todas estas variables limitan sus posibilidades de actuar lingüísticamente de manera eficiente, por lo que la interacción con el paciente comienza a ser costosa y se ve afectada, además, por la actitud del interlocutor.

Su discurso podría ser considerado como especial en razón de las limitaciones lingüísticas que en él se manifiestan. La interacción con el paciente se hace difícil tanto para él mismo como para el otro, y estos problemas se hacen más evidentes de acuerdo con el progreso de la demencia. Por ello, en etapas avanzadas el paciente llega al mutismo y quienes lo rodean reducen su intercambio oral con él al experimentar la imposibilidad de responder a las exigencias de esta actividad.

De acuerdo con lo anterior, podemos concluir que el paciente con demencia presenta un trastorno del lenguaje ya que su rendimiento lingüístico lo aparta de la norma que utilizan los adultos mayores que tienen un proceso de envejecimiento normal. Sus limitaciones lingüísticas más resaltantes se observan en el nivel semántico y hacen su comunicación difícil, especialmente en la etapa media y avanzada de este síndrome. El trastorno se evidencia en un hecho objetivo como es la reducción de la coherencia y las limitaciones en el uso de los recursos cohesivos, situación que debe ser compensada a través de diferentes estrategias, como las reparaciones conversacionales que hacen paciente e interlocutor, para poder construir de manera adecuada y cooperativa la coherencia del discurso. De acuerdo con esta propuesta asumiremos como hablante especial a todo sujeto que padezca demencia.

Resultados del análisis cualitativo del discurso del paciente con demencia con base en el uso de las reparaciones conversacionales

Las reparaciones conversacionales se refieren a los esfuerzos del interlocutor para corregir y resolver problemas en la comprensión o en la captación auditiva de un mensaje (Orange et al., ob. cit). Este es un proceso que se manifiesta de forma compleja y variada. Pietrosevoli (ob. cit) afirma "que cada vez que un hablante percibe una desviación de su planificación interna, previa a la ejecución real del habla, puede iniciar una reparación sin que la fuente de error se haga manifiesta para el interlocutor o para el analista de la conversación". Esta autora sugiere el uso de la tipología de reparaciones propuesta por Schegloff et al. (1977), quien clasifica las reparaciones como:

"a) Auto-iniciadas por el hablante causante del error, en contraposición a hetero-iniciadas, iniciadas por el interlocutor que percibe el error.

b) Auto-reparadas cuando el error es realmente enmendado por el hablante causante del mismo, o hetero-reparación cuando es llevada a cabo por el interlocutor” (Pietrosevoli, ob. cit).

Es importante resaltar que las reparaciones de la conversación ocurren en diferentes contextos de actuación; los hablantes las utilizan de forma natural cada vez que se hace necesario auto-corriger un texto oral o pedirle al interlocutor una aclaratoria o la corrección de algo en su emisión. Podemos conseguir abundantes reparaciones en contextos como clases de segundas lenguas, en las que el profesor generalmente corrige al alumno (hetero-reparación hetero-iniciada). Además, pueden darse en la conversación entre madre e hijo, especialmente cuando el niño está en pleno proceso de aprendizaje de su lengua materna. En la medida que el alumno y el niño aprenden, las reparaciones comienzan a ser auto-iniciadas y posteriormente su frecuencia podrá reducirse.

El uso de las reparaciones remite a la norma lingüística, especialmente las auto-iniciadas y las auto-reparaciones, y sirven como una señal de monitoreo cognoscitivo efectivo. En otras palabras, son una muestra de que el hablante es capaz de identificar una falla en su expresión o de exigir información para comprender a su interlocutor. Por otra parte, son una muestra del interés que un hablante tiene por aquello que dice el otro. Este dato que puede ser considerado como algo trivial, representa un elemento muy importante en el estudio de los trastornos del lenguaje en el paciente con demencia, especialmente en lo relativo a la pragmática, pues su interlocutor se ve obligado a pedir clarificaciones y correcciones con mayor frecuencia, pero esta actividad amerita una gran motivación especialmente en etapas avanzadas de la demencia, cuando los trastornos del lenguaje aumentan.

El siguiente diálogo puede servir para explicar mejor el uso de este proceso lingüístico durante una conversación entre dos personas no especiales. En este caso se presenta una auto-reparación auto-iniciada (la reparación aparece en negrillas):

N1: Ya me voy... ¿dónde está el carro? Perdón, ¿dónde está la llave?

*N2: Tú **la** pusiste en la cocina.*

En el ejemplo anterior se hace evidente que el hablan-

te 1 es capaz de auto-corriger su expresión y hace énfasis en su auto-corrección (llave). Pero además, el interlocutor enfatiza que él captó esa enmienda y usa de manera enfática el artículo “la”.

Sabat (ob. cit) utiliza el término reparación indirecta para señalar la actividad del interlocutor del paciente con demencia, quien a menudo debe solicitar información para poder conocer las intenciones de su interlocutor. Esto lo logra a través de marcadores interrogativos (um-hum, uh) o parafraseando lo que él cree que quiere decir el paciente, para poder chequear, de esta manera, si está comprendiendo el mensaje. Aquí presentamos un ejemplo:

*Interlocutor: **Y tú te distraes***

Paciente: Si

*Interlocutor: ¿**Después tú pierdes qué es lo que quieres decir?***

Paciente: Si, pero um, yo puedo, uh, esperar un poco

*Interlocutor: **Um-hum***

(Sabat, ob. cit, p. 61).

Brauner y Merel (ob. cit), analizaron el rol que la reparación indirecta juega en la conversación del paciente con demencia durante las entrevistas en el contexto clínico, para obtener consentimiento informado. Estos autores señalan el beneficio de utilizar este recurso, pues a través del mismo, el entrevistador puede monitorear si el paciente comprende el tema que se está tratando y revisar su propia comprensión con respecto a los deseos o argumentos del entrevistado. A continuación se muestra un segmento de la entrevista que buscaba obtener el consentimiento del paciente para una cirugía cerebral experimental:

Paciente: Cuando yo era más joven y todo eso, yo podría hacerlo y ayudar en esto.

*Entrevistador: ¿**Verdad? Usted, si usted fuera más joven, usted se dejaría hacer un hoyo en su cerebro, y***

Paciente: (interrumpiendo) Desde luego, si, yo probablemente lo haría, si

(Brauner y Merel, ob. cit).

Hamilton (ob. cit), estudió la aparición de la reparación indirecta en la conversación del paciente con demen-

cia. Los resultados de su investigación muestran un progresivo deterioro de las posibilidades de respuesta a este proceso por parte del individuo con este tipo de demencia. Orange et al. (ob. cit), encontraron que los interlocutores del paciente con demencia adaptan sus reparaciones de acuerdo al deterioro del lenguaje. En los casos de Alzheimer en una etapa temprana, los interlocutores pedían al paciente información o aclaratoria, es decir, utilizaban la reparación, pero en etapas medias, los interlocutores preferían ajustar su expresión simplificando las frases, es decir reduciéndolas.

Este diálogo entre un paciente con demencia y su cuidador muestra reparaciones como las estudiadas por Pietrosevoli (ob. cit). En este caso una auto-reparada auto-iniciada y además, una hetero-reparación hetero-iniciada:

N1 (paciente): *Quiero tomar, tomar..., quiero... quiero... Tengo hambre.*

N2 (cuidador): *Quieres comer, a ver, ¿quieres un sandwich de atún?*

N1 (paciente, sonriendo): *Sí, sí, quiero eso.*

Puede verse que el paciente busca reparar la palabra que no consigue con la oración "tengo hambre" (auto-reparación); el cuidador presenta la palabra correcta, de manera que busca construir no sólo lo semántico, sino además lo sintáctico, posiblemente como una forma de ayudar al paciente a mantener la norma en su expresión. Este dato señala que la reparación aparece en la conversación como una estrategia que utiliza el interlocutor no especial para mantener la cohesión y la coherencia del discurso, es decir, es utilizada con el fin de verificar el contenido y las intenciones del interlocutor especial y ayudar a corregir la forma.

A medida que la demencia avanza, se espera que la capacidad por parte del paciente de responder a las reparaciones se reduzca; por esto el interlocutor prefiere utilizar otros recursos como la reducción o simplificación de las frases y de las oraciones (Orange et al., ob. cit), una reducción en la velocidad de su expresión y un mayor énfasis en la entonación o gestos que acompañan sus emisiones (Sabat, ob. cit). Podemos afirmar que en estos casos, la reparación podría estar más ligada a la coherencia global del discurso y es una actividad más frecuente en el interlocutor (hablante no especial), que en el paciente (hablante especial).

Este es probablemente el escenario común para el paciente con Alzheimer, quien ve mermadas sus capacidades lingüísticas con el incremento de la pérdida de la memoria, como consecuencia del progreso de la demencia. De allí que la capacidad de respuesta y de adaptación de su interlocutor se ve afectada y se reduce la motivación para emplear reparaciones conversacionales de cualquier tipo en sus interacciones orales.

Conclusiones

De acuerdo a los segmentos estudiados, el interlocutor del paciente con demencia usa reparaciones indirectas y hetero-reparaciones, las primeras dirigidas a chequear el tema o tópico de la conversación, por lo que están más ligadas a la coherencia global del discurso, y las segundas con el objetivo de completar frases y corregir la forma de la expresión oral, por lo que están relacionadas con lo cohesivo. Los pacientes utilizan auto-reparaciones en pocas ocasiones. Orange et al. (ob. cit) señalan que a medida que la demencia se agrava, los interlocutores no especiales prefieren utilizar otras estrategias y en oportunidades reducen sensiblemente sus interacciones.

Lo anterior podría estar relacionado con los valores que sobre la demencia posee el público en general. Ya que como expresan Coupland, Coupland y Giles (1991), la conversación entre adultos mayores y personas jóvenes contiene estrategias discursivas que reflejan y refuerzan creencias y estereotipos relacionados con la edad y con el proceso de envejecer. Esto obliga a investigar a profundidad las características de la conversación con estos pacientes desde una perspectiva discursiva.

Estos datos sirven también para reforzar lo sugerido por Pietrosevoli (ob. cit) en torno a la necesidad de responder interrogantes como: ¿en los casos en que el interlocutor sano inicie la reparación, puede el interlocutor reconocer la fuente de error y finalmente repararla? Creemos que en el caso del paciente con demencia en sus primeras etapas existe esta posibilidad; sin embargo, podemos especular que la misma se reduce considerablemente en las etapas finales. No obstante, esta pregunta sólo podrá ser respondida en la medida que se amplíe la investigación en este campo.

Es necesario señalar la necesidad de incorporar el uso del análisis discursivo a todo proceso diagnóstico en la

Terapia del Lenguaje, especialmente en la evaluación de las poblaciones especiales (Pietrosemoli, ob. cit) y estudiar el beneficio de incorporar el estudio del uso de las reparaciones conversacionales por parte de los pacientes, como un elemento importante en la evaluación y en el tratamiento de diferentes cuadros patológicos de base neurológica, como por ejemplo las demencias.

Este tipo de evaluación puede ser un excelente recurso para analizar las diferencias discursivas entre los distintos tipos de demencias, especialmente en aquellos tipos de aparición temprana, como es el caso de la demencia Frontotemporal. Al respecto es necesario considerar la necesidad de recursos de evaluación dirigidos a establecer un diagnóstico diferencial, elemento necesario para realizar detecciones tempranas e iniciar un tratamiento de los síntomas lo antes posible. Para alcanzar este objetivo se hace necesario conocer a profundidad el proceso de envejecimiento normal de la población, como un paso previo, para poder tener un índice normativo de referencia.

Consideramos como recurso válido a ser incorporado durante la evaluación de estos pacientes, la elaboración de una extensa entrevista inicial e incorporar a ésta la conversación sobre temas de interés y ligados a las actividades del paciente. Además, es necesario observar y analizar las conversaciones entre el paciente-cuidador y paciente-familiares. Esto podría ofrecer información sobre cuáles son las pautas de los intercambios comunicativos en el contexto familiar, para posteriormente brindar orientaciones como parte de la cooperación de los familiares en el proceso de terapia.

Actualmente es imprescindible investigar en un marco de colaboración interdisciplinaria, donde lingüistas, médicos y terapeutas del lenguaje, trabajen en torno al beneficio de reconducir los métodos de evaluación tradicionales y proponer nuevas vías que puedan ayudar a elaborar un proceso diagnóstico más ético y mejor adaptado a nuestras características lingüísticas. Para esto es necesario aceptar el nivel elevado de incertidumbre que existe en el estudio de los trastornos del lenguaje y especialmente en lo relacionado con la atención de aquellos de base neurológica (Rodrigues, 1989).

Lecturas recomendadas

1. Barrera Linares, L. y Fraca de Barrera, L. "Psicolingüística y Adquisición del Español". Caracas: Monte Ávila Editores. 1999.

2. Brauner, D, Merel, S. How a model base on linguistic theory can improve the assessment of decision-making for persons with dementia. En prensa.
3. Cano, C y Ramírez, R. Avances nosológicos de las demencias. Caracterización de los pacientes con demencia fronto-temporal. Bogota: Revista MED UNAB, Vol. 7 N 20, Agosto 2004.
4. Clearly, BL. (1994). Cognitive impairment disorders. In: Varcolis EM ed. Foundations of psychiatric mental health nursing, second edition. London: Saunders, 1994: 111-47.
5. Coupland, N; Coupland, J y Giles, H. Language, Society and the Elderly. USA: Blackwell. 1991.
6. Gombert, J.E. "Metalinguistic Development". London: Harvester-Wheatsheaf. 1992.
7. Hamilton, H.E. "Conversations with an Alzheimer's Patient: An interactional Sociolinguistic Study". Cambridge (UK): University Press. 1994.
8. Orange, J.B, Lubinski, R, Higginbotham. Conversational Repair by Individuals with Dementia of the Alzheimer's Type. Journal of Speech and Hearing Research. Volume 39, 881-895, August 1996.
9. Pietrosemoli, L. Análisis del discurso en poblaciones especiales. En "Análisis del discurso". Adriana Bolívar Editora. Publicaciones de la Universidad Central de Venezuela. 2005.
10. Ripich, D.N, Terrell, B.Y. Patterns of Discourse Cohesion and Coherence in Alzheimer's Disease, Journal of Speech and Hearing Disorders 53 (1988): 8-15.
11. Rodrigues, N. Neurolingüística dos Distúrbios da Fala. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora. 1989.
12. Schegloff, E, Jefferson, G, Sacks, H. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. Language 53, 361-82.
13. Van Dijk, T. En Discurso, Cognición y Educación. "Ensayos en honor a Luís Gómez Macker". Giovanni Parodi Editor. Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso. Universidad Católica de Valparaíso. 1999.

Esta investigación se realizó gracias al apoyo financiero del Programa Fogarty International Collaborative Research Training Grant (Universidad de Chicago y La Universidad del Zulia).

GUÍA DE MANEJO PARA LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA EN EL ADULTO

Diego Andrés Osorno Chica
Médico Geriatra
Docente de Geriatria
Universidad del Cauca, Popayán
osornochica@yahoo.com

Introducción

La insuficiencia venosa crónica es sinónimo de una circulación incompetente cuyo resultado es un retorno sanguíneo inadecuado e hipertensión venosas, cuando el individuo está en posición vertical. Un incremento de la presión endovenosa se traduce en la transmisión retrógrada de dicha presión hacia los capilares, con la consiguiente pérdida de plasma y proteínas del suero hacia el intersticio, lo cual lleva a alteraciones de las propiedades del espacio extravascular y de la microcirculación, con daños en el endotelio de tipo irreversible que generan cambios en el tejido celular subcutáneo y en la piel que, en su máxima expresión, ocasionan úlceras que pueden cronificarse y generar discapacidad.

Las causas de base que generan insuficiencia venosa crónica permiten clasificarla en 3 grandes grupos que son: la congénita, la primaria no congénita y la secundaria.

Definición

La insuficiencia venosa crónica es la falla consecuente de una hipertensión venosa sostenida, debido a daño obstructivo, dilatante o funcional del sistema venoso profundo.

Epidemiología

En el mundo occidental es altamente prevalente y genera grandes costos tanto desde el punto de vista diagnóstico, como del terapéutico, con importante repercusión sobre la calidad de vida y el aspecto ocupacional de los individuos que la padecen.

Entre el 50 y el 55% de la población adulta femenina, y del 10 al 30% de los hombres adultos la padecen. El síndrome postflebítico aparece en cerca del 11% de las mujeres, y en el 3% de los hombres mayores de 40 años. La prevalencia de las úlceras venosas está entre el 0.3 y el 1%.

En la actualidad existe debate acerca de si la insuficiencia venosa crónica tiene o no un componente hereditario. Aunque los casos de agregación familiar se ven entre el 44 y el 65% de los pacientes, a la fecha no se ha podido establecer ningún patrón de transmisibilidad desde el punto de vista genético.

Existe una relación hombre-mujer de 1 a 2.3 y entre el 25 y el 70% de las personas obesas padecen de insuficiencia venosa crónica. De otro lado la paridad, el aspecto ocupacional y el tabaquismo se han correlacionado de manera directa con mayor riesgo de padecerla.

Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica

1. Clasificación clínica

Durante mucho tiempo la insuficiencia venosa crónica, padeció de carencia en la precisión diagnóstica, razón por la cual en el año de 1994 la fundación STRAUB en MAUI, HAWAI, en asocio con el AMERICAN VENOUS FORUM, dieron lugar a un consenso para la clasificación y estadificación de la insuficiencia venosa crónica, basados en las manifestaciones clínicas (C), en los factores etiológicos (E), en la distribución anatómica (A), y

en la patología de base (P), llamado sistema CEAP, el cual se ha convertido en la base de clasificación de la enfermedad para orientar de una forma adecuada el diagnóstico y el tratamiento de la entidad.

Clasificación clínica

Clase	Definición
0	No hay signos de enfermedad
1	Telangiectasias o venas reticulares
2	Varicosidades
3	Edema
4	Cambios en la piel adjudicados a enfermedad venosa como el eccema, la lipodermatoesclerosis o la pigmentación
5	Cambios en la piel asociados a úlceras cicatrizadas
6	Cambios en la piel asociados a úlceras activas
La presencia o ausencia de síntomas como dolor o prurito, suma al estadio la S de sintomático, o la A de asintomático, para modificar cada categoría	

Clasificación etiológica

Categoría	Definición
Congénita	EC: Aparente al nacimiento o reconocida poco después.
Primaria	Ep: Causa indeterminada.
Secundaria	Es: Causa conocida sea trombótica, traumática u otra.

Clasificación anatómica

Área de compromiso
Venas superficiales: As
Venas profundas: Ad
Venas perforantes: Ap

Clasificación fisiopatológica

Condición	Calificación
Reflujo	PR
Obstrucción	Po
Reflujo y obstrucción	PR,o

2. Severidad de la insuficiencia venosa crónica

Síntoma o signo	Score clínico
Dolor	0: ninguno, 1: Moderado y no necesita analgésicos, 2: Severo y necesita analgésicos.
Edema	0: Ninguno, 1: Leve o Moderado, 2: Severo.
Claudicación venosa	0: Ninguno, 1: Leve o Moderado, 2: Severo.
Pigmentación	0: Ninguna, 1: Localizada, 2: Extensa.
Lipodermatoesclerosis	0: Ninguna, 1: Localizada, 2: Extensa.
Tamaño de la úlcera	0: Ninguna, 1: < 2 cm., 2: > 2 cm. de diámetro.
Duración de la úlcera	0: Ninguna, 1: < 3 meses, 2: > 3 meses
Recurrencia de la úlcera	0: Ninguna, 1: una vez, 2: más de una vez.
Número de úlceras	0: Ninguna, 1: Única, 2: Múltiples.

3. Discapacidad generada por la enfermedad

Score	Severidad de la discapacidad
0	Asintomático
1	Sintomático, funciona sin aparatos de asistencia
2	Puede trabajar 8 horas por día solo con equipos de soporte
3	Incapaz de trabajar inclusive con equipos de soporte

4. Proceso diagnóstico

El objetivo es indagar si existe o no reflujo venoso que es el marcador de la existencia de la insuficiencia.

Antiguamente algunas maniobras clínicas realizadas durante el examen físico orientaban a ello, pero el paso del tiempo, y una mejor comprensión de la enfermedad mostraron que definitivamente las maniobras clínicas

tienen validez parcial en casos severos de reflujo y que los estadíos tempranos no son evaluables de esta forma.

El procedimiento de elección y primer paso es el **Eco duplex scan**, el cual provee datos desde el punto de vista anatómico, de localización de estructura valvular, verificación del reflujo y evaluación funcional del sistema venoso superficial, comunicante y profundo.

El **Eco duplex scan** diagnostica la presencia o ausencia de reflujo e identifica el origen y la dirección o eje del mismo. Además optimiza el diagnóstico anatómico y morfológico de la causa subyacente.

Las técnicas de **pletismografía** (simple, de aire y computarizada) tienen un papel **complementario** al Eco duplex scan y nunca son procedimiento de primer paso.

Se indican para:

- Evaluar y predecir los posibles efectos hemodinámicos sobre el sistema venoso superficial y profundo, derivados de cirugía de las venas superficiales,
- Evaluar la función de la bomba venosa.

La **flebografía** actualmente sólo tiene indicación en pacientes con obesidad severa y con edemas importantes que impiden la visualización del sistema venoso con el Eco duplex scan; en pacientes con recurrencias inexplicadas de la enfermedad y en quienes van a cirugía del sistema profundo o cirugía endovascular. También se puede considerar en personas con datos ecográficos dudosos y en personas en quienes se sospechan malformaciones venosas.

La evaluación de la microcirculación a través del uso de capilaroscopia, doppler láser, microlinfografía, medición de presión intersticial y presiones parciales intersticiales de O₂ y CO₂, sólo tienen aplicación desde el punto de vista investigativo.

5. Tratamiento médico o conservador

Todos deben recibir las siguientes **medidas generales**:

- Reducción de peso.

- Evitar el tabaquismo.
- Evitar períodos prolongados de bipedestación o sedestación.
- Uso de calzado ancho y cómodo; evitar el empleo de tacones.
- Elevación de las piernas sobre el nivel del corazón 15 a 30 minutos varias veces al día para reducir la sintomatología y el edema; dormir con los pies elevados a unos 15 cm. sobre el nivel de la cama.
- Realizar ejercicios que impliquen flexión de los tobillos para optimizar la bomba muscular.
- Evitar el calor extremo.
- Antiagregación plaquetaria: dosis de 100 a 300 mg de ácido acetil-salicílico, por día.

Terapia compresiva continua con ortesis elástica (medias de presión)

Se debe realizar el índice tobillo/brazo a todos los pacientes y quienes tengan un valor menor de 0.9 son candidatos a medios compresivos.

La presión a utilizar se esquematiza en la siguiente tabla:

Gradiente de presión (mmHg)	Indicación
14 a 18	Prevención primaria de la TVP
20 a 30	Insuficiencia venosa leve; varicosidades leves.
30 a 40	Varicosidades moderadas a severas, edema periférico, síndrome postflebitico, várices en embarazadas, prevención secundaria de TVP, úlceras varicosas.
40 a 50	Insuficiencia venosa crónica severa.
50 a 60	Insuficiencia venosa crónica muy severa

Terapia compresiva continua con ortesis rígida (bota de unna, circ-aid, vendaje de gasa)

Está indicada en **insuficiencia venosa severa o en presencia de úlcera varicosa** siendo en dichos casos

más eficaz que la compresión elástica continua al permitir un mejor vaciamiento venoso

Terapia compresiva intermitente con bomba neumática

Solo se indica en casos de edema venoso crónico con úlcera asociada o linfedema crónico asociado a úlceras venosas cronificadas, nunca se utilizará como monoterapia y siempre debe ir asociado a compresión venosa continua elástica o rígida.

Medicamentos venotónicos

Su uso se fundamenta en la mejoría de los síntomas como el prurito y la claudicación venosa; no mejoran la función valvular, ni la bomba muscular y menos la función de la pared venosa. Sólo la **pentoxifilina** ha mostrado algún beneficio al tener efecto **anticoquinas**, a nivel intersticial, endotelial y de la microcirculación.

Muchos de ellos tienen importantes efectos adversos resultantes de interacciones farmacológicas: Dobesilato de calcio, Diosmina o Rutósido, Escina o castaña de indias y el *Ruscus Asculeatus*:

Fármaco	Nombre comercial	Posología
Escina	Venostasin Feparil Provenen	60 a 200 mg por día
Diosmina	Daflón	300 a 1200 mg por día
Dobesilato de calcio	Doxium	250 a 750 mg por día
Pentoxifilina	Frental	400 a 1200 mg por día

6. Tratamiento quirúrgico

Existen múltiples técnicas quirúrgicas que escapan al objetivo de ésta guía pero cuya elección depende de la distribución anatómica y severidad de la enfermedad además de la fisiopatología y causa de base asociada a la enfermedad y que será elegida por el equipo quirúrgico encargado.

Los pacientes que no se benefician de las medidas aplicadas en el paso quinto, son candidatos a manejo quirúrgico, en la siguiente tabla se muestran las indicaciones de derivación a cirugía vascular y a los distintos procedimientos invasivos:

Indicaciones para remitir a cirugía vascular

Criterios de derivación a una unidad de cirugía vascular
Pacientes con sintomatología permanente que no responden a manejo médico.
Pacientes que hayan presentado o presenten alguna complicación de la insuficiencia venosa crónica como: Tromboflebitis superficial o profunda, varicorragia, úlceras venosas de evolución desfavorable, síndrome postflebitico.

Indicaciones de cirugía en insuficiencia venosa crónica

Indicación
Claudicación venosa persistente
Varicorragias y varicoflebitis
Pigmentación del tobillo y atrofia blanca
Lipodermatoesclerosis
Úlceras crónicas de las piernas
Enfermedad asociada de la vena safena y las comunicantes

Contraindicaciones para cirugía en insuficiencia venosa crónica

Contraindicación
Edad mayor de 70 años
Linfedema crónico asociado
Várices asociadas a angiодisplasia o fístulas arteriovenosas traumáticas
Obesidad mórbida
Motivación puramente estética
Riesgo alto derivado de otra patología asociada

Lecturas recomendadas

1. Ibrahim Sahid, McPherson Donna R, Goldhaber Samuel, Chronic venous insufficiency: Mechanisms and management. American Heart Journal October 1996 pp 856-860.
2. REDNOVA: 2005: Guidelines for diagnosis and treatment of chronic venous disorders. <http://www.rednova.com/news/display/?id:236435>.
3. Nicolaidis AN, Investigation of chronic venous insufficiency. A consensus statement. Circulation 2000; 320 pp 1391-1394.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN EL ANCIANO

REPORTE DE UN CASO

Diego Andrés Osorno Chica
Médico Geriatra, Universidad del Cauca - Popayán
Leonilde Inés Morelo
Médica Geriatra, Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá
Victoria Eugenia Arango, Médica Geriatra, Fundación Cardioinfantil - Bogotá

Paciente de 86 años de edad que consulta al servicio de urgencias del Hospital San Ignacio, de la Ciudad de Bogotá, por cuadro agudo de dolor abdominal referido a región dorso-lumbar, asociado a episodios de diarrea líquida, malestar general, ansiedad y náuseas, sin fiebre ni otros signos o síntomas.

Es ingresada al servicio de medicina interna con un diagnóstico de cuadro diarreico agudo. Se encuentra en aparente buen estado general, afebril, sin diarrea y sin hallazgos abdominales de enfermedad. Se identificó una afasia motora asociada a parálisis facial central derecha.

La evaluación paraclínica al ingreso demostró una infección no complicada de vías urinarias, causada por E. Coli, sin evidencia de resistencia antimicrobiana no productora de BLEES y a la cual se le inició tratamiento farmacológico con cefazolina parenteral. Adicionalmente se encontró una ligera elevación de azoados en sangre con un patrón prerrenal que mejoró con hidratación endovenosa.

La evolución clínica de la paciente fue adecuada, disminuyendo la sintomatología abdominal a las 48 horas del ingreso hospitalario.

La paciente, viuda, procedente de la zona urbana de la ciudad de Bogotá, sin escolaridad, vive en compañía de una hija; con una historia funcional buena sin compromiso de las Actividades Básicas Cotidianas Avanzadas, Instrumentales o Físicas a pesar de tener antecedentes patológicos de Enfermedad Coronaria (con fracción de eyección residual post-evento de 35%);

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica asociada a hipertensión pulmonar moderada con Presión sistólica de arteria pulmonar de 69 mmHg; Hipertensión Arterial y Enfermedad Cerebrovascular Isquémica de episodio agudo que ocurrió dos años antes de este ingreso hospitalario en territorio de la arteria cerebral media izquierda.

A las 72 horas posteriores al ingreso, la paciente se agita, manifestando dolor en extremidades inferiores sin poder especificar las características, dada su dificultad en la comunicación, además de referir molestias abdominales inespecíficas. Los acompañantes refieren episodios fluctuantes del estado de conciencia. Asociado a lo anterior, notaron que no podía pararse, ni sostenerse en bipedestación, pero en cama podía movilizarse e incluso sentarse.

Solicitaron evaluación al servicio de neurología quienes hicieron una impresión diagnóstica de Ataxia Postural, posiblemente relacionada a nuevo episodio de ECV, asociada a Delirium, motivo por el cual solicitan Resonancia Nuclear Magnética cerebral que reporta encefalomalacia parietal izquierda junto a pequeña hemorragia antigua en la cabeza del Núcleo Caudado, sin signos que sugiriesen evento agudo, por lo cual sugieren fisioterapia. Se solicita evaluación por el servicio de Geriátrica dado el episodio de Delirium.

Se valora la paciente encontrándose distensión abdominal y fecaloma en marco cólico realizando tacto rectal encontrando ampolla vacía por lo que se sugiere impactación fecal alta por lo que se solicita radiografía de abdomen simple que reporta acumulación de mate-

ria fecal y se realiza tratamiento con enema fosfatado oral obteniendo resolución de la impactación y mejoría en la distensión abdominal.

Persiste la incapacidad para mantener la postura bipedestada, persistencia de las molestias en región dorsolumbar, miembros inferiores y abdomen bajo, sin evidencia de pérdida de la fuerza muscular de las extremidades inferiores, sin aparente modificación de la sensibilidad, sin pérdida de reflejos osteotendinosos profundos ni alteraciones en el tono del esfínter anal y sin otras variaciones en el estado físico basal.

A las 96 horas de la estancia hospitalaria la paciente hace episodio de pérdida aguda de la conciencia posterior a ingesta de alimento y es encontrada estuporosa en cama sin relajación de esfínteres en cuyo momento fue encontrada hipotensa, haciéndose una impresión diagnóstica de un estado postictal vs. hipotensión postprandial. Se solicita un electroencefalograma que reporta enlentecimiento difuso de la actividad cerebral sin evidencia de actividad paroxística, compatible con los hallazgos esperados en pacientes con Delirium.

Posterior al episodio anterior las cifras de presión arterial se tornan inestables con elevaciones moderadas, requiriéndose terapia antihipertensiva con múltiples medicamentos entre ellos amlodipino, clonidina, enalapril y metoprolol sin lograr adecuado control. Ante la hypersomnolencia es necesario suspender la clonidina.

Durante la semana posterior al ingreso se documenta hiponatremia leve, asociada a hipoglucemia basal y posprandial por lo cual se sugiere descartar cuadro de insuficiencia suprarrenal, solicitando niveles de cortisol sérico los cuales fueron normales. Igualmente se solicita TSH que fue reportada con un valor de 19.8 UI/ml. Adicionalmente se solicitan niveles de CPK total, los cuales fueron reportados como normales.

A la segunda semana de estancia la paciente presenta incontinencia urinaria, marcada disminución de la movilidad de miembros inferiores con incapacidad para sentarse, pérdida del tono del esfínter anal, arreflexia osteotendinosa, con paraparesia 2/5 simétrica y marcada disminución de la sensibilidad superficial en miembros inferiores. Se hace impresión diagnóstica de Síndrome de Guillain Barré sin signos de insuficiencia respiratoria por lo que es trasladada a la Unidad de Cui-

dados Intensivos, se solicita neuroconducciones y se inicia terapia con Gammaglobulina Humana Hiperinmune y terapia de reemplazo hormonal con levotiroxina oral.

Durante la estancia en la UCI, el déficit neurológico se extiende a paresia de miembros superiores asimétrica, 3/5 derecha y 4/5 izquierda, sin compromiso respiratorio y leve disfagia, las neuroconducciones reportan en 4 extremidades signos de Neuropatía Desmielinizante Aguda.

El déficit neurológico se estabiliza, se completa esquema de 5 días con Gammaglobulina Hiperinmune, la paciente egresa de la UCI y se realiza punción lumbar de la cual se obtiene líquido cefalorraquídeo con hiperproteorraquia de 257 mg/dl, sin pleiocitosis.

La paciente se estabiliza con cifras tensionales normales y franca mejoría de su estado de conciencia permitiendo su egreso institucional con plan de rehabilitación ambulatorio.

El Síndrome de Guillain Barré en la vejez

Aspectos generales

Hasta hace unos años, la incidencia del Síndrome de Guillain Barré (SGB), también conocido como Polineuritis o Polineuropatía Posinfecciosa Aguda, era incierta e, incluso, existía verdadera discrepancia en relación a la verdad de la incidencia del trastorno en la vejez.

Algunas publicaciones han sugerido una distribución bimodal durante la vida adulta y según los reportes se encuentra sobreestimación y subestimación de las cifras de aparición del SGB en el anciano.

Los estudios a gran escala han mostrado una incidencia en personas mayores de 60 años de entre 0.4 a 1.7 casos por 100.000 habitantes/año, pero se cree que la verdadera incidencia se subestima, dado que no se reportan algunos casos leves del SGB.

El SGB muestra en los viejos una relación mujer a hombre de 2:1 y es 4 veces más frecuente en personas menores de 40 años con un mayor pico entre los 20 y los 25. Se considera que el trastorno tiene una distribución universal, y algunos reportes describen un pico de aumento de la incidencia del SGB en la vejez dados los mecanismos de inmunosenescencia que favorecen una

mayor susceptibilidad a las infecciones por algunos virus, así como por el *Campylobacter jejuni*. La reciente expansión de los programas de inmunización contra la Influenza ha favorecido que haya un aumento en los casos de SGB en personas mayores de 60 años que viven en la comunidad y que conviven con otros en instituciones cerradas de larga estancia y en asilos, siendo 2 veces más frecuente en ancianos institucionalizados.

Los pacientes con edades mayores a los 60 años suelen tener enfermedades rápidamente progresivas, pero que en muchas ocasiones se autolimitan y no progresan a falla ventilatoria. Lo importante, a diferencia de lo anterior, es el hecho de que genera gran discapacidad con importante repercusión en la funcionalidad del viejo con un pronóstico a corto y largo plazo más oscuro puesto que pueden progresar a complicaciones derivadas del inmovilismo.

El pronóstico funcional se define a un año en el cual muchos se recuperan pero un porcentaje importante queda con alguna secuela del SGB y además entre un 3 y un 5% de ellos puede tener recaídas de la polineuropatía característica del SGB. Se sabe que cerca del 85% de los ancianos queda con un efecto residual como estado basal y el 10% con una debilidad discapacitante permanente.

Presentación clínica del SGB en el viejo

Las principales manifestaciones clínicas del Síndrome de Guillain Barré en el anciano, no difieren de las demás personas. En la mayoría de los casos la presentación es la de una Polineuropatía Sensitivo-Motora con Arreflexia: lo característico es que las manifestaciones iniciales son bizarras y el cortejo típico tarda en establecerse, motivo por el cual el diagnóstico se demora en la mayoría de los casos.

Generalmente se pueden encontrar antecedentes previos a la instalación del cuadro clínico de una infección viral con serología positiva para Citomegalovirus, Epstein-Barr virus o antecedente de inmunización para Influenza, e incluso en algunos hay evidencia de una infección bacteriana previa, que generalmente se trata de una enteritis por *Campylobacter jejuni*, aunque esta es la forma asociada con menor frecuencia en ancianos.

Las diferentes variantes clínicas como la Axonal y la Pandisautonomía Aguda son extremadamente raras en

la vejez, pero cuando aparecen, oscurecen el pronóstico a corto plazo ya que son los modos que evolucionan a las formas letales del SGB.

Otras formas de la enfermedad como la forma de Miller – Fisher, la motora pura, la forma faríngeo-cérvico-braquial, la sensorial pura y la variante paraparética, son también poco frecuentes y tienen pronóstico más benigno.

El SGB es de inclusión obligatoria en el estudio del anciano con debilidad inexplicada, disautonomía y alteración sensorial periférica.

Criterios diagnósticos del NINCDS para SGB
<p>Características requeridas para el diagnóstico</p> <p>Debilidad progresiva en piernas y brazos</p> <p>Arreflexia</p>
<p>Características que soportan fuertemente el diagnóstico</p> <p>Progresión de síntomas en días a semanas</p> <p>Simetría relativa de los síntomas</p> <p>Signos o síntomas sensitivos leves</p> <p>Compromiso de nervios craneales</p> <p>Recuperación que inicia en 2 a 4 semanas luego de la estabilización</p> <p>Disfunción autonómica</p> <p>Ausencia de fiebre</p> <p>Hiperproteorraquia con menos de 10 células por ml</p> <p>Características clínicas típicas</p>
<p>Características que hacen dudoso el diagnóstico</p> <p>Nivel sensitivo</p> <p>Asimetría persistente</p> <p>Incontinencia persistente y severa</p> <p>Más de 50 células por ml en LCR</p>
<p>Características que descartan el diagnóstico</p> <p>Diagnóstico de Botulismo, Poliomielitis, Miastenia, Neuropatía tóxica</p> <p>Metabolismo anormal de las porfirinas</p> <p>Difteria reciente</p>

Tabla 1

Diagnóstico del SGB en el viejo

El diagnóstico es eminentemente clínico siguiendo los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – NINCDS, (ver Tabla 1).

Un caso típico está definido por un cortejo sugestivo de Polineuropatía sensitivo-Motora aguda, asociada a Arreflexia que inicia en miembros inferiores y evoluciona en forma ascendente. El dolor en regiones proximales de las extremidades inferiores es un hallazgo típico y el cortejo completo se establece entre 3 días y 4 semanas.

Los casos muy leves en el anciano pasan desapercibidos e interpretados como un caso de desacondicionamiento físico. Los hallazgos en la neuroconducción son los de una polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante aguda, pero cuyo patrón puede cambiar en relación a la variante clínica que el individuo manifieste y que incluso, pueden estar ausentes en el 5% de los pacientes.

El estudio de líquido cefalorraquídeo muestra elevación variable de las proteínas, con franca disociación proteico-citológica y ausencia de pleiocitosis y sin consumo de glucosa. Sólo el 10% de los casos presenta pleiocitosis mononuclear.

Tratamiento del SGB en el viejo

El manejo es hospitalario: se debe realizar profilaxis para úlceras por presión y trombosis venosa profunda; monitorizar la función ventilatoria con mediciones periódicas de gases arteriales, pulsioximetría y Capacidad Vital Forzada (CVF). Una caída de 18 ml/Kg de esta última, asociada a desaturación progresiva indica la necesidad de someter al paciente a ventilación mecánica.

Estos pacientes tienen alto riesgo de fenómenos aspirativos. Debe realizarse una adecuada hidratación y vigilarse los valores de los signos vitales para identificar la aparición de signos sugestivos de disautonomía que pueden anunciar la llegada de una forma disautonómica y requerir de terapia permanente en una UCI.

Tan pronto como se hace el diagnóstico, es necesario iniciar el tratamiento con Gamaglobulina Humana Hiperinmune a dosis altas, o en algunos centros la Plasmaféresis como terapia dirigida específica al trasfondo inmunológico que caracteriza a la enfermedad. Los esteroides carecen de evidencia en la terapia.

La disautonomía, manifestada como una Hipertensión Arterial sostenida se corrige con el uso de Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina o con Betabloqueantes.

Pronóstico del SGB en el viejo

Depende mucho de la edad a la que se presenta el trastorno y de la forma clínica de presentación: la pandisautonomía es la de peor pronóstico, a diferencia de la forma típica desmielinizante aguda.

A un año se define lo residual y se considera que el 85% de los viejos enfermos con SGB queda con algún grado de discapacidad, del 10 al 20% de los casos son letales y entre el 10 y el 20% queda con discapacidad total; el 15% de los casos se refiere a las llamadas formas leves que pasan desapercibidas y el 33% de los ancianos, sin tener una forma letal, requiere de ventilación mecánica en algún momento de la evolución de la enfermedad.

El mal pronóstico está definido por: antecedente de enfermedad diarreica bacteriana previa, infección documentada por Citomegalovirus, dependencia a ventilador y curso recurrente.

Conclusiones

El curso de la enfermedad descrito en la paciente del caso es compatible con los hallazgos teóricos presentados en la revisión: luego de iniciar como una forma paraparéctica se establece el cortejo total de una forma desmielinizante aguda con compromiso disautonómico. En ella el pronóstico funcional se definirá posteriormente.

Las características de la enfermedad tanto clínicas como paraclínicas muestran que a pesar de la vejez las manifestaciones de la enfermedad permanecen constantes y permiten de manera predecible definir su historia natural.

La terapia orientada y oportuna permite estabilización y regresión sintomáticas, con la finalidad de optimizar el pronóstico a corto plazo, con relación a la morbilidad derivada del inmovilismo.

La morbilidad previa puede actuar como distractor en el estudio de un síndrome de debilidad, como ocurre en el caso de la paciente motivo de esta revisión, ya que un antecedente de Enfermedad Cerebrovascular y un Hipotiroidismo no tratado, retardaron la sospecha diagnóstica.

Lecturas recomendadas

1. Newswanger D, Warren CR. Guillain Barré Syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69:2405-10.
2. Seneviratne U. Guillain-Barré syndrome. *Postgrad Med J* 2000; 76:774-82.
3. Allen SC, Tomas M. Guillain Barré Syndrome in elderly patients. *J HK Geriatr Soc* 1995; 6: 11- 13.
4. Sridharan JV, Tallis RC, Gautam PC. Guillain-Barré Syndrome in the Elderly: A retrospective comparative study. *Gerontology* 1993;37(3):170-175.
5. Rapper AH. The Guillain-Barré Syndrome. *New Engl J Med* 1992;17:1130-1136.
6. Van Der Meche, Schmitz PM. Dutch Guillain-Barre Study Group. A randomized trial comparing intravenous immunoglobulin and plasma exchange in Guillain-Barré Syndrome. *New Engl J Med* 1992;326:1123-1129.
7. Hughes RAC. Ineffectiveness of high dose intravenous methylprednisolone in Guillain-Barré Syndrome. *Lancet* 1991;338:1142.
8. Winner SJ and Grimley Evans J. Age specific incidence of Guillain-Barré Syndrome in Oxfordshire. *Qart J Med* 1990;77(284):1297-1304.
9. Aloor M. The epidemiology of Guillain-Barré Syndrome. *Ann Neural* 1990; 27(sup): 57.80.
10. Passmore AP, Taylor IC, McConnell JG. Acute Guillain-Barré Syndrome presenting as acute spinal cord compression in an elderly woman. *J Sot Med* 1990; 83:333-334
11. National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke; ad hoc committee. Criteria for diagnosis of Gulllain-Barré Syndrome. *Ann Neurol* 1990;42:1053-1057.

TELEASISTENCIA: NIVEL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Presentación de una experiencia

Ana Fernández Sangil
Trabajadora Social

Coordinadora de Servicios Socio-sanitarios de la provincia de Lugo (España)
EUXA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS S.L.

Introducción

En el año 2000 existía en España un total de 6.582,2 millones de personas mayores, lo que suponía un 16,5% de la población con más de 65 años. Se calcula que en el año 2010 esta cifra se elevará a 7.208,5, lo que representará el 17,5%. Esto supone que de cada 10 personas, más de 1,60 serán mayores de 65 años. En la actualidad en este grupo hay más de 7 millones de personas.

Si estudiamos la distribución geográfica de este segmento etéreo vemos que existen comunidades autónomas como Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía en las que el número total de individuos mayores de 65 años, supera los 600.000. Si eso mismo lo realizamos con aquellos por encima de los 75, el porcentaje de la población española en este grupo es del 7,08%, aunque en comunidades como Andalucía y Galicia (Lugo es una provincia de Galicia) ese porcentaje se eleva por encima del 30%.

Si analizamos el grado de dependencia de los mayores en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, vemos que el 17% de las personas comprendidas entre los 65 y 70 años son al menos dependientes para una de las actividades básicas, principalmente para caminar, porcentaje que se eleva al 50% en mayores de 80 años. En el caso de las actividades instrumentales, el 26% entre los 65 y 70 años, es dependiente para alguna tarea doméstica y asciende al 65% de los mayores de 80 años que necesitan ayuda para el uso de transporte público.

Según la Encuesta INE IMSERSO-ONCE sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, exis-

ten en España más de 967.000 mayores de 65 años afectados por una dependencia severa o grave. El nivel de desarrollo de los servicios sociales en nuestro país, especialmente en situaciones de dependencia, está muy por debajo de la media europea. Además, Naciones Unidas, en sus proyecciones de población, vaticina que España será el país más envejecido del mundo en el año 2050, por lo que el número de dependientes será considerablemente mayor. En este contexto, en EULEN Servicios Sociosanitarios se ha elaborado un informe en el que se explica cuál sería la infraestructura precisa para desarrollar unos servicios de atención a la dependencia que nos acerquen a la media de servicios existentes en los países más desarrollados de Europa.

Los cuidados de nuestros mayores son asumidos por la familia en el 76,6% de los casos, y solo son atendidos por los servicios sociales el 2,6%.

Futuro de los servicios para mayores

La importancia de este estudio radica en que los datos económicos en los que se basa el informe son reales, y basados en la experiencia de una empresa que gestiona desde hace más de diez años este tipo de servicios. Los objetivos perseguidos son aumentar el número de usuarios atendidos a 1.346.000 personas, la creación de 376.800 puestos de trabajo directo, además del empleo indirecto derivado de unas inversiones en equipamiento y dotaciones de 4.697 millones de euros.

El presupuesto necesario para la realización del plan es de 5.266 millones de euros de los cuales el 60%, es

decir 3.173 millones de euros, revertirán en las arcas del Estado a través de impuestos, las aportaciones de los usuarios, y los subsidios de desempleo ahorrados en la contratación de personal.

El servicio de teleasistencia

La Teleasistencia es un servicio social domiciliario que utiliza la tecnología como instrumento de trabajo, detrás del cual siempre debe haber un equipo de profesionales especialmente formados para atender y resolver las distintas situaciones que se presenten.

El INSERSO y la FEMP han suscrito un Convenio-Marco para la puesta en marcha y desarrollo de un Programa de Teleasistencia Domiciliaria de ámbito estatal, al que se podrán incorporar, a través de la firma de Convenios de Cooperación, aquellas Entidades Locales que deseen desarrollar proyectos concretos en su ámbito territorial.

En primer lugar se adjudicó a Eulen Servicios Sociosanitarios el desarrollo del Programa de Teleasistencia pasando a ser desde 2002 Euxa Servicios Sociosanitarios (ya que en Galicia se unió a Caixa Galicia). Eulen Servicios Sociosanitarios inició sus actividades en 1988 centrándose, en principio, en los Servicios de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, para posteriormente gestionar Centros de Día y Residencias de Personas Mayores. Desde el principio de sus actividades, fue una preocupación constante ofrecer a los clientes y usuarios unos servicios altamente profesionalizados y especializados, por lo que EUXA invirtió en desarrollar métodos, protocolos, programas y tecnologías aplicables a los Servicios Sociosanitarios.

Es un servicio de atención permanente ya que se presta los 365 días del año durante las 24 horas del día. Tiene una cobertura de 40 metros desde donde se encuentra el terminal. Es un servicio gratuito (subvencionado por la Diputación de Lugo, la FEMP, el IMSERSO y la Xunta de Galicia), por tanto el usuario solamente abonará la llamada que realice a través del equipo de Teleasistencia, a coste de llamada local.

Consiste en un sistema de telecomunicación bidireccional, manos libres, que permite poner en contacto al usuario que se encuentra en su domicilio, mediante la pulsación de una unidad de control remoto que lleva constantemente, y un Centro de Atención que cuenta con los medios tecnológicos y los profesionales

adecuados para poder atender dicha llamada. Desde el Centro de Atención, se movilizarán los recursos necesarios para la resolución del problema, que podrá solucionarse desde el mismo Centro de Atención.

Por su amplitud de horario, las 24 horas del día todos los días del año, puede ser complementario del Servicio de Ayuda a Domicilio y de otros que se presten en el entorno de las personas a las que va dirigido, garantizando una atención y apoyo permanentes ante emergencias, crisis de soledad o cualquier otra circunstancia que precise de atención.

Este servicio se complementa con las agendas del usuario, que permiten recordarle determinadas actividades o hábitos que debe realizar de forma esporádica o periódica (toma de medicamentos, visita al médico, cumpleaños, etc.).

Además de las llamadas que realizan los usuarios desde su domicilio, el Centro de Atención contactará periódicamente con los mismos con el fin de realizar un seguimiento permanente, mantener actualizados sus datos e intervenir si las circunstancias lo aconsejan.

Objetivos de la teleasistencia domiciliaria

- Contribuir a que las personas mayores y/o discapacitadas permanezcan en su domicilio.
- Mejorar la calidad de vida de aquellos que con avanzada edad, discapacidad funcional, aislamiento social y/o parcial dependencia de terceros, desean seguir permaneciendo en su entorno habitual, evitando con ello los grandes costes personales, sociales y económicos que el desarraigo del medio conlleva.
- Facilitar el contacto con el entorno socio-familiar.
- Asegurar la intervención inmediata ante crisis personales, sociales o de salud, proporcionando seguridad y movilizando los recursos necesarios y así evitar ingresos innecesarios en Centros Residenciales.

Usuarios de teleasistencia

Los usuarios del servicio serán las personas mayores y las personas discapacitadas en situación de riesgo psicosocial o físico, que vivan solas o que permanezcan parte

Espacio de publicidad

del día solas. También podrán ser usuarios aquellas personas que, aunque convivan con otras, presenten las mismas características de edad o discapacidad. Además, deberán tener las necesidades básicas de vivienda, alimentación e higiene personal y del hogar cubiertas. También es necesario que dispongan de una línea telefónica contratada y de suministro eléctrico.

No podrán ser usuarios:

- Aquellas personas con enfermedades mentales graves, incluidas las demencias, dado que el manejo del sistema requiere de cierto nivel de comprensión y discernimiento.
- Aquellas personas con deficiencias notorias de audición y/o expresión oral, ya que el sistema se basa en la comunicación verbal entre el usuario y el centro de atención.

El servicio de Teleasistencia domiciliaria irá destinado, de forma prioritaria, a las personas que reuniendo los perfiles comentados al principio, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- Situación de temor y angustia motivados por el aislamiento social y/o desarraigo.
- Situación de riesgo por avanzada edad, discapacidad o enfermedad.
- Situación de aislamiento y desarraigo geográfico y/o social.

Tipos de usuarios

Tendrán la condición de usuarios las siguientes personas:

- a. El Titular del Servicio de teleasistencia domiciliaria: dispone del terminal de usuario y de la unidad de control remoto. Reúne todos los requisitos para ser usuario.
- b. El usuario con unidad de control remoto adicional: Es la persona que, conviviendo con el titular del servicio, reúne los requisitos para ser usuario del servicio. Dispondrá de una unidad de control remoto adicional para su uso exclusivo.
- c. El usuario sin unidad de control remoto: Es la persona que, conviviendo con el titular del servicio y necesitando las prestaciones y atenciones que este proporciona, carece de capacidad física, psíquica

o sensorial para poder solicitar por sí mismo esa atención. Este usuario debe ser dado de baja cuando sea el titular, salvo que pase a depender de otro usuario titular con el que también conviva.

Centro de atención - profesionales de Teleasistencia

El centro de atención podrá estar ubicado fuera del ámbito territorial correspondiente a las Entidades Locales firmantes del/los convenio/s y en el que se van a prestar los servicios contratados, siempre que el coste de la llamada para el usuario no supere el precio de una llamada telefónica local, y que, en el ámbito territorial en el que se va a prestar el servicio, la empresa/entidad disponga de una oficina y del personal que se señala más adelante, con la excepción del responsable del centro de atención y operadores.

Para la prestación del servicio, la empresa/entidad contratará, al menos, con el siguiente personal contratado:

- Un responsable del proyecto: su función principal consistirá en la relación continua y de coordinación con el responsable técnico del proyecto provincial de la Administración Local, con el fin de lograr una adecuada implantación y desarrollo del servicio, tanto en calidad como en volumen de usuarios. Poseerá titulación académica universitaria, y experiencia profesional en servicios sociales, especialmente en proyectos de intervención con personas mayores, así como en conocimiento y manejo de recursos.
- Un coordinador de zona: cuando se establezcan distintas zonas en un mismo ámbito territorial, la empresa/entidad estará en la obligación de asignar un coordinador en cada una de estas áreas, como se ha indicado, si superan los 100 terminales de usuarios en las mismas. En coordinación y bajo la dependencia del responsable del proyecto, los coordinadores de zona asumirán las tareas de recogida y actualización de datos de usuarios y recursos, de familiarizar al usuario con su sistema, de velar por el correcto mantenimiento de las instalaciones y equipos de usuarios. Estas funciones serán realizadas por el responsable del proyecto cuando no existan coordinadores de zona. El perfil profesional de los coordinadores será similar al del responsable del proyecto.

- El responsable del centro de atención: velará por el correcto funcionamiento de todo equipo técnico, así como por que la atención de alarmas y llamadas se realice de forma inmediata y adecuada, poniendo especial atención en que el usuario reciba siempre un trato cordial y se movilicen, si es necesario, los recursos propios o ajenos que la situación de emergencia requiera. Estará en conexión permanente con el centro de atención a través del emisor - receptor de radio y teléfono portátil. Se valorará su experiencia en la gestión de programas de emergencia social y sanitaria.
- Operadores: son los encargados de recibir en primera instancia las alarmas y llamadas, interviniendo según instrucciones y protocolos establecidos, solicitando la intervención directa del responsable del centro cuando por su complejidad no puedan o no sepan resolver la situación por sí mismos. El número mínimo de operadores por centro de atención será de 5. Deben poseer una buena capacidad de comunicación y percepción, rapidez de razonamiento, serenidad y transmitir seguridad al comunicar las pautas de actuación.
- Nombre del médico de cabecera y el teléfono, Centro de Salud correspondiente, hospitales en los que fue ingresado, número de teléfono de ambulancias de la zona.
- Recursos propios: personas que vivan cerca del usuario y que estén en posesión de una copia de la llave de la casa de éste.
- Datos de la vivienda.
- Otros datos.

Protocolo de actuación ante incidencias

Cuando el usuario provoca una alarma por pulsación, bien de la unidad de control remoto (pulsera o colgante), o bien del terminal de Teleasistencia, los operadores del Centro de Atención son los encargados de atender de forma inmediata la llamada. En ese momento aparecen en la pantalla del equipo informático todos los datos del usuario, así como un índice de ayuda (activación opcional) que sirva de apoyo al operador siempre que lo necesite, recogiendo procedimientos de actuación ante cualquier incidencia psico-social, sanitaria y doméstica.

Las incidencias se pueden catalogar en:

Sanitarias: enfermedad, caída, ahogo, mareos, hemorragia, etc.

Psico-sociales: ansiedad, angustia, soledad, problemas familiares, demencia, acompañamiento de otra persona.

Domésticas: siniestros, problemas con el suministro eléctrico, etc.

Técnicas: primera instalación, seguimiento, agenda.

El procedimiento general a seguir por EUXA SERVICIOS SOCIOSANITARIOS ante cualquier tipo de incidencia, es el siguiente:

NIVEL 1: una vez recibida la alarma a través de la central receptora, se procederá a:

1. Identificar al emisor de la alarma (aparecen en la pantalla del software los datos específicos de dicho usuario).
2. Contactar telefónicamente con el usuario, informándose lo más ampliamente posible del tipo y gravedad de la incidencia.

Datos de los usuarios

En el expediente que realiza el Trabajador/a Social de Atención Primaria o Centro de Salud del municipio donde esté empadronado el usuario, tienen que constar como mínimo los siguientes datos para luego introducirlos en el programa informático Tele 24, para que cuando el usuario provoque una alarma de inmediato aparezcan sus datos:

- Identificación: nombre, apellidos, domicilio, fecha de nacimiento, estudios, etc.
- Datos de convivencia: personas que conviven con el usuario.
- Características o circunstancias de interés: datos relevantes sobre su estado de salud o cualquier aspecto a destacar.
- Datos de salud: diagnóstico clínico, tratamiento, control de esfínteres, alergias, etc.
- Datos sobre asistencia sanitaria: número de la Seguridad Social o seguro privado.

3. Prestar atención psicológica de primera instancia, a través de la línea telefónica, desde el Centro de Atención.

A partir de la información recogida y la reacción del usuario, se determinará si finaliza la atención o si es necesario pasar al segundo nivel:

NIVEL 2: entrará en funcionamiento en los siguientes casos:

1. El Centro de Atención no ha podido mantener contacto con el emisor de la señal de alarma.
2. El Centro de Atención ha contactado con el emisor de la alarma y considera necesario la intervención.

Se pondrá en contacto con los recursos sociales, civiles, sanitarios o de emergencia que pudieran dar respuesta a la incidencia planteada, así como con los recursos propios y personas de contacto para apoyarle en su propio domicilio e informarles de la situación que se ha producido.

NIVEL 3: se trasladará al usuario a un centro especializado en la atención del tipo de incidencia específica que le afecte. El tercer nivel y la atención finalizarían con el ingreso del usuario en el Centro especializado o con el traslado de nuevo a su domicilio.

Desde el Centro de Atención los operadores realizarán las llamadas de seguimiento necesarias al usuario hasta que la situación se normalice.

En el procedimiento general de actuación, siempre que se trate de una emergencia psico-social, sanitaria y doméstica, se realizará un parte de incidencias que se facilitará a los responsables de las Entidades Locales que lo requieran de forma que puedan conocer el proceso que se ha seguido para resolver la incidencia producida, y el estado en que se encuentra cada una de las personas atendidas. Asimismo, se remitirá un informe mensual a dichos responsables, que recogerá todas las inci-

dencias que se hayan producido durante el mes.

Seguimiento del servicio

Desde el centro de Atención, los operadores mantienen un contacto periódico con los usuarios del servicio. Las llamadas de seguimiento se realizarán como mínimo mensualmente, salvo en aquellos casos en que se deba realizar con mayor frecuencia por circunstancias personales del usuario, que se llevará a cabo hasta que se normalice la situación.

Los avisos de agenda se realizan con la periodicidad requerida. Estos avisos programados en el software son solicitados bien por el usuario (medicación, consulta médica, despertador, etc.) o bien por iniciativa de la empresa para recordarle ciertas actividades (felicitación de cumpleaños, interesarse por su salud, etc.).

Tanto la instalación y el mantenimiento como el servicio, es gratuito para los usuarios.

Dónde solicitar el servicio de Teleasistencia

El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria se solicita en cualquier Ayuntamiento de la provincia de Lugo que esté adherido al Convenio. También se puede solicitar en algunos Centros de Salud.

Lecturas recomendadas

1. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, INSERSO.FEMP (1994). *Programa de Teleasistencia Domiciliaria*.
2. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, INSERSO.FEMP (Octubre 1999). *Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria*.
3. EULEN SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS (2004). *Memoria Informativa de los Servicios Sociales y Sanitarios*.

CUATRO SIGLOS DE REMBRANDT, RETRATISTA DE SU VEJEZ

Francisco González López
Médico. Profesor de Geriátría Clínica e Historia de la Medicina
Universidad de Caldas. Manizales. 2006

Leiden, la ciudad holandesa donde nació Rembrandt Harmenszoon van Rijn un 15 de julio de 1606, se prepara para la celebración más importante de su historia reciente, con múltiples actos que incluyen exhibiciones de la obra pictórica del llamado maestro del claroscuro y el más grande exponente de la técnica del grabado. Reconocido como el pintor más importante de la escuela holandesa y uno de los primeros artistas coleccionistas de arte con obras de Rafael, van Eyck, Durero, Cranach, Miguel Ángel, Rubens y Tiziano. En su producción incluyó



frecuentemente el tema de la vejez como uno de los aspectos más relevantes de su obra, y es sabido, que sus padres ya mayores para sus años de iniciación como pintor, a menudo posaron para sus pinturas; la leyenda refiere que junto con Lievens su amigo y su discípulo Gerard Dou, utilizaba con frecuencia ancianos del asilo como modelos para sus cuadros. Nada excitó al pintor joven, de hecho, más que las caras de aquéllos que habían arribado a la vejez; se fascinó por las pieles curtidas y arrugadas; la verdad para Rembrandt estaba por encima de la belleza. Los rostros envejecidos plenos de arrugas se destacaron en el claroscuro, heredado del italiano Caravaggio, para expresar sus temores y certezas, tanto en los grabados de los comerciantes judíos, en los aguafuertes de los mendigos, como en las escenas bíblicas al óleo.

En su larga vida de 63 años, superando ampliamente el promedio de la época, es posible seguir fielmente la evolución pictórica y el aspecto físico de Rembrandt a través de sucesivos autorretratos desde sus primeros trabajos, hasta prácticamente el año de su muerte, acaecida en 1669 en Ámsterdam. Uno de los misterios que aún motiva el interés de los críticos de arte y expertos en su obra, es la razón por la cual se autorretrató con tanta insistencia; esa constante observación de su rostro en el espejo de la pintura, fue la temática de una de las más apasionantes exposiciones en la que se repasó con minuciosidad las obras en las que el artista holandés se erigió como enigmático

protagonista. Superan el medio centenar las pinturas en las que vemos su efigie, y a esta cifra, ya exagerada, debemos agregar los innumerables grabados que la perpetúan. "Hubieron de ser muchas las horas que Rembrandt pasó ante el espejo, escudriñando el deterioro y el maltrato del tiempo. La asiduidad con que se pintó a sí mismo carece de equivalentes en el siglo XVII, y en casi toda la historia del arte".

A partir de los 23 años de edad comienza a retratarse con obstinación, se descubre como un joven campesino, voluntarioso y tímido, de ojos insistentes y cabellos desordenados, quizá en rebeldía con los cánones vigentes. En una etapa posterior, orienta sus autorretratos hacia la representación de diversos modelos del espíritu humano, ya como el de 1634 vestido de oficial

del ejército, u ocultándose tras las máscaras como un actor: con turbante de sultán, o representando a San Pablo; multiplica en los autorretratos los diversos roles, dejando un mínimo espacio a su papel de pintor; aparece vestido de mendigo, de elegante burgués, exaltando quizás las posiciones sociales, ostentando la independencia y su propia libertad.

En la década de 1640 a 1650, Rembrandt se retrata vestido de funcionario todos los días y en sus últimos retratos otorga un mayor énfasis a la cara, mientras el traje se muestra superficialmente; “de hecho es difícil precisar el vestuario” (Winkel, 1999). Puede ser que



al dedicar mayor atención a su rostro, el artista nos muestra que es conciente de su envejecimiento y no lo niega. Si por el contrario, hubiese repudiado sus facciones de anciano, habría recalcado en el vestido para desviar la atención fuera de su cara. Al cumplir los sesenta años en 1665, pinta el paso del tiempo en su rostro, en el que acentúa la caricatura de su decrepitud.

Tras la muerte de Saskia, su primera esposa, modelo e inspiración del momento de mayor brillo en la vida del pintor, se inicia una época de incompreensión artística y dificultades económicas; arruinado, vende su casa, sus colecciones de arte y aun, la tumba de su mujer. La vejez lo descubre aislado y en la miseria, con encargos esporádicos; sin embargo, a decir de algunos de sus críticos, es la época de las mejores obras. En sus pinturas realiza una reflexión sobre la condición humana; está preocupado por captar el universo interior del hombre, lo invisible. Para él tienen más importancia la veracidad y la sinceridad que la belleza clásica. «Capaz de representar no lo que existe, sino la existencia» (G. Simmel).

En ese transcurso del tiempo permanece inmodificable “esa mirada insobornable que preside sus numerosos autorretratos, y de la que brota literalmente todo; a medida que se suceden los cuadros y los años, en torno a esos ojos ceden los párpados, cunden las arrugas, la piel se apergamina, se entumescen los pómulos,

el rostro se va haciendo más ancho, se agrisa el cabello alborotado y rebelde, crece la papada y se desploman los rasgos.” Pero no las convicciones, ineludibles y constantes como la vitalidad de sus ojos sexagenarios, propios de la denominada “mirada Rembrandt” (Sylvester. 1975).

Sólo grandes artistas como Tiziano, Rembrandt, Goya o Picasso, se han atrevido a retratarse en la ancianidad, dibujando su rostro ajado y cansado, en una evidencia que vislumbra la proximidad del fin. O, tal vez, seguros de alcanzar la inmortalidad a través del arte, tributaron la cuota de fealdad que imprime la vida fugaz. Desde

otra perspectiva se ha hecho notar que pintores importantes como Chagall, practicante asiduo del arte del autorretrato durante su juventud, dejó de mirarse a sí mismo cuando el ánimo se debilitó, como si hubiera temido acatar la sentencia irrevocable de la vejez y de la proximidad de la muerte.

A comienzos del siglo XVII la actitud hacia la vejez cambiaba, y las artes gráficas empezaron a ver la vejez como digna de pintarse por derecho propio, no simplemente como una figura alegórica (Troyansky, 1992). ¿Qué perseguía Rembrandt con sus frecuentes autorretratos? ¿Una documentación íntima, un diálogo consigo mismo o una manera de autoanalizarse? Ernst Van de Wetering, responde: «Al transcurrir los años, los autorretratos de Rembrandt se vuelven más y más un instrumento del conocimiento de sí mismo, y luego finalmente el diálogo mudo del pintor con él mismo, del viejo solitario que habla consigo mientras pinta.» Es posible que quiera eternizar el envejecimiento, dicho de otro modo, quiere verse envejecer. En los autorretratos, diferencia la vejez de la enfermedad y aleja toda sospecha de obsesión; son la evidencia primaria de su auto-percepción y de cómo quiso ser visto por sus contemporáneos y por la posteridad. “La pintura le permite tomar conciencia de las emociones interiores y pinta, a través de los autorretratos, los humores del cuerpo y los estados de ánimo”. El rostro permite acceder a la persona, analizado la representación simbólica y ex-

presiva de los sentimientos y Rembrandt emplea su propio rostro para estudiar cómo se transforma bajo el dominio de las emociones fingidas.

Muchos estudiosos han analizado las series de autorretratos como el reflejo de una combinación del proceso de envejecimiento junto con los eventos de su propia vida. Al observar la secuencia de los retratos de la juventud a la madurez, han enfatizado en el movimiento, en la desenvoltura, en la vitalidad y en la arrogancia, contrastando con las experiencias calladas, introspectivas e intensamente espirituales de vejez. Neiderland en 1989, menciona la soledad que de hecho caracterizó la situación de Rembrandt en sus últimos años de vida, marcada por dolorosas pérdidas personales y financieras, advirtiendo que la creatividad puede ser una respuesta compensadora a las pérdidas, «en una función restauradora del ego».

El último de sus autorretratos, realizado en el mismo año de su muerte, constituye una dramática confesión de la vejez, una prueba veraz de los efectos del tiempo no sólo en los rasgos faciales sino también en la actitud. El fondo oscuro realza no solo la expresión facial sino también la pose elegante de tres cuartos, atributo adquirido desde el Renacimiento y legado hasta nuestros días en los estudios fotográficos. La pincelada es extremadamente suelta como solía ser frecuente en sus últimos años, sin que esto impida el detalle en las arrugas de la cara y del cuello, la papada y los ojos vivaces, en una muestra del desencanto irreparable.

El pintor austriaco Oscar Kokoschka (1886-1980) describió magistralmente en su autobiografía el impacto que le produjo ese último autorretrato: «...Lo descubrí por primera vez un día de invierno en Londres, en el que me encontraba al borde de la existencia. El cuadro me devolvió el valor necesario para enfrentarme de nuevo a la vida. Rembrandt padecía hidropesía, los ojos le lloraban y le fallaban con frecuencia. Pero, ¡cómo supo observar en el espejo el fin de su vida! En un caso así la objetividad intelectual de un artista plástico capaz de sacar el



cociente final de una gran vida y plasmado en un cuadro, se transfiere al espectador.

Esa capacidad de contemplar la propia descomposición, de verse a sí mismo como un ser vivo que se transforma en cadáver, como un ave desplumada en una naturaleza muerta, va aún más lejos que *El pavo desplumado* del revolucionario Goya. Pues existe una diferencia entre ser uno mismo el sujeto del proceso o que lo sea otro. Un espíritu se extingue, y el pintor cuenta lo que ve.

Pensemos otra vez en el cadáver del *Salvador sobre el regazo de la Virgen vestida de azul*

de Tiziano; pensemos en la estatua de *El Día* de Miguel Ángel, que se endereza esperanzado y tensa los músculos pero no logra desprenderse de la piedra inerte. La única misión de las artes plásticas es representar lo humano. En estas imágenes, el artista se muestra en el límite entre dos mundos y la gravedad e intensidad de la mirada del cuadro revela que ésta se halla fija o perdida en el más allá o en su interioridad, desde donde nos mira y se abre a fin de que nos miremos en ella. Los autorretratos tardíos no nos hablan de la muerte, sino de la vida, una vida colmada, y no se refieren más a la muerte que a la vida, la cual ya engloba a la muerte en su seno. De algún modo, son paradójicas demostraciones de vitalidad y sabiduría...».

Existen al menos tres autorretratos pintados por Rembrandt durante su último año de vida; en el descrito por Kokoschka, de la Galería Nacional de Londres, la inscripción «1669» descubierta en el proceso de restauración, reafirma la actividad creadora de nuestro artista al cumplir 63 años, y como se señaló, en las facciones del susodicho no hay señales de decrepitud; la pintura revela un estilo caracterizado por la uniformidad de la textura, en contraste con los retratos más tempranos en los que existe una diferencia clara entre la textura del rostro, sus ropajes y el fondo.

Otra pintura, ubicada en la ciudad de Florencia que corresponde ciertamente al mismo período, exhibe a un hombre con señales de envejecimiento normal. El

tercero de los retratos, propiedad del Museo de La Haya, en comparación con los de Londres y Florencia, muestra una barbilla doble más prominente, las mejillas están más hundidas y el pelo está totalmente gris, lo cual sugiere que el pintor estaba más viejo y que éste es de hecho el último autorretrato conocido de Rembrandt.



El análisis médico no ha permanecido ajeno a la obra del hijo predilecto de Leiden. Espinel en 1997 estudió el autorretrato fechado en 1659, a la edad de 53 años, propiedad de la Galería Nacional de Arte de Washington y anotó que, en general, la piel está excesivamente arrugada; en algunas áreas se observa atrofiada y transparente, con evidencia de ptosis palpebral. En el párpado izquierdo puede existir un xantelasma y una pingüécula cubriendo el globo ocular. El investigador concluyó que ese Rembrandt, en particular, pudo haber padecido algún tipo de «envejecimiento prematuro», al interpretar las manchas rojas de su cara como un eritema, las lesiones papulosas superficiales y una mancha bajo el ojo derecho como una telangiectasia. Con base en estas observaciones, sugirió que Rembrandt padeció un cuadro de rosácea, un desorden crónico de la piel que afecta principalmente las convexidades de la cara (nariz, mejillas, mentón y frente) caracterizado por eritema y telangiectasias con episodios de inflamación. En su curso clínico se desarrollan en forma característica pápulas, pústulas y ampollas. Las anotaciones de diversos observadores contradiciendo la teoría de Espinel no se hicieron esperar aportando razones artísticas y principios físicos, entre los cuales figuraron la teoría de Zlotnick que atribuía la línea luminosa interpretada como arco senil, a una reflexión normal de luz de la córnea.

Respecto a la elaboración de diagnósticos de enfermedad mental de Rembrandt, adelantados en el transcurso de los últimos años mediante el análisis de sus autorretratos, resultaría imposible debido a limitaciones obvias de todo tipo. Los humores diferentes del artista en esas pinturas pueden ser exclusivamente debidos a razones artísticas. De hecho, en 1630, realizó varios autorretratos que difieren entre sí, y cada uno de ellos

podría influir en el médico para ofrecer un diagnóstico psiquiátrico diferente. Vincent Van Gogh, quién padeció la devastación del síndrome depresivo, se refiere en una carta al autorretrato de Rembrandt (1665-9) que se exhibe en Londres en la Casa de Kenwood: "...viejo, sin dientes, arrugado, llevando una gorra de algodón, un cuadro de la naturaleza en un espejo. Él está soñando, soñando, y su cepillo resume este autorretrato, pero solo la expresión de la cara marca el comienzo trágico de la tristeza...".

En sus últimos años, los cambios y transformaciones en el rostro de Rembrandt pueden atribuirse a múltiples factores, entre los cuales se incluyen: los cambios propios del envejecimiento, las modificaciones de su estilo artístico, los cambios psicológicos en su manera de percibirse, y la manera en la cual el artista pretendía que los espectadores lo viéramos. No es posible desconocer el papel que jugaron las diversas enfermedades que el artista pudo haber sufrido (hipotiroidismo, arteritis temporal, disminución de la agudeza visual) que influyeron en la habilidad de descubrir los detalles y en su destreza al pintar. Pero, sobre los efectos de las enfermedades y de la vejez, de los trastornos psicológicos inherentes a numerosas pérdidas a lo largo de su vida, Rembrandt mantuvo su creatividad casi hasta el último de sus días, en un claro ejemplo de cómo el espíritu puede superar al deterioro físico.

Eugenio Montejo, poeta y ensayista venezolano, sintetizó su visión del pintor de los 400 años, en el poema, **Dos Rembrandt**: "Con grumos ocres pudo el viejo Rembrandt pintar su último rostro. Es un autorretrato en su final. Hecho de encargo para un joven pintor de 34. (El mismo Rembrandt visto en otra cara).

Puestos cerca esos cuadros muestran en igual pose las dos bocas, unos ojos intensos o vagos, las manos juntas en el aire y el tacto de colores con hondos luces que se rompen en sordos sollozos apagados...

Rembrandt en la vejez, al dibujarse, supo ser objetivo. No interfiere en los estragos de su vida, ve lo que fue, no afiade, no lamenta. Su alma sólo nos busca por espejo y sin pedirnos saldo se acerca en sus dos rostros, pero, ¿quién al mirarlos no se quema?"

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad