

Marzo 2016

cuadernos de geriatría



SOCIEDAD ARAGONESA DE
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Cuadernos de Geriatría es un órgano de difusión de la SAGG
www.saggaragon.com

Comité Editorial

Lucía Morlans Gracia
Miguel Ángel Allué Gracia
Ignacio Olivar Noguera
Esperanza Ramón Alonso
M^aJosé Vicente Edo

Secretaría técnica

Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza
Paseo Ruiseñores, 2
50006 Zaragoza
E-MAIL: secretaria@saggaragon.com

JUNTA DIRECTIVA SAGG

PRESIDENTA Mercedes Clerencia Sierra
VICEPRESIDENTA Elena Ubis Díez
TESORERA Rosa Sanjuán Cuartero
SECRETARIA María Soledad Ballabriga Escuer
VOCAL BIOLÓGICO Jesús Marta Moreno
VOCAL SOCIAL Alodia Abad Ruiz
VOCAL CLÍNICA Asunción Campos Sanz

Maquetación: sauco.es



presentación

Mercedes Clerencia Sierra.
Presidenta de la SAGG.

cartas a la editorial

artículos

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

De Val Lafaja A, Garcés Redondo M, Escalante Arroyo S, Zaragoza

Brunet J, Martín Ozaeta G, Gavilán Iglesias T.

(Premio Joaquín Midón a la mejor comunicación científica en las XXII Jornadas SAGG 2015)

Cómo escribir un resumen (abstract) para enviar a congresos y/o jornadas.

Comité Científico de la SAGG

caso clínico

Degeneración cortico basal

Raquel Rodríguez Herrero

(Servicio de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.)

entrevistas

Cuidar al cuidador

Entrevista a una cuidadora, L, mujer, soltera, 46 años sin hijos, doctora en sociología, trabaja en una empresa pública, vive en Zaragoza.

Cuidar al cuidador

Entrevista a Elena trabajadora social y profesional en los grupos socioterapéuticos para cuidadores

reseñas

"La representación de la vejez en el arte."

Natalia Juan García.

en clave de humor

4

5

6

15

19

22

26

30

32

índice

Geriatría, especialidad para la mejor atención de las personas mayores.

Mercedes Clerencia Sierra

Presidenta de la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología

Durante años la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología se ha adaptado a la transición demográfica y epidemiológica, que se ha producido en las últimas décadas en Aragón. Se ha anticipado al envejecimiento acelerado de la población en esta comunidad autónoma, a pesar de los escasos recursos profesionales con los que ha contado, siempre tan alejados de los considerados como estándares de calidad. Esta sociedad científica se ha enfrentado a este reto, defendiendo en diferentes ámbitos la revisión y redefinición de nuestro sistema sanitario.

El sistema sanitario actual tiene limitaciones para una atención adecuada a las personas mayores. La falta de especialización de los profesionales que les atienden, conlleva como consecuencia un elevado impacto económico. Hay que añadir, que la mayoría de las intervenciones utilizadas para valorar la eficacia de la atención no se basan en mejoras realmente importantes en esta población: resultados funcionales, morbilidad, mortalidad, calidad de vida, calidad de la atención y satisfacción del paciente. Todo esto hace que este fenómeno sea un importante problema de salud pública.

Europa plantea como principales retos comunes a todos los países europeos, los que son los fundamentos de la Geriatría desde su creación como especialidad: el envejecimiento activo y saludable, el enfoque holístico, el trabajo en equipo multidisciplinar, la colaboración entre profesionales de la salud, la optimización farmacológica, el cambio de factores y conductas de riesgo específicos para reducir el riesgo de demencia, discapacidad y

fragilidad, las intervenciones para mejorar la adherencia a los planes de tratamiento y para capacitar a los pacientes y cuidadores, la disminución de las hospitalizaciones y reingresos inadecuados y los programas de capacitación para profesionales de la salud.

Estas circunstancias nos hacen vivir un momento en el que los geriatras y gerontólogos, profesionales especialistas en la atención a las personas mayores, seamos demandados en diferentes ámbitos tanto asistenciales como de investigación, para aportar nuestros conocimientos y experiencia.

Desde aquí quiero transmitir el optimismo que nos ofrece la situación actual, y alentar a sumar nuestras energías a las de otros profesionales que como nosotros trabajan por la mejora de calidad de vida del paciente geriátrico.

En nombre de la junta directiva actual agradezco a las anteriores juntas, el esfuerzo realizado para llegar a esta situación. Y por supuesto, animo a las siguientes juntas a seguir trabajando para que la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología sea el referente para los gestores y políticos a la hora de tomar decisiones respecto a la atención a las personas mayores en Aragón.

Cartas a la editorial

En “Cuadernos de Geriatría” consideramos muy importante la opinión de los lectores sobre temas relevantes de actualidad tanto social, sanitario, científico...

Este apartado pretende ser un espacio donde se reflejen estas opiniones, críticas o comentarios, en forma de carta. Pueden ser particulares, privadas o gubernamentales y dirigidas al público en general.

Su formato debe ser sencillo y con una extensión máxima de 300 palabras. En caso contrario, la redacción se reserva el derecho de extractarlas. El Comité Editorial de los “Cuadernos de Geriatría” se reserva el derecho de resumir o extraer el contenido de las cartas y de publicar aquellas que considere oportuno.

Es imprescindible que las cartas vayan firmadas. Se puede representar a una persona, grupo o institución pero deberá constar el nombre, dos apellidos, dirección, teléfono y el DNI de la persona o del representante del grupo o institución. No se publicarán escritos firmados con seudónimos.

Las aportaciones deberán ser enviadas a comitecientifico@saggaragon.com



Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Premio Joaquín Midón a la mejor comunicación científica en las XXII Jornadas SAGG 2015
De Val Lafaja A^a, Garcés Redondo M^b, Escalante Arroyo S^b, Zaragoza Brunet J^b, Martín Ozaeta G^b, Gavilán Iglesias T^b.

^aFEA Geriatría. Servicio de Geriatría, Pius Hospital de Valls

^bFEA Neurología. Servicio de Neurología, Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa

*Autor para correspondencia: Alodia De Val Lafaja (alodiadeval@gmail.com)

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Resumen

Introducción: El tratamiento endovenoso fibrinolítico por ficha técnica no contempla su uso en pacientes mayores de 80 años con ictus isquémico. Posteriores revisiones han mostrado tasas similares de recuperación funcional y complicaciones en el grupo de mayores y menores de 80 años. A través de este estudio evaluamos la efectividad y seguridad del tratamiento en los pacientes de mayor edad.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo-analítico de los pacientes sometidos a fibrinólisis endovenosa de marzo de 2006 a diciembre de 2014. Variables: sexo, edad, Rankin basal y a los 3 meses, NIHSS inicial y al alta, hemorragia intracerebral, mortalidad a los 3 meses. Manejo de los datos a través de paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultado: 182 pacientes, edad media: 68,7 años, 54,9% hombres, 79,1% menores de 80 años, Rankin basal (0=71,6%, 1=14,9%, 2=13,5%), no diferencias significativas entre grupo de mayores y menores de 80 años en cuanto a NIHSS inicial, Rankin (menor o igual a dos) a los 3 meses (55.1% en menores de 80 años vs 45.5% en los mayores de 80 años), complicaciones hemorrágicas, ni mortalidad a los 3 meses. Diferencias significativas (p menor de 0,05) en NIHSS al alta en mayores de 80 años (7,9) y menores de 80 años (4,2).

Conclusiones: Los pacientes mayores de 80 años se pueden beneficiar de tratamiento fibrinolítico post-ictus con complicaciones similares al grupo de menores de 80 años (incluida mortalidad). La escala NIHSS al alta es más elevada en mayores de 80 años por su peor situación basal previa al ingreso. La edad no debe suponer un impedimento para que los pacientes reciban un tratamiento fibrinolítico a tiempo estén donde estén.

Palabras clave: Ictus agudo. Fibrinólisis. Mayores de 80 años.

Summary

Introduction: intravenous fibrinolytic treatment sheet does not include use in patients over 80 years with ischemic stroke. Subsequent revisions have shown similar rates of complications and functional recovery in the group of older and younger than 80 years. Through this study, we evaluated the effectiveness and safety of treatment in older patients.

Methodology: descriptive - analytic retrospective study of patients undergoing endovenous fibrinolysis March 2006 to December 2014. Variables: sex, age, baseline Rankin and 3 months, initial NIHSS and at discharge, intracerebral hemorrhage, mortality at 3 months. Data management through SPSS 17.0.

Result: 182 patients, mean age 68.7 years, 54.9 % male, 79.1 % under 80 years, basal Rankin (0 = 71.6 %, 1 = 14.9 %, 2 = 13.5 %), no significant group differences between older and younger than 80 years regarding initial NIHSS, Rankin less than or equal to two at 3 months (55.1 % in less than 80 years vs 45.5 % in those over 80 years), bleeding complications and mortality at 3 months. Significant differences (p less than 0.05) in NIHSS discharge in over 80 years (7.9) and under 80 years (4.2).

Conclusions: Patients over 80 years post-stroke benefit from fibrinolytic therapy with similar complications to group under 80 years (including mortality). NIHSS scale at discharge is higher in over 80 years because of a worst functional status prior to admission. Age should not be a barrier to patients receiving fibrinolytic therapy on time wherever they are.

Key words: Acute stroke. Fibrinolysis. Over 80 years.

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.
Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Introducción

El ictus es una causa común de muerte y discapacidad cuya incidencia aumenta con la edad. Los registros poblacionales muestran que un tercio del total ocurre en personas de más de 80 años. En la actualidad, una de las terapias en la fase aguda que ha mostrado evidencia científica es la fibrinólisis y con activador tisular del plasminógeno recombinante (rtpa) endovenoso¹.

Pese a lo expuesto, la mayor parte de los estudios pivotaes aleatorizados y dobleciego con rtpa excluyen a los pacientes mayores de 80 años en base a unas normas europeas de investigación en ictus. Motivo por el cual, la European Medicines Evaluation Agency (EMA) no aprobó en ficha técnica la indicación de pacientes de edad superior a 80 años².

A partir de 2012 se obtienen resultados parciales de estudios que incluyen pacientes a los que se administró el tratamiento fibrinolítico bajo indicación del médico y sin cumplir los criterios estrictos de los estudios previos^{1,3,4}, aumentando el porcentaje de pacientes incluidos con edad superior a 79 años. Estos resultados mostraron que el beneficio de la fibrinólisis no era menor en este grupo de edad.

En la actualidad, las diferentes guías clínicas de las sociedades de Neurología admiten el tratamiento "fuera de ficha técnica" en mayores de 80 años previo consentimiento informado, con Rankin menor o igual a 2, siendo una práctica clínica habitual ampliamente extendida.

Metodología

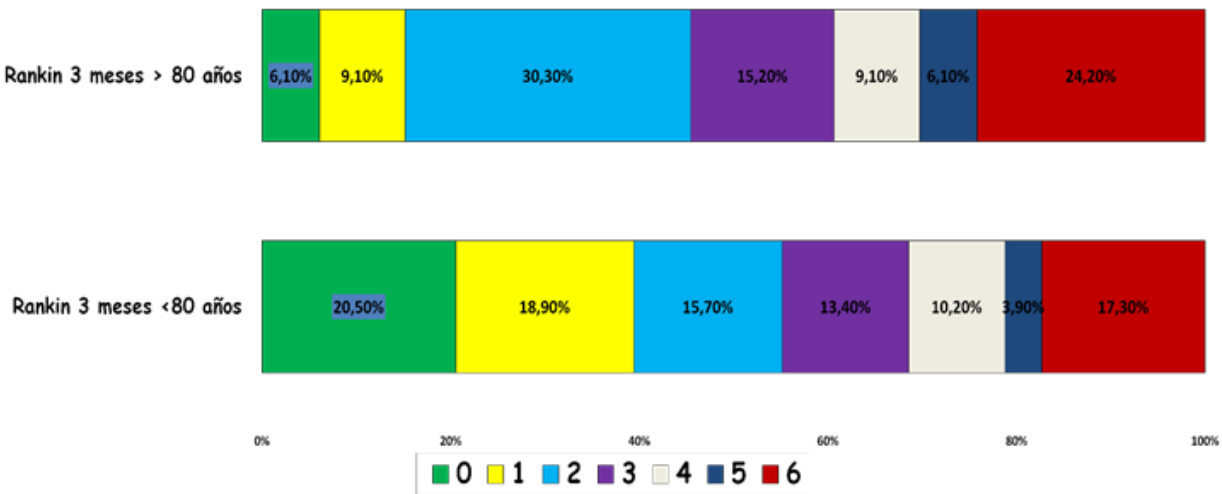
El Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa (provincia de Tarragona), es un centro público que pertenece al Instituto Catalán de la Salud y es el centro de referencia de la Región Sanitaria de las Tierras del Ebro. Su área de influencia comprendía una población en el 2014 de 185.921 habitantes.

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo-analítico en el que se incluyeron los pacientes sometidos a tratamiento fibrinolítico durante el periodo de tiempo de marzo de 2006 a diciembre de 2014, evaluando variables sociodemográficas, Rankin (anexo 1) basal y a los 3 meses, puntuación de escala NIHSS (anexo 2) inicial y al alta, presencia de hemorragia intracerebral como complicación post-fibrinólisis y mortalidad a los 3 meses. Los datos se tratan a través del paquete estadístico SPSS 17.0.

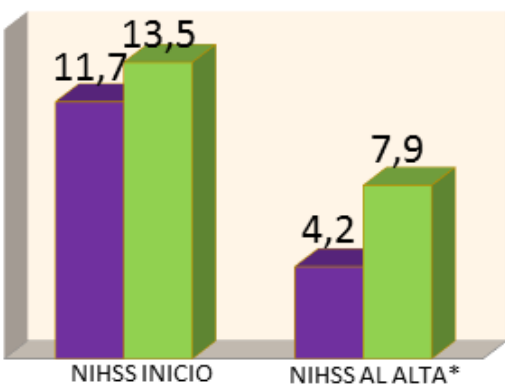
Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.
Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Resultados

Se obtiene una muestra de 182 pacientes tratados en el Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa, el 54,9% de ellos hombres, con una edad media de 68,7 años. El 79,1% son menores de 80 años. El Rankin basal de 0 lo presentó un 71,6%, de uno el 14,9% y de dos el 13,5%.



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mayores y menores de 80 años en cuanto a puntuación de la escala NIHSS inicial (11,7 en menores de 80 años y 13,5 en mayores de 80 años), Rankin menor o igual a dos a los tres meses (55.1% en menores de 80 años vs 45.5% en los mayores de 80 años), complicaciones hemorrágicas (9% en menores de 80 años vs 13,2% en mayores de 80 años) ni mortalidad a los tres meses (16,6% en menores de 80 años frente a 20% en mayores de 80 años).



■ <80 años
 ■ >80 años

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas* ($p < 0,05$) en la puntuación de la escala NIHSS al alta en el grupo de mayores de 80 años (7,9) y menores de 80 años (4,2).

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses. Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Discusión

El ictus presenta una mayor incidencia en personas mayores de 80 años pero su infra-representación en los estudios aleatorizados ha hecho que la European Medicines Evaluation Agency (EMA) no apruebe en ficha técnica la indicación del tratamiento con rtpa en pacientes de edad superior a 80 años.

Otras contraindicaciones para el uso del rtpa en el ictus isquémico agudo son:

- Hora de inicio desconocida sin posibilidad de TC multiparamétrico
- Inicio de los síntomas de más de 4.5 horas
- Presencia de hemorragia en la neuroimagen o sospecha de hemorragia subaracnoidea pesa a normalidad en la neuroimagen
- Ictus clínicamente grave (NIHSS >25) o en la neuroimagen (signos de afectación de más de 1/3 del territorio de arteria cerebral media)
- Ictus menor o progresiva mejoría (NIHSS<4)
- Antecedente de ictus en los 3 meses previos (no AITs)
- Paciente DM con ictus previo (criterio relativo)
- Existencia de sangrado activo
- Antecedentes de hemorragia gastrointestinal o del tracto urinario durante les 3 semanas previas
- Neoplasia con alto riesgo de hemorragia
- Enfermedad hepática grave
- Pancreatitis aguda
- Diátesis hemorrágica
- Trombocitopenia < 100.000 plaquetas/mm³
- Tratamiento previo con heparina y tiempo de cefalina alargado
- Tratamiento previo con anticoagulantes orales e INR > 1.7
- Cirugía mayor o traumatismo importante no craneal las dos semanas anteriores
- Cirugía intracraneal o traumatismo craneal grave los 3 meses previos
- Antecedente de hemorragia cerebral
- Lesión cerebral (neoplasia, malformación vascular...)
- Punción lumbar reciente
- Punción arterial reciente en una localización que no permite compresión externa.
- Parto reciente
- PA superior a 185/105 mm Hg pese a tratamiento intenso.
- Glucemia
 1. Superior a 400 mg/dl
 2. Inferior a 50 mg/dl
- Cardiopatías con riesgo de sangrado (pericarditis, endocarditis)
- Masaje cardíaco externo traumático 10 días antes
- Crisis epilépticas al inicio de los síntomas, por la posibilidad de parálisis de Todd.

En la última revisión de la Cochrane de 2014, realizada por Wardlaw et al⁵, se analizaron 27 estudios con un total de 10.187 participantes, de los cuales tan solo el 16% del total de los pacientes incluidos eran mayores de 80 años.

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

Pese al poco peso relativo de este grupo de edad en estudios randomizados, la práctica clínica y subestudios de los datos recogidos hasta la actualidad llevaron a plantear la hipótesis de que el tratamiento con rtpa era efectivo y seguro en personas de más de 80 años.

En la actualidad, el uso de rtpa en la Unión Europea amplía su ventana terapéutica a las primeras 4,5 horas del ictus gracias a los resultados del European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS-3)¹. Las diferentes guías clínicas de las sociedades de Neurología admiten el tratamiento “fuera de ficha técnica” en mayores de 80 años previo consentimiento informado.

Desde el año 2011, siguiendo las guías de la Sociedad Catalana de Neurología, en las Tierras del Ebro se administra el tratamiento sin el límite de edad de 80. El trabajo pretende analizar los resultados en este territorio y confirmar la hipótesis de beneficio (en términos de recuperación funcional y mortalidad).

Coincide con estudios previos^{6,7} en la detección de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mayores y menores de 80 años en la mayor puntuación en la escala NIHSS, explicable por la comorbilidad y peor situación funcional del grupo de mayores de 80 años.

El menor número de pacientes mayores de 80 años detectados en el estudio se explica también por el hecho de haberse incorporado a partir de 2011, ya que previamente la edad suponía un impedimento y se restringía el uso del tratamiento a edades entre 18 y 80 años.

Conclusiones

Se requieren más estudios clínicos que incluyan a pacientes de más de 80 años y que permitan seguir poniendo de manifiesto el evidente beneficio del tratamiento fibrinolítico y la necesidad de su inclusión en la ficha técnica del rtpa.

Ampliando miras, urge la inclusión de estos pacientes en trabajos de investigación no sólo relacionados con la Neurología, sino también con otras especialidades como la Cardiología, la Endocrinología, la Reumatología, la Traumatología... ya que suponen el grueso de pacientes de cada una de ellas.

Bibliografía

1. Arauz A, Berge E, Sandercock P. Third International Stroke Trial 3: an update. *Curr Opin Neurol. England*; 2014 Feb;27(1):8–12.
2. Mishra NK, Ahmed N, Andersen G, Egidio JA, Lindsberg PJ, Ringleb PA, et al. Thrombolysis in very elderly people: controlled comparison of SITS International Stroke Thrombolysis Registry and Virtual International Stroke Trials Archive. *BMJ. England*; 2010;341:c6046.
3. Costello CA, Campbell BC V, Perez de la Ossa N, Zheng TH, Sherwin JC, Weir L, et al. Age over 80 years is not associated with increased hemorrhagic transformation after stroke thrombolysis. *J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas. Scotland*; 2012 Mar;19(3):360–3.

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

4. Sandercock P, Wardlaw JM, Lindley RI, Dennis M, Cohen G, Murray G, et al. The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England). England; 2012 Jun;379(9834):2352–63.
5. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Cochrane database Syst Rev*. England; 2014;7:CD000213.
6. Ford GA, Ahmed N, Azevedo E, Grond M, Larrue V, Lindsberg PJ, et al. Intravenous alteplase for stroke in those older than 80 years old. *Stroke*. United States; 2010 Nov;41(11):2568–74.
7. Alshekhlee A, Mohammadi A, Mehta S, Edgell RC, Vora N, Feen E, et al. Is thrombolysis safe in the elderly?: analysis of a national database. *Stroke*. United States; 2010 Oct;41(10):2259–64.
8. Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*. UNITED STATES; 1988 May;19(5):604–7.
9. Montaner J, Alvarez-Sabin J. [NIH stroke scale and its adaptation to Spanish]. *Neurologia*. Spain; 2006 May;21(4):192–202.

ANEXO 1

Escala Rankin⁸

0	Sin síntomas	
1	Síntomas sin incapacidad	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	Discapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	Discapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma.
4	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua.
5	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante.
6	Muerte	

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.

Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

ANEXO 2

Escala NIHSS: National institute of Health Stroke Scale

Nivel de consciencia	Alerta	0	Pierna izda	No claudica	0
	Somnoliento	1		Claudica	1
	Estupor	2		Esfuerzo contra gravedad	2
	Coma	3		No contra gravedad	3
				No movimiento	4
Preguntas LOC	Ambas correctas	0	Pierna dcha	No claudica	0
	Una correcta	1		Claudica	1
	Incorrecto	2		Esfuerzo contra gravedad	2
				No contra gravedad	3
				No movimiento	4
Órdenes LOC	Ambas correctas	0	Ataxia	No	0
	Una correcta	1		En una extremidad	1
	Incorrecto	2		En 2 extremidades	2
Mirada	Normal	0	Sensibilidad	Normal	0
	Parálisis parcial	1		Leve o moderada	1
	Desviación oculocefálica	2		Anestesia	2
Campos visuales	Campos visuales Normal	0	Lenguaje	Normal	0
	Hemianopsia parcial	1		Afasia ligera o moderada	1
	Hemianopsia homónima	2		Afasia severa	2
	Ceguer	3		Mutismo	3
Parálisis facial	Normal	0	Disartria	Normal	0
	Ligera	1		Leve-moderada	1
	Parcial	2		Severa-anartria	2
	Total	3			
Brazo izdo	No claudica	0	Extinción	No extinción	0
	Claudica	1		Una modalidad	1
	Esfuerzo contra gravedad	2		Más de una modalidad	2
	No contra gravedad	3			
	No movimiento	4			
Brazo dcho	No claudica	0			
	Claudica	1			
	Esfuerzo contra gravedad	2			
	No contra gravedad	3			
	No movimiento	4			

Efectividad de la fibrinólisis en pacientes mayores de 80 años con ictus agudo: resultados a los tres meses.
Effectiveness of fibrinolysis in patients over 80 years with acute stroke: results for three months.

La NIHSS es la escala más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución.

Según la puntuación obtenida podemos clasificar la gravedad neurológica en varios grupos: 0: sin déficit; 1: déficit mínimo; 2-5: leve; 6-15: moderado; 15-20: déficit importante; > 20: grave⁹.



Cómo escribir un resumen (*abstract*) para enviar a congresos y/o jornadas.

Comité Científico de la SAGG

Introducción

El resumen o *abstract* debería ser considerado como una mini-versión de un artículo¹. Por lo tanto, un buen resumen debe permitir al lector identificar, de forma rápida y precisa, el contenido básico del trabajo que se quiere presentar. Debe quedar claro el problema y el objetivo que se investiga, es por ello muy importante que esté bien escrito, o si no será rechazado aunque el trabajo original realizado sea de buena calidad e innovador.

A diferencia de la redacción literaria que tiene muchos y diversos propósitos, la redacción científica, por el contrario, tiene uno solo: informar del resultado de una investigación o trabajo realizado. La meta como autor o autores de una redacción científica no es alegrar, entristecer, enfurecer, divertir, ni impresionar al lector; la única meta es comunicar eficazmente el resultado de la investigación².

La capacidad de comunicar una idea en unas pocas palabras (generalmente menos de 300 palabras) a otros colegas es una destreza que, como muchas otras habilidades en la profesión, se puede aprender y dominar. La limitación de palabras que se piden a la hora de enviar un resumen, obliga a resumir el trabajo y seleccionar sólo sus mejores partes³.

Características generales de un resumen

En primer lugar, un resumen debe adecuarse a las indicaciones de los revisores en cuanto a número máximo de palabras, estructura y formato. Los resúmenes enviados para la evaluación de una comunicación científica suelen tener un formato más abierto que los de las revistas científicas⁴.

El objetivo de un resumen es dar una visión de conjunto del trabajo, y como ya se ha comentado anteriormente, es por ello una de las partes más importantes. Los resúmenes les sirven a los comités científicos de congresos y/o jornadas para valorar si el estudio que presentan es de interés para las jornadas/congresos y cumple los criterios de calidad previamente establecidos de manera que pueda ser aceptado para su posterior defensa en la jornada/congreso.

Una de las características cruciales de un resumen es que sea de fácil lectura, de manera que incluso un lector no especializado pueda comprender la información que se aporta sin obviar la información necesaria⁴. Una buena redacción sin expresiones innecesarias puede ayudar a que el resumen tenga más posibilidades de ser admitido⁵.

Cómo escribir un resumen (*abstract*) para enviar a congresos y/o jornadas.

Por lo tanto, para escribir un buen resumen científico hay que conocer y practicar los tres principios básicos de la redacción científica: **precisión, claridad y brevedad**⁶.

Precisión para comunicar exactamente lo que se quiere decir. El lector no puede levantar la mano para aclarar sus dudas por lo tanto hay que escribir para el lector.. **Claridad** del texto para que se lea y se entienda rápidamente (el resumen es fácil de entender cuando el lenguaje es sencillo y las oraciones están bien construidas siguiendo un orden lógico). De esta manera se puede evitar ambigüedades. **Brevedad** que significa incluir sólo información pertinente al contenido del resumen y comunicar dicha información usando el menor número posible de palabras.

Es preferible utilizar la voz pasiva en vez de la activa ⁷ (p. ej., «se ha elaborado» en vez de «hemos elaborado»), y excepto en frases concluyentes que se utilizará el tiempo presente⁸, el tiempo verbal generalmente utilizado en el resumen es el pasado⁴. Por lo general, debe evitarse todo tipo de acrónimos o abreviaturas. En la tabla 1 se describen consejos básicos más explícitos para la elaboración de un buen resumen.

Tabla 1: Sugerencias para la elaboración de un resumen⁴

Adapte su lenguaje a la experiencia de un lector promedio.
Elija siempre la expresión simple antes que la compleja, evitando la escritura excesivamente barroca y enrevesada.
Escriba para expresar, no para impresionar.
Utilice la voz pasiva (impersonal).
Evite uso de extranjerismos.
No repita excesivamente un mismo vocablo. Emplee sinónimos siempre que pueda.
Escriba preferentemente frases cortas.
Evite las abreviaturas. Si cree que son necesarias, la primera vez que las escriba explique su significado completo.

Adapte su lenguaje a la experiencia de un lector promedio.
Utilice denominaciones genéricas en vez de marcas registradas de fármacos o dispositivos médicos.
Compruebe la ortografía del texto una vez finalizado.

Otros aspectos del resumen

En general, una de las maneras más usuales de estructurar el resumen o *abstract* de trabajos de naturaleza científica es: título, autoría, (en algunos casos se pide un listado de palabras clave), introducción, objetivos, metodología, resultados y discusión/conclusiones.

Es importante, y como se ha mencionado anteriormente, que cuando se decide presentar un trabajo científico a congresos/jornadas, **se consulte cuáles son las normas de presentación de los resúmenes y adaptarlo a ellas.**

El **título** es una “etiqueta” que encabeza el resumen, y debe describir con exactitud y usando el menor número posible de palabras el tema central del resumen^{2,9}. Para dar buena impresión, éste debe ser corto (como máximo unas 12 palabras aproximadamente), conciso, claro y no deben incluir abreviaturas ni acrónimos. Es aconsejable que el título sea escrito después de redactar el núcleo del resumen. El título puede servir para disipar si el estudio tiene alguna relación con el objetivo de las jornadas /congreso.

En la parte de la **autoría**, deben figurar los nombres de todos sus autores y los datos de contacto (normalmente correo electrónico y centro de trabajo) de la persona que figura como primer/a autor/a. Con respecto a quién debe figurar en la lista de autores, lo ideal es que debería ir firmado sólo por aquellas personas que realmente han intervenido en el trabajo y pueden responder de él².

Cómo escribir un resumen (*abstract*) para enviar a congresos y/o jornadas.

Las **palabras clave**, (algunas jornadas se solicita incluirlas dentro del resumen a enviar y en otras no) son una lista de entre cuatro a ocho términos (si su número no está ya especificado en las normas de presentación) descriptivos del contenido principal del resumen. Las palabras claves deben ser seleccionadas a ser posible de la lista del MeSH (Medical Subject Headings). Estas palabras se ponen en orden alfabético después del resumen y son usadas por los servicios bibliográficos para clasificar el trabajo bajo un índice o tema particular. Hay que escoger estos términos cuidadosamente para que, en el caso de clasificar el resumen, se realice correctamente².

La **introducción** (en algunos casos denominado **justificación**) sirve para que se entienda el contexto en el que se ha originado el trabajo y deje claro cuál es el tema básico, para evitar que los lectores puedan perder el interés o quedar confundidos. Es importante que al escribir la introducción, se tenga en mente el contestar *por qué se eligió y se ha hecho este trabajo, y por qué es importante este problema*. La introducción debe contener una descripción clara y precisa del problema que se ha abordado y explique su relevancia. También es el lugar más adecuado para que todos los acrónimos utilizados en el texto que, por primera vez se mencionan, sean seguidos de un paréntesis con su significado. El relato debe comenzar con elementos generales (a menudo cronológicamente) hasta llegar a elementos más concretos⁶.

Los **objetivos** del trabajo son una meta o un logro a alcanzar, algo que se quiere conseguir mediante acciones concretas. Los objetivos deben de ser claros, breves, concretos (evitando ambigüedades), medibles (formulados de manera que su resultado sea tangible) y observables (que se pueda observar que se refieren a cosas reales). Se redactan comenzando con un verbo en infinitivo (eg. *realizar actividades de promoción y de educación para la salud*) y, deben permitir la comprobación del resultado¹⁰.

En cuanto a la sección de **metodología (material y métodos)**, es una parte crucial del resumen, ya que una de las propiedades clave de un buen trabajo científico es que sea reproducible. En la parte de la metodología, el lector debe conocer todos los pasos que se llevaron a cabo para realizar la investigación (métodos y material utilizado para realizar la investigación, población...etc). Un requisito fundamental es que se proporcione información suficiente para que quede claro como se ha hecho el estudio. Se recomienda que un/a colega lea esta sección antes de la publicación del artículo, ya que nos puede ayudar a detectar omisiones debidas al propio hecho de que nosotros conocíamos el método perfectamente cuando realizamos el estudio¹.

La sección de **resultados** debe contener los datos obtenidos de la investigación. Esta sección es el alma mater del resumen porque aquí se informa de los resultados obtenidos en el estudio. Es muy posible que, durante el desarrollo del estudio, se hayan recogido numerosos datos (por ejemplo, de una encuesta) y exista la tentación de incluirlos todos. Se debe intentar agrupar y analizar los datos más importantes del trabajo de manera que sean *representativos* en lugar de repetitivos. Esta sección debe estar bien escrita, porque los resultados son los que avalarán las conclusiones y justificarán la utilidad el trabajo realizado¹.

Finalmente la parte de la **conclusión**. Esta sección del resumen es muy importante porque aquí se debe explicar los resultados obtenidos, las posibles generalizaciones de los resultados observados, y las posibles aplicaciones (o implicaciones teóricas) de nuestros resultados.

Conclusiones

El resumen es una parte importante en un estudio de investigación, ya que en muchos casos será lo único que lean otros profesionales y puedan tener una idea del trabajo realizado. Es fundamental la elaboración de un buen resumen para ser enviado a un evento científico, ya que de ello dependerá su admisión o no para ser presentado en las jornadas. Por lo tanto, es necesario "perder" tiempo y *seguir las normas de envío de comunicaciones* al elaborarlo de manera que, con un número limitado de palabras, el evaluador pueda divisar la importancia y relevancia del trabajo realizado. Es solamente en este caso cuando un trabajo será aceptado para ser presentado ante la comunidad científica en jornadas/congresos.

Referencias

- 1- Forcada ML. ¿Cómo se escriben y se publican trabajos de investigación? Departament de Llenguatges i Sistemes Informàtics. 2001-2002. Universidad de Alicante. <http://www.dlsi.ua.es/~mlf/ceptc/notas.html> (último acceso: 31 julio 2015)
- 2- Mari Mutt JA. Manual de Redacción Científica. Departamento de Biología, Universidad de Puerto Rico. <https://www.uco.es/servicios/informatica/windows/filemgr/download/ecolog/Cuaderno%20redaccion%20trabajo%20cc.pdf> (último acceso: 31 julio 2015)
- 3- Ferrero F. Writing a scientific paper abstract. Comments / Arch Argent Pediatr 2015;113(2):101-105. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n2a02e.pdf> (ultimo acceso: 31 julio 2015)
- 4- Velasco Rodríguez MJ, Rodríguez del Águila MM, Sordo del Castillo L y Pérez Vicente S. Med Clin (Barc). 2008; 131(16):614-6
- 5- Pierson DJ. How to write an abstract that will be accepted for presentation at a national meeting. Respir Care. 2004; 49:1206-12.
- 6- Cayuela L, Méndez M y Catalá M. Guía para la elaboración de trabajos científicos. Departamento de Biología y Geología, Universidad Rey Juan Carlos. http://www.escet.urjc.es/biodiversos/esp/docencia/Guia_para_la_elaboracion_de_trabajo_cientificos_2.pdf (ultimo acceso: 31 de julio 2015)
- 7- Rodríguez del Águila MM, Pérez-Vicente S, Sordo L, Fernández-Sierra MA. Cómo elaborar un protocolo de investigación en salud. Med Clin(Barc). 2007; 129:299-302.
- 8- Bobenrieth MA. Partes del artículo científico original. En: Burgos R, editor. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. p. 324-426.
- 9- Cómo escribir el título y el resumen de un artículo. Escuela de Ciencias Humanas. Universidad del Rosario. Colombia. Guía 49b / 21.07.2003 / 1ª versión. <http://www.urosario.edu.co/cienciashumanas/GuiasdeCalidadAcademica/49b/> (último acceso: 31 julio 2015)
- 10- Teckelino. ¿Qué es un objetivo? ¿cómo se redacta un objetivo? (resumen). Universidad tecnológica del valle de Toluca. División de mantenimiento industrial. Ingeniería de mantenimiento industrial. México. <http://es.slideshare.net/LosTresTeckels/objetivo-y-cmo-de-redacta> (último acceso: 31 julio 2015)

Degeneración cortico basal

Raquel Rodríguez Herrero

Servicio de Geriatría, Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca)

Caso clínico:

Varón de 69 años de edad, remitido a la Consulta de Psicogeriatría, por su MAP ante sospecha de deterioro cognitivo y trastorno de conducta asociado. Como antecedentes personales, destacar: HTA, bebedor de una o dos copas de vino al día, no fumador, ni otros hábitos tóxicos. Hepatitis aguda en diciembre 2010 probable secundaria a Amoxicilina. Intervenido de un adenocarcinoma de próstata (prostatectomía radical) en el año 2006. Desde el punto de vista funcional el paciente presentaba un índice de Barthel de 100/100, mostrando dificultad para algunas de las actividades instrumentales. A nivel cognitivo no presenta fallos mnésicos que interfieran en vida diaria.

Acude a consulta acompañado de su esposa que refiere desde hace unos meses (no sabe precisar) el paciente presenta mayor dificultad en tareas como la conducción, ordenar las facturas cronológicamente, en el vestido... por lo que notan ha dejado de realizar algunas de sus actividades habituales. Observan temblor de reposo en extremidades superiores No refiere fallos mnésicos de interés. Manifiesta notan cierta apatía, aunque no ánimo triste. Niegan síndrome de caídas, síntomas ortostáticos o episodios sincopales. Sueño conservado (aunque con numerosos movimientos) desde su juventud. El paciente muestra irritabilidad durante el día, sin llegar a tener un comportamiento agresivo. No verbaliza ideación delirante, ni clínica alucinatoria.

Presentaba una exploración física anodina. A la exploración neurológica destacar disminución del parpadeo, hipomimia, temblor de reposo en miembro superior izquierdo, con bradicinesia. En la primera consulta se realiza MOCA Test 22/30; Test de los 7 minutos 48puntos (percentil 36); Fototest: 30 puntos y se solicita ECG, hemograma, bioquímica, perfil hepático y lipídico, hormonas tiroideas, PSA, Vitamina B12 Y Ácido fólico encontrándose todas las determinaciones dentro de los parámetros de la normalidad. RM en la que destaca lesión de pequeño vaso. Atrofia córtico-subcortical. Posteriormente, en sucesivas consultas la familia manifiesta aumento de la dificultad en tareas complejas (manejo de electrodomésticos, abrochar la cazadora...) así como retirada del carnet de conducir por falta de coordinación. El paciente mostraba dificultad en el reconocimiento derecha-izquierda; arriba y abajo. A la exploración comienza a presentar espasticidad de miembro superior izquierdo y apraxia ideomotora-melocinética. Ante la sospecha de degeneración córtico-basal, se solicita SPECT cerebral de perfusión con HMPAO-Tc99 en el que se objetiva hipoperfusión frontoparietal derecha. Igualmente se solicita EEG en el que se aprecian ondas lentas de predominio en hemisferio derecho. Ante estos hallazgos y la evolución clínica del paciente se determina como diagnóstico de presunción degeneración corticobasal (DCB).

Discusión

La degeneración corticobasal (DCB) se trata de un proceso neurodegenerativo de etiología desconocida. Fue descrita por primera vez en el año 1967 como degeneración corticodentatonígrica con acromasia neuronal. Edad de inicio entre la sexta y la octava década de la vida (1, 2). Afecta de igual manera a hombres que a mujeres. Se caracteriza clínicamente por un conjunto de síntomas cognitivos y motores (atribuibles a la afectación de la corteza cerebral y gánglios de la base) marcadamente asimétrico y lentamente progresivo. Como síntomas principales destacar trastornos del movimiento (parkinsonismo, distonía de una extremidad, mioclonías corticales reflejas, piramidalismo y temblor de acción o postural), trastorno cognitivo (apraxia ideomotora de una extremidad y fenómeno de mano ajena o alien hand; trastornos disejecutivos y del lenguaje), déficit sensitivo cortical (trastorno en la discriminación entre dos puntos, extinción sensitiva, alteración de la grafoestesia y astereognosia) y alteraciones oculomotoras (apraxia oculomotora) (3). Igualmente se han descrito cambios en el comportamiento en el transcurso de la enfermedad (46-55%); deterioro cognitivo (52-70%); depresión (26-51%); apatía; irritabilidad, inquietud... (2,4,5).

El motivo inicial por el que fue remitido a la consulta nuestro paciente fue por trastorno cognitivo y del comportamiento, aunque también presentaba sintomatología motora. Según lo descrito en la literatura

clásica, la DCB se trata de un trastorno del movimiento, progresivo y asimétrico de inicio (6,7,8). Dicho diagnóstico está cambiando en los últimos años por la variedad de presentaciones, en las que se incluyen de forma temprana los trastornos cognitivos y del comportamiento, además del clásico síndrome rígido-acinético asimétrico con apraxia característica (9). Como pruebas complementarias no hay establecidos marcadores biológicos para la enfermedad. Estudios de imagen estructural y funcional nos pueden ayudar, aunque no son considerados sensibles para establecer un diagnóstico diferencial entre DCB y otros parkinsonismos plus (10,11), además al inicio pueden ser normales. No existe tratamiento neuroprotector, ni modificador de la evolución de la enfermedad, tan sólo tratamiento sintomático. Se puede administrar tratamiento con Carbidopa-Levodopa en dosis 25/250 mg en tres tomas al día durante dos meses, aunque la mayor parte de los pacientes no responden al tratamiento o lo hacen muy escasamente. La media de supervivencia desde el diagnóstico de los síntomas es de 7,9 años (rango de 2,5 a 12,5 años) (3,9).

Bibliografía

- 1, Murray R, Neumann M, Forman MS, et al. Cognitive and motor assessment in autopsy-proven corticobasal degeneration. *Neurology* 2007; 68:1274.
- 2, Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE, et al. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology* 2013; 80:496.
- 3, Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias 4ª. Capítulo 31; 349:353.
- 4, Geda YE, Boeve BF, Negash S, et al. Neuropsychiatric features in 36 pathologically confirmed cases of corticobasal degeneration. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2007; 19:77.
- 5, O'Keefe FM, Murray B, Coen RF, et al. Loss of insight in frontotemporal dementia, corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy. *Brain* 2007; 130:753.
- 6, Rebeiz JJ, Kolodny EH, Richardson EP Jr. Corticodentatonigrical degeneration with neuronal achromasia. *Arch Neurol* 1968; 18:20.
7. Watts R, Mirra SS, Richardson EP. Corticobasal ganglionic degeneration. In: *movement Disorders*, Marsden CD, Fahn S (Eds), Butterworth-Heinemann, Oxford 1994. p.282.
- 8, Riley DE, Lang AE, Lewis A, et al. Cortical-basal ganglionic degeneration. *Neurology* 1990; 40:1203.
- 9, Stewart A Factor, DO; Deborah G Walls, APRN-BC. Corticobasal degeneration . *Diagnosis*. UpToDate 2015.
- 10, Litvan I, Bhatia KP, Burn DJ, et al. *Movement Disorders Society Scientific Issues Committee report: SIC Task Force appraisal of clinical diagnostic criteria for Parkinsonian disorders*. *Mov Disord* 2003; 18:467.
- 11, Eckert T, Barnes A, Dhawan V, et al. FDG PET in the differential diagnosis of parkinsonian disorders. *Neuroimage* 2005; 26:912.

Cuidar al cuidador.

L, mujer, soltera, 46 años sin hijos, doctora en sociología, trabaja en una empresa pública, vive en Zaragoza. Desde hace dos años es cuidadora principal de su madre divorciada de 78 años con la que vive en la actualidad. L tiene además otra hermana que de vez en cuando ejerce como cuidadora.

1- ¿Ha cambiado tu percepción del envejecimiento desde que eres cuidadora?

Ummm....Si, ha cambiado. El envejecimiento no lo había visto tan de cerca, y sobre todo vivenciarlo con una persona que es tu madre. Yo no conocía la parte dura de la decadencia física y mental.....más que cambiar la percepción, he profundizado un poco en lo que es el envejecimiento.

2- ¿Estabas preparado para esto?

No, no....para nada.....yo era consciente de que nuestros padres se hacen mayores, y que se deterioran....pero no estás preparado. Yo supongo que esto es como la maternidad.....nadie está preparado para tener un hijo hasta que lo tiene.....pues esto no te coge preparada para nada.

3- ¿Tratas a tu madre como ella te trataba a ti? ¿crees que hay una inversión de roles?

No, yo no diría que es un intercambio de roles materno filial....no no es ese el tema. Mi madre tiene conciencia de lo que tiene, aunque tiene alguna pérdida de memoria.....es una mujer que está.....mi madre sigue ejerciendo de madre, puede que incluso con más tiranía, y yo sigo siendo la hija. Yo no siento que haya un intercambio de roles.

4- ¿Te sientes presionada a cuidar?

Me siento obligada a cuidar.....si

5- ¿Por qué cuidas?

En este caso no es una razón religiosa, no es una razón de género por ser mujer, por ser la hija soltera,..... es una razón económica. Eso nos ha determinado a tener que compartir un espacio, porque la autonomía de que mi madre esté sola no es posible. En estos momentos la situación económica es lo que obliga a esta situación.

Entrevista: Cuidar al cuidador

6- ¿Es un deber moral? ¿Amor?...

Yo entiendo que vivimos en un mundo.....en una cultura mediterránea, en la que la mujer verdad está muy determinada a los cuidados de los mayores....en mi caso concreto yo no tengo ningún sentimiento de obligatoriedad, no lo veo así.....pero qué duda cabe que el sistema es el sistema....pero yo no me siento obligada a cuidar de mi madre.....lo hago porque en este momento la situación económica es la que nos ha llevado a esto.....pero desde luego si yo tuviese una situación económicamente más boyante, mi madre seguramente estaría en un centro o residencia, o al menos en un centro de día, pero si haría falta un recurso.

7- ¿Qué te enseña tu madre en esta etapa de la vida?

.....a mí me está enseñando lo que cambia a un ser humano en una determinada situación.... estoy viendo otra parte de mi madre que me era totalmente desconocida. Hay partes buenas, hay partes menos buenas....se acusan ciertos defectos, pero bueno también se acusan ciertas virtudes. ¿Una virtud?mi madre siempre ha sido una mujer muy muy social....le ha gustado salir, relacionarse con gente....sigue siendo una mujer bondadosa, cariñosa con la gente con el exterior, otra cosa es con el interior, con la familia.

8- ¿Se consigue tener tiempo libre?

Yo trato de no caer en esa dependencia del 100% de la jornada....pero es fácil caer y no disponer de un tiempo propio, pero hay que marcarse unos límites, hay que disponer de tiempo propio

9- Cuando se tiene ese tiempo libre ¿Se consigue desconectar?

No, porque estás por ahí y piensas que se ha podido caer....estás en el trabajo y piensas que se ha podido dejar abierto un grifo.....o que se yo.....estás constantemente.....mi madre pasa tiempo sola.

10- ¿Qué te falta y que te aporta el cuidar?

Faltar me falta espacio y tiempo.....espacio físico...mi madre está en mi casa, ocupa lo que era antes mi habitación.....he estado 20 años viviendo sola y es que no he compartido casa ni con pareja, y claro compartir el espacio físico es duro.....

Dedicarle el tiempo también es duro....¿Qué me aporta?....me aporta mucho. He trabajado mucho la paciencia.....estoy siendo mucho más paciente, más relajada, me tomo las cosas de otra manera....no puedes estar en tensión todo el día porque explotarías.....te das cuenta de que somos muy vulnerables como personas, que no somos nada....pero que también somos mucho porque la decrepitud física y mental....bueno, verlo en tu casa a tu familia es doloroso pero bueno está viva y está bien y te procuras que esté feliz, que pase un buen rato.....en paciencia en dedicación como cosas positivas.

Entrevista: Cuidar al cuidador

11- La fase de cuidar termina alguna vez, ¿se “retorna” a la vida? ¿marca un antes y un después el haber sido cuidadora?

Si, si te deja claro las cosas buenas como las malas, yo creo que sí,..... te cambia como persona, hay un cambio personal. Honestamente, hay momentos que son muy duros, atender a una persona que es tu madre, que no tiene control sobre su cuerpo, me refiero a sus esfínteres, y es muy duro hacer ese tipo de cuidados..... es muy duro que te están repitiendo constantemente todo y tienes que controlar tu paciencia y muchas cosas.....pero ganas otras cosas.....yo a mi madre le tengo otro afecto. No puedes retornar al punto de partida porque eso te cambia como persona.

12- ¿Es una experiencia compartida el cuidar? ¿te sientes sola?

Sí, me siento muy sola.....debería ser una experiencia compartida.....debería cuando además hay otros miembros en la familia, pero en este caso no es compartido. El concepto de familia se replantea ante estas situaciones...en mi caso ha cambiado mi estructura familiar.... he pasado de ser yo sola a dos personas....

13- ¿El nivel cultural afecta a la hora de cuidar? ¿En qué?

Yo entiendo que una persona que tenga acceso a cierta formación e información.....en mi caso relativizas mucho más el mundo en el que vives...yo no me siento culpable si mañana tuviese que meter a mi madre en una residencia.....en un momento dado se necesitan recursos. El facilitarle a una persona un recurso no significa quitarle el afecto. Yo le sigo dando el afecto como hija pero está siendo cuidada en un centro en el que está bien atendida. Los factores culturales yo creo que si influye....cuanta más formación e información se hace más relativo.....pero también por otra parte hay otras personas con un peso fuerte a nivel religioso en cuanto a valores muy marcados y que por razones religiosas opten por cuidar.

14- ¿Hay un tiempo máximo para cuidar? ¿crees que al cuidador hay que renovarle para que mejoren la calidad de los cuidados?

Si... lo mides en minutos, en días, en horas, en meses o en años.....Si porque son procesos de mucho agotamiento y además son dos cuestiones. Primero, el agotamiento que produce el hecho de cuidar es cansado y luego está una segunda cuestión, lo que dejas de hacer para cuidar.a mí me apetecería hacer un viaje, marcharme 20 días....yo eso no lo puedo hacer.

Llega un momento en el que dices, bueno estoy cansada por la labor que estoy haciendo pero también quiero hacer lo que estoy dejando de hacer. Entonces llega un momento en el cual yo ya no sé cuál sería el límite hasta donde llego....donde está el corte...pero si hay un límite.

Tiene que haber un reciclaje físico y mental del cuidador incluso para poder dar mejores cuidados.....yo de momento no necesito ese reciclaje.....pero por ejemplo yo no sé utilizar una grúa.

Entrevista: Cuidar al cuidador

El cuidar durante mucho tiempo genera agresividad.....incluso, puedes llegar a sentirte paranoica.....yo he llegado a pensar que mi madre lo hacía con mala intención.....como puede ser que una persona que está recién aseada.....vuelva a defecar....¿lo está haciendo a mala leche? O a vomitar.....entonces llegas a saturarte y piensas que esa persona está en contra de ti.

15- Algo positivo y algo negativo de cuidar

Cuidar te hace más humano.....creo que estamos más unidas.....pero también es verdad que ha cambiado la relación.....yo soy la culpable.....al cuidador se le culpabiliza de todo.....también se crea mucha dependencia por parte de ambas.... y lo que estamos hablando..... agotamiento.

16- ¿Recomiendas leer sobre el tema o prefieres la intuición?

No, hay que formarse siempre y tener siempre ayuda.

17- ¿Querrás ser cuidada cuando seas mayor por un familiar?

No...sin pensar...es un tema que no. Probablemente a mi madre le gustaría estar en otra situación en su casa con un apoyo más puntual para temas del hogar.....pero no me gustaría ser cuidada, salvo que las circunstancias nos obligasen....pero no.

18- De las cosas que haces, ¿que te gustaría que hicieran por ti en la misma situación?

Que me escuchasen....yo me paso tardes enteras escuchando las historias de mi madre que son las mismas que ayer y que seguramente serán las mismas que me contará mañana...

19- Una película / libro que recomendarías o que te ha ayudado a vivir la experiencia o que te sirve de referencia.

El libro 'Hay que escuchar al corazón' de Teresa Ruiz....te hace reflexionar sobre tus sentimientos...es un libro que tengo de cabecera de cama y alguna vez leo un parrafito.....es un libro que yo tengo ahí como de apoyo.

20- ¿Consideras que ser cuidador es una experiencia bonita?

Hombre....calificativo de bonito....no, no es bonito, es complejo. Tiene partes bonitas y no bonitas.....venimos de una cultura mediterránea y religiosa....y muchas veces nos sentimos con el deber moral de hacerlo....y está muy integrado en nuestras conciencias.

Entrevista: Cuidar al cuidador

21- ¿Está reconocido tu trabajo de cuidadora en tu entorno familiar, laboral, social...?

No se si es reconocido....bueno más que reconocido la percepción que yo tengo.....pero claro yo estoy muy sesgada y no percibo con claridad....pero yo percibo cierta pena..... más que cierto reconocimiento: "pobre L que no puede venir al viaje".... "pobre L que no puede hacer esto"... "porque está con la madre".... "que remedio le queda"... entonces más que reconocimiento de ponerte una medalla: "pero mira que heroína"... "que mujer, que tiene a su madre, que fantástica"... yo percibo todo lo contrario...es la pena....y el sentimiento de la pena es lo peor que hay. Dar pena a alguien es lo más decadente.

Cuidar al cuidador.

Entrevista a Elena trabajadora social y profesional en los grupos socioterapeúticos para cuidadores

Relacionadas con preguntas al cuidador

1- Por lo general ¿Piensas que los cuidadores están preparados para afrontar su nueva situación?

Creo que en general no se está preparado, aunque depende de la situación. Si es de golpe se puede producir una situación de bloqueo y en general hasta que no se vive no se sabe la carga emocional que conlleva.

2- ¿Consiguen tener tiempo libre? ¿Y desconectar?

La mayoría no tiene tiempo libre. Es dedicación exclusiva y el rato que pudieran tener libre es para el trabajo o para seguir cuidando a otros (hijos, nietos...). Y si consiguen tener un tiempo para ellas, como por ejemplo quedar con una amiga tomar un café, no consiguen desconectar y se sienten culpables de dedicarse un tiempo para ellas y no para el cuidado.

Incluso en ocasiones, ha habido casos de cuidadores que han llegado a no operarse aunque se les haya ofrecido una estancia temporal para los cuidados del familiar.

El tiempo para mí y pedir ayuda a los demás, son dos temas delicados y complicados en las sesiones porque tienen una gran contradicción de sentimientos: sé que me perjudica y me siento mal pero no quiero dejar de cuidar.

Tenemos que ofrecerles que hay otras opciones de manera que al final sean ellos mismos los que acaben eligiendo coger una de esas opciones. Es muy importante hablar desde el "YO" y no desde el "TÚ".

Entrevista: Cuidar al cuidador

3- ¿Es una experiencia compartida? ¿o en general se sienten solas?

Por lo general no es compartida, cuando el cuidado es compartido es más llevadero y menos intenso pero suele recaer en una sola persona y en estas situaciones es cuando el "Síndrome del Cuidador" más se aprecia.

El cuidador principal sigue siendo en una gran mayoría femenino, en más de un 95% de los casos.

El sentimiento de soledad y aislamiento es tremendo y es una de sus demandas principales en los grupos de apoyo.

Específicas para el profesional

4- Si pudieses elegir ¿volverías a dedicarte a lo mismo? ¿porque si o porque no?

Sí, en relación con los grupos de apoyo sicoterapéuticos son muy gratificantes y trabajar de manera grupal es más complejo pero con más potencial y enriquecedor.

5- "En casa del herrero sartén de palo" ¿En tu profesión/perfil se puede aplicar esto?

Hablando de manera general y no en particular, lo intentamos aplicar y viene bien para entender ciertos aspectos y sobre todo para PARAR A PENSAR y darnos el tiempo necesario para darte cuenta de la situación y la manera de llevarla.

Comunes

6- ¿El nivel cultural afecta a la hora de cuidar? ¿En qué?

No afecta el tener una formación académica concreta, si que afectan más los valores culturales y emocionales que se transmiten.

Es más importante la EXPERIENCIA VITAL y la historia de vida personal y cómo se ha aprendido a gestionar las situaciones sobrevenidas e inesperadas.

La capacidad de adaptación y flexibilidad son claves ante cualquier proceso de cambio porque hay cosas que se escapan de la lógica.

Entrevista: Cuidar al cuidador

7- ¿Hay un tiempo máximo para cuidar? ¿crees que al cuidador hay que renovarle para que mejoren la calidad de los cuidados?

No es cuestión de marcar un tiempo máximo, depende de la situación concreta de cada persona y de la manera de cuidar.

Se puede estar mucho tiempo pero de la manera adecuada, que se delegue parte del cuidado no quiere decir que se deje de cuidar sobre todo en la parte emocional. Los cuidados físicos y médicos se pueden delegar en un profesional y es una parte muy importante de descarga pero la parte emocional y afectiva no la puede cubrir un profesional.

Es muy importante renovar al cuidador, cuántas más atenciones necesita la persona más necesario es compartir el cuidado porque cuanto mejor esté el cuidador más calidad tendrá el cuidado.

9- ¿De que manera te recompensa la persona que cuida?

Desde el punto de vista profesional, la sensación de agradecimiento por el simple hecho de que les escuches sin sentirse juzgados.

10- Algo positivo y algo negativo de cuidar

Positivo: satisfacción de poder demostrarle a la persona en situación de vulnerabilidad tu cariño y que puede contar contigo.

Negativo: la sobrecarga y el sentimiento de soledad y aislamiento porque cuidar conlleva mucho desgaste.

11- ¿Recomiendas leer sobre el tema o prefieres la intuición?

Leer está bien para ampliar la perspectiva y entender mejor según que situaciones para el cuidador. Es muy importante leer para conocer la enfermedad del familiar y así comprender sus reacciones. Pero por mucho que se lea, la intuición es clave ante situaciones concretas. Sobre la base del conocimiento se coge la idea general pero la intuición ayuda a adaptarlo en cada caso particular: "la receta la tiene que encontrar cada uno".

12- ¿Querrás ser cuidada cuando seas mayor por un familiar?

Sí que me gustaría que me cuidara un familiar pero no con la idea tradicional de que le fuera la vida en ello. Quisiera que me cuidara la parte de cariño y fuerza emocional que sólo un familiar puede dar pero que reforzará y tuviera ayuda en el cuidado sin tener que sentirse culpable por ello.

Entrevista: Cuidar al cuidador

13- De las cosas que haces, ¿que te gustaría que hicieran por ti en la misma situación?

Sentirme escuchada sin ser juzgada.

14- Una libro que recomendarías o que te ha ayudado a vivir la experiencia o que te sirve de referencia.

Más que libros enteros utilizamos pequeños relatos o cuentos para ayudar a reflexionar o replantear, por ejemplo de Jorge Bucay o Paulo Coelho.

15- ¿Consideras que ser cuidador es una experiencia bonita?

Sí desde luego.

16-¿Está reconocido tu trabajo de cuidadora?

Refiriéndonos al cuidador: NO. Todavía hay mucha mentalidad del deber y obligación moral de que haces lo que tienes que hacer y de ahí el sentimiento de culpa. Los cuidadores hacen una grandísima labor.

Refiriéndonos al profesional: es un trabajo que cada día se valora más pero sigue habiendo reticencias aunque quiero pensar que hemos avanzado algo.

La representación de la vejez en el arte.

Natalia Juan García.

Doctora en Historia del Arte

Profesora Contratada en el Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza

El envejecimiento es un proceso natural de progresivo deterioro que se caracteriza por ser heterogéneo y multifactorial, pues está influenciado por diversos factores. Entre ellos, el medio ambiente en el que se habita, las enfermedades contraídas a lo largo de la vida, la nutrición, el ejercicio (o no) desarrollado, la educación, el trabajo desempeñado, las relaciones sociales experimentadas y las condiciones sanitarias disfrutadas. Este proceso ha sido representado en el arte como parte de la expresión de la humanidad. A lo largo de la historia, diferentes artistas plasmado en sus obras esta etapa de la vida (hacia la que todos caminamos), que varía de una cultura a otra y se construye socialmente.

Retratar la belleza a partir de un pelo canoso y las arrugas de la piel que transmiten experiencia y sabiduría fue el propósito de Domenico Ghirlandaio en 1480 en su obra 'Anciano con su nieto'. Este pintor quattrocentista italiano ubicó en el centro de la composición del cuadro la bulbosa, grande y engrosada nariz del anciano, propia de una rinofima -dolencia crónica de la piel, inofensiva pero sin cura-. El niño corresponde con gratitud a la mirada tierna de su abuelo, ajeno a la enfermedad de su abuelo. El contraste de la textura de ambas pieles y de sus respectivos cabellos pone de manifiesto la larga trayectoria que une a las distintas generaciones, transmitiendo que infancia y vejez son dos etapas de una misma experiencia: la vida.



Domenico Ghirlandaio
'Anciano con su nieto' 1480

Dos siglos más tarde, siendo joven Diego de Velázquez –con apenas 19 años y sólo un año después de haber superado su examen como pintor- se quiso centrar en este mismo tema y así lo plasmó en 'La Vieja friendo huevos' en 1618. La relación entre los dos protagonistas del lienzo –a diferencia de lo que ocurre con la obra de Ghirlandaio- resulta un tanto ambigua. En esta ocasión, sus miradas no se cruzan: el muchacho dirige la suya hacia el espectador mientras la de la anciana parece abstraerse hacia el infinito con la mirada perdida y, según algunos estudiosos como el profesor Julián Gállego, «con expresión de ciega» pues, parece tantear con la cuchara la distancia a la cazuela. Velázquez reflexiona a través de la anciana, posiblemente ciega, sobre las dos formas de conocimiento de una misma realidad, la proporcionada por el sentido de la vista (el niño) y la que proporciona el tacto (la anciana) a partir de la sabiduría y de experiencia que otorgan los años.

En ese mismo año, pero no en Sevilla sino a muchos kilómetros de distancia, el artista flamenco Anton van Dyck pintó dos composiciones bajo el título 'Cabeza de anciano' y 'Cabeza de viejo', las dos realizadas entre 1618-1620. En ellas, sin la presencia de ningún niño que les acompañe, se representan con sencillez y naturalidad dos rostros ancianos alejados de los barrocos retratos de Corte que salieron del pincel de este artista. Ambos retratos muestran con gran maestría a dos anónimos hombres mayores, con toda la experiencia de la vida a cuestas.

reseña

La representación de la vejez en el arte

El detalle de las cabeza de van Dyck se contraponen con el cuerpo del anciano retratado por Mariano Fortuny en su 'Viejo desnudo al sol' en 1871 donde la delgadez,



Mariano Fortuny
'Viejo desnudo al sol' 1871

el carácter demacrado y enjuto de este hombre revela los sufrimientos de una vida posiblemente dedicada al trabajo para su supervivencia. Así, en la vejez afloran las consecuencias de un pasado profesional como pone de manifiesto el pintor suizo Albert Anker (1831-1910) en su obra 'El sastre del pueblo' o la capacidad de transmitir conocimientos a generaciones venideras como plasmó el artista ruso Ilya Repin (1844-1930) en su pintura 'Campesino tímido'. Mucho más conocidas son las tres obras de Pablo Picasso sobre la vejez que, curiosamente, realizó en tres momentos muy diferentes de su vida plasmando una visión distinta en cada una de sus pinturas: 'El viejo pescador' que pintó en 1895, es decir a sus 14 años cuando aún le quedaban muchos años por delante y sin conocer verdaderamente el sentido de la vejez.

Otra visión es la que ofreció en 'El viejo guitarrista ciego' en 1903 una obra realizada en su juventud, en plena Época Azul. En ella

se representa un hombre anciano, ciego, escuálido, de salud desmejorada y frágil que, sin embargo, le permite sujetar y tocar una guitarra acústica. Aquí se plasma la felicidad de poder hacer en la vejez lo que a uno más le llena, como es, por ejemplo, tocar un instrumento y escuchar notas de música que brotan del interior de uno mismo.



Picasso
'El viejo guitarrista ciego'

Totalmente diferente (en composición, paleta de colores y significado) resulta la última representación del pintor malagueño sobre la vejez. Tres años antes de morir, es decir, siendo un anciano de 89 años pintó 'Hombre viejo sentado' en 1970 dejando así representada la visión de su propia condición vital mucho más risueña y vitalista que las dos anteriores (aquellas pintadas con 14 y 22 años), algo sobre lo que detenernos a reflexionar.



humor



Visto en: humorgeeky.com





SOCIEDAD ARAGONESA DE
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA