



# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial

Arte  
La enfermedad mental  
en la obra pictórica  
de Goya

Efemérides



Goya, "Dos viejos comiendo". Pinturas Negras,  
1819-1823. Museo del Prado.

Trabajos originales  
Trastornos depresivos en poblaciones  
ancianas en el departamento  
de Risaralda

Actualizaciones  
El arte de dar malas noticias en Medicina

Educación para la utilización  
de protectores urinarios

Presentación de casos  
Revascularización coronaria en el anciano



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

---

**Vol. 17 No. 3 julio - septiembre de 2003**

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



---

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

---

Vol. 17 No. 3 julio - septiembre de 2003

## CONTENIDO

|  |     |
|--|-----|
| <b>INDICACIONES A LOS AUTORES</b> _____  | V   |
| <b>EDITORIAL</b> _____   | VII |
| <b>TRABAJOS ORIGINALES</b>   |     |
| Trastornos depresivos en poblaciones ancianas<br>en el departamento de Risaralda<br>Rafael P. Alarcón Velandia<br>Luis Hernando García Ortiz y otros _____ | 506 |
| <b>ACTUALIZACIONES</b>   |     |
| El arte de dar malas noticias en Medicina<br>Felipe Quiroga Hernández _____  | 518 |
| Educación para la utilización<br>de los protectores urinarios<br>María Francisca Echeverri _____   | 523 |
| <b>PRESENTACIÓN DE CASOS</b>   |     |
| <b>Revascularización coronaria en el anciano</b><br>Leonilde Morelo<br>Ady Angélica Castro Acosta<br>Erik Solano Villalba _____                            | 528 |
| <b>HISTORIA DEL ARTE</b>   |     |
| La enfermedad mental en la obra pictórica de Goya<br>Francisco González López _____  | 533 |
| <b>EFEMÉRIDES</b> _____  | 537 |



# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

---

Vol. 17 No. 3 julio - septiembre de 2003

## Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Junta Directiva 2002 - 2004

|                |  |
|----------------|--|
| Presidente     | <b>Germán Mauricio Guevara Farfán</b>  |
| Vicepresidente | <b>Victoria Eugenia Arango Lopera</b>  |
| Secretaria     | <b>Nidia Aristizábal - Vallejo</b>     |
| Tesorera       | <b>Leonilde Morelo Negrete</b>         |
| Vocales        | <b>René Alejandro Manzur Calderón</b>  |
|                | <b>María Francisca Echeverri Harry</b> |
|                | <b>Sergio Villamizar Sayago</b>        |
|                | <b>Augusto Aponte Sierra</b>           |

## Comité Editorial

**Victoria Eugenia Arango Lopera**

Geriatra

**José Fernando Gómez Montes**

Geriatra

**Carmen Lucía Curcio Borrero**

Terapeuta Ocupacional

**Leonor Luna Torres**

Licenciada en Enfermería

**Ángela María Botero**

Internista

**Diana Lucía Matallana Eslava**

Neuropsicóloga

**Patricia Montañés Ríos**

Neuropsicóloga



## 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.

## **Del arte de dar malas noticias**

La relación entre el médico y el paciente, parte de cuando este último se siente enfermo y desea restablecer su salud, aunque no siempre implique el curarlo definitivamente. Cabe aclarar, que a diferencia de lo visto hasta hace unas décadas, la relación actualmente es horizontal (ambas partes participan de la información y de los consentimientos). Al definir enfermedad como un proceso que se da en un ser humano, psicológico, social, moral y espiritual, que busca ayuda, puede disminuirse o aumentarse su malestar dependiendo del tipo de comunicación que establezca con aquél a quien le dio la oportunidad de sanarlo.

## **Incontinencia**

La pérdida involuntaria de orina es un grave problema higiénico y social, que está marcado por muchos tabúes. El miedo constante a que los demás se enteren lleva al aislamiento social de quien la padece, o peor aún, en los viejos se constituye en una de las primeras causas para dejarlos en hogares geriátricos (casi el 60% de los institucionalizados la padecen). La mayoría de las personas que la sufre puede ser ayudada de forma decisiva después de establecer un diagnóstico adecuado, pero aunque en algunos casos sea incurable, siempre debe tenerse en cuenta que existen suficientes formas de mejorar la calidad de vida de quienes la enfrentan.

## **Depresión**

Al menos uno de cada seis ancianos que acude al médico tiene síntomas afectivos y sólo uno de ellos recibe tratamiento. Las razones para esto son variadas pero prevalece la creencia de ser un hallazgo “normal” de la vejez, relacionado con las pérdidas sufridas y en segundo lugar se toma como “reacción adaptativa” a las enfermedades crónicas. Aunque en algunas ocasiones la depresión se presenta diferente al envejecer, la estrategia terapéutica sigue los mismos pasos que en el joven: los ancianos deprimidos responden a diferentes clases de medicamentos tan bien como a las diversas estrategias no medicamentosas.

## **Revascularización coronaria**

La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbimortalidad en el viejo. En Estados Unidos la tercera parte de los infartos agudos del miocardio ocurre en personas mayores de 75 años. Con la población envejeciendo, la propensión para desarrollar enfermedad coronaria incrementa, y como esta población es la que presenta mayores complicaciones es a su vez la que más se beneficia con las intervenciones terapéuticas. Se ha hipotetizado, dada la mayor probabilidad de complicaciones y de comorbilidad en los viejos, que las aproximaciones más conservadoras son la mejor opción. Sin embargo, actualmente se está viendo el beneficio marcado en este grupo etéreo, dado no sólo por una buena tolerabilidad y respuesta al procedimiento, sino por mejoría evidente de la calidad de vida, como se muestra en el caso acá publicado.

*Victoria Eugenia Arango Lopera*  
Editora

# TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIONES ANCIANAS EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

## TIPOS DE TRASTORNOS Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y SOCIO-FAMILIARES

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA  
ÁREA DE PSIQUIATRÍA  
Y  
FUNDACIÓN SANTA MARIA DE LOS ALAMOS  
INVESTIGACIÓN

Investigador principal  
Rafael Patrocinio Alarcón Velandia  
Médico Psiquiatra, Master en Salud Pública  
Profesor Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Tecnológica de Pereira- Colombia

Coinvestigadores  
Luis Hernando García Ortiz. Geriatra  
Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTP- Colombia  
Marya J. Bernal B, estudiante Facultad de Ciencias de la Salud UTP  
Lina Maritza Duque Pineda, estudiante Facultad de Ciencias de la Salud UTP  
Ricardo Antonio Franco, estudiante de Facultad de Ciencias de la Salud UTP  
Diógenes Alfonso Arrieta, estudiante de Facultad de Ciencias de la Salud UTP  
Mónica Castañeda, estudiante de Sociología, Universidad Nacional de Bogotá

Estadísticos  
Hermam Serrano, doctor en estadísticas y matemáticas  
Ingeniera Adriana de Serrano, estadística y diseño

---

### Resumen

Se presentan los resultados de una investigación realizada en 200 personas mayores de 60 años en la ciudad de Pereira, Colombia, desarrollada por el grupo "Clínica de la Memoria, Demencias y el Envejecimiento Normal" (CMDEN) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. Se analizaron los factores de riesgo individual, familiar y social para padecer algún tipo de depresión. Además se diagnosticó el tipo de depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Los resultados mostraron que sola-

mente el 27,9% de los ancianos estudiados presentaba algún tipo de depresión. Se examinaron sus causas.

**Palabras clave:** depresión, riesgo, diagnóstico.

### Abstract

It's presented in this article a summarized report of the investigation carried out in 200 people the 60 years old in the city of Pereira, Colombia, for the group "the Clinic of the Memory, Dementia and Normal Aging" (CMDEN) of the School Sciences of the Health of the Technologi-



cal University of Pereira. The factors of the risk and type the presentation were analyzed the singular, family and social for the depressive state. Also carried out the diagnosis of the type of the depressive dysfunction suffered according to approaches of the DSM-IV. The results inform us that only the 27,9% of they suffered of depressive dysfunction and their causes are analyzed.

**The key words:** depression, risk, diagnosis.

## Planteamiento del problema y justificación

Como consecuencia de la investigación de tipo descriptivo, transversal, que se realizó en el segundo semestre del año 1999 en un grupo de personas mayores de 65 años que consultaron al Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas (2), y de las observaciones en la consulta externa del Hospital Universitario Mental de Risaralda, realizada por el grupo de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal (CMDEN) de la Facultad de Medicina de la UTP, en donde una proporción cercana al 35% de los consultantes ancianos presentaba síntomas depresivos o una depresión mayor, se planteó la necesidad de iniciar un estudio sobre este trastorno afectivo en diferentes grupos poblacionales para determinar los factores de riesgo individuales y socio-familiares que incidieran en la presentación de dicho proceso morboso.

Siendo la depresión uno de los motivos de consulta más frecuente y, observándose que produce disfuncionalidad marcada en las personas que la sufren, así como ser la responsable de una serie de conflictos familiares, problemas asistenciales debido a que las instituciones de salud y la protección de seguridad social no ofrece a los ancianos una atención y tratamiento integral satisfactorios, se hace necesario determinar características de dichos trastornos psicoemocionales con el fin de establecer pautas de fomento de estilos de vida saludables que disminuyan el riesgo de presentación, así como el deterioro físico y mental del anciano.

Como son objetivos de la CMDEN de la UTP la investigación y los programas de extensión, se plantea este proyecto como contribución al conocimiento de la depresión en varios grupos poblacionales de personas mayores de 60 años, los cuales se diferencian por estratos socioeconómicos y por características individua-

les. El interés por conocer los aspectos propuestos es la ausencia en la región de estudios similares, bien diseñados, que caractericen los factores predisponentes, contribuyentes y precipitantes de los trastornos depresivos en diferentes grupos de ancianos, los cuales, según los datos del DANE (1) conforman cerca del 4% del total de la población en el Departamento de Risaralda, o sea unos 38.000 habitantes, con proyecciones de aumento en las próximas dos décadas.

A través de las observaciones clínicas realizadas por el grupo de investigadores se evidencian situaciones y hechos que determinan la aparición de estados psicoemocionales hipotímicos, especialmente síntomas depresivos, que alteran la calidad de vida de los ancianos llevando a deterioro de las funciones cognoscitivas y la funcionalidad, originando estados conflictivos en el seno familiar, los cuales tendrán que disponer de un cuidador, muchas veces no preparado, para la protección y el suministro de los medios de subsistencia básicos del anciano. Se establece la necesidad de determinar y sistematizar estos factores con el fin de proponer acciones que permitan disminuir o controlar el impacto de estas patologías en el anciano y sus familias.

## Impacto esperado

Se pretende que el conocimiento obtenido de esta investigación permita la profundización teórica y práctica de la depresión en ancianos, así como el desarrollo de propuestas del grupo a organismos gubernamentales, asistenciales, educativos, de salud y otras instituciones dedicadas al cuidado o protección del viejo.

A nivel de la CMDEN, de la UTP, permitirá reorientar los programas de pregrado que se tienen en la Facultad de Medicina, en lo concerniente a los estados psicoemocionales de la población anciana, haciendo énfasis en los trastornos depresivos, como entidades de altas prevalencia e incidencia.

En cuanto a los programas de extensión académica dirigidos a profesionales de la salud, se actualizarán sus conocimientos, con lo cual se espera los apliquen en sus actividades asistenciales con ancianos.

Una de las pretensiones es la utilización de los resultados por los organismos estatales de salud (Secretaría Departamental e institutos municipales) para desarrollar programas de fomento y prevención de trastornos psi-

co-emocionales en las poblaciones ancianas de acuerdo a sus características socioeconómicas.

Las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestadoras de Salud podrán beneficiarse con la caracterización de los factores predisponentes de la depresión en ancianos, para orientar sus programas asistenciales a nivel primario y secundario, fomentando así acciones preventivas y posiblemente racionalizar los costos de los servicios.

A nivel de la investigación regional y nacional nos induce al conocimiento de una entidad que se sospecha de alta prevalencia e incidencia, no cuantificada hasta el momento, en la cual intervienen múltiples factores etiológicos, no clarificados, y que pueden ser objeto de intervención. Ello inducirá a disminuir el impacto en el individuo, la familia y el nivel asistencial. Además, orientará a establecer programas educativos en áreas de las ciencias de la salud para una preparación adecuada del recurso humano destinado al cuidado del anciano. También originará fuentes de nuevas investigaciones en la materia, más específicas a nivel biológico, clínico y social.

En el ámbito social es posible utilizar los resultados por ONGs y otras entidades dedicadas al cuidado o protección de ancianos, las cuales obtendrían datos de importancia sobre los factores de riesgo que atenten contra su bienestar físico y emocional, pudiendo intervenir sobre ellos.

En las familias permitirá identificar causales de riesgo que afecten la dinámica, pudiéndose establecer programas que controlen los factores de conflicto y la tensión originada por los mismos, como posibles acciones de abandono o maltrato al anciano.

A nivel individual los resultados podrán utilizarse para brindarle al anciano pautas de autocuidado y responsabilidad que le generen un estilo de vida más saludable y le disminuya la intensidad de sus padecimientos físicos y psicológicos.

## Marco teórico

La población colombiana está envejeciendo según los datos oficiales del DANE y de las entidades de salud (1). Se estima que los mayores de 65 años pueden estar alrededor del 4 al 7% de la población total, o sea

unos tres millones de habitantes. En el Departamento de Risaralda se calcula que los ancianos son aproximadamente 38.000 personas (2). Se carece de los indicadores de morbilidad mental, y especialmente de trastornos depresivos, debido a deficiencias en el diagnóstico, a la ausencia de programas específicos y a la confusión del término "depresión" por los trabajadores de la salud, en todos los niveles de atención.

El envejecimiento poblacional no sólo se constituye en un fenómeno demográfico, sino que origina implicaciones a nivel social, asistencial, educativo y económico. La esperanza de vida cada vez mayor se revela como un reto para la capacidad de brindar mejores estándares de vida a la población. La aparición de nuevas patologías mentales y orgánicas en los ancianos, como la acentuación de otros procesos mórbidos, determina la necesidad de explorar factores de riesgo y conductas terapéuticas con el fin de disminuir el impacto a nivel individual y social. Uno de los procesos que más preocupa es el aumento de la sintomatología depresiva, caracterizada por varios grupos de trastornos clínicamente diferenciados. La importancia de su detección radica en poder intervenir tempranamente, para así evitar la instalación del estado depresivo y sus consecuencias.

En nuestro medio son pocos los estudios realizados sobre la prevalencia e incidencia de los diferentes trastornos depresivos en personas mayores de 60 años; los datos que aplicamos son extrapolados de estudios realizados en Estados Unidos o de países Europeos, en donde la proporción de ancianos supera al 20% del total. Por ejemplo, en Gran Bretaña la prevalencia de los trastornos depresivos en mayores de 65 años es del 4% (3). El Epidemiologic Catchment Area (ECA), uno de los mayores estudios a nivel mundial (3), encontró enfermedad depresiva en ancianos, mayor al 1% del total de la población. La carencia de uniformidad de los criterios de diagnóstico y de los grupos poblacionales estudiados, no ha permitido esclarecer los indicadores globales de prevalencia de los trastornos depresivos y las características de los mismos.

Estudios en ancianos hospitalizados, en unidades de cuidados agudos, revelan una prevalencia del 12%. De otro lado los ancianos que habitan en hogares geriátricos o padecen de enfermedades crónicas, el estado depresivo concomitante se eleva al 25% (7).

En una muestra de 127 pacientes ancianos examinados por el grupo de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal de la UTP (CMDEN), en el Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas en el segundo semestre del año 1999, se evidenció que los trastornos depresivos se constituían en la segunda causa de morbilidad, presentándose en el 35% de los pacientes. Sin embargo no se caracterizó el tipo de diagnóstico ni los posibles factores causales específicos. Por las observaciones clínicas que se hacen en la consulta de ancianos en el hospital intuimos que la prevalencia de esta morbilidad mental puede ser mayor si dedicáramos esfuerzos en detectarla y estudiarla.

Al estudiar los trastornos depresivos se plantea una serie de interrogantes que exigen un análisis detallado y de los cuales no existen estudios en la región que permitan aclararlos: factores de riesgo predisponentes, contribuyentes o precipitantes; factores etiológicos, biológicos, psico-afectivos y sociales; comorbilidad mental u orgánica; implicaciones del uso o abuso de medicamentos para otras patologías, psicofármacos o psicotóxicos; impacto de situaciones tensionantes o de malestar en el anciano; estructuras de personalidad previa.

El avance en la tecnología de las radio-imágenes nos ha permitido el estudio del funcionamiento y de las estructuras cerebrales con mayor precisión. Técnicas como el TAC, RNM, fRNM, PET y SPECT han sido utilizadas para correlacionar psicopatología con deficiencias cerebrales. En nuestro medio no existe ningún estudio de depresión en ancianos, relacionado con estas técnicas diagnósticas, a pesar de contar con TAC y RNM. Considerando que los procesos de envejecimiento se acompañan de cambios en las estructuras y en el funcionamiento cerebral, y que la RNM nos permite observar con mayor resolución la sustancia blanca, la sustancia gris, los ganglios basales, el tallo cerebral, el cerebelo y los vasos sanguíneos (AP), se ha planteado que en los procesos psicopatológicos afectivos, especialmente en depresión en personas ancianas, se encuentra (16):

Disminución del volumen cortical cerebral, especialmente en los lóbulos parietales.

Calcificación de los plexos coroides y de la glándula pineal.

Hiperintensidades en la sustancia blanca y en regiones subcorticales, especialmente en regiones frontal y periventriculares.

Aumento del volumen de los ventrículos laterales.

Disminución significativa de la actividad de los lóbulos frontales, temporales y parietales. Hechos que se evidencian con mayor precisión en la fRNM, PET y SPECT (17).

Los sistemas de atención al anciano, deficientes de por sí en nuestro medio, no permiten esclarecer la morbilidad depresiva única o como comorbilidad. Se precisa entonces iniciar un proceso investigativo de varios años y en diferentes fases para lograr los conocimientos básicos que permitan intervenir a nivel de salud pública, asistencia y fomento de vida saludable en nuestra población, la cual en las próximas décadas presentará porcentajes cercanos al 20% de ancianos mayores de 65 años, dentro de los cuales los trastornos depresivos pueden superar el 30%.

## Objetivos

### Objetivo general

Determinar los tipos y los factores de riesgo de los trastornos depresivos en varias poblaciones de ancianos en el Departamento de Risaralda.

### Objetivos específicos

Determinar factores de riesgo individuales que induzcan a la depresión en ancianos.

Establecer las características sociodemográficas básicas que puedan contribuir a los trastornos depresivos en ancianos.

Identificar antecedentes psicopatológicos previos que conduzcan a la presentación de la depresión en ancianos.

Identificar características del consumo de psicofármacos, medicamentos y otras sustancias que pueden intervenir en la aparición de síntomas depresivos en ancianos.

Establecer una correlación entre la clínica de la depresión en ancianos con hallazgos de radio-imágenes ce-

rebrales (Resonancia Nuclear Magnética Cerebral)

Determinar factores de la dinámica familiar que contribuyan a la presencia de estados depresivos en ancianos.

Identificar situaciones socioeconómicas y asistenciales que predispongan a la aparición de síntomas depresivos en ancianos.

Establecer comorbilidad orgánica, como factor contribuyente de estados depresivos en ancianos.

Establecer factores de tensión y malestar que afecten el estado emocional en el anciano.

Determinar los trastornos depresivos prevalentes en los diferentes grupos de ancianos.

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo transversal, en personas mayores de 60 años de ambos sexos, de diferentes estratos socioeconómicos. Con una duración de un año (noviembre 2001 a noviembre de 2002).

Para la recolección de los datos se diseñó un protocolo que permitió la uniformidad de los mismos en todos los grupos (ver anexo1). Se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage (versión corta) en todos los pacientes. Se aplicó el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) con el fin de observar los cambios cognoscitivos relacionados con la depresión.

El instrumento del protocolo contempló las variables:

Edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad e identificación.

Referentes al número de hijos, hijos responsables, dinámica familiar.

Nivel socioeconómico, calidad de la vivienda, seguridad social, ingresos económicos.

Antecedentes personales de psicopatología, tratamientos recibidos, consumo de psicofármacos y sus características.

Padecimiento de enfermedades orgánicas y tratamientos para las mismas.

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas.

Factores de tensión y malestar en el anciano.

Tipos de trastornos depresivos, de acuerdo al DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Resultados de las pruebas neuropsicológicas.

La aplicación de Resonancia Nuclear Magnética Cerebral (RNMC) no se realizó, como se había planteado inicialmente, debido a problemas económicos por los costos de los exámenes y el acortamiento del presupuesto para la investigación.

El estudio se realizó con grupos de personas mayores de 60 años, así:

Grupo uno: pacientes consultantes al Hospital Universitario Mental de Risaralda y a la Fundación Santa María de los Álamos, la mayoría de estratos uno, dos y tres.

Grupo dos: pacientes consultantes al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, la mayoría de estratos dos, tres y cuatro.

Grupo tres: pacientes particulares de los consultorios de psiquiatras, la mayoría de estratos tres, cuatro, cinco y seis.

Grupo cuatro: de ancianatos, hogares de ancianos y cabildos de ancianos, la mayoría de estratos uno, dos y tres. Este grupo sería de control.

El diligenciamiento del protocolo a los ancianos fue realizado por:

El médico psiquiatra, investigador principal.

El médico internista geriatra.

Los estudiantes de medicina, debidamente entrenados, a excepción de la parte de diagnóstico que fue realizada exclusivamente por el psiquiatra, pero en discusión con el grupo.

Los mismos investigadores diligenciaron la Escala de Depresión de Yesavage (versión corta) y el MMSE.

El análisis de resultados se realizó por todo el grupo de investigadores. Para el procesamiento de los datos y los resultados respectivos se utilizó un programa computarizado Epi-Info 6.04. Se estableció una programación semanal de recolección de datos y análisis de los

mismos para ingresar al sistema de procesamiento y estadístico.

Los criterios de diagnóstico de los trastornos depresivos se rigieron por el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría.

**Resultados**

Al terminar la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

Se analizaron 270 personas, todas mayores de 60 años, a las cuales se les aplicó el protocolo clínico, la escala de Yesavage (versión corta) y el MMSE. Se descartaron para el análisis final del estudio 70 personas, debido a deterioro cognoscitivo grave, retardo mental, falta de colaboración y dificultades en la aplicación de los instrumentos. 70 (35%) fueron hombres y 130 (65%) mujeres.

A 144 personas no se les evidenció ningún tipo de depresión, o sea el 72,1% de la población estudiada. Solamente a 56 se les diagnosticó depresión, un 27,9% de los estudiados (ver tabla No.1 y gráfica No.1). Solamente el 8,5% (17) de los hombres examinados presentó algún tipo de depresión; en cuanto a las mujeres el 19,5% (39) tuvo algún trastorno depresivo (ver Tabla No.1).

| Trastornos    | Masculino  | Femenino   |
|---------------|------------|------------|
| Con depresión | (17) 8.5%  | (39) 19.5% |
| Sin depresión | (53) 26.5% | (91) 45.5% |

Tabla 1

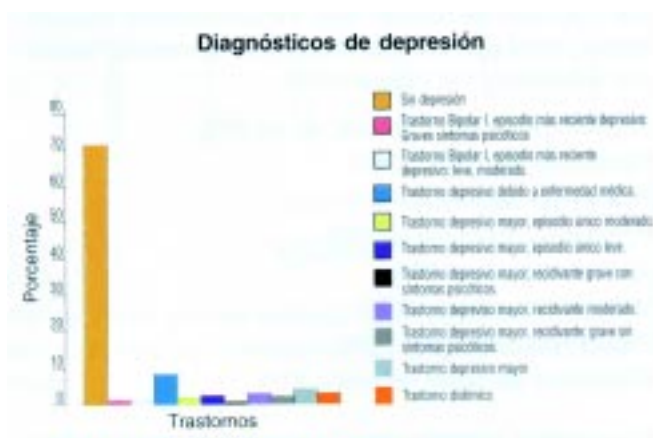


Figura 1

El 97,5% (195) se declaró católico y solamente el 2,55% (5) adujo no tener ninguna preferencia religiosa.

El civil de los ancianos y adultos mayores deprimidos: 16.1% casados, 5.4% en unión libre, 21.4% viudo, 42.9% soltero y el 14.3% separado. De los no deprimidos: 24.3% casado, 3.5% soltero, 27.1% viudo, 34.7% soltero y el 10.4% separado (Tabla No. 2).

| Estado civil  |         |             |        |          |           |
|---------------|---------|-------------|--------|----------|-----------|
| Estado civil  | Casados | Unión libre | Viudos | Solteros | Separados |
| Con depresión | 16.1%   | 5.4%        | 21.4%  | 42.9%    | 14.3%     |
| Sin depresión | 24.3%   | 3.5%        | 27.1%  | 34.7%    | 10.4%     |

Tabla 2

Se encontró que las personas examinadas con depresión en mayor proporción (10 y 11% respectivamente) eran las que tenían secundaria completa y educación tecnológica, y casi ningún analfabeta ni con educación universitaria. Del grupo de los no deprimidos: 16% era analfabeto, 47.2% con primaria incompleta, 20.8% con primaria completa, 10.4% secundaria incompleta, 2.8% secundaria completa, 2.8% con educación universitaria.

A las personas con depresión, el 29% de sus hijos les colaboraban con su sostenimiento a diferencia de los adultos sin depresión, en quienes el 31,3% de los hijos colaboraban (Tabla No. 3).

| Colaboración de los hijos |       |       |
|---------------------------|-------|-------|
| Colaboración              | Si    | No    |
| Con depresión             | 29%   | 61%   |
| Sin depresión             | 31.3% | 68.7% |

Tabla 3

El 29% de las personas con depresión manifestó vivir en sitios de mala o regular calidad, mientras que en los del grupo no deprimido el 20,1% habitaba en viviendas de mala o regular calidad.

El 7% de las personas tenía rentas propias para su sostenimiento. El 93% dependía de los hogares de ancianos en donde reside o de los familiares.

De las personas deprimidas el 89% no tenía trabajo o lo hacía en forma esporádica y en diversas actividades. De los no deprimidos solamente el 11% tenía un tipo de trabajo. El 45% de las personas deprimidas manifestó que sus recursos económicos eran insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. El 55% de los no deprimidos expresó lo mismo.

El 9% de los deprimidos consumía regularmente alcohol; el 23% fumaba diariamente; ninguno consumía marihuana, bazuco, cocaína u otro psicotóxico. Entre los no deprimidos: 9.7% consumía alcohol, 15.3% fumaba cigarrillos y ninguno consumía marihuana, cocaína u otro psicotóxico (Tabla No. 4).

| Consumo de alcohol y psicotóxicos |         |        |           |        |      |
|-----------------------------------|---------|--------|-----------|--------|------|
| Consumo                           | Alcohol | Tabaco | Marihuana | Bazuco | Otro |
| Con depresión                     | 9%      | 23%    | 0%        | 0%     | 0%   |
| Sin depresión                     | 9.7%    | 15.3%  | 0%        | 0%     | 0%   |

Tabla 2

El 82.5% (165) de los examinados tenía algún sistema de seguridad social, de los cuales 24,0% (48) presentaba depresión, mientras que de los que no tenían seguridad social el 4% (8) presentaba depresión (ver tabla No.5).

| Seguridad social |             |           |
|------------------|-------------|-----------|
| Seguridad social | Si          | No        |
| Con depresión    | (48) 92.3%  | (4) 7.6%  |
| Sin depresión    | (117) 82.3% | (25) 7.6% |

Tabla 5

El 91,5% (39) de las personas con depresión consumía algún tipo de medicamentos para enfermedades orgánicas. De otro lado el 53,5% (107) de los examinados, que no tenían depresión, los consumía (ver tabla No.6).

En cuanto al consumo de psicofármacos se encontró (ver tabla 7):

Benzodiazepinas: las consumía el 9% de los deprimidos y el 7.4% de los que no lo estaba.

| Consumo de medicamentos para enfermedades orgánicas |       |       |
|---|-------|-------|
| Consumo medicamentos                                | Si    | No    |
| Con depresión                                       | 91.5% | 8.5%  |
| Sin depresión                                       | 53.5% | 46.5% |

Tabla 6

| Consumo de psicofármacos |      |      |      |      |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Psicofármacos            | BZD  | ATD  | AD   | BH   |
| Deprimidos               | 9%   | 8%   | 1.5% | 3.7% |
| No deprimidos            | 7.4% | 4.3% | 4.3% | 1.4% |

BZD: Benzodiazepinas  
 ATP: Antidepresivos  
 AP: Antipsicóticos  
 EH: Estabilizadores del humor

Tabla 7

Antidepresivos: 8% de los deprimidos y el 4.3% de los que no tenía depresión.

Antipsicóticos: el 1,5% de los que tenía depresión los consumía, mientras que 4.3% de los que no tenían depresión lo hacían.

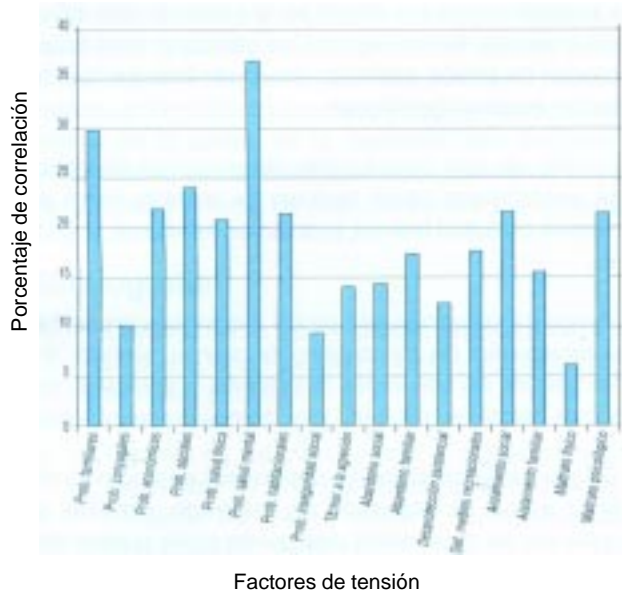
Estabilizadores del humor: se encontró que el 3.7% de los deprimidos los consumía, mientras que lo hacía el 1.4% de los no deprimidos.

Los factores de tensión más frecuentemente relacionados con la aparición de trastornos depresivos fueron (ver totalidad en el gráfico No.3):

- Problemas de salud mental, en un 37%
- Problemas familiares 30%
- Problemas sociales 24%
- Problemas económicos 23%
- Aislamiento social 23%
- Maltrato psicológico 23%
- Problemas del hábitat 22%
- Problemas de salud orgánica 21%

En cuanto a las personas deprimidas con antecedentes personales de psicopatología: el 22% tenía antece-

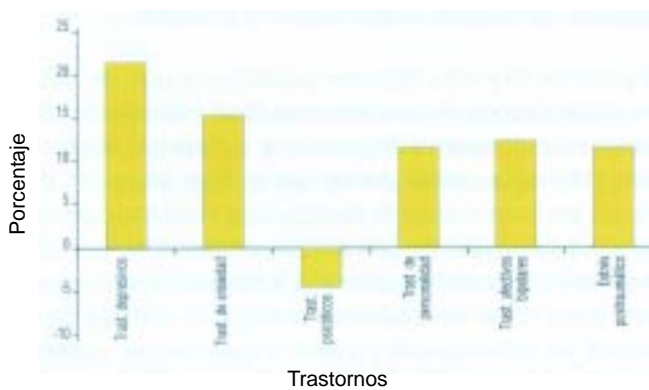
**Correlación de la depresión con los factores de tensión**



**Figura 2**

dentos depresivos previos, 15% trastornos de ansiedad, 14% trastornos afectivos bipolares y 13% trastornos de estrés postraumático y trastornos de personalidad. Ninguno con antecedentes de trastornos psicóticos (ver gráfica No. 5).

**Correlación de la depresión con los antecedentes personales de psicopatología**



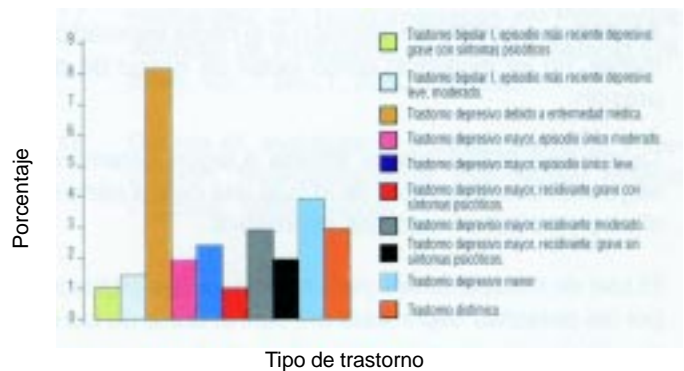
**Figura 3**

Se encontró que los solteros (8%), separados (6%) y en unión libre (4%) tenían mayor riesgo de estar deprimidos.

Presentaban enfermedades orgánicas en el siguiente porcentaje (Tabla No. 8):

|                                     | No deprimidos (%) | Deprimidos |
|-------------------------------------|-------------------|------------|
| Enfermedades osteomusculares        | 60,7              | 41.4       |
| Hipertensión Arterial               | 46,4              | 41.4       |
| Enfermedades del sistema digestivo  | 37,5              | 25.5       |
| Enfermedades urogenitales           | 32,1              | 26.2       |
| Enfermedades cardíacas              | 30,4              | 23.4       |
| Enfermedades dermatológicas         | 21,4              | 9.0        |
| Enfermedades neurológicas           | 17,8              | 17.9       |
| Enfermedades pulmonares             | 17,6              | 15.9       |
| Diabetes                            | 9,0               | 7.6        |
| Otras enfermedades endocrinológicas | 9,0               | 6.9        |
| Enfermedades sanguíneas             | 7,1               | 2.8        |

**Distribución de trastornos de depresión**



**Figura 4**

De las personas con diagnóstico de depresión se encontró que el trastorno depresivo debido a enfermedad médica era el más frecuente (30,4%), seguido de trastorno depresivo menor (14,3%), trastorno depresivo mayor recidivante moderado (10,7%), trastorno distímico (10,7%) y trastorno depresivo mayor, episodio único (8,9%) (Gráfico No.2).

De las 56 personas deprimidas, la escala de Yesavage reportó lo siguientes puntajes:

50% (28): entre 0 y 5  
 37,5% (21): entre 6 y 10  
 12,5% (7): entre 11 y 15

De 142 ancianos y adultos mayores no deprimidos la escala de Yesavage reportó:

79% (112): entre 0 y 5  
 19.6% (28): entre 6 y 10  
 1.4% (2): entre 11 y 15

De las 56 personas con depresión el MMSE reportado fue:

Menos de 20 puntos: 41% (23)  
 Entre 20 y 24 puntos: 34% (19)  
 Más de 25 puntos: 25% (14)

De los no deprimidos el 22% con puntajes menores de 24.

## Conclusiones

Solamente el 28% de los adultos mayores y los ancianos presentaba síntomas o un trastorno depresivo. El estado civil no parece constituirse en un factor que influya en la aparición de depresión, como tampoco el bajo nivel de escolaridad.

Aproximadamente una tercera parte recibía alguna ayuda económica de sus hijos, pero este factor no constituyó un riesgo de depresión. La ayuda social y la vivienda en hogares de ancianos, parecen constituirse en factores protectores para el desarrollo del trastorno afectivo.

A pesar que el 89% no laboraba o lo hacía esporádicamente, no se evidenció como factor de riesgo de depresión.

La mayoría (82%) estaba afiliada a algún sistema de seguridad social, a pesar de lo cual una cuarta parte de ellos presentaba trastornos depresivos.

El uso de medicamentos para enfermedades orgánicas por las personas deprimidas era casi el doble de los no deprimidos. Igual comportamiento tenía la presencia de enfermedades orgánicas o sintomatología más activa. El trastorno más frecuente fue el de depresión secundaria a enfermedad orgánica, seguido de trastorno depresivo menor y trastorno depresivo mayor.

El uso de benzodiacepinas, estabilizadores del humor y antidepresivos fue mayor en el grupo de deprimidos, sin embargo, los no deprimidos utilizaban más antipsicóticos de acción sedativa, especialmente los habitantes de hogares geriátricos.

En más de una cuarta parte del grupo de deprimidos se encontraron, como factores de tensión, otros problemas de salud mental, problemas familiares y sociales.

Menos de la cuarta parte de los deprimidos presentaba antecedentes de psicopatología mental, siendo más frecuentes los trastornos depresivos y ansiosos, trastornos afectivos bipolares y trastornos de personalidad.

Solamente la mitad de los deprimidos puntuó más de 6 en la escala de depresión de Yesavage, mientras que entre los no deprimidos una quinta parte puntuó entre 6 y 10.

El 75% del grupo de deprimidos puntuó menos de 24 del MMSE, sugiriendo posible deterioro cognoscitivo, quedando la duda si es por el estado depresivo o es un proceso independiente. Entre los no deprimidos se encontró que el 22% tenía menos de 24 en el MMSE, originando las mismas dudas. Este hallazgo podría ser fruto de investigaciones posteriores, de cohortes y de seguimientos longitudinales, por las repercusiones personales, familiares, asistenciales y sociales.

Al parecer hay más factores protectores que de riesgo en estos grupos de adultos mayores y ancianos para padecer un trastorno depresivo, y la baja presencia de psicopatología previa puede ser uno de ellos; sin embargo, sería conveniente realizar una investigación más detallada al respecto, con énfasis en factores mentales previos y procesos adaptativos a circunstancias adversas, pues como se evidenció la mayoría carecía de recursos de subsistencia propios o adecuados, viviendo en hogares de ancianos, muchos sin la ayuda de sus hijos o familiares. Lo que sí se evidencia es la mayor presencia de enfermedades orgánicas concomitantes y el mayor consumo de medicamentos para ellas, la relación de causalidad-efecto y sus costos sería un tema a investigar. Ello implica el deber de estudiar los procesos de atención por los organismos de seguridad social, con sus respectivos costos, a los cuales pertenece la casi totalidad de las personas adultas mayores y ancianas analizadas.



Siendo este estudio el primero que se realiza en la región para trastornos depresivos con una muestra pequeña de la población, nos plantea el reto de diseñar otros estudios con muestras más grandes y representativas de la población anciana y adulta mayor, no solamente en el campo de la depresión sino también en otros trastornos mentales que repercuten en el bienestar y calidad de vida de ellos, su familia y la sociedad.

## Bibliografía

1. Departamento administrativo Nacional de Estadística (Dane): Censo de 1993 y actualizaciones de 1995 y 1997.
2. Alarcón R, García L y cols. Características de Morbilidad de una población de ancianos en el Hospital de Santa Mónica, Dosquebradas, CMDEN-UTP, 1999.
3. Lovestone S, Howard R. La Depresión en el anciano, beca educativa de Lundbeck, edit. Caysfosa, España, 1997.
4. Baldwin RC and Jolley DJ. Prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 149: 574:583.
5. Alarcón R, García L. Boletín Psicogeriatría Hoy, CMDEN UTP, Vol. 1 No.1 2000, Pereira, Colombia.
6. Alarcón R. Guía para el manejo de estados depresivos en ancianos. Documento de enseñanza de la Facultad de Medicina de la UTP, 1998.
7. Alarcón R. La Depresión en Ancianos, II Congreso Virtual de Psiquiatría. [www. Psiquiatría.com](http://www.Psiquiatría.com), 2001.
8. Joshua R, Shua H, Mildred R et al. La Depresión en Ancianos, *Tribuna Médica*, Vol. 97, febrero 1998.
9. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Depresión en el Anciano, Vol. 2, No. 4, Julio de 1996.
10. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression scale. *Journal Psychiatry. Res.*17: 31-49,1983.
11. Marsh C. Psychiatric Presentations of Medical Illness. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 20, Number 1, March 1997.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, Washington, 1994.
13. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría, 8 edición, Ed. Médica Panamericana, Madrid, España, 1999.
14. Forsell Y, Winbland B. Major Depression in a Population of Demented and Nondemented Older People: Prevalence and Correlates. *Journal American Geriatrics*, vol 46. No. 1, January 1998.
15. Baquero M. La Depresión en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, Vol. 3, No. 4, diciembre 1999.
16. Harwood DG, Barker WW, Ownby RI, Duara R. Association between premorbid history of depression and current depression in Alzheimer's disease. *Journal Geriatr. Psychiatry Neurol.* 1999; 12(2):72-75.
17. Hernández JJ. Neuroimágenes en Psiquiatría. *Avances de Psiquiatría*, Edt. Nuevo Milenio Editores, Vol. 1 No. 1, 2000, Bogotá.
18. Gaviria M, Inchausti L. Imagen Cerebral y Depresión. *Neuropsiquiatría*, Edt. Nuevo Milenio Editores, 1995, Bogotá.

# PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

(Anexo 1)

## TIPOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y SOCIOFAMILIARES EN POBLACIONES DE ANCIANOS DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, COLOMBIA

### CMEDEN DE LA UTP

Nombre

Dirección de residencia

|               |          |             |           |
|---------------|----------|-------------|-----------|
| Edad          | Sexo     |             |           |
| Estado civil: | Casado   | Unión Libre | Viudo     |
| Soltero       | Separado |             | Religioso |

|              |                       |                     |                   |
|--------------|-----------------------|---------------------|-------------------|
| Escolaridad: | Analfabeta            | Primaria incompleta | Primaria completa |
|              | Secundaria incompleta | Secundaria completa | Técnica           |
|              | Universitaria         |                     |                   |

Religión:

Número de hijos:

Hijos que colaboran con su sostenimiento:

Número de personas con las que convive: Vive solo

|                                       |           |           |           |      |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|
| El trato que recibe de familiares es: | Excelente | Bueno     | Regular   | Malo |
| Nivel socio-económico:                | Estrato 1 | Estrato 2 | Estrato 3 |      |
|                                       | Estrato 4 | Estrato 5 | Estrato 6 |      |

|                         |      |         |       |           |
|-------------------------|------|---------|-------|-----------|
| Calidad de su vivienda: | Mala | Regular | Buena | Excelente |
|-------------------------|------|---------|-------|-----------|

|                         |    |    |
|-------------------------|----|----|
| Tiene seguridad social: | Si | No |
|-------------------------|----|----|

|                 |    |    |
|-----------------|----|----|
| Recibe pensión: | Si | No |
|-----------------|----|----|

|                 |    |    |
|-----------------|----|----|
| Reciben rentas: | Si | No |
|-----------------|----|----|

|                           |    |    |
|---------------------------|----|----|
| Trabajan en algún oficio: | Si | No |
|---------------------------|----|----|

|   |    |    |
|---|----|----|
| Los recursos económicos son suficientes para sus necesidades básicas: | Si | No |
|---|----|----|

|  |    |    |
|--|----|----|
| Considera que las dificultades económicas le afectan el estado de ánimo: | Si | No |
|--|----|----|

Antecedentes personales de psicopatología:

Trastornos depresivos:

Trastornos de ansiedad:

Trastornos psicóticos:

Trastornos de personalidad:

Trastornos afectivos bipolares:

Estrés postraumático:

|   |                    |                  |                |  |
|---|--------------------|------------------|----------------|--|
| Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico: | Si                 | No               |                |  |
|   | Terapia Individual | Terapia familiar | Terapia grupal |  |

Consumo psicofármacos:

|                              |    |    |             |      |                   |
|------------------------------|----|----|-------------|------|-------------------|
| - Benzodiacepinas:           | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Antidepresivos:            | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Antipsicóticos:            | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Estabilizadores del Humor: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Otros medicamentos:        | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |

|                                    |                        |                    |           |
|------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------|
| Padece de una enfermedad orgánica: | Cardíaca:              | Pulmonar:          | Diabetes: |
|                                    | Hipertensión arterial: | Sistema digestivo: |           |
|                                    | Sistema urogenital:    | Osteomuscular:     |           |
|                                    | Sanguíneo:             | Sistema endocrino: |           |
|                                    | Infecciosa:            | Neurológica:       |           |
|                                    | Dérmica:               | Otra:              |           |

Consume medicamentos para dichas patologías: Si No  
 Consume menos de tres medicamentos:  
 Consume de 4 a 6 medicamentos:  
 Consume más de 7 medicamentos:  
 Consume otros tipos de sustancias: Homeopáticas: Bioenergéticas: Otras empíricas:  
 El consumo de medicamentos es supervisado: Si No  
 Consume: Alcohol: No Si Frecuencia  
 Tabaco: No Si Frecuencia  
 Marihuana: No Si Frecuencia  
 Bazuco: No Si Frecuencia  
 Otro psicotóxico: No Si Frecuencia  
 Factores de tensión y malestar: SI NO  
 Problemas familiares: Problemas conyugales: Problemas económicos:  
 Problemas sociales: Problemas de salud física: Problemas de salud mental:  
 Problemas de hábitat: Inseguridad social: Temor a ser agredido:  
 Abandono social: Abandono familiar: Desprotección asistencial:  
 Deficiencia de medios recreacionales:  
 Aislamiento social:  
 Aislamiento familiar: Maltrato físico: Maltrato psicológico:  
 Tipo de trastorno actual:  
 1- Trastorno depresivo mayor, episodio único:  
 a- Leve: b- Moderado: c- Grave sin síntomas psicóticos:  
 d- Grave con síntomas psicóticos: e- En remisión:  
 2- Trastorno depresivo mayor, recidivante:  
 Leve: Moderado: Grave sin síntomas psicóticos:  
 Grave con síntomas psicóticos: En remisión:  
 3- Trastorno distímico:  
 4- Trastorno depresivo menor:  
 5- Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo:  
 Leve / moderado: Grave sin síntomas sicóticos:  
 Grave con síntomas sicóticos: En remisión:  
 6- Trastorno Bipolar II:  
 7- Trastorno ciclotímico:  
 8- Trastorno depresivo debido a enfermedad médica:  
 9- Trastorno depresivo inducido por sustancias:  
 Escala de depresión de Yesavage (acortada): puntaje:  
 MMSE:  
 RNM cerebral:

# EL ARTE DE DAR MALAS NOTICIAS EN MEDICINA

Felipe Quiroga Hernández  
Médico Psiquiatra  
Hospital Central de la Policía  
Clínica Shaio, Bogotá

---

***Dónde ha quedado mi esperanza?  
Mi esperanza quién la ha visto?  
Bajaré conmigo a la tumba cuando nos hundamos juntos en la tierra.  
Job 17,15,16.***

## Resumen

Dar malas noticias en medicina es una responsabilidad ineludible, cargada de tensiones, dificultades, temores, prejuicios, mensajes ocultos y en voz baja que crean una atmósfera enrarecida en la relación médico paciente.

Este ensayo clarifica algunas de estas dificultades cotidianas, brinda herramientas para aproximarse al problema, enumera los posibles riesgos de una verdad demasiado cruda o intensa y estimula al lector para desarrollar destrezas en el difícil arte de comunicar un diagnóstico, insistiendo en mantener la esperanza.

## Abstract

To give bad news in medicine is an ineludible responsibility, filled of tension, difficulties, prejudices, fears and hidden messages that create an uncomfortable atmosphere between patient and doctor.

This paper clarifies some of this frequent difficulties, offers some tools to approach the problem, enumerates some of the possible risks of a to crude or intense truth and stimulates the reader to develop abilities in the difficult art to communicate diagnosis, always insisting in hope.

Para muchos pacientes el tener que acudir al médico, ya es en sí mismo, una mala noticia, especialmente si su enfermedad tiene algún estigma, tal como un tras-

torno mental o el SIDA, o significa perder una función o acercarse a la muerte.

La soledad es un sentimiento que inicialmente acompaña al enfermo crítico pues todos evadimos informar sobre las malas noticias con el prejuicio de llevar un sufrimiento adicional al paciente y el temor que no pueda soportarlo y se deprima o se suicide. El comunicar un diagnóstico grave también nos recuerda nuestra propia fragilidad, limitaciones, susceptibilidad a enfermar y mortalidad.

De otro lado sabemos que la buena información es la clave de la relación médico-paciente y que explicando el diagnóstico, el tratamiento con sus beneficios, riesgos, y posibles secuelas, dentro de una **comunicación empática**, vamos a evitar quejas, demandas por negligencia, pero sobretodo mejoraremos la calidad de vida.

Empatía significa ser capaces de comprender las emociones, pensamientos, creencias, valores y actitudes de nuestro interlocutor focalizándonos en sus contexto y circunstancias para entender las reacciones y así poder ser generosos y cálidos en el trato. Aunque la empatía puede ser "el arte" de ponernos en los zapatos del otro, es también una técnica que requiere un espacio y tiempo adecuados para su desarrollo y por lo tanto uno de sus fines es lograr el equilibrio entre la productividad y la calidad de la atención.

La empatía es una actitud en la relación con el paciente, así como la comprensión de su situación, la cual se va completando, poco a poco, de acuerdo al conocimiento que vamos adquiriendo sobre su sistema de creencias y valores, deberes y presión social, miedos retroalimentados por pensamientos automáticos e imágenes negativas, mecanismos de defensa tales como pensamiento dicotómico focalizado en lo catastrófico,

la negación o la tendencia obsesiva por mantener el control, lo cual lo lleva a una comprensión parcializada, y sin sentimientos y racionalizaciones, que distorsionan la realidad.

La comunicación con empatía busca en el paciente una buena adherencia al tratamiento porque lo ha asimilado de una manera lógica y emocional, identificándose con las metas diseñadas conjuntamente con él para evitar **el olvido y el abandono**, lo cual es un problema común en el tratamiento de las enfermedades crónicas y debemos tomar algunas medidas:

- Preguntar sobre abandono de tratamientos en el pasado.
- Evaluar las expectativas que tiene sobre el tratamiento actual y el pronóstico de la enfermedad.
- Evaluar si la información que tiene el paciente está fundamentada en expectativas realistas y probables, o si ha sesgado o distorsionado la información por motivos psicológicos: La corrección de estas distorsiones le mostrará al paciente cómo su manera de pensar y de actuar sobre el tratamiento es influida por los estados de ánimo.
- Establecer metas específicas realistas y alcanzables, acordadas, negociadas, justificadas e individualizadas.
- Hacer énfasis en la responsabilidad compartida sobre las decisiones en la terapia, transmitiendo firmeza y seguridad, cuando sea necesario.

## La verdad y las malas noticias

La verdad es como un medicamento: Una dosis muy baja no hace efecto, una dosis muy alta es tóxica, recordando que no debemos mentir y que el enfermo asimila mejor lo que va hallando por sí mismo:

- Hay que decir la verdad, pero no toda al mismo tiempo.
- Decir la verdad es un acto humano, ético, médico-legal, teniendo en cuenta que el paciente tiene derecho a conocer su situación.
- Antes de decir la verdad es necesario evaluar el equilibrio emocional y el estado mental del enfermo para saber si puede asimilar lo que vamos a decirle.
- Es mejor comenzar averiguando lo que el enfermo

sabe y lo que está en condiciones de saber: Es preferible esperar sus preguntas ofreciendo algo a cambio.

- No debemos hacerle perder la esperanza, pues podríamos forzarlo a renunciar al tratamiento llevándolo a que se dé por vencido y a no continuar buscando el coraje necesario para llevar adelante la enfermedad.

Dentro del contexto de no destruir la esperanza y la voluntad de lucha está **el no discutir con la negación**: Una negación rígida y constante es una manera de mantener el control emocional y conservar la esperanza. Por lo tanto, es necesario aceptar las ambivalencias del paciente buscando mantener el entusiasmo para continuar con el tratamiento o para tener el valor de vivir lo inevitable, si este es el caso. Enseñarle al paciente a buscar la mejor opción, así como aconsejarse a sí mismo igual que a un amigo necesitado de ayuda, puede ser una técnica eficaz.

Al decir la verdad debemos presentar la información de una manera delicada y simple pensando en el significado que nuestras palabras tienen para el paciente y su familia, palabras tales como Demencia, Epilepsia, Ansiedad, Trastorno mental, tienen significados temerosos para las personas comunes y corrientes que es necesario explorar.

El establecer límites o plazos para un desenlace fatal puede conducir a un duelo anticipatorio con supresión del vínculo entre el enfermo y sus seres queridos. Al enfriarse o suprimirse las relaciones afectivas el paciente estará cada vez más solo y sus allegados pueden pelearse por lo que dejará para cada uno, siendo éste el único punto en común con el enfermo que se está desarraigando de la vida y de la lucha por sobrevivir.

***El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre tiene la obligación de consolar.***

***Axel Munte.***

Al recibir una mala noticia el enfermo necesita:

- Una figura de autoridad.
- Fe en el tratamiento.
- Esperanza en la mejoría.
- El afecto que da la amistad.

# **Página de publicidad**

# **Página de publicidad**

## La familia y la conspiración del silencio

Se ha llamado conspiración del silencio aquel acuerdo que desarrollan los miembros de una familia para generar una verdad a medias sobre el grave estado de un enfermo. Se denomina **conciencia cerrada** a la actitud para que no sepa nada "porque no podrá soportarlo". Cuando pregunta sobre su gravedad o el pronóstico de su problema todo el mundo pone pies en polvorosa.

La soledad que lo embarga está ilustrada por este poema medieval:

***Nadie se acerca a mi cama,  
que estoy tísico de pena.  
Al que muere de este mal,  
hasta las ropas le queman.***  
**Anónimo**

El enfermo desarrolla alguna conciencia sobre su estado, muchas veces distorsionada, temerosa y llena de dudas. Se denomina **conciencia abierta** cuando el paciente es el dueño de su diagnóstico y de la posibilidad de morir. Todo el mundo conoce las circunstancias de gravedad de la enfermedad y enfrenta el proceso de elaboración. El paso por una conciencia abierta es muy importante en patologías que como el Alzheimer, y otras demencias, va a producir una **ausencia de conciencia** al avanzar la enfermedad.

## Reacciones menos comunes en la familia

1. Contra el enfermo culpabilizándolo y agrediendo-lo: Él es el responsable por no haber dejado de fumar, de beber, no bajar de peso, llevar una vida sedentaria y demás.
2. Contra los médicos por no haber realizado una prevención a tiempo, insistido con más claridad en la adherencia al tratamiento calificándolos como negligentes e irresponsables.
3. Contra Dios visualizando la enfermedad como una prueba injusta o sádica o como un castigo implacable, ante las naturales imperfecciones de todo ser humano.
4. A veces hay agresiones y culpas de todos contra todos en un idealismo crítico y culpabilizante en el

cual al realizar el juicio nadie ha dado la talla de lo que debería hacerse.

## Riesgo de suicidio en enfermos de cáncer

1. Relacionados con el estado mental:
  - Depresión.
  - Psicosis, delirio y alucinaciones.
  - Descontrol de impulsos.
2. Relacionados con el cáncer:
  - Dolor no controlado.
  - Enfermedad avanzada y mal pronóstico.
  - Agotamiento.
  - Uso de esteroides.
3. Relacionados con la biografía:
  - Intentos previos
  - Psicopatología de la personalidad
  - Abuso de alcohol
  - Pérdida reciente (cónyuge, amigos)
  - Pobre soporte social
  - Historia familiar de suicidio
  - Ancianidad

## Malas noticias y fases de adaptación

Al comienzo el paciente se encuentra en una fase de ignorancia e inseguridad, con dudas y temores alimentados por una pobre mejoría. Al recibir la información pasa por fases que se superponen una con otra tales como la negación, la ira, el pacto, la depresión, la aceptación, la depresión preparatoria a la muerte y la trascendencia de acuerdo a sus creencias. Si es religioso podrá buscar consuelo, coraje y esperanza en Dios, además de buscarla en sus seres queridos y en el personal de salud.

***Mas los que esperan en Yahvé tendrán  
nuevas fuerzas; levantarán las alas  
como águilas, correrán y no  
se cansarán, caminarán y no se fatigarán.***  
**Isaías 40;31.**

El no creyente debe buscar la fuerza y el valor dentro de sí mismo y en su red de apoyo socio familiar, esperando que ésta no se agote.



Ocasionalmente mientras acompañamos a nuestro paciente en este proceso aparece otro hijo influyente en las decisiones que exige replantear el proceso diagnóstico, y por lo tanto el tratamiento y las fases de adaptación, y nos demanda de nuevo otra dosis adicional de comprensión, empatía y paciencia.

## Los niños y las mala noticias

Es muy importante hablar con el niño, no solamente con sus padres, de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentre. Responder de manera simple y directa permitiéndole expresar sus emociones, cuidándonos siempre de mantener la esperanza. Ellos entienden los valores espirituales de una manera más fácil que los adultos.

El niño necesita sentirse cerca de los seres que ama, por lo tanto es necesario facilitar el contacto en el hospital con las personas significativas y facilitar un pronto regreso a casa.

## Los padres y las malas noticias

Debemos responder las inquietudes de los padres reconociendo su sufrimiento y preocupación, haciendo énfasis en la esperanza y previniendo que se desarrolle un duelo anticipatorio en el cual pueden dejar de preocuparse por el niño enfermo, para volcarse sobre las necesidades de los otros hermanos. Es necesario resaltar la continuidad de la crianza y el desarrollo del niño enfermo dentro del contexto de la familia animando a sus miembros para darse soporte mutuo y estimular la expresión de sentimientos que son una fuente importante de unión, apoyo y seguridad.

## Las malas noticias para un niño (cuando el padre o el abuelo enferman)

Esté seguro de lo que va a decir, los niños son muy sensibles cuando tenemos que retractarnos de lo dicho. Hay que tener en cuenta la edad cronológica, intelectual y emocional. La información debe suministrarse poco a poco, comenzando por el familiar más cercano al niño, para que calibre el impacto antes de hablar con él. Asociar la muerte con dormir o con castigo por malas acciones no va a ser constructivo y facilitará temores y trastornos del sueño.

Dentro de la oportunidad de expresar sentimientos no debemos ocultar los nuestros, mostrar que también somos vulnerables nos acerca a los sentimientos de los niños y a sus padres.

Ante la muerte:

- Si es creyente transmita conceptos claros sobre la vida eterna y la comunión con Dios, como fuente de esperanza y de fuerza para seguir adelante corriendo el riesgo de la vulnerabilidad de amarse, después de saber que las personas que amamos pueden morir.
- No estimule falsas expectativas de reunión con el ser querido que ha muerto que puedan facilitar una ambivalencia para continuar viviendo plenamente la vida, con el conocimiento de la mortalidad, que como destino natural, solo tienen los seres humanos.
- Avise a la profesora y a la psicóloga escolar para estimular el consuelo de sus compañeros y evitar una conducta de negación, actuando como si no hubiera pasado nada para que al niño se le "olvide" su pesar.
- El niño necesitará ahora más tiempo con sus seres queridos, manteniendo bien definidos los nuevos roles a asumir, sosteniendo una comunicación abierta y constante, transmitiendo conceptos claros sobre los valores y creencias en una atmósfera de amor, comprensión y honestidad.
- Responda las preguntas del niño de una manera sencilla reconociendo que la muerte es un fenómeno complejo cuya comprensión requiere estudio, tiempo y paciencia.
- Aproveche momentos significativos para cambiar ideas con sus hijos acerca de la muerte.
- Recuerde que los niños están sensibles y temerosos ante la enfermedad y la muerte, necesitan explicaciones claras para poder asumir un rol activo en su tratamiento. La visión del mundo que irán desarrollando será influida por la enfermedad y la manera en que nos acerquemos a ella.

## Conclusión

El proceso de elaboración que se desarrolla ante un diagnóstico difícil es una travesía con dos pasos ade-

lante y un pasito para atrás, en el que cada persona y cada familia marcha a su propio ritmo. El médico debe catalizar el proceso cuidándose de ser lubricante y no combustible y recordando que las malas noticias son como una sopa que no hay que tomársela tan caliente como a uno se la sirven, sino que es necesario cuchar la noticia para no quemarse con ella y así poderla digerir más fácilmente.

### Lecturas recomendadas

1. Beck JS. Cognitive Therapy Basic and Beyond. New York. The Guilford Press. 1995.
2. Gomez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid. Aran editores. 2000.
3. Frankl V. Psicoterapia y humanismo. Madrid. FCE Ediciones. 1978.
4. Frankl V. Psicoanálisis y existencialismo. México. Fondo de cultura económica. 1978.
5. Kushner H. When bad things happen to good people. New York. Avon Books. 1983.
6. Kushner H. Cuando nada te basta. Barcelona. Emecé. 1986.
7. Kushner H. Quién necesita a Dios. Buenos Aires. Emecé. 1989.
8. Munte A. La historia de San Michele. Barcelona. Juventud. 1966.

# EDUCACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS PROTECTORES URINARIOS

Una aproximación

Maria Francisca Echeverri  
Médica Geriatra

---

Como dice mi marido:

*“Toda persona nace en el momento en que se le retiran los pañales y debe morir en el momento en que se tienen que volver a utilizar”.*

Estas palabras son la definición cotidiana del por qué el común de la gente teme llegar a usar pañal, pues lo asocia con la dependencia total y la pérdida de la intimidad. Además, en la mayoría de los casos, refleja la edad.

Empecemos aclarando algunos términos:

**PAÑAL:** El diccionario habla de una pieza rectangular de tela con que se envuelve a los niños de pecho. Otra de sus definiciones se aplica al origen de algo o la ascendencia o linaje de una persona, o para referirse a alguien que tiene poco conocimiento de algo, o estar algo en sus inicios.

**PROTECTOR:** Que protege, *se refugió bajo la sombra protectora de aquel árbol.....*

**PROTEGER:** Ayudar a una persona o animal, beneficiándolos o resguardándolos de un peligro, daño o incomodidad.

**INCONTINENCIA:** Cualidad de incontinente.

**INCONTINENTE:** Dícese de la persona incapaz de reprimir sus deseos o pasiones: “Me gustaría estar en la fase donde mis pasiones y deseos fuesen completamente incontinentes”.

Como vemos, al salirnos de las descripciones médicas de incontinencia, nos encontramos con las clasificacio-

nes populares que determinan los temores y los malos entendidos de los enfermos frente a esta disfunción. En el ámbito científico tenemos la descripción de incontinencia como la pérdida involuntaria de orina o de materia fecal. Como cosa rara nunca hablamos de incontinencia nasal o bucal, para referirnos a la rinorrea o sialorrea, aunque de igual forma necesitamos “protectores” desechables.

**DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA:** *Condición mediante la cual se origina una pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, que acarrea problemas de salud y sociales al individuo y, además:*

- Promueve al aislamiento social y trastornos psíquicos (como cambios en el afecto).
- Es una razón frecuente para institucionalizar a quien la padece.
- Favorece la aparición de lesiones cutáneas, como micosis o úlceras por presión.
- En las personas con algún tipo de discapacidad, a medida que aumenta el grado de dependencia, también lo hace la frecuencia de la incontinencia urinaria.

Se estima que un 15% de los adultos mayores de una comunidad, y hasta el 50% de aquellos que se encuentran en una institución presenta incontinencia urinaria severa.

No debemos olvidar que la micción es un hecho fisiológico que involucra participación de los sistemas nerviosos central, periférico y autónomo, pero que además es un hecho social que exige el poder iniciarla e interrumpirla en forma voluntaria.

Lo primero es saber diferenciar el paciente incontinente, o con riesgo de sufrirla: generalmente la consulta es más sencilla por parte de las mujeres, ya que estamos acostumbradas a averiguar todo lo que se refiere a nuestras áreas genitales y son temas de la palestra pública desde hace mucho tiempo y como dice el dicho "A más hijos paridos más miasos salidos".

La dificultad radica en el género masculino, comenzando por los especialistas, los urólogos, los cuales ven la incontinencia como un reflejo del no poder hacer, del no saber qué hacer, o en el peor de los casos, del no haber hecho bien, me perdonan mis queridos colegas, pero no podemos negarnos que la incontinencia para ustedes es como la mano para el ortopedista o el insomnio para los psiquiatras.

En el caso de los pacientes masculinos la única que consulta por la incontinencia del hombre es la mujer. Los comentarios hechos por ellas en la consulta, de cómo les mojan el aro, de cómo el marido no alcanza a llegar al baño, o de cómo orina y es como si no acabara porque después termina en el pantalón, llevan de forma obligatoria al médico a evaluar la incontinencia. También se presenta el caso de aquellos que no dicen nada pero que en el examen físico se nota a primera vista, no es precisamente el que huele, si no aquél que su ropa interior esta más blanca de la cuenta en el área del pantaloncillo donde termina el pene: Demostrando el lavado excesivo donde hay un constante manchado por algo.

De nosotros depende desarrollar las fases preventivas, en las cuales debe enfatizarse la educación a las personas con mayor riesgo, y a los que ya padecen el problema se les debe orientar para la evaluación y estudio idóneos, así como los tratamientos actuales, incluyendo la utilización **adecuada** de los implementos que les ayuden a hacer más llevaderas las incomodidades, producto de la pérdida constante de orina.

Desde el punto de vista fisiopatológico la incontinencia urinaria se clasifican en:

### 1. Agudas, en las cuales las causas comunes son:

- Delirio (u otro compromiso de conciencia transitorio).
- Inmovilidad parcial o total (dificultad de accesos a lugar o material adecuado)

- Retención urinaria (por inmovilidad, uso de fármacos o bolo fecal, entre otras causas)
- Infecciones
- Impactación fecal
- Fármacos (anticolinérgicos, narcóticos, diuréticos, xantinas, cafeína, agonistas de adrenalina, psicotrópicos, Alfa-bloqueadores, entre otros)
- Poliuria
- Psicógena
- Comorbilidad (hiperglicemia, hipercalcemia, resolución de edemas, etc.)

### 2. Persistentes

Se clasifican en cuatro tipos básicos de incontinencia, los cuales no son mutuamente excluyentes.

#### De esfuerzo

Es el tipo más frecuente en las mujeres de 75 o más años. Se define como la pérdida involuntaria de orina, generalmente en pequeñas cantidades, asociada al aumento transitorio de la presión intra-abdominal, como al toser o al reír. Este tipo de incontinencia se produce por debilidad y laxitud de los músculos del piso pélvico (partos, envejecimiento, déficit de estrógenos, etc.), lo cual facilita el descenso del ángulo uterino vesical normal.

En el hombre se limita a aquellos que han sufrido daño del esfínter interno por procedimientos urológicos.

#### De urgencia

Es responsable del 40-70% de los casos de incontinencia en el viejo. Se produce por inestabilidad del detrusor y se caracteriza por pérdida de orina debido a la incapacidad de demorar la evacuación una vez percibida la sensación de plenitud vesical (sensación de urgencia miccional).

El compromiso del detrusor se produce por:

- Infecciones de vías urinarias
- Obstrucción del flujo urinario (tumores, cálculos, etc.)
- Trastornos del SNC como eventos cerebro-vasculares, demencia y parkinsonismo

### De rebosamiento

Menos común, pues sólo corresponde del 7 al 11% de los casos. Se caracteriza por pérdida de pequeñas cantidades de orina, goteo, como resultado de fuerzas mecánicas ejercidas por grandes volúmenes urinarios sobre la vejiga que está hiperdistendida, debido a disfunción de la contractilidad vesical (atonía o hipotonía), o a obstrucción del flujo urinario.

Algunas de las causas más frecuentes son anestesia, instrumentación de la vejiga o medicamentos, comorbilidad (Diabetes Mellitus, sección medular, esclerosis múltiple, etc.). En las obstrucciones del tracto urinario están hipertrofia prostática, estenosis, cistocele, neoplasia pelviana o también impactación fecal.

### Funcional

Pérdida de orina asociada con la incapacidad de ir al baño por trastornos mentales y/o físicos, resistencia psicológica u obstáculos ambientales.

La evaluación diagnóstica incluye una historia clínica completa, en la cual deben anotarse los horarios y la cantidad de las pérdidas urinarias. El examen físico debe ser minucioso e incluir tacto rectal, evaluación ginecológica, abdominal y revisión neurológica.

Se sale del propósito del presente artículo explicar los exámenes requeridos para la evaluación de la incontinencia, pero como mínimo debe incluirse un análisis de orina, función renal, glicemia y electrolitos. Exámenes más especializados tienen indicaciones precisas, pero con un adecuado interrogatorio, y una revisión física completa, puede hacerse el diagnóstico adecuado en casi todos los casos. La mayoría de los trastornos pueden ser detectados por el médico no especialista, sin embargo, existen ciertos pacientes que deben ser derivados a urólogos, ginecólogos, neurólogos, geriatras o psiquiatras.

Un gran porcentaje de los pacientes con incontinencia urinaria puede ser tratado y sus síntomas efectivamente aliviados, una vez el tipo de incontinencia sea determinado; por ejemplo los ejercicios del piso pélvico (ejercicios de Kegel, unidos a los conos vaginales, o pesarios) pueden ser efectivos, hasta en 77% de pacientes motivados y adecuadamente indicados.

El tratamiento dependerá del manejo satisfactorio de las causas o condiciones contribuyentes; por ejemplo

en la incontinencia funcional es fundamental mejorar la movilidad, controlar adecuadamente el dolor, retirar obstáculos ambientales (acortar la distancia al baño, o mejorar la luz ambiental, etc.) Los pacientes con demencia se pueden beneficiar con programas de vaciamiento de vejiga, entrenamiento general y educando al cuidador para la atención a señales que puedan indicar un deseo de evacuación vesical.

Existen muchos y diferentes procedimientos quirúrgicos que se pueden usar en el tratamiento de la pérdida urinaria. El tipo de operación a recomendar dependerá del tipo y causa de la incontinencia, ante lo cual el médico podrá informar acerca del procedimiento específico para cada paciente.

Es importante que el paciente haga todas las preguntas necesarias hasta que entienda claramente en qué consiste la operación y las probabilidades reales de mejoría. También es importante que se interese por las complicaciones que pudieran presentarse tras la operación.

Antes de decidirse a usar los dispositivos externos para el manejo de la incontinencia, absorbentes, desechables o no, los ancianos deben ser evaluados y descartar causas reversibles, de lo contrario se perpetúa la idea que la pérdida de orina es un hallazgo normal del envejecimiento.

Estos elementos, si son mal usados, pueden tener efectos nocivos como irritación, rotura de la piel, facilitar la aparición de las infecciones urinarias o las contaminaciones micóticas. Pero adecuadamente indicados mejoran ostensiblemente la calidad de vida del paciente y de las familias. Sin embargo uno de los principales limitantes en su uso, es el costo.

Como se dan cuenta la primera definición de los protectores urinarios, o PAÑAL, como decimos nosotros, está dada por médicos especialistas, la segunda definición..., hace la diferencia de la geriatría con otras especializaciones. El concepto de incontinencia se nos sale definitivamente del área médica para volverse una problemática bio-psico-social lo que implica entonces, que una persona con algún grado de pérdida involuntaria de orina, tiene un alto riesgo de sufrir aislamiento, disfuncionalidad cotidiana y sedentarismo, lo que conduce a estados depresivos importantes.

Para estudiar lo anterior existen múltiples escalas que sirven para evaluar la calidad de vida; lo importante es que el médico tratante siempre tenga en cuenta que, además del tratamiento específico, es fundamental mantener el bienestar del individuo. La que presento a continuación, es una de las más utilizadas.

### Comentario de autor

Si Ud. posee 22 a 44 puntos en su calificación es necesario visitar al médico, ya que deberá someterse a pruebas sencillas de consultorio que determinen la necesidad de algún tipo de tratamiento, que puede ser médico (farmacológico), o bien sean instructivos de mejoramiento o fortalecimiento del piso muscular con ejercicios caseros, o bien instructivos de cómo manejar la urgencia urinaria (terapias conductuales), u otras alternativas terapéuticas como electroestimulaciones del piso pélvico muscular o inclusive llegar a sugerirse el tratamiento quirúrgico o, lo que es de gran actualidad, sugerirse la combinación de varias modalidades de tratamiento.

Después de evaluar la calidad de vida del paciente debemos reforzar la relación con **Él** y motivarlo para que:

- Haga todas las preguntas que le vengan a la mente.
- Siga las instrucciones que se le recomienden, una vez se aclaren todas las dudas.
- Cumpla, por su propio beneficio, con la toma de los medicamentos que le recomienden.
- Llame a su médico o enfermera y le comunique sobre cualquier efecto secundario (molestia) que le ocasione el medicamento.
- Llame a su médico o enfermera y le informe sobre cualquier cambio, bueno o malo, de la incontinencia de orina.

Después de clasificar el grado de incontinencia del paciente debemos, como se dijo antes, ofrecer los diferentes tratamientos, pero es obligatorio, ofrecerle la posibilidad de mantenerse aseado, de no oler, de no ensuciar la ropa, de evitar que a toda hora le aparten sus ropas de las de los demás, de evitarle el miedo a salir. Para esto debemos conocer los productos que existen y sus diferentes grados de absorción, pero al igual que los medicamentos, se debe diferenciar las calidades, lo que evitará los problemas de pañalitis,

| <b>Instrumento para medir Calidad de Vida</b>   |
|---|
| Instrucciones: Ponga en el recuadro el puntaje de su respuesta y al final sume el total                             |
| 1. ¿Estoy realmente preocupada(o) de orinarme encima de la ropa?  |
| 2. ¿Estoy preocupado sí me río, o toso, o estornudo, debido a mi incontinencia urinaria?                            |
| 3. ¿Debo tener cuidado si al estar sentada(o), me levanto súbitamente, ya que me preocuparía orinarme encima?       |
| 4. ¿Estoy siempre pendiente de los baños cuando voy a lugares nuevos que no conozco?                                |
| 5. ¿Me siento deprimida(o), por mi incontinencia urinaria?  |
| 6. ¿Debido a mi incontinencia urinaria no me siento seguro de dejar mi hogar por largos períodos de tiempo?         |
| 7. ¿Me siento frustrado debido a que tener incontinencia urinaria me impide hacer lo que yo quisiera?               |
| 8. ¿Me preocupa saber que otras personas puedan oler orina en mí?   |
| 9. ¿La incontinencia urinaria está siempre presente en mi mente?  |
| 10. ¿Es importante para mí tener que hacer visitas frecuentes al baño?  |
| 11. ¿Dada la existencia de la incontinencia urinaria es imponente planificar cada detalle en el quehacer inmediato? |
| 12. ¿Estoy preocupada(o) ya que mi incontinencia urinaria podría empeorar en la medida que envejezco?               |
| 13. ¿Tengo dificultad en alcanzar una noche de sueño reparadora debido a mi incontinencia urinaria diaria?          |
| 14. ¿Me preocupa que por mi incontinencia me pueda sentir en aprietos o inclusive humillada(o)?                     |
| 15. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir como si no fuera una persona sana y normal?                           |
| 16. ¿Mi incontinencia urinaria me hace sentir francamente infeliz?  |
| 17. ¿Yo siento que logro un menor goce de vivir debido a mi incontinencia urinaria?                                 |
| 18. ¿Me preocupa no ser capaz de llegar a mi baño a tiempo (y por lo tanto de orinarme)?                            |
| 19. ¿Siento que no tengo control sobre mi vejiga?   |
| 20. ¿Tengo siempre que estar pendiente de lo que tomo debido a mi incontinencia urinaria?                           |
| 21. ¿El tener incontinencia urinaria limita mi escogencia de ropa para mi vida diaria?                              |
| 22. ¿Me preocupa tener sexo debido a mi incontinencia urinaria?   |
| Total puntaje   |
| Afectación leve - Moderada<br>de la calidad de vida = 0 - 22 puntos   |
| Afectación severa<br>de la calidad de vida = 22 - 44 puntos   |

úlceras por presión e infecciones urinarias y del área genital.

Para las mujeres, todos conocemos por los medios de comunicación, los productos protectores de la vida diaria para las incontinencias leves, pero debemos saber que para las incontinencias leves de los hombres, sobre todo las post-quirúrgicas (cirugía de próstata), existen productos especiales en forma de condón absorbente que se adhiere a los interiores. Así mismo para ambos sexos existen pantalones desechables para incontinencias moderadas y para las mayores, los llamados pañales de uso en cama.

Los protectores urinarios no son el manejo definitivo de la incontinencia, pero son una ayuda para que otros tratamientos sean más eficaces al tiempo que son vitales en mejorar la calidad de vida cotidiana haciéndola más llevadera. En ocasiones se convierten en el máximo recurso y yo diría que son el tratamiento especial para los aspectos emocionales del paciente, cuando otros no han tenido éxito.

Las personas generalmente rechazan los productos por sentirse más gordos o por tenerlas que llevar en la car-

tera, pero lo cierto es que tratan a toda costa de no aceptar el ser incontinentes.

Quién lo creyera, cada etapa de la vida tiene su pañal o protector desechable: la diferencia radica en que los hombres se pierden de este paseo por varios años, mientras que nosotras empatamos casi uno tras otro, de ahí que nuestra dificultad para tratar el tema y aceptar las ayudas, sea menor.

Y hablando de dificultades menores, pero que interfieren en mi vida cotidiana, como es el no poderme reír o hacer algún esfuerzo, por que se me sale la orina, recuerdo mis épocas de juventud y recurro a los protectores de adulto, los cargo en la cartera y voy al baño con la misma facilidad de aquellos años y con la misma picardía que solía hacerlo.

...y recuerde, la incontinencia urinaria no es algo normal que ocurre en la edad avanzada. Lo más importante es que en la mayoría de los casos, se puede dar tratamiento, y siempre se puede dar PROTECCIÓN.

# REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN EL ANCIANO

**Leonilde Morelo**

Médico Geriatra - Docente de Geriatria  
Hospital Universitario San Ignacio - Pontificia Universidad Javeriana

**Ady Angélica Castro Acosta**

Residente III año  
Medicina Familiar, Universidad El Bosque

**Erick Solano Villalba**

Residente III año  
Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana

---

*“Ningún cuerpo es tan viejo,  
como para no merecer vivir otro año”  
American Heart Journal, March 2002*

## Presentación de caso

Mujer de 93 años, natural de Manta, Cundinamarca, quien ingresa por cuadro de dolor torácico opresivo, que se inicia en reposo, de intensidad 8/10, irradiado a brazo izquierdo, asociado a náuseas y diaforesis, de 5 horas de duración, por lo cual consulta.

## Antecedentes personales

3 episodios de IAM, el último en Enero/03 con angiografía coronaria que evidenció lesión del 92% de la descendente anterior, la cual no pudo ser revascularizada por no autorización de la paciente y su familia. Hipertensión Arterial de larga evolución sin compromiso de órganos blanco y sin complicaciones, dislipidemia diagnosticada durante el último evento coronario. Tenía exposición a humo de leña por más de 50 años. Pirosis ocasional. No refería tabaquismo ni Diabetes Mellitus. Tenía por tratamiento Enalapril 20 mg cada 12 horas, Metoprolol 50 mg cada 12 horas, ASA 100 mg/día, Lovastatina 40 mg/día, Omeprazol 20 mg/día.

## Al examen físico

TA: 140/90, FC: 69/min,  
FR: 16/min, T: 36.8°C, IMC: 30.

En regular estado general, conciente, orientada, sin ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios sin sobreagregados. Abdomen sin dolor, masas ni megalias. Extremidades con pigmentación ocre en piel de miembros inferiores por insuficiencia venosa crónica. No presentaba ningún tipo de déficit neurológico.

La valoración de la esfera mental demuestra una capacidad cognitiva conservada. Escolaridad primaria incompleta con MMSE de 24/30.

Su autocuidado y autonomía intactos, valorados a través de las escalas de Barthel (100/100) y Lawton (previo 13-0-1; actual 11-0-3) revelan un nivel de funcionalidad adecuado. Desde el punto de vista social y familiar las redes de apoyo son adecuados con excelente soporte.

Con diagnóstico de síndrome coronario agudo se ingresa a UCI donde realizan paraclínicos:

EKG: bloqueo completo de rama izquierda (antiguo), que no tenía criterios para supradesnivel del ST. Troponina: 0 UI (inicial) 4 UI (control), Creatinina: 1 mg/dl; Cuadro hemático: Leucocitos 5400 N: 67%, L: 30%, Hb: 12.7 gr%, plaquetas 267000; Colesterol total: 179 mg/dl, Triglicéridos: 128 mg/dl, HDL: 34 mg/dl, LDL: 110 mg/dl. Rx de tórax: con signos de hipertensión pulmonar sin infiltrados. Se realiza diagnóstico de IAM sin



supradesnivel del ST. Ante nuevo evento coronario se plantea a la paciente y su familia cateterismo cardíaco y posibilidad de realizar procedimiento con angioplastia y stent de la descendente anterior; se explica en reunión familiar la enfermedad, sus riesgos y complicaciones; alternativas de tratamiento y procedimiento. Se consigue consentimiento de ambos y se realiza la angioplastia evolucionando de manera satisfactoria.

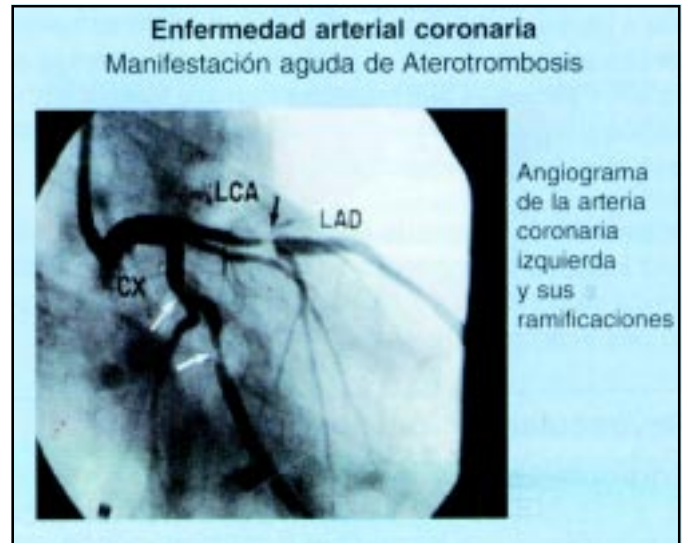
Este caso fue presentado y discutido en múltiples oportunidades en las juntas médicas de los servicios de Cardiología, Medicina Interna y Geriátrica del Hospital Universitario San Ignacio en la ciudad de Bogotá, quienes llegaron a la decisión de sugerir a la familia y a la paciente, teniendo en cuenta sus condiciones y envejecimiento exitoso, la alternativa de tratamiento invasivo (revascularización coronaria con angioplastia y stent). La evolución post procedimiento fue satisfactoria, presentó como complicación el desarrollo de un pseudoaneurisma a nivel femoral documentado por doppler, que resuelve por compresión manual. La paciente es dada de alta 36 horas después del procedimiento en adecuadas condiciones, asintomática, con tratamiento farmacológico, recomendaciones y controles por consulta externa.

## Revisión

### Introducción

En las últimas dos décadas, el avance en el tratamiento del IAM, ha permitido el desarrollo del concepto de reperfusión, para el cual se cuenta con dos alternativas: La Terapia Trombolítica en vena periférica y la Angioplastia Primaria; existe suficiente evidencia que tanto la trombolisis como la Angioplastia Primaria reducen la mortalidad por IAM cuando se instauran de manera temprana. Sin embargo, la angioplastia percutánea con balón tiene mayor beneficio que la trombolisis en cuanto a que ofrece una restauración rápida del flujo coronario con corrección efectiva de la lesión desencadenante y la posibilidad de asegurar un flujo anterógrado definitivo con mayor efectividad. Su principal limitación es la disponibilidad de un equipo de hemodinamia 24 horas.

Amén de estas indicaciones, son pacientes de difícil diagnóstico o con contraindicación de trombolisis (ver Tabla 1), aquellos que consultan en forma tardía y ECG que demuestre lesión en evolución y posible miocar-



dio susceptible de rescate, y pacientes mayores de 75 años no susceptibles de trombolisis.

Se utiliza el término angioplastia primaria cuando se elige como la terapia inicial sin trombolisis previa. También se puede ofrecer angioplastia programada o dife-

| <b>Contraindicaciones de trombolisis según la Sociedad Colombiana de Cardiología</b> |
|--|
| <b>Absolutas</b>   |
| Sangrado Activo  |
| Cirugía mayor reciente (< 6 semanas)   |
| Punción arterial en sitio no compresible   |
| ECV reciente   |
| HTA no controlada  |
| <b>Relativas</b>   |
| > de 75 años   |
| Historia de HVD o enfermedad ulcerosa activa   |
| Administración previa de estreptoquinasa y/o alergia                                 |
| Choque cardiogénico si no se dispone de angioplastia                                 |
| Historia de diátesis hemorrágica   |
| Luego de RCP prolongada  |
| Retinopatía diabética con hemorragia activa  |

Tabla 1

rida a los pacientes trombolizados que posteriormente presenten isquemia, o a angioplastia de urgencia a aquellos pacientes que no respondan a la terapia trombolítica si hay inestabilidad hemodinámica o hay un gran área miocárdica comprometida.

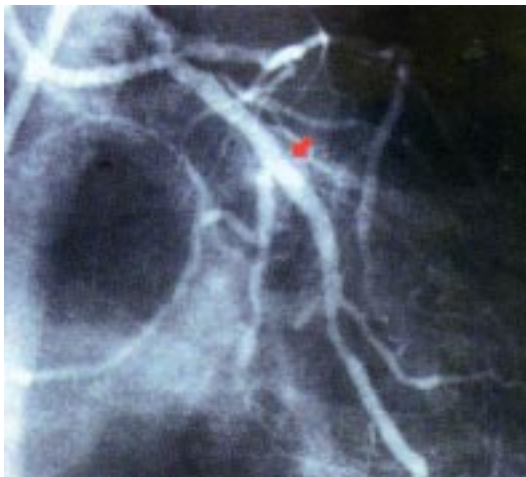
Finalmente, la cirugía de revascularización miocárdica está indicada en pacientes en quienes durante su fase aguda se conoció la anatomía coronaria y se determinó una indicación quirúrgica definitiva.

## Revascularización percutánea

### Angioplastia con balón

La arterioesclerosis coronaria es la manifestación de una enfermedad progresiva y sistémica que compromete todas las arterias del cuerpo, y que una vez descrita ha llevado a la comunidad médica y científica mundial a la búsqueda de nuevas tecnologías cada vez más invasivas y agresivas, para la modificación de su historia natural de complicaciones a nivel cardíaco y periférico.

En 1929 el doctor Forssman, buscando la manera de administrar medicación intracardiaca dio origen al cateterismo y la cardiología invasiva. De allí en adelante este método fue utilizado con fines principalmente diagnóstico, hasta que en 1964 los doctores Dolter y Judkins describieron su uso para la recanalización de obstrucciones arterioescleróticas periféricas femorales e ilíacas. La técnica se mantuvo, a pesar del escepticismo de la comunidad médica de la época, y fue mejorada por radiólogos alemanes -doctores Portsman y Zeitler en 1971- quienes adaptaron un balón inflable



### Indicaciones y contraindicaciones para angioplastia de la Sociedad Colombiana de Cardiología

#### Indicaciones

- Enfermedad coronaria sintomática de 1 vaso
- Enfermedad coronaria sintomática multivaso
- Enfermedad asintomática uni o multivaso con evidencia de isquemia
- IAM – Choque cardiogénico
- Oclusiones totales crónicas sintomáticas o con isquemia
- Puentes aortocoronarios y arteriales

#### Contraindicaciones

- Anatomía no dilatada
- Negativa del paciente
- Ausencia de equipo y material adecuado
- Ausencia de personal entrenado
- Tronco izquierdo

Tabla 2

en su parte distal mejorando las expectativas de los resultados iniciales. Luego de múltiples estudios en perros y cadáveres humanos, en 1977 fue aplicada a un paciente por el doctor Gruentzig dilatando la región proximal de la descendente anterior y de ahí en adelante esta técnica se empezó a popularizar en Alemania -doctor Kaltenbach- y en Estados Unidos en 1978 -doctores Myles y Stertzler en Nueva York-.

Los principales mecanismos de la angioplastia son la compresión y la partición o disrupción de la placa, para que en presencia de un buen flujo, organización y fibrosis de la herida arterial se genere una cicatrización y una limpieza del lumen.

### Revascularización coronaria en el nonagenario

Son muy pocos los estudios para la población mayor de 80 años, y casi inexistentes para la población nonagenaria; sin embargo, mientras no se demuestre lo contrario, es prudente intentar extrapolar los resultados, personalizando cada caso.

En Canadá el estudio APPROACH recopiló 6.000 ancianos desde 1995, que fueron remitidos para bypass coronario o revascularización percutánea; esta población fue seguida por espacio de 4 años, se les aplicó análisis multivariable de acuerdo a los factores de riesgo y comorbilidad de cada grupo de población y los resultados fueron clasificados en 3 grupos: < de 70 años, de 70- 79 años y > de 80 años. Como conclusiones, el estudio sugiere un aumento significativo de la supervivencia en el anciano con revascularización vs tratamiento médico conservador con diferencias estadísticamente significativas sobretodo en el grupo mayor de 80 años: supervivencia de 77.4% POP Bypass, 71.6% Post-revascularización percutánea y 60.3% con tratamiento médico conservador, con una disminución del riesgo absoluto total de 17% para la revascularización quirúrgica y del 11% para la ACTP para pacientes mayores de 80 años comparado con los más jóvenes.

Un estudio japonés, unicéntrico, abierto y aleatorizado, de 120 pacientes mayores de 80 años con bajo riesgo cardiovascular, en quienes se comparó la terapia trombolítica frente a la reperfusión coronaria con ACTP, afirmó que durante los 3 años del estudio la revascularización percutánea primaria para pacientes muy ancianos de bajo riesgo, puede no reducir las tasas de mortalidad por muerte súbita, reinfarto, falla cardíaca, ECV o la incidencia de eventos combinados comparada con el tratamiento conservador y tampoco previene la remodelación del ventrículo izquierdo post IAM en este mismo grupo de pacientes. Sin embargo presenta varias limitaciones como el tamaño de la muestra, especificidad de la población y poca posibilidad de generalización y reproducibilidad.

Muchos otros estudios en población anciana, y varias organizaciones internacionales (ACC/AHA) han resaltado el papel de la revascularización coronaria percutánea frente a la trombolisis, por considerarla de menor morbilidad al tener en cuenta los efectos sistémicos de la trombolisis (sangrado), frente al efecto puntual y localizado del procedimiento percutáneo, sobretodo en paciente de alto riesgo o ancianos.

Respecto al uso de stent, un estudio del Colegio Médico de Harvard en Boston siguió a 123 pacientes mayores de 75 años durante 2 años a quienes se les practicó angioplastia y stent frente a angioplastia sola encontrando una disminución de las complicaciones hospitalarias y en la necesidad de nueva angioplastia en un plazo de 2 años para la población a quien no se le puso stent.



### Prevención secundaria para enfermedad coronaria en el paciente anciano

El control de factores de riesgo es la parte de la intervención médica que garantizará el éxito del tratamiento y la prevención de recaídas. Diversos estudios han intentado cuantificar el impacto en la calidad de vida del paciente de estas intervenciones como:

- 1- El cese del tabaquismo disminuye la mortalidad de 25-50% en pacientes que han sufrido un IAM especialmente durante el primer año. En el paciente anciano la disminución puede llegar a ser hasta del 70%. Las estrategias con agentes farmacológicos o suplencia de nicotina (parches, gomas de mascar etc.), son estrategias seguras incluso en el anciano, y hacen parte del manejo, incluso en la población de bajo riesgo.
- 2- El adecuado control de la Hipertensión Arterial en ancianos ha demostrado su aporte significativo en la reducción de riesgo de enfermedad coronaria, ECV y enfermedad vascular periférica; sin embargo, los valores de control en el anciano deben ser un poco más altos para evitar síndrome de bajo gasto e hipoperfusión tisular.

De acuerdo al 7 Comité Conjunto, los cambios en los estilos de vida son un brazo importante de la estrategia, que junto con la elección del medicamento antihipertensivo de acuerdo a las comorbilidades, meta de TA y condiciones especiales de cada paciente, se asocia a una reducción de la morbimortalidad por ECV, enfermedad coronaria, falla cardíaca y falla renal en estos pacientes.

- 3- La dislipoproteinemia está ampliamente demostrada como un factor de riesgo independiente cardiovascular, incluso para la población anciana, por lo cual,

ante el diagnóstico de anormalidad en el perfil lipídico, especialmente en pacientes con patología cardiovascular, este debe ser corregido hasta un nivel de LDL <100 mg/dl y HDL >40 mg/dl, aunque no hay datos sobre cifras precisas en pacientes nonagenarios, siendo importante resaltar que la reducción inadecuada de los niveles de colesterol puede aumentar la mortalidad en esta población. Respecto al nivel de triglicéridos (TG) en el anciano la AHA/ACC no indica un nivel establecido pero recomienda el uso de tratamiento farmacológico cuando los niveles se encuentran por encima de 200 mg/dl.

**4-** La obesidad y sus enfermedades relacionadas son factores de riesgo para eventos cardíacos y enfermedad coronaria según el estudio Framingham, en caso de obesidad abdominal y síndrome metabólico (Hipertensión, obesidad abdominal y resistencia periférica a la insulina). Por esta razón, la intervención nutricional es prioritaria y requerida con un aporte dietario hipocalórico, y aumento en la actividad física, teniendo en cuenta que según los estudios, una reducción de 11 Kg en pacientes coronarios de 60 años, reduce en un 10% el Colesterol total y las LDL, en un 24% los TG, y aumenta en un 8% las HDL. A pesar de lo anterior hay pocos datos disponibles acerca del impacto de estas medidas en pacientes ancianos y prácticamente inexistentes cuando nos referimos a individuos que superan los 90 años.

**5-** La actividad física, permite recobrar la funcionalidad, el autocuidado y la autonomía del paciente coronario, y la modificación de los factores de riesgo relacionados con el sedentarismo y los hábitos de vida no saludables. Sin embargo, cada programa de ejercicio debe ser adaptado a las necesidades, facilidades y requerimientos propios del paciente y debe ser orientado por lo menos en primera instancia por un equipo multidisciplinario que incluya a su médico tratante y un rehabilitador.

**6-** Intervenciones psicosociales: El cambio de hábitos y el refuerzo de los recursos psicosociales y familiares permiten una mejor adherencia a las estrategias de prevención secundaria y de rehabilitación.

## Conclusión

El paciente anterior nos alerta sobre la importancia de individualizar el tratamiento para cada patología según

las características propias. Pese a los pocos estudios que existen sobre la revascularización coronaria en pacientes mayores de 90 años, este caso nos demuestra que la edad no es criterio para la elección de un tratamiento específico (ACTP o trombolisis), cuyas decisiones han de ser tomadas teniendo en cuenta criterios objetivos y parámetros individuales en donde la funcionalidad, características clínicas, comorbilidad, soporte social y familiar, además de las condiciones pronósticas globales, serían una buena aproximación. Es posible que la terapia en esta paciente en particular no haya disminuido su mortalidad pero sin duda tendrá un gran impacto sobre la calidad de vida y disminución de hospitalizaciones, que deben ser el principal objetivo de tratamiento en esta población.

## Bibliografía

1. Graham M, Ghali W, Faris P et al. Survival after coronary revascularization in the elderly. *Circulation* 2002; 105:2378-84.
2. Minay K, Horie H, Tacahashi M et al. Long term outcome of primary percutaneous transluminal coronary angioplasty for low risk acute myocardial infarction in patients older than 80 years: a single center, open, randomized trial. *Am Heart J* 2002; 143:497-505.
3. Williams M, Fleg J, Ades P et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients > 75 years of age). An American heart association scientific statement from the council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, cardiac rehabilitation and prevention. *Circulation* 2002; 105: 1735-43.
4. Ayanian J, Landrum M, Guadagnoli E, Gaccione P. Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 347:1678-86.
5. Berger AK, Radford MJ, Wang Y, Krumholz HM. Thrombolytic therapy in older patient. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36: 366-74.
6. Thiemann DR, Coresh J, Schulman SP et al. Lack of benefit of intravenous thrombolysis in patients with myocardial infarction who are older than 75 years. *Circulation* 2000; 101: 2239-46.

## **Página de publicidad**



# LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA OBRA PICTÓRICA DE GOYA

**Francisco González López**

Geriatra Clínico. Profesor de Medicina Interna e Historia de la Medicina  
Facultad de Ciencias para la Salud  
Universidad de Caldas, Manizales

---



Francisco de Goya y Lucientes pintó durante sesenta años de sus ochenta y dos de vida el alma de los madrileños: las mujeres de palidez veinteañera, los galantes jóvenes a caballo, los intelectuales, los muchachos ociosos, los mendigos, los contertulios de la fonda de san Sebastián, los frailes, los matadores de moda, los ancianos en procesión al santo patrono de la ciudad. Según Juan Carrete y Javier Blas, conocedores expertos de su obra, «Goya toma tipos, el ambiente en general, identificables no en concreto, sólo en abstracción, como universo totalizador, sin romper el carácter narrativo. De esta manera desfilan por sus estampas, fuera del espacio y del tiempo concretos, los personajes de la comedia humana.» Con su estilo cambió el arte español inmerso hasta esas fechas en las pinturas del neoclásico Antón Raphael Mengs y de Giambattista Tiepolo exponente del rococó italiano del siglo VXIII, los más importantes artistas del momento llamados a Madrid por el rey Carlos III. Su obra marca una época de cambios trascendentales en las estructuras políti-

cas y sociales con efectos sobre el pensamiento, la cultura y el arte. Su originalidad modifica la estética, la percepción de la imagen y la técnica del grabado.

La galería de personajes de Goya abarca tanto los reales como los imaginarios, con lo que logra un nivel universal. El tema de la locura, como a El Bosco, a Grunewald, Bruegel, Hogarth y a William Blake, inspiró en varias ocasiones al pintor aragonés. Los grabados de la serie satírica *los caprichos*, *los desastres de la guerra* y *los proverbios* y obviamente las *Pinturas Negras*, motivaron a los observadores a considerar algún desorden mental del artista plasmado en sus cuadros. La profusa correspondencia que mantuvo con los amigos constituye una fuente valiosa para seguir la evolución de su enfermedad y aporta datos que han permitido elaborar diagnósticos médicos retrospectivos aun sobre la causa final de muerte. Se puede constatar por su propia referencia, que la afección que padeció a los 46 años, lo postró por varios meses y afectó temporalmente su visión, le produjo tinnitus, episodios de vértigo agudo, una sordera progresiva y definitiva hasta su deceso, desorientación, debilidad, dolor abdominal y compromiso de su estado general. Durante dos años más habría de soportar brotes similares con desmayos ante su caballete como él mismo anotaría en sus cartas.

En marzo de 1793 sus amigos Sebastián Martínez y Martín de Zapater resaltan que su salud va mejor pero continúa sordo. “Nuestro Goya sigue con lentitud pero algo mejorado. Tengo confianza en la estación y que los baños de Trillo que tomará a su tiempo lo restablezcan. El ruido en la cabeza y la sordera nada han cedido, pero está mucho mejor de la vista y no tiene la turbación que tenía que le hacía perder el equilibrio. Ya

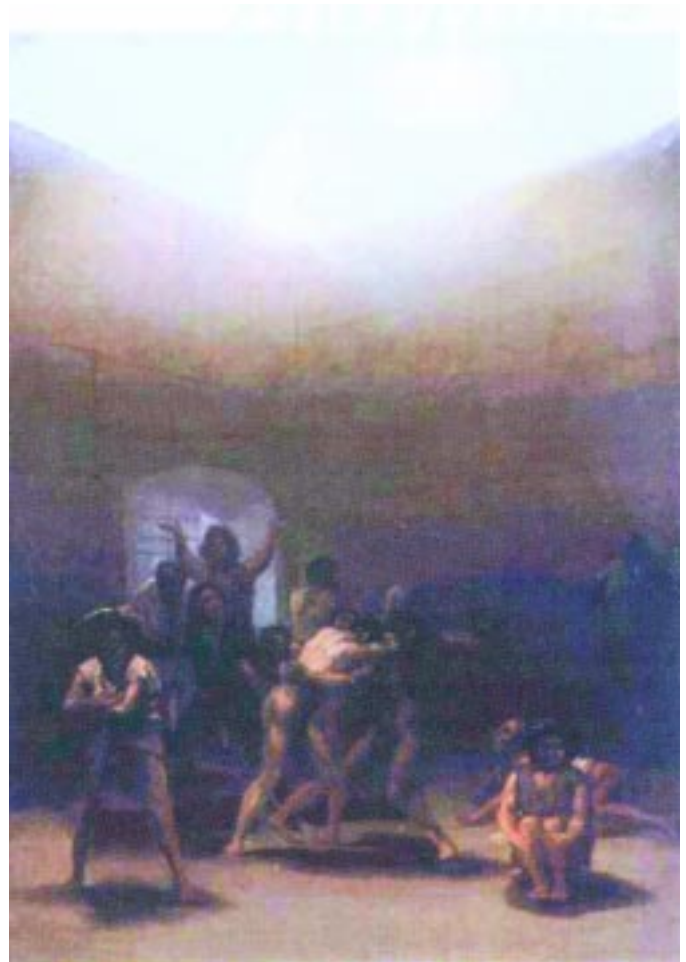
sube y baja las escaleras muy bien y por fin hace las cosas que no podía". La producción artística del pintor desciende en este período pero no desaparece, probablemente incubó el espíritu de las futuras Pinturas Negras.

1792 define una transformación en la producción de Goya. ¿Cómo se explican los dramáticos cambios experimentados a partir de esa fecha? ¿Su enfermedad de consecuencias devastadoras? ¿Quizá la cambiante situación política de su país tras la decadencia del gobierno por el ascenso al trono de Carlos IV en 1788 y la creciente amenaza de la Francia revolucionaria que culminó con la invasión a España en 1808? ¿Cómo es posible que fuera la misma mano la creadora de *la pradera de san Isidro* una pintura de luz, color y de belleza, que exhibe a una muchedumbre en la más apacible de las escenas, y en contraste, el conjunto de las catorce *Pinturas Negras*, una fiesta de las sombras de trazos gruesos. Una evocación de los sueños, sin color y sin detalles.

A pesar de su precaria salud en esa época entabló amistad con lo más selecto de la sociedad y de las artes madrileñas, y concibió la serie conocida como los *Caprichos*, la mejor descripción de las costumbres y pensamientos del Madrid de finales del siglo XVIII con un gran contenido satírico contra el clero y la aristocracia, contra las supersticiones y «otros hábitos irracionales del pueblo y, en general contra los vicios humanos. Son ochenta imágenes para el ejercicio de la crítica».

Goya dibuja el rostro de la locura en 1793, en "*El corral de los locos*" del Museo de la Universidad Metodista de Dallas, cuya única realidad posible son los cuerpos desnudos de los enfermos bajo una luz imprecisa que desconcierta. No hay identidades precisas, la atmósfera está impregnada de la sinrazón. Una sensación idéntica se produce frente al "*Perro*" una de las *Pinturas Negras* del museo del Prado. El retrato de la incertidumbre. Sólo es identificable la cabeza del animal en un fondo de ocre inexpressivos, en cuya superficie parece hundirse... ¿Un cuadro inacabado?

El pintor es recurrente en el tema de la psicosis unos años después, en "*la casa de locos*" de 1796 exhibido en la Academia Real de Bellas Artes de San Fernando en Madrid. Las luces tenues otorgan un ambiente más familiar, ninguno de los sujetos retratados parece fijarse en los demás. Están también desnudos pero les



acompañan sus delirios; el del sombrero de plumas, el que parece buscar su sombra, el que canta acompañado por una pequeña vara y, en clara muestra de la afición de Goya por lo taurino que no sólo comprendió al toro, a los diestros y al festejo, sino que también abarcó al «loco», pintó al taurófilo obsesionado, demente, casi desnudo, de espaldas al espectador que sentado en el suelo empuña dos astas de toro y trata de aplicarlas sobre su frente en actitud frenética, seguramente con su recuerdo olvidado en la plaza. Retrato genial del «loco por los toros». A decir de Juan Carrete y Javier Blas «los personajes goyescos son fuerza con vida a la vez que figuras de presencia relevante».

Al no disponerse de un diagnóstico contemporáneo del mal estado de salud de Goya, se han esbozado una serie de hipótesis sobre sus más probables causas y necesariamente sus antecedentes deben ser revisados a la luz de su trabajo artístico. Figuran entre otros, una puñalada en la espalda al alba en una calle de Madrid cerca de la puerta del Sol en 1763, otra en



Roma en sus épocas de observador del arte clásico. Un profundo estado depresivo producto de la muerte a sus primeros años de todos los hijos del artista, excepto uno, su heredero universal Xavier Goya y Bayeu. Una enfermedad profesional por intoxicación a los 46 años como consecuencia del contacto permanente con el blanco de plomo sin precaución alguna. Y desde hace pocos años, varios grupos de médicos han coincidido en sus hipótesis sobre una extraña alteración neurológica de origen autoinmune que afecta la audición y la visión conocida como el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada o síndrome uveomeningoencefálico.

Otra suposición acerca de la causa de la enfermedad terminal y posterior muerte del pintor se basa en la secuencia cronológica de sus autorretratos. Uno de ellos, en óleo sobre lienzo abatido en brazos de su médico, fechado en 1820 que lleva la inscripción Goya agradecido a su amigo Eugenio García Arrieta por el acierto y esmero con que le salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad, padecida a fines del año de 1819, a los setenta y tres años de su edad, propiedad del Instituto de Arte de Minneapolis. Sordo y casi ciego con un evidente aumento del volumen de su cabeza que inclinada hacia la izquierda, permite establecer a los seguidores de la teoría, que su afección final fue una enfermedad de Paget de los huesos.

La enfermedad descrita por Sir James Paget en 1876, quien atribuyó las alteraciones esqueléticas a un proceso inflamatorio, suele comenzar en la quinta década de la vida y muestra una predilección por los hombres. La mayor parte de los afectados son asintomáticos, pero al iniciar sus manifestaciones el síntoma más frecuente es el dolor localizado en el sitio de las microfracturas

y sobrecrecimiento óseo con compresión de los nervios craneales y raquídeos. El crecimiento óseo del cráneo puede producir una facies leonina y un peso exagerado que puede impedir al enfermo mantener la cabeza erguida.

A partir de 1824 Goya se traslada a la ciudad francesa de Burdeos donde su estado de salud se debilita y en el mes de febrero de 1828 presenta un ataque que lo deja inconsciente y parcialmente paralizado en el suelo de su estudio. Muere sosegadamente en las primeras horas del 16 de abril, quince días después de los ochenta y dos años de su nacimiento.

Desde siempre se consideró que la prueba más evidente del período creativo tras su grave enfermedad, lo constituyó la serie llamada *Pinturas Negras*, producto de una imaginación fecunda, un enorme poder de evocación de los terrores de las tinieblas, «una proyección de la esquizofrenia aún en conflicto consigo mismo» escribiría Wyndham Lewis. En 1819 el pintor adquiere una finca en la ribera del río Manzanares en las cercanías del Puente de Segovia en Madrid, más conocida como la Quinta del Sordo, en dos de cuyas salas, entre los años de 1819 y 1823, realizaría un conjunto de motivos cargados de expresividad, «una re-



flexión de la condición del ser humano y de su mundo». Durante años, a partir de la denominación de *Pinturas Negras*, se han esbozado explicaciones posibles sobre las causas que las motivaron: una crítica a la



Inquisición restablecida por Fernando VII, referencias a la violencia y a las costumbres reinantes en la España del naciente siglo XIX, o una manifestación de su estado de ánimo influido por su enfermedad. «Una mirada trágica del mundo» que le correspondió vivir. Alucinaciones, fantasías, imágenes terroríficas, obsesiones oscuras del inconsciente. ¡Hasta aquí, todo sin novedad.!

En mayo de 2001 se publicó una sustentada polémica sobre la autenticidad de la *Lechera de Burdeos* (Descubrir el Arte) con argumentos a favor y en contra que aún no han sido comprobados. Algunos testimonios y análisis con técnicas radiográficas apuntan en dirección a Rosario Weiss hija de Leocadia Zorrilla, la compañera y protectora del pintor durante sus últimos años, y que por su relación existen indicios de la presunta paternidad de Goya de la que sería su alumna predilecta, con una influencia obvia en su técnica y en su percepción. ¡Empieza la inquietud! Dos años después, en la misma revista, Junquera y Mato (Descubrir el Arte. Mayo, 2003) presentan en exclusiva un estudio que cuestiona la autoría de las Pinturas Negras. Entre otras razones, anotan: «En la vida del pintor no hay referencia alguna de las Pinturas, y ninguno de sus amigos habla de ellas», ni se anotan en la correspondencia con Zapater. La confusión desde 1838 de frescos y óleos ha conducido a múltiples imprecisiones cuando se investigan sus orígenes. Sólo cuarenta años después de la muerte de Goya, Cruzada Villamil les dedica el primer artículo. Pedro de Madrazo uno de los más profundos conocedores de la obra de Goya, las ignora en su artículo de 1880. La Quinta del Sordo sólo tenía una planta en vida del pintor y parte de las Pinturas son de un piso superior levantado posteriormente. La potenciación de las Pinturas Negras como obras de Goya coincide con la muerte de su hijo Javier, y al parecer es aquí donde se manifiesta en todo su esplendor la codicia de su nieto Mariano.

Si esto llegare a probarse, todas las apreciaciones psicológicas tanto de la serie como del artista perderían una sólida fundamentación, pero ya sin la casa para verificar nada y de nuevo con Junquera y Mato: «detrás de los silencios, las contradicciones, la vida oscura de Javier, las trampas de Mariano y unas pinturas que, sea quien fuere su autor, abrieron caminos por los que transitaría la pintura del siglo XX». La genialidad de Goya supera cualquier análisis radiográfico y psicoanalítico.

## Espacio de publicidad

## EFEMÉRIDES

Su riqueza multifacética lo indujo a adentrarse en temas como la música y la pintura. En el colegio Sor Juana De la Cruz dirigido por su fundadora Luz Angela de Marroquín propició el espacio para deleitarse en la docencia. Dictaba clases de biología humana, historia del arte. En sus ratos libres plasmaba en lienzos su imaginación.



En su incontrolable actividad organizó seminarios y cursos sobre Gerontología. Como miembro fundador de la Sociedad Colombiana de Sexología, presenta una ponencia en el III Congreso Latinoamericano de Caracas, sobre la sexualidad y algunas sexopatías en la tercera y cuarta edad.

En el Congreso Español en Santiago de Compostela es incluido como socio fundador de la Liga de Geriatras y Gerontólogos de lengua latina. Dejó allí su inquietud por incrementar el estudio de la Gerontología a diversos niveles. Pide que los respectivos Gobiernos asuman una acción eficaz en la solución de los problemas sociales y de asistencia del adulto mayor. Le preocupaba que por el aumento de la esperanza de la vida y el control de la natalidad, iba en desproporcionado aumento la población mayor y los países no tenían políticas definidas para solucionar esta difícil situación. Se convoca una próxima reunión de la Liga en Portugal

para 1.984. Otra cita de tantas que la muerte no le dejó cumplir.

Para formalizar y dar viabilidad a los problemas de la Gerontología social en lo concerniente a la preparación del retiro laboral para los pre y jubilados, organizó seminarios como ayuda a estamentos públicos y privados.

Es impresionante su infatigable e intensa actividad que realiza en el curso de los tres últimos años previos a su muerte. Hace una serie de programas por la televisora nacional sobre Gerontología Evolutiva, recibe el diploma de profesor extraordinario después de participar como conferencista en el I curso de Gerontología y Geriatría en la ciudad de México. En ese recinto que él consideró como un foro ejemplar lo motivó y desde entonces le surgió la idea de realizar en 1983 el I Congreso Colombiano de Gerontología y Geriatría.

Dirige cursos de educación continuada para profesionales en cuatro niveles: básico, medio, superior y avanzado en Bogotá. Por dos años consecutivos asiste como conferencista en varios países: Perú, Brasil, Argentina donde se ventilan y estudian en reuniones preliminares a la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Viena.





Celebra con entusiasmo en otra página editorial el encuentro latinoamericano sobre la familia y la tercera

edad, que él presidió, con la participación de una nómina de prestigiosos Geriatras, representantes del Clero y personas versadas en Gerontología Social patrocinado por Naciones Unidas y Celam, que se realizó en Villa de Leiva - Boyacá, donde también se dan recomendaciones a los representantes de América al encuentro de Gerontología de Viena al cual me referí anteriormente. Representó a Colombia en compañía del entonces Ministro de Salud Doctor Jorge García. Este certamen contó con la presencia de 121 países y Organizaciones Internacionales no Gubernamentales. En la sección de clausura se aprobó por aclamación "el plan quinquenal internacional de Viena para la Vejez". El éxito del plan de acción, escribía el Doctor Marroquín, dependerá de cada gobierno en la medida de la actividad para crear condiciones y posibilidades para la participación ciudadana y en especial de las personas de edad.