

# REVISTA

## ACGG

VOLUMEN 28 NÚMERO 2 NOVIEMBRE 2014



ASOCIACIÓN COLOMBIANA  
DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

ISSN: 0122-6916



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

# ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

## JUNTA DIRECTIVA 2014 - 2016

Presidente

Francisco Alejandro González López

Vicepresidente

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Secretario

Robinson Cuadros Cuadros

Tesorera

Nidia Aristizábal-Vallejo



Vocales

Diego Andrés Chavarro Carvajal

Juan Alejandro Henao Isaza

María Teresa Calzada Gutiérrez

Guadalupe María Henao

Adherente

Claudia Patricia Contreras Luque

Suplentes

Francisco Javier Tamayo Giraldo

Mónica Caicedo Hoffman

Claudia María Payán Villamizar

Diego Fernando González Torres

Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria Vol. 28 No. 2 / diciembre de 2014

Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria

Carrera 13 No. 38 - 65 Of. 501. Telefax: 57 1 2320978, Bogotá, D.C., Colombia

Correo electrónico: [acgg@acgg.org.co](mailto:acgg@acgg.org.co) en internet <http://www.acgg.org.co>

Esta edición consta de 1.000 ejemplares

# COMITÉ

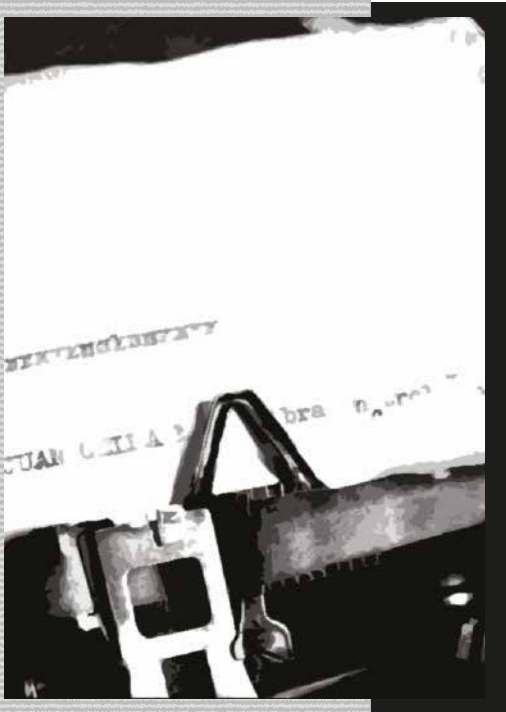
Editorial

Nacional

Juan Alejandro Henao  
Juan Felipe Meneses  
Cecilia Escudero de Santacruz  
Diana Lucía Matallana Eslava  
Carmen Lucía Curcio  
Gonzalo Flórez

Internacional

Gustavo Duque  
María Victoria Zunzunegui  
Beatriz Alvarado



# CONTENIDO

## PRESENTACIÓN

IV

## INDICACIONES A LOS AUTORES

V

## EDITORIAL

VIII

## TRABAJOS ORIGINALES (Artículo de investigación)

### **Trayectoria de vida de los adultos mayores dentro de la Comuna San José, de la ciudad de Manizale**

1977

Sandra Lorena Muñoz, Fernando Cantor, Carmen Lucía Curcio

## REPORTES DE CASO

### **Interacción de comorbilidades, fragilidad y discapacidad**

1999

Heidi Liliana Martínez Sánchez

### **Dolicoectasia vertebrobasilar en anciana con vértigo crónico,**

### **Espasmo hemifacial y caídas recurrentes**

2011

José Fernando Gómez Montes, Alejandro Echeverri, Diana Carolina Morales B.

## ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

### **La vida del adulto mayor en los Estados Unidos: “una reflexión”**

2019

Alba Lucía Valencia Villegas

III



# PRESENTACIÓN

La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, es el medio de comunicación científico oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Está certificada con el ISSN: 0122- 6916 y depósito legal. Cuenta con una estructura administrativa que incluye editores, comité editorial y comité científico, también con el concurso de pares quienes actúan como árbitros en la evaluación de sus contenidos. Su publicación de cuatro números regulares al año ha sido periódica e ininterrumpida desde 1997. Edita además entregas especiales.

Promueve el encuentro entre distintas disciplinas y personas para la construcción, intercambio y difusión de conocimiento en torno a la vejez y el envejecimiento, particularmente de América Latina y el Caribe, para lo cual circula artículos originales de investigación científica y tecnológica, de reflexión, reportes de caso, revisiones de tema, complementados por las secciones dedicadas a la editorial, las cartas a los editores, reseñas bibliográficas, novedades y comentarios.

## INDICACIONES A LOS AUTORES

### Tipos de textos

La Revista recibe los tipos de textos que aparecen a continuación, definidos por Colciencias:

- **Artículo de investigación científica y tecnológica:** Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
- **Artículo de reflexión:** Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.
- **Reporte de caso:** Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.
- **Revisión de tema:** Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

- **Documento de reflexión no derivado de investigación.**
- **Reseña bibliográfica.**
- **Cartas al editor:** Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que, a juicio del Comité editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

### Presentación del material

Los trabajos en español, inglés o portugués deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista (en algunos casos podrán publicarse textos difundidos en otros medios). Los contenidos son responsabilidad total de los autores.

El documento debe ser enviado al correo electrónico administrativo@acgg.org.co dirigido a la Editora de la revista; estar estructurado en Microsoft Word, tipo de fuente Arial tamaño 12; no exceder las 25 páginas a doble espacio, en tamaño carta; las márgenes deben ser de 3 cm. y las páginas se numerarán consecutivamente en la esquina inferior derecha. Adjunto a este envío deberá remitirse el formato de DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE AUTORES diligenciado, el cual puede ser consultado en la página web de la revista. La Revista recibe artículos durante todo el año, remitidos al correo electrónico. Los autores guardarán

copia de todo el material enviado. Para retirar un artículo se requiere de solicitud escrita a la Dirección / Edición.

### **Proceso de evaluación y aceptación**

Acusado de inmediato su recibo mediante correo electrónico, cada contribución será considerada por el Comité Editorial, que podrá rechazarla, devolverla para que se ajuste a las normas o aceptarla para el proceso de revisión anónima (se reserva el nombre de los examinadores y de los autores) realizada con base en criterios establecidos por dos evaluadores, quienes emiten concepto escrito. El Comité Editorial podrá, a su vez, efectuar ajustes de redacción y estilo para darle mayor precisión o coherencia al texto. Aceptado el artículo, los derechos de impresión y reproducción en cualquier formato pasan a ser de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. La publicación total o parcial en otro medio requiere la solicitud de los autores y la autorización escrita de la Revista.

### **Características y estructura de los documentos**

**Extensión:** La extensión máxima para cada uno de los textos es la siguiente: Artículo de investigación científica y tecnológica: 25 páginas. Artículo de Reflexión: 20 páginas. Reporte de caso: 15 páginas. Revisión de tema: 20 páginas. Reseña bibliográfica: 2 páginas. Se presentarán en doble espacio en Arial 12 (esto incluye referencias), con márgenes

(laterales, superiores e inferiores) de mínimo 3 cm. en todas las páginas, que deben estar enumeradas.

**Título:** El título del trabajo debe limitarse a máximo 15 palabras, no debe contener abreviaturas ni siglas.

**Identificación:** Debajo del título aparecen los apellidos y los nombres completos de cada autor, centrados y en cursivas; en pie de página se indica: título profesional y el máximo nivel alcanzado, institución donde labora en la cual no se deben presentar abreviaturas ni siglas, ciudad, país y dirección electrónica institucional o corporativa de cada uno de los autores. Se debe jerarquizar en el caso de autor/es con varias afiliaciones institucionales. Es indispensable esta información y solo esta. Omita cargos, grados docentes, reconocimientos, etc. Tener en cuenta que el primer autor será quien quedará registrado en las bases de datos de los diferentes servicios de indexación y resumen. Es indispensable indicar cuál autor se encargará de recibir y enviar la correspondencia, o de lo contrario se asumirá que el primer autor se hará cargo de tal función.

**Resumen:** En español e inglés, de no más de 250 palabras; en el caso de investigaciones se deben enunciar los objetivos, los referentes, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con las particularidades del enfoque y del diseño utilizado.

**Palabras clave:** Máximo 6. Se utilizarán solo aquellas aceptadas por bases de datos internacionales, y que pueden ser consultadas en las siguientes direcciones: palabras clave (español): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (inglés): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>.

**Cuerpo del artículo:** El texto de los artículos atinentes a investigaciones debe contener los problemas contemplados, una exposición conceptual, métodos, aspectos éticos, resultados y discusión, estructurados de acuerdo con el enfoque y diseño. Anotar, en el caso de las investigaciones, su aprobación por el comité institucional correspondiente y la manera como estuvo ceñida a las normas éticas internacionales (Declaración de Helsinki de 1975) y nacionales (para Colombia: Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y otras pertinentes de acuerdo con el campo del conocimiento y la modalidad investigativa). Cuando sea del caso, es imprescindible guardar la confidencialidad y el anonimato excluyendo cualquier dato que permita la identificación de los sujetos participantes. La utilización de registros y fotografías requiere de consentimiento firmado.

**Agradecimientos:** los autores pueden hacer mención a las personas y colaboradores, así como a instituciones financiadoras, dependencias e instituciones que apoyaron la ejecución de la investigación.

**Tablas:** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábiga de acuerdo con el orden de aparición y no deben exceder a cuatro por artículo. El título correspondiente debe ser breve y 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.

**Fotografías, gráficas, dibujos y esquemas:** se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en la parte inferior. Los originales de las fotografías deben enviarse en archivos aparte y tener la nitidez y contraste necesarios para su publicación.

**Abreviaturas y siglas:** se utilizarán lo menos posible y preferiblemente aquellas que son reconocidas internacionalmente. Cuando se citan por primera vez en el texto, deben ir precedidas de la expresión completa.

**Citas y referencias:** Se remiten a los Sistemas “Normas de Vancouver 2003” o “Harvard-APA” de citas y referencias bibliográficas, que pueden ser consultados en diversos sitios de la red virtual o en su versión impresa.



# EDITORIAL

Según la Real Academia Española, la palabra indización hace referencia directa a la palabra indexación que significa "Acción y efecto de indexar" que, en definitiva, es registrar datos para elaborar un listado que de manera estructurada se denomina índice. En sentido literal indexar o indizar significa registrar ordenadamente una serie de datos o informaciones de acuerdo con un criterio común a todas ellas para facilitar su consulta y análisis, es decir, para hacer índices. En el campo documental, un índice es un instrumento de almacenamiento selectivo de información que facilita su recuperación posterior.

Por ello, el índice se confecciona después de un proceso de análisis de los documentos para seleccionar, por temas o campos del conocimiento, aquellos que sean más pertinentes. Cuando se dice que un artículo está indizado, está implícito que ha pasado por un proceso de selección y análisis por parte de las instituciones o empresas documentarias que realizan ese trabajo. Los documentos indexados se pueden almacenar de diversas formas. Una base de datos o banco de datos es un conjunto de datos

pertenecientes a un mismo contexto y almacenados o indexados sistemáticamente para su posterior uso. Así, una biblioteca puede considerarse una base de datos compuesta en su mayoría por documentos y textos impresos en papel e indexados para su consulta.

Para determinar si una revista ingresa a un índice, se toman en cuenta ciertos criterios de calidad, que pueden ser agrupados en: a) calidad del contenido de la investigación, b) características técnicas o formales, c) uso por parte de la comunidad científica (o impacto). Los dos primeros parecen claros, pero en el caso del tercero, es más complejo porque para medir el uso que la comunidad le ha dado a un artículo, se suele utilizar un indicador que se relaciona con la cantidad de citas que recibe el artículo por parte de otros usuarios; se denomina factor de impacto y se usa comúnmente en los estudios métricos de la información para determinar la visibilidad de un autor, de una disciplina o de una revista. No obstante, han surgido alternativas para los países del tercer mundo, que son los proyectos cooperativos, no lucrativos y, entre ellos, se destacan Latindex, SCielo, Bireme, Infobila,

Clase, Periódica y muchos más. Todos ellos se desarrollan dentro del concepto de libre acceso (Open access) y se caracterizan por utilizar la red Internet para que las bases de datos estén a disposición de quien las quiera utilizar. En todos los casos, el libre acceso no quiere decir que en las bases de datos cabe de todo, sino que también se realiza un proceso de selección, tanto o más riguroso, dependiendo de los objetivos que les dieron origen. El libre acceso es una corriente que actualmente ha venido permeando estos procesos y está siendo estimulada por las universidades, donde se encuentran los principales usuarios de estas bases de datos.

De esta manera, una revista puede estar indexada o indizada en una base de datos comercial o una cooperativa, pero de igual manera, debe pasar por ese proceso de selección que se realiza de acuerdo con criterios de calidad previamente definidos. Lo importante es que la presencia de las revistas en esos índices tiene consecuencias, entre las que se cuentan: a) Adquieren mayor visibilidad mundial b) Facilita el acceso a la revista desde diversos sitios alrededor del mundo. c) Promueve el prestigio de los autores al permitir que se hagan estudios de impacto. d) Estimula la localización de sus pares en otras partes del mundo. e) Se logra un mayor intercambio y con ello, se alcanza un mayor desarrollo del campo científico nacional.

En síntesis, las publicaciones científicas, para sostener su existencia, calidad y reconocimiento, requieren someterse a exigencias específicas asociadas con estándares internacionales que les permitan garantizar su existencia y calidad. Así, toda revista científica para ser considerada como tal, debe cumplir con parámetros establecidos por normas internacionales de comunicación científica. Para ser incluida una revista en un índice, pues se incluyen las revistas no los artículos, se deben reunir ciertos criterios como mantener la periodicidad y criterios editoriales de estándares de comunicación: que los artículos publicados reúnan los estándares de la comunicación científica, que atienda criterios de evaluación por pares en el sistema doble ciego; que los autores de los artículos pertenezcan a diversas instituciones nacionales y foráneas, preferiblemente diferentes al cuerpo de editores, que asegure la visibilidad e impacto, entre otros. Exigir que los artículos cumplan con ciertas especificaciones redundará en beneficio de la revista y por ende del reconocimiento del trabajo a ser publicado.

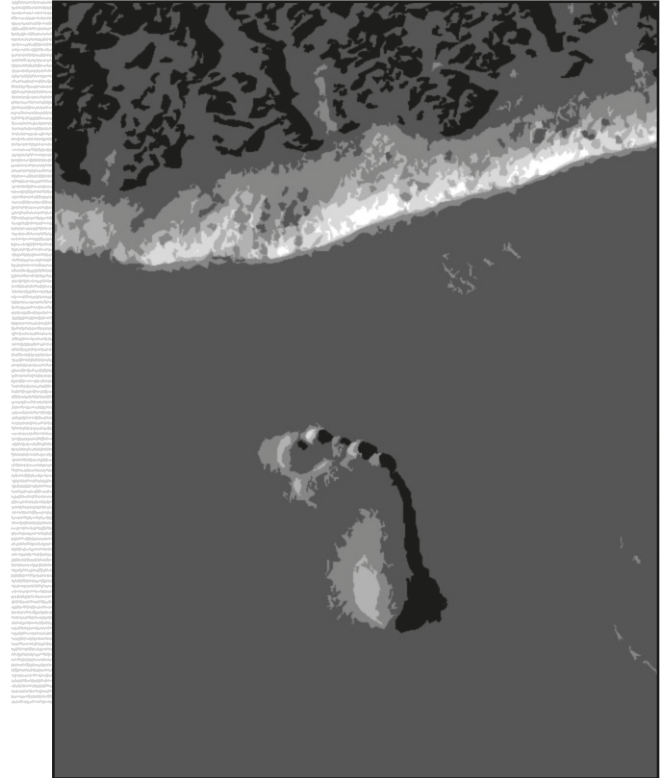
En Colombia el Sistema Nacional de Indexación de Publicaciones Científicas y Tecnológicas Colombianas se ha ido concretando y, en el momento actual, cuenta con los instrumentos para reconocer las revistas que han alcanzado niveles de calidad, lo que ha permitido la constitución del *Índice Bibliográfico Nacional, Publindex*. Además, está en capacidad de recolectar de manera permanente la información general y específica de cada una de ellas y ha

avanzado en el proyecto de volver visible y de hacer utilizable la información recolectada. Como todo sistema de indexación y resumen, se ha dotado de un Comité Nacional que cuenta con criterios generales de selección y permanencia de las revistas que de él hacen parte, según criterios de calidad.

Tal como lo expresó nuestro presidente en su editorial del número anterior, la ACGG, su junta directiva y el comité editorial, nos hemos comprometido en emprender el camino hacia la inclusión de nuestra revista en el *Sistema Nacional de Indexación de Publicaciones Científicas y Tecnológicas Colombianas (PUBLINDEX)*; para ello es necesario cumplir con una serie de requisitos de calidad científica, calidad editorial, estabilidad, visibilidad y reconocimiento nacional e internacional. Después de una juiciosa revisión del camino recorrido hasta ahora, estamos convencidos de que estamos listos y podemos lograrlo, para lo cual contamos con el concurso de todos ustedes.

**Carmen Lucía Curcio**

Editora



# TRAYECTORIA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DENTRO DE LA COMUNA SAN JOSÉ, DE LA CIUDAD DE MANIZALES <sup>1</sup>

**Sandra Lorena Muñoz**

Socióloga

Correspondencia: ucsociosalomhe@gmail.com

**Fernando Cantor**

Sociólogo. Profesor asociado

Universidad de Caldas

Departamento de Sociología y Antropología

**Carmen Lucía Curcio**

Terapeuta ocupacional, Ph.D. en Gerontología

Profesora asociada, Universidad de Caldas

Departamento Clínico.

## Resumen

Este estudio fue desarrollado en la ciudad de Manizales (Caldas), en el marco del proceso de implementación del denominado “Macro Proyecto de Interés Social Nacional para el Centro Occidente de Colombia, San José,” adoptado por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, mediante resolución 1453/27 de julio de 2009.

Dentro de la justificación de este macro-proyecto se describe La Comuna San José como un lugar donde más de 1.660 familias viven en alto riesgo. El 52% de la población pertenece al estrato 1; 2.665 familias se encuentran con déficit de vivienda; el 61% de las casas están construidas en bahareque; el 62% de los niños estudia por fuera de La Comuna; el 40% de las cabezas de hogar son mujeres y el 4% tiene algún tipo de discapacidad.

Pero más allá de esta descripción físico-estadística, La Comuna San José ha sido dotada de significación por sus habitantes, en este caso los adultos mayores, por ser el lugar en el cual se ha desenvuelto su trayectoria de vida, haciendo de ella un “hábitat habitado”, que les ha posibilitado la formación de fuertes redes sociales de interdependencia, produciendo una relación de identificación entre el hábitat y los viejos.

Además, por sus años de permanencia dentro de La Comuna, desarrollaron dos estrategias básicas para su integración y participación dentro de ella: *la pertenencia y la herencia*, donde la vivienda desempeña un papel fundamental, sobrepasando la función primaria de refugio.

Por tanto, el desarrollo para el progreso no debe ser una alternativa de borrado y eliminación de lo que le precede. Un desarrollo en pro del progreso implica que haya una articulación entre los componentes del pasado y los componentes nuevos, dentro del que se integren las redes sociales construidas por los viejos en el tiempo.

**Palabras clave:** trayectoria de vida, hábitat, redes sociales de interdependencia, pertenencia, herencia y vivienda.

---

<sup>1</sup> Este artículo resulta del trabajo de grado “Trayectoria de vida de los adultos mayores dentro de la Comuna San José de la ciudad de Manizales, Caldas”, para optar al título de socióloga. Realizado con la dirección de los profesores Fernando Cantor Amador y Carmen Lucía Curcio de la Universidad de Caldas, durante marzo de 2012 y noviembre de 2013.

## Abstract

This study was conducted in the city of Manizales (Caldas), in the framework of the implementation of the so called “Macro Project of National Social Interest for the Colombian Central Western region, San José”, adopted by the Ministry of Environment, Housing and Territorial Development, by resolution 1453/27 of July 2009.

In support of this macro project, the San José Commune is described as a place where more than 1,660 families live in high risk. 52% of the population belongs to social stratum 1; 2,665 families face housing shortage; 61% of the houses are built in adobe; 62% of the children are studying outside the commune; 40% of the household heads are women and 4% have a disability.

But beyond this physical-statistical description, the San José Commune has been endowed with meaning by its inhabitants, in this case the elderly, as the place where the path of their lives has unfolded, making it

an “*inhabited habitat*” that has enabled them to build strong social networks of interdependence, as well as to produce a relationship of identification between the habitat and the elderly.

Besides, owing to their years of tenure within the commune, they developed two basic strategies for integration and participation within it: *belonging and inheritance*, where housing plays a key role, surpassing the primary function of refuge.

Therefore, the development toward progress should not be an alternative of erasing and removing what precedes it. A development for the advancement implies that there is a link between the components of the past and the new ones, in which the social networks built through time by the elder, achieve integration.

**Keywords:** Path of life, habitat, social networks of interdependence, ownership, inheritance and housing.

## Introducción

La implementación del Macro Proyecto de Renovación Urbana de la Comuna San José en la ciudad de Manizales a partir del año 2009, pretende intervenir la infraestructura, la estética y la movilidad vial de una de las comunas más deprimidas social y económicamente, haciendo énfasis en políticas de progreso y desarrollo que han acarreado conflictos y tensiones entre sus habitantes y la forma en que se ha llevado a cabo dicho proceso.

El Municipio de Manizales, según proyecciones realizadas por el Centro de Información Estadística, a 2012 cuenta con un total de 53.359 personas mayores de 60 años, que representan el 13,6% de la población total, distribuido en 30.933 mujeres y 22.426 hombres. El porcentaje de adultos mayores en condición de vulnerabilidad es de 38,2%, identificados en el SISBEN a agosto de 2011 (Plan de Desarrollo de Manizales 2012-2015).

En lo que respecta a La Comuna San José, la edad de la jefatura del hogar se encuentra entre los 45 y los 50 años, especialmente en las mujeres; pero hay un importante porcentaje de jefaturas de hogar en el rango de los 65 años para los dos sexos (Cantor et al 2010), lo que posiciona a los adultos mayores como un grupo poblacional influyente dentro de la estructura de los hogares de La Comuna.

Por lo tanto, se requiere resaltar la trayectoria de vida de los hombres y mujeres que han envejecido dentro de La Comuna como un tejido entre la historia personal y la del territorio, cuyas particularidades están relacionadas con las características positivas de La Comuna, la propiedad, la participación, la vivienda y las redes familiares y sociales.

La Renovación Urbana y la historia de los adultos mayores son dos campos aparentemente distantes pero que en la actualidad se encuentran imbricados en una tensa relación de paradojas y contradicciones. Es así como se abre la ruta para esta propuesta de

investigación, la cual parte de dos ejes fundamentales: la trayectoria de vida de los adultos mayores dentro de La Comuna San José y la Renovación Urbana.

La propuesta investigativa “*Trayectoria de vida de los adultos mayores dentro de la Comuna San José y los procesos de transformación urbano-social de la ciudad de Manizales*” se plantea como una forma de hacer visible la interacción que se realiza entre individuo y entorno y la manera como los adultos mayores han asumido la experiencia del cambio.

A simple vista, se observa una comuna insegura, con hacinamiento y con altos índices de pobreza que, sumados a otros aspectos, configuran su condición marginal. Pero La Comuna San José posee una historia que debe ser escuchada y es la de quienes la han vivido y habitado por más de 20 años, haciendo de ella su hábitat habitado.

La renovación de la ciudad no son sólo las paredes que se derrumban y las vías que se amplían: también altera la

trayectoria de vida de los adultos mayores, modificando sus redes sociales, sus ritmos cotidianos vitales y sus expectativas sociales, familiares y económicas y, con éstos, toda su vida.

De este modo, en el desarrollo de esta investigación se propende por la construcción de un entramado entre Sociología y Gerontología para lo cual se apoya en el paradigma *Curso de Vida* (Schutz & Luckmann, 2003), en la *Ecología del desarrollo humano* (Bronfenbrenner, 1979) y en la *Sociología de los procesos* (Elias). Además, la narración biográfica y la fotografía se convierten en instrumentos metodológicos que no sólo exponen la manera en que los jóvenes de otrora envejecieron dentro de La Comuna, sino la forma en que se han constituido en parte de ella.

Esta propuesta de investigación expone la articulación entre Renovación Urbana y la trayectoria de vida de los adultos mayores, aspectos que requieren de mayor profundización, ya que la tendencia a la transformación de las ciudades y el creciente envejecimiento de



la población apremian nuevos objetos de estudio interdisciplinarios y transdisciplinarios en los que la sociología tome un papel protagónico frente a las propuestas de Renovación Urbana.

### **Objetivo**

Caracterizar la vida de los viejos dentro de La Comuna San José a través de la interrelación entre trayectoria de vida, redes sociales de interdependencia, entorno y hábitat, teniendo en cuenta la transformación de este sector de la ciudad de Manizales con la implementación del Macro Proyecto de Renovación Urbana.

### **Metodología**

Para lograr el acercamiento a la trayectoria de vida de los Adultos Mayores de La Comuna San José e identificar el impacto que ha tenido en su vida el Macro Proyecto de Renovación Urbana, se hace necesario adentrarse en la forma en que éstos se han establecido y relacionado con La Comuna.

Esta investigación adopta una lectura hermenéutica, donde se busca la “comprensión de la realidad a través de su interpretación de sentido; la comprensión exige coherencia y congruencia de lo exterior con lo interior, con lo conocido” (Escalante, 2007), que permita un pensamiento relacional y procesual, que vincule historia, pensamiento, comportamiento, personas, cosas y significados de los sujetos interpretados y analizados.

Para estos fines se usaron tres estrategias metodológicas: la narración autobiográfica que hila la experiencia de llevar viviendo allí más de 20 años; la fotografía, como recurso mnemotécnico y de colección, y la revisión de algunos documentos jurídicos y normativos en relación con la vejez.

### **Muestra**

Al momento de seleccionar quién iba a contar su historia de vida, se tuvieron en cuenta dos criterios fundamentales: que fuese mayor de 60 años y que llevase dentro de La Comuna un periodo igual o superior a 20 años.

Las personas se eligieron de acuerdo a la información obtenida en la base de datos construida dentro de la investigación *El Plan de Renovación Urbana de la Comuna San José: una mirada crítica e interdisciplinaria desde el campo de las ciencias de lo social*, realizada por el Grupo de Investigación sobre la Realidad Social Antonio García de la Universidad de Caldas. Se seleccionaron 5 personas, 4 hombres y una mujer.

## **Herramientas para el análisis de la narración autobiográfica**

### **Construcción de perfiles**

Para poder establecer los puntos de encuentro y de divergencia en las historias de vida y elaborar los perfiles de los adultos mayores de acuerdo con su trayectoria de vida dentro de la Comuna San José, se diseñaron tres herramientas de análisis que permitieran sistematizar la información obtenida en campo.

La primera se denomina líneas de la vida y el tiempo;

la segunda es la relación generacional y, por último, se hizo una matriz de análisis relacionando los entornos físicos y sociales para la construcción de sus relaciones sociales de interdependencia.

### **a. Líneas de la vida y el tiempo**

Las líneas de la vida y el tiempo grafican la narración biográfica con un trazo horizontal, que iniciará en la fecha de nacimiento hasta el 2012 y se encuentra dividida en décadas; éstas líneas permiten establecer la relación cronológica entre las fechas y la edad.

Se sabe entonces, que los seres humanos han desarrollado una capacidad sintética de organización de los recuerdos, utilizando herramientas como el calendario, que es un marco de referencia en relación con otros procesos recurrentes, cuya duración está socialmente normalizada. Por esto, en el calendario se condensan los símbolos imprescindibles, no sólo para ubicar la propia historia en el tiempo, sino para la regulación de las relaciones entre hombres [(contratos, vacaciones) (Elias, 1989)].

## Ejemplo

### Desenvolviendo la vida

### Líneas de la vida y el tiempo

#### Narración No. 1. Hombre (figura 1).

Edad: 64 años, 35 años viviendo dentro de La Comuna.

Fechas de los diferentes periodos:

- 1948-1954: 6 años vive en La Florida, Villamaría.
- 1954-1971: 17 años de permanencia dentro de La Comuna, de los 6 a los 23 años.
- 1962-1980: 18 años como entrenador de fútbol, de los 14 a los 32 años.

- 1969-1989: 20 años trabaja en Única, de los 21 a los 41 años.
- 1971- 2012: 41 años de matrimonio, de los 23 a los 64 años.
- 1971-1994: vive 23 años en el barrio Las Colinas, de los 23 a los 46 años.
- 1980-2012: 32 años, una parte como entrenador y otra como patrocinador de equipos de futbol, de los 32 a los 64 años.
- 1994-2012: 18 años que regresa nuevamente a La Comuna, de los 46 a los 64 años.
- 1994-2007: 13 años que tiene tienda en su casa en La Comuna, de los 46 a los 59 años.
- 1996-2006: 10 años como entrenador de equipos de basquetbol femenino, de los 48 a los 58 años.
- 2008-2012: 4 años como integrante del Comité de Voceros, de los 60 a los 64 años.



Figura 1. Línea de vida. Narración 1. Elaborado por: Lorena Muñoz.

## b. Relación generacional

La relación generacional parte de lo que se ha llamado *efecto cohorte o efecto generacional* que alude a dos ideas básicas:

Primero, que personas nacidas en distintos momentos del tiempo viven y experimentan acontecimientos diferentes (por efecto de la historia o el cambio social); segundo, las vivencias se estructuran en función del tiempo, de manera que un mismo acontecimiento, experimentado a diversas edades, traerá también diversos efectos (Aranibar, 2001).

Aranibar explica que, si bien uno de los parámetros del análisis generacional es el dato biológico, (año de nacimiento) este dato pierde importancia y adquiere relevancia al ser encadenado a una serie de variables que relacionen y configuren “el fenómeno social de la comunidad de pertenencia a una generación”. En nuestro caso es una generación de herederos de la vivienda por parte de sus padres, lo que ha permitido

o permitió la estabilidad de su permanencia dentro de La Comuna.

De acuerdo con Pérez Ortiz (1997), Aranibar expone que se deben concatenar cuatro aspectos dentro del concepto de generación: **el dato biológico** (año de nacimiento), **la posición generacional**, que hace referencia a las oportunidades y restricciones de los individuos según su generación y que pueden ser asumidas de forma activa o pasiva (Mannheim. Encontrado en: Pérez s.f), **la conexión generacional** que es la vinculación concreta y fáctica de los individuos respecto de su posición generacional y, por último, están las **unidades generacionales** (Aranibar, 2001).

Es decir, en las *unidades generacionales* hay unos puntos de encuentro en las influencias que han recibido de diversos acontecimientos (educación, familia, recursos sociales y económicos), y la forma como han vivido sus experiencias particulares, dotándolas de unas maneras propias de entender e interpretar la realidad dentro del acontecer histórico.

## c. Relación Entornos Físico/Sociales

### Relaciones Sociales de Interdependencia

Configurar la forma en que los adultos mayores integran los diferentes entornos físicos y sociales en los que se desenvuelve su vida, requiere identificar los aspectos que los cohesionan y que los relacionan.

La relación tiene implícito un interés por parte de los individuos por participar dentro de su entorno. La interacción, dentro de varios entornos, produce *reciprocidad* ya que la actividad de uno de los participantes influye en los otros, por lo que las actividades se deben coordinar en relación con el otro y se establece un intercambio de interacciones, que van aumentando de complejidad (Bronfenbrenner, 1987).

Dentro de las relaciones diádicas se desarrollan sentimientos que pueden ser mutuamente positivos, negativos, ambivalentes o asimétricos; en cuanto más dure la actividad conjunta, las *relaciones afectivas* dentro de los entornos tienden a hacerse más diferenciadas y

más fuertes, aumentando su ritmo y los procesos de desarrollo.

Estas relaciones socio-afectivas que tiene el adulto mayor dentro de estos entornos confluyen en la construcción de vínculos familiares, afectivos, laborales, y ambientales, permitiéndoles también establecer relaciones de tipo cívico, ciudadano e institucional que les han permitido —y les deben permitir— hacer efectiva su participación como sujetos de derechos y de deberes.

Los entornos no solo constituyen ambientes de carácter físico, donde se anclan las personas; son también espacios de movilidad e interacción donde construyen y viven su vida, constituyéndose en su **espacio de vida**.

Espacio de vida se ha definido como una medida de la movilidad y de participación social puesto que refleja el área a través de la cual se mueve una persona, desde su cama hasta más allá de la ciudad o del país, durante un período de tiempo específico (Curcio et al. 2013).

Además, más allá de lo relacionado con la función física y la locomoción, la movilidad puede verse afectada por otros factores tales como las funciones cognoscitivas y los factores ambientales. Así, el espacio de vida puede reflejar no solo aspectos individuales de la movilidad de los ancianos, sino que enuncia la complejidad ambiental (Curcio et al. 2013).

## Hallazgos

### “Yo soy de acá”. La Comuna como lugar de llegada

La labor de recordarse en el tiempo exterioriza en las trayectorias de vida la experiencia del “yo” dentro de La Comuna San José, al volver al lugar desde este mismo, recordarlo como era hasta llegar a lo que es y a su vez recordarse como se era hasta como se es en el presente dentro de ese lugar, hacerse sujeto y objeto, pasado y presente dentro de la memoria.

Recordarse en el tiempo y ubicarse en él en un periodo cronológico extenso, requiere resaltar en la memoria

los acontecimientos que se quieren dar a conocer y hacer de ellos una historia, en este caso la vida dentro de La Comuna, como lugar que construye y que es construido.

Es la historia acumulada en los cuerpos y en las calles que han sido recorridas día tras día; es la historia de hombres y mujeres con nombres propios que se refieren a un lugar concreto dentro de la ciudad de Manizales, el cual, en este caso, más que exponer La Comuna desde el dato histórico estructurado, da paso a la forma en que ésta se ha instalado en la memoria de sus habitantes, constituyéndose en un lugar que ha sido construido y que construye, es la relación entre significante y significado.

Se habla de La Comuna en cuanto una relación orgánica entre hombre y territorio, hasta convertirse en un “territorio habitado, resultado de la relación entre las poblaciones humanas y un medio físico, el lugar en que se especializan y materializan una cultura, una civilización y una sociedad” (Elias, 1987). Dentro

de La Comuna se establecen interacciones humanas; éstas crean dependencias y en cuanto se van haciendo más densas las relaciones recíprocas que unen a los individuos, más fuerte se hace la conciencia de su autonomía. En tanto más tiempo viva un individuo dentro de un mismo lugar, más fuertes son los lazos que crea con éste, pero no es sólo con el lugar sino con todo lo que ofrece.

Así se hace tangible en las narraciones: *“Prácticamente cuando yo llegué a esta comuna era muy pequeña, porque no existían todos los barrios de la parte baja, lo que son Asís, Tachuelo, Camino del Medio, Maizal, Holanda y la parte baja de Galán tampoco, pues, prácticamente Galán no existía tampoco”* (Narración 1).

La Comuna empieza a aparecer como un escenario que se fue ampliando, con el proceso de poblamiento al llegar nuevos habitantes. *“Bueno, esto por aquí eran puros barrancos; después de eso, con el tiempo, fue progresando, le hicieron empedrao, toda esta calle entera era empedrada, hasta abajo en el Tachuelo; allí abajo era*

*el camino de herradura pa’ los caballos, cuando eso yo tenía por ahí 10 años más o menos”* (Narración 2).

La llegada de los “ahora viejos” les exige conocer, identificar y buscar la integración, proceso que más que un movimiento consciente, se va moldeando de manera asimétrica dentro de cada trayectoria, pero con unos puntos de encuentro que se convirtieron en las estrategias de integración y participación.

### **Estrategias de integración y participación**

Los individuos, en el transcurso de su vida, desarrollan estrategias que permiten que interactúen dentro de los diferentes entornos en los que participan. Se es testigo y también actor, al empezar a integrarse dentro de las transformaciones, por lo que una comuna sin alcantarillado, de calles empedradas, con un crecimiento acelerado, poco a poco empieza a adquirir otra imagen.

La manera en que se han diseñado las estrategias de integración y participación se analizan en dos ámbitos. El primero, son los entornos entendidos como las diferentes estructuras sociales y físicas en donde el individuo construye relaciones que le posibilitan su desarrollo humano, es decir, aprender de la experiencia y a aprehender el mundo social.

El segundo ámbito es el que toma La Comuna como hábitat, como el lugar donde se habita y en el que discurre la vida, formando parte fundamental de la construcción de la identidad, siendo su principal característica la temporalidad entendida como los años transcurridos viviendo en La Comuna.

Se encontraron entonces dos dimensiones fundamentales en la construcción de las estrategias de integración y de participación de los viejos dentro de La Comuna: la primera es la pertenencia y la segunda es la herencia; ambas marcan la transición del entorno como aquellos escenarios físicos y sociales donde se desenvuelve el individuo en un hábitat construido. Y en

la dimensión de la herencia se encuentra un elemento fundamental como lo es la vivienda, que más que un recinto receptor y protector posibilita la integración con el entorno y la construcción de un hábitat habitado.

### **La pertenencia**

Dentro de las trayectorias de vida se identificó “el pertenecer” como un rasgo que está relacionado con la construcción de la identidad dentro de La Comuna. En la pertenencia está imbricado el tiempo, como cúmulo de años de vivir en un mismo lugar, pero este vivir se debe diferenciar con la estadía prolongada, debido a que la permanencia exige una relación dinámica entre el individuo y el ambiente, o sea que no se limita a “estar” sino a *construir* a través del tiempo.

El habitar se convierte en una expresión que implica unas transformaciones que surgen dentro de una relación fundamental entre los seres humanos y el ambiente, transformación que acontece con un dinamismo que busca no solo la supervivencia biológica, sino también una “gratificación existencial” (Escalante, 2007).



Entonces, la pertenencia debe ser entendida como una construcción genética, como un proceso que tiene lugar a través del tiempo, a medida que se va tejiendo un entramado entre las trayectorias de vida y La Comuna —en este caso— y que implica una relación histórica entre los procesos de cambio de los individuos y de sus posiciones, articulado a los procesos de cambio de las figuraciones, es decir, de las redes de interdependencia dentro del entorno.

Por tanto, la relación de pertenencia que se establece entre los viejos y el entorno tiene una génesis que se va consolidando con el tiempo, en la que se enlazan dos procesos: la sociogénesis y la psicogénesis. La sociogénesis es la forma en que se fueron creando las diferentes figuraciones (relaciones) y la psicogénesis (posiciones y roles) como expresión fáctica de la presencia del viejo dentro de La Comuna.

La pertenencia se hace consciente en las reflexiones de los viejos que enuncian la cantidad de años que han vivido dentro de La Comuna. De esta manera se va

consolidando la pertenencia, “*yo nací aquí y digo que será que me voy a morir aquí*” (Narración 3). “*Mis raíces nacieron acá, entonces yo me crié prácticamente acá*”, “*es que yo soy nacido y criado por acá*” (Narración 2).

**Estar** y **ser** se imbrican en la acción, en la huella que en el tiempo se ha dejado en el entorno y a su vez en la huella que éste ha dejado en la persona. De un primer momento de llegada, se pasa a la pertenencia, objetivada en la relación concreta entre individuo y entorno, el cual posee sus propias características en las que permite ser modificado de acuerdo a las necesidades materiales y sociales emergentes.

Son las *acciones concretas* las que permiten al individuo pasar de un entorno a un hábitat construido, donde la construcción se hace en términos funcionales, más que arquitectónicos.

No se construye La Comuna como resultado de un plan concreto en sí, sino que surge como resultado de un plan para sí, debido a que se va construyendo en la

marcha, lo que no quiere decir que esté completamente por fuera de la planeación, pero sí lleva implícita la identificación del hombre con el lugar que habita. Porque para pasar del lugar de llegada a un lugar de pertenencia, que poco a poco se va convirtiendo en expresión de sus habitantes en cuanto forma parte de su vida, la acción no es de carácter individual o aislada sino que surge en función de “comunidad”.

La noción de vivir en comunidad otorga el reconocimiento como grupo, pues se ha establecido una cohesión grupal y una identificación colectiva (Elias 1997), integrados por vivir en el mismo lugar bajo unas condiciones ambientales iguales, lo que hace que la necesidad de uno sea la necesidad de todos, de donde la planeación surge —en este caso— como parte de la superación de las limitaciones físicas y sociales del entorno.

### **La herencia**

Esta dimensión surge como una característica de tipo generacional dentro de las cinco trayectorias de vida

estudiadas. Se pudo observar que la permanencia dentro de La Comuna está estrechamente relacionada con el hecho de que “heredaron” el lugar para vivir ya sea dentro de La Comuna y/o la vivienda. La Comuna se constituye, dentro del imaginario, como el símbolo del habitar la ciudad y la vivienda como el elemento que posibilita habitar el hábitat.

La Comuna se convierte en un símbolo, pues ésta es parte esencial de la evolución y del crecimiento de la ciudad y porque “la condición humana está incrustada en desarrollos sociales que continúan el ciego proceso de la evolución a otro nivel” (Elias, 1998). Entonces los viejos se relacionan con la ciudad teniendo como lugar de partida La Comuna San José ya que la identifican como la imagen que los integra con el resto de la ciudad, no solo por los atributos de su espacialidad, sino porque dentro de ella ha habido y existen lugares (escuelas, colegios, fábricas, plaza de mercado, centro de salud, casa de la cultura, centros de reciclaje, entre otros) que han sido reconocidos como de gran importancia y utilidad tanto para los habitantes de La Comuna, como para el resto de habitantes de la ciudad en general.

Pero *oficialmente* se ha enfatizado en sus características negativas como la inseguridad, la pobreza, la precariedad de algunas viviendas. Esta estigmatización de La Comuna desde sus características físicas y sociales la ha **disfuncionalizado**, presentándola como un lugar que no cumple con las normas de lo ordenado y armonioso en relación con el resto de la ciudad.

Por la intrincada relación que se ha establecido entre La Comuna como hábitat y sus habitantes, sus estructuras mentales se han construido de acuerdo al espacio donde ha transcurrido su vida, razón por la que al estigmatizar y disfuncionalizar La Comuna, también se ha estigmatizado y disfuncionalizado a sus habitantes.

Así se ve cómo La Comuna, como hábitat heredado, posee tres características fundamentales: su cercanía al centro de la ciudad, los numerosos lugares de interés e importancia con los que cuenta y que es un espacio dinamizador de la auto-imagen individual y colectiva.

## La vivienda



**Figura 2.** Fuente: Fernando Cantor Amador. Rostros de La Comuna. Diciembre 2012

Dentro de las narraciones, la casa (figura 2) se convierte en un objeto de obligatoria citación y en la cual gira y se entrelaza la historia de la vida. “La Casa” es entendida por los viejos como el lugar permanente donde viven, es un “espacio vital dentro del entorno doméstico” (Laínez Romano 2002), punto de conexión entre lo interno y

lo externo, lugar que ofrece refugio y seguridad pero, ante todo, es un bien material que han heredado, que incuestionablemente les pertenece y en el cual pueden vivir la vida y esto es lo que hace que se trascienda de la noción de casa a la de “vivienda”.

En las narraciones, la herencia se convierte en el acceso a la propiedad dentro de La Comuna. Así lo expresan en sus frases cargadas de nostalgia y de pasado: *“No bendita, aquí llevamos viviendo toda la vida... Mamá me contaba que la mamá de ella, vivió aquí con el esposo, que murió aquí también, los abuelos todos dos murieron en esta casa, ellos —me dice mi mamá— llegaron de Salamina”* (Narración 3). *“Ese ranchito fue herencia que mi mamá me dejó, eran dos casas y vendimos una y como eso era mortuoria, vinieron los herederos de Bogotá por la parte y con la plata de la venta de la casa se le pagó a los herederos y a mí me dejaron ese ranchito de herencia”* (Narración 4).

Pero ¿por qué conservar la casa heredada? Porque no es simplemente un recurso material, es el lugar en el que

se conserva el recuerdo de los antepasados y en el que se espera también se conserve el recuerdo de quien la entregará en herencia.

El valor material de la casa no tiene equivalencia con el significado que tiene vivir en casa propia y el poder albergar a la familia. La casa no es entonces una simple edificación de medidas específicas, que sobresale por los materiales o por su ubicación, la casa *es* en cuanto *se es en ella* ya que allí se crea y reactualiza la vida de sus ocupantes, debido a la tranquilidad que les brindan las puertas siempre abiertas, del lugar que no deja de ser propio.

La casa es el punto visible y material de anclaje a La Comuna, que comunica de adentro hacia afuera cuando sus ocupantes salen cada día a cumplir con sus labores cotidianas expresando lo que han asimilado en los procesos de socialización vividos dentro de la casa y, de afuera hacia adentro, cuando sus ocupantes retornan a la casa y en la interacción comparten los saberes y las experiencias vividas por fuera de la casa.

Esto se complementa con la explicación de Laínez Romano (2002) quien afirma que:

La vivienda no puede desvincularse de quienes la habitan ni de las funciones individuales y sociales que cumple al ser ocupada. Este contenido “social” debe ser analizado en el marco estructural de una sociedad donde la vivienda es un elemento vertebrador de su estructura económica, territorial, residencial, y una dimensión importante del bienestar de su población. Visto así, el contenido social de la vivienda tiene su origen en el hecho de ser habitada en el marco de una sociedad con unas estructuras sociales determinadas, que llenarán de significado al “hecho social de habitar”.

Es así como al incorporar la noción del habitar, la vivienda se complejiza y entra a formar parte del significado dentro del hábitat habitado en el desarrollo de la vida, superando las nociones cuantitativas de alojamiento o hacinamiento, o como objeto de consumo en el que se “reside” ya que allí existe una intrincada interacción entre hogar, vivienda y espacio, es decir,

“el hogar que habita una vivienda de una localidad particular” (Laínez Romano 2002).

La vivienda es un elemento básico en la construcción de los estilos de vida ya que sus tipologías y ubicación en la trama urbana, tienen un impacto espacial y pueden condicionar los modelos de sociabilidad de sus habitantes, el uso de los espacios públicos y privados, y la accesibilidad, entre otros aspectos.

Se sobrepasa la función básica de resguardo y permite la generación de vínculos con el lugar que se habita, porque “habitar un lugar exige siempre una relación entre el cuerpo del habitante, con el espacio que le rodea y con el que se relaciona y con una unidad superior que, en general, las teorías sobre la casa y sobre el territorio denominan el “cosmos”, en tanto que totalidad externa con la que a su vez se relaciona el espacio creado alrededor del cuerpo” (Laínez Romano, 2002). La vivienda es entonces una propiedad material que se ha estructurado en relación con sus habitantes y con el hábitat y que, en este caso, ha logrado ser traspasada

de generación en generación como un activo no solo económico sino cultural y social.

## Conclusiones

La Comuna San José se ha constituido como el hábitat habitado, dotado de significación por los adultos mayores, aquel dentro del cual se ha desenvuelto su trayectoria de vida, lo que produce una relación de identificación entre el hábitat y los viejos, en la que por sus años de permanencia dentro de La Comuna desarrollaron dos estrategias básicas para su integración y participación dentro de ella: la pertenencia y la herencia.

La pertenencia, tal como se desarrolló en esta investigación, se consolida como un entramado entre la historia de las trayectorias de vida de los adultos mayores como habitantes (significantes y significados) y la historia de La Comuna, lo que implica una relación dinámica entre individuo y hábitat. Por tanto, la permanencia en La Comuna le ha permitido a los

adultos mayores una fuerte cohesión social en la que se entrelaza la experiencia individual con la experiencia colectiva constituyéndose como una *comunidad*.

La herencia es un rasgo generacional, directamente vinculado con los bienes, derechos y obligaciones de las personas y que, en este caso, hace que la vivienda sea reconocida por los adultos mayores de La Comuna San José como un símbolo cultural que los integra con la ciudad de Manizales y que opera como anclaje de ellos con La Comuna. Por lo tanto, la vivienda para los viejos supera la noción de resguardo ante las diversas condiciones ambientales, pues ésta se hace la evidencia material del hábitat construido, en sus procesos de adaptación e integración con La Comuna. Para los adultos mayores el hecho de poseer el status de propietarios de la vivienda que ocupan con su familia, es un garante de su permanencia y su seguridad.

En las diferentes trayectorias de vida son dos los entornos en los que se ha focalizado la participación y la consolidación de redes de interdependencia: el

trabajo y la familia. El trabajo pretende ser el vehículo por el cual el ser humano se dignifica a través de la manifestación de sus capacidades y la maximización de sus potencialidades; sin embargo, en La Comuna se presenta habitualmente el trabajo precario, en el cual primó la supervivencia diaria más que la previsión y protección de la vejez.

La estructura familiar extensa modificada es la que más favorece la organización interna de los hogares, formando redes de micro-solidaridad dentro de las cuales los adultos mayores cumplen unas funciones tan importantes como las labores domésticas, el cuidado de los miembros más jóvenes de la familia, el cuidado de personas en situación de discapacidad o del cónyuge, además de la distribución de los gastos, lo que les permite asumir roles de responsabilidad de tipo familiar y afectivo.

Si bien se ha promovido la Renovación Urbana como una *oportunidad* para un mejor flujo vehicular en la ciudad, el desarrollo y el progreso en pro de la calidad

de vida de los habitantes de La Comuna, para los adultos mayores el Macro Proyecto es una propuesta planificada por fuera de sus intereses, que limita su participación y que los obliga a salir de La Comuna, a vender su vivienda y el debilitamiento o, en el peor de los casos, la ruptura de sus redes vecinales y familiares. Para los adultos mayores el Macro Proyecto de Renovación Urbana irrumpe de manera abrupta en sus trayectorias de vida.

Esto sugiere que el desarrollo para el progreso no debe ser una alternativa de borrado y eliminación de lo que le precede, pues un desarrollo en pro del progreso implica que haya una articulación entre los componentes del pasado y los componentes nuevos, dentro del que se integren la tradición, la identidad y las expectativas de los diferentes grupos sociales.

La pérdida de la vivienda genera en los viejos incertidumbre y sentimientos de temor, ¿dónde y con quién han de terminar los años que les quedan de vida? El hecho de acceder a otra vivienda no garantiza su

calidad de vida, puesto que toda intervención que se realice en el espacio, altera los vínculos materiales y sociales en una comunidad y las historias particulares contenidas en ella.

Es por esto que dentro de los procesos de transformación de la ciudad, se deben concertar estrategias de adaptación e integración para que los ocupantes antiguos tengan la posibilidad de **elegir** si se van de La Comuna o si continúan viviendo dentro del lugar intervenido y disfrutan de los beneficios que ofrece esa “nueva ciudad”.

Además, el Macro Proyecto y la sociedad en general deben integrar a los viejos como sujetos activos dentro de este tipo de cambios, no como una utopía formal del “deber ser” sino como un proceso humano de comprensión del envejecimiento y la vejez y evitar que la transformación de la ciudad se convierta en un escenario que será ocupado por otra categoría de viejos, que obliga a los viejos establecidos a hacerse a un lado y darle espacio a una nueva clase de ciudadanos.

A modo de consideración final, la Renovación Urbana, al poseer un carácter de ciudades del futuro (dinámicas, formalmente planificadas y construidas, globalizadas), no toma en cuenta las perspectivas de calidad de vida y de bienestar de los viejos del presente. Por lo tanto, se sugiere a los directos responsables de estos proyectos y a las organizaciones políticas y gubernamentales, tener en cuenta otros aspectos que han sido invisibilizados y anulados como las redes de solidaridad familiares y sociales y de ese modo evitar desequilibrar las estructuras de apoyo con que cuentan los adultos mayores y no se privilegie la estabilidad del mercado, sobre el bienestar social de las personas.

## Referencias

- Alcaldía de Manizales (2012). Plan de Desarrollo de Manizales 2012-2015.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Población y Desarrollo, 1-67. [Versión digital].
- Bronfenbrenner, U. (1979). La Ecología del Desarrollo Humano. Barcelona. Paidós.



- Cantor A Fernando. (2010) “El Carácter Social de la Comuna San José en Tiempos de Renovación Urbana”. Manizales: Universidad de Caldas [Versión digital].
- Curcio et al. (2013) Life- Space Assessment scale to assess mobility: validation in Latin American older women and men. [Versión digital].
- Escalante M Germán Darío. (2007) Lecturas y escrituras del hábitat construido. Propuestas para la comprensión de los modos de habitar a través de la imagen visual. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes.
- Elias, Norbert. (1989) Sobre el Tiempo. Fondo de Cultura Económica. España.
- ---- (1987) La sociedad de los individuos. Ensayos. España. Editorial Península.
- ---- (1997) La civilización de los padres y otros ensayos. Santa Fe de Bogotá. Norma.
- Laínez R, María T. (2002). Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra. Tesis para optar al título de doctor. Facultad de ciencias políticas y sociología. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. [Versión digital].
- Pérez, L. (s.f.). El envejecimiento de las sociedades. Una aproximación desde la sociología. Madrid. [Versión digital].
- Schutz & Luckmann (2003) Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires. Amorrortu.

# INTERACCIÓN DE COMORBILIDADES, FRAGILIDAD Y DISCAPACIDAD

Heidi Liliana Martínez Sánchez  
Internista Geriatra  
Universidad de Caldas  
Manizales, Colombia

## Introducción

Las diferentes propuestas sobre declinación funcional y las puertas de entrada a los síndromes geriátricos son, en muchos casos, una serie de factores difíciles de dilucidar (1). A continuación expondremos un caso que permite ver la interacción de múltiples factores que, según el modelo de Fried, combina COMORBILIDAD, FRAGILIDAD y DISCAPACIDAD con un desenlace, en este último concepto, de muy rápida progresión. Se expone también la dificultad que existe para determinar si un solo factor de este tipo es responsable del deterioro, o si definitivamente es el resultado de la presencia de múltiples factores estresantes crónicos y agudos que, al no ser resueltos adecuadamente, generan una sobrecarga alostatica y derivan en declinación funcional (2).

## Descripción del caso

Paciente de sexo femenino, de 79 años, natural y procedente de la ciudad de Manizales, institucionalizada en el servicio de larga estancia del Hospital Geriátrico San Isidro en febrero de 1991 por abandono social. Es valorada el 7 de noviembre de 2010 por cuadro clínico de 2 semanas de evolución, dado por deterioro del estado general, somnolencia, hiporexia, hipoproxia, decaimiento y desorientación.

## Antecedentes personales

**Patológicos:** hipertensión arterial crónica, Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tipo II (desde la juventud), cardiomiopatía isquémica diagnosticada en 2004; un diagnóstico no claro de Hidrocefalia de Presión Normal desde 2001 (no se hallan disponibles imágenes diagnósticas).

**Alérgicos:** negativos.

**Quirúrgicos:** faucectomía bilateral con LIC, colecistectomía hace varias décadas.

**Tóxico-alérgicos:** negativos.

**Hospitalarios:** tres hospitalizaciones en el último año, debidas a infecciones de vías urinarias, complicadas con hiponatremia y con delirium. Última hospitalización en septiembre de 2010.

**Medicamentos actuales:** ácido valproico 250 mg 1-0-2, Omeprazol 20 mg/día, espironolactona 100 mg/día, captopril 100 mg/día, trazodone 50 mg cada noche, bisacodilo 5 mg 1 tableta cada día.

**Caídas:** historia de caídas recurrentes desde el 2009, la última ocurrida el 6 de octubre de su silla de ruedas con TEC no especificado y con lesión de cuero cabelludo en región frontal, sin estudios posteriores. Presencia de incontinencia doble durante los últimos seis meses. Se encuentra con inmovilidad permanente desde hace dos meses.

## Escalas de valoración geriátrica

Escala de Barthel para las actividades básicas cotidianas en el nivel físico: previo septiembre de 2009: 65/100. Barthel Actual: 10/100.

Escala de Lawton modificado para actividades básicas cotidianas instrumentales: previo septiembre de 2009: 0-9-3-2. Lawton agosto 2010: 0-3-2-9. Actual: 0-0-0-14.

Evaluación min-nutricional: enero de 2010: 22; mayo de 2010: 19; septiembre de 2010: 8.

Escala de Depresión GDS (Yesavage): no aplicable. Mini Mental Test de Folstein: no aplicable.

Medidas de Evaluación Basadas en la Ejecución (MEBE): inmovilidad sin balance en sedente con evidencia de posición fetal tanto en decúbito como en silla de ruedas.

CAM: 3 puntos.

Paciente en regulares condiciones generales, cuello con hipercifosis, y flexión de la cabeza; posición fetal, atrofia muscular generalizada con movilidad articular parcial conservada, rotación en pronación de ambos antebrazos; fuerza 2/4 en las 4 extremidades; balance en sedente ausente, con restricción de movilidad para sostenerla en la silla de ruedas. Presencia de lesión ulcerada palmar derecha de 1 x 1.5 cms. con pulgar en flexion; evidencia de úlcera sacra grado 3, de 3 x 4 cms. y úlcera trocantérea derecha grado 2, de 3 x 3 cms. Edema en miembros inferiores grado 2 con fovea +. Sin signos de focalización ni déficit motor; pares craneanos indemnes, presencia de reflejos primitivos. Babinski ausente.

## Evaluación de la silla de ruedas

Descripción de la silla: altura 42 cms. del piso a la silla, sin descansapiés, manual. Distancia de la silla intertrocantérea 41 cms. (distancia intertrocantérea de

la paciente 43 cms.) altura sentada cóccix - escápula: silla 46 cms., paciente 48 cms., fosa poplítea - sacro: silla: 40 cms., paciente derecho: 50 cms. e izquierdo 48 cms.

## Evolución

Se remite para estudio con sospecha diagnóstica de delirium vs. hematoma subdural crónico. Se logra evidenciar infección de vías urinarias complicada y se inicia tratamiento. Cinco días después es dada de alta y trasladada al servicio de cuidados crónicos. Se evidencia mejoría subjetiva y objetiva.

## Exámenes paraclínicos

**Hemograma:** Leucocitos: 5600. Neutrófilos: 86%. Linfocitos: 18%. Hb: 11.5. Hcto: 32. VCM: 86. HCM: 30. PLT: 253000.

**Parcial de orina:** compatible con IVU.

**TAC cerebral simple:** se descarta lesión intracerebral o presencia de hematoma.

## Diagnósticos médicos al ingreso

HTA crónica controlada, CARDIOMIOPATÍA ISQUÉMICA, TAB II, delirium en estudio, infección de vías urinarias complicada. Hidrocefalia de presión normal. ¿Hematoma subdural?

Síndrome de caídas, síndrome de inmovilidad. ¿Falla para prosperar? Úlceras por presión, incontinencia mixta.

## Discusión

Paciente que debuta con criterios CAM para delirium predominantemente hipoactivo; al evaluar su etiología, se encuentran varios factores a resaltar como trastornos metabólicos, endocrinos e hidroelectrolíticos que no fueron descartados ya que no se realizaron los estudios mínimos indicados para considerar estas

alteraciones asociadas. Se encuentra cuadro infeccioso, específicamente asociado a vías urinarias que puede explicar la presencia de su cuadro de delirium; sin embargo, el conflicto inicial se presenta al recordar que la paciente presentó cuadro de caída reciente con lesión a nivel frontal sin exploración adecuada que, en un periodo de tres semanas, manifiesta compromiso neurológico asociado; esto es relevante ya que el hematoma subdural crónico es otra patología que debe ser considerada como causal de delirium; al ser enviada a su centro de atención, reportan que se descartó lesión cerebral, así que se asume finalmente que la etiología del delirium en esta paciente se explicaría por su cuadro infeccioso, aunque al analizar el delirium hay que recordar que existen unos factores conocidos como predisponentes que en esta paciente son: edad avanzada, coexistencia con demencia, múltiples comorbilidades y compromiso severo; inmovilidad, deprivación visual, malnutrición (3) y, dentro de los factores precipitantes, se encuentran antecedentes de trauma, de infección urinaria, de desequilibrio hidroelectrolítico, y la importancia de descartar hematoma subdural (3); en

cuanto a la clasificación de los subtipos de delirium, en una reciente publicación que analizaba varios estudios, se mostró que en la gran mayoría predominó el subtipo hipoactivo como es el caso de esta paciente (4), pero al hacer el diagnóstico diferencial con demencia, no aplica para este caso, ya que el delirium está sobrepuesto a cuadro de deterioro cognitivo multifactorial que analizaremos más adelante.

Cuando se habla de declinación funcional, en la literatura hay suficiente evidencia acerca de esta consideración, donde el delirium se asocia directamente a su presencia (5).

- Los ancianos con delirium tienen de 2 a 3 veces mayor posibilidad de consecuencias funcionales adversas y se presentan tanto en el delirium hipoactivo como en el hiperactivo y el mixto (6).

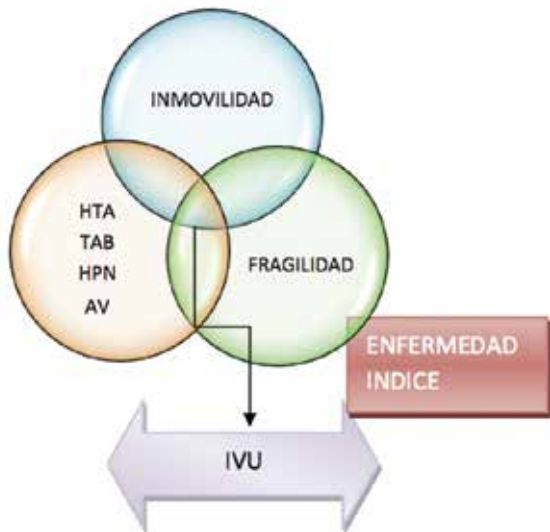
## Rutas de declinación por el delirium

- Cascada de eventos adversos como restricción física o química, descondicionamiento, caídas, cateterización urinaria, bronco aspiración, úlceras por presión, pobre nutrición, deterioro sensorial y malnutrición (7).
- Otra vía es el deterioro cognoscitivo que conlleva el delirium y origina mayores dificultades en los regímenes terapéuticos recomendados. En esta paciente existe relación bidireccional ya que tenía antecedentes de deterioro cognitivo, pero durante este último año presentó una declinación funcional rápidamente progresiva con coexistencia de IVU y con cuadro de delirium previos reportados en el mes de septiembre; pero entonces, ¿La paciente se deterioró por la historia natural de HPN y TAB o es producto de delirium sobreagregado no tratado? (7).
- Cuando la duración del delirium es mayor a treinta días, los efectos son más nocivos; se describe una fase transicional prolongada después de la fase aguda en

la cual se presentan anormalidades cognoscitivas, afectivas, conductuales y funcionales; esto hace que aumenten las posibilidades de recurrencia y cronificación. Cerca del 70% de los casos se complica con demencia en el seguimiento y menos del 50% tiene total recuperación de su funcionamiento cognoscitivo (7).

- Dentro del análisis de la causa subyacente al delirium en esta paciente, se asume que es la IVU la que finalmente generó toda la situación actual. El cuadro clínico en este grupo está definido por una serie de signos y síntomas que la paciente no presentó, lo que dificulta el diagnóstico y la posibilidad de lograr definir cuál es su enfermedad índice en relación con delirium (figura 1).

Figura 1



### Enfoque de comorbilidades

Realizar el enfoque de comorbilidades en esta paciente es muy importante puesto que algunas de sus patologías representan un impacto importante en la declinación

funcional, en especial las que tienen peso específico en el desarrollo de los grandes síndromes geriátricos padecidos (8).

La HIDROCEFALIA DE PRESIÓN NORMAL y el TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR son las patologías con mayor representación en esta paciente, y serán analizadas con detalle, para entender cómo aportaron directamente en el deterioro cognitivo, la aparición de caídas y el desarrollo de síndrome de inmovilidad, bien como resultado de una misma patología o como el proceso sumatorio de ellas.

Al evaluar el impacto de la hidrocefalia de presión normal tenemos que esta paciente tiene su diagnóstico desde el año 2001, que se corrobora en la tomografía de septiembre de 2010 y la manera en que presenta la triada diagnóstica: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. Las alteraciones cognitivas y la incontinencia no tienen un tiempo de inicio claro; según la evolución durante este último año su deterioro fue mucho más marcado; sin embargo, lo que encontramos inicialmente es



quizás desde septiembre de 2009. Se evalúa en clínica de caídas por ser una “Caedora” recurrente; este es un punto importante porque inicialmente se consideró que el compromiso visual era el factor determinante en sus caídas; no obstante, en esta paciente es vital comprender que la coexistencia de su hidrocefalia contribuye a la presencia de las mismas.

La HPN afecta al 0.5% de la población general mayor de 65 años, con una frecuencia de demencia asociada del 1.6 al 5.4 por cada 100000. Las manifestaciones clínicas en estos pacientes se deben a afectación directa de las estructuras encefálicas, compromiso de fibras sacras y por disminución de conexiones corticofrontales (9). Las manifestaciones clínicas en esta paciente son muy importantes ya que inicialmente presenta alteraciones motoras como síntomas iniciales, expresadas por cuadro de caídas. Posterior a estas alteraciones presentó un cuadro de deterioro cognitivo -como es habitualmente el curso de esta patología-, y la presencia de incontinencia tanto urinaria como fecal, así que ya en este momento, con el grado de deterioro cognitivo instaurado, no es candidata a manejo quirúrgico.

Ahora, desde el punto de vista del deterioro cognitivo, la sumatoria de HPN a un sustrato cognitivo ya debilitado puede acentuar el efecto deletéreo en este dominio, y esto especialmente dado por la coexistencia de un TAB desde la juventud [recordar que cerca del 7% de pacientes con esta patología se cronifica (10), y con la posibilidad de acelerar el deterioro cognitivo (25%) (10)].

Al considerar las demás comorbilidades como la hipertensión y la cardiomiopatía isquémica, al parecer en el caso puntual de esta paciente no están representando una sobrecarga alostática, como sí lo están haciendo las anteriores patologías.

### **Enfoque de declinación funcional y desarrollo de síndromes geriátricos**

La historia de declinación funcional en esta paciente muestra un patrón de discapacidad rápidamente progresiva instaurada en el lapso de un año (figura 2), donde la pregunta importante es ¿qué pasó?

Figura 2



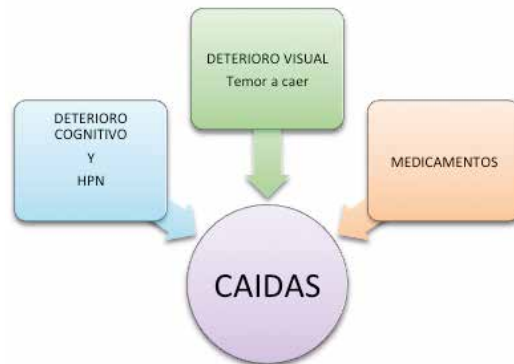
Es así como esta paciente, en el transcurso de un año, presenta todos los síndromes geriátricos hasta estar prácticamente en riesgo de morir.

A continuación se desarrolla el análisis de los síndromes geriátricos en esta paciente y cómo interactúan entre ellos (figura 3).

La hidrocefalia de presión normal y el trastorno afectivo bipolar son dos factores que, sumados, interactúan en la presentación de deterioro cognoscitivo.

En cuanto a CAÍDAS, es importante ver que en esta paciente se encuentran también múltiples factores que permiten entender esta patología, que están interrelacionados y que alteran directamente el balance y el proceso de marcha favoreciendo su presencia.

Figura 3



Alrededor de un 20% de los pacientes con HPN experimenta, como primer síntoma, la presencia de caídas sin que existan otros síntomas o manifestaciones clínicas asociadas que se pueden expresar con alteraciones en la marcha dadas por trastorno frontal generando alteraciones directas para iniciar el paso y alteraciones en el eje de equilibrio (11). Estos trastornos no se explican por alteraciones en el sistema motor sino, por el contrario, en compromiso eminentemente frontal. Es así como al ser evaluada en clínica de caídas en septiembre de 2009 al parecer no existía compromiso motor; sin embargo, otra posible asociación en las caídas de esta paciente es la presencia concomitante de deterioro cognitivo, el cual se analizó previamente. En este trastorno las alteraciones de la marcha son más por apraxia de la marcha (generalmente caen hacia delante), similar a lo presentado en las últimas caídas en la paciente.

La privación visual interviene en la medida en que se genera una pérdida somatosensorial, que se traduce en una marcha cautelosa y en la restricción de algunas actividades que, para septiembre de 2009, eran

evidentes, por lo que se solicita intervención desde oftalmología, la cual no se llevó a cabo. La presencia de temor a caer lleva rápidamente a esta paciente a restricción de actividades, desacondicionamiento y, de manera concomitante, a favorecer las caídas, con aumento del círculo, hasta tener a una paciente con franca declinación funcional.

Cerca del 60% de las mujeres en la octava década de la vida presenta temor a caer y es importante entender cómo durante un periodo relativamente corto de tiempo, pasa a ser una “caedora recurrente” con una serie de caídas con lesión que no fueron apropiadamente estudiadas, llevándola al desenlace catastrófico de un síndrome de inmovilidad, con sus consecuencias y con el uso de silla de ruedas con prescripción inadecuada (12).

### **Conclusiones**

Así como este caso, existen muchos otros que representan una gran dificultad para el clínico al momento de llegar a la comprensión hipotética de las

vías que llevan a declinación funcional por la sumatoria de factores conjugados en sí mismos y la interacción con factores extrínsecos y medioambientales que definen o, más bien, pueden propiciar desenlaces indeseados que pueden ser entendidos por el clínico en la práctica diaria como el resultado de circunstancias meramente biológicas y relacionados con la historia natural de la enfermedad; sin embargo, la omisión de una valoración objetiva, dirigida y asertiva puede dejar pasar asuntos que pudieron intervenir oportunamente para brindar desenlaces un poco más favorables, evitando finalmente el efecto de “bola de nieve”, como en este caso (13).

## Referencias

1. Olde Rikkert MG, Rigaud AS, van Hoeyweghen RJ, et al. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *Neth J Med.* 2003; 61: 83–7.
2. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA.* 1995; 273(17): 1348-53.
3. Inouye SK. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med.* 2006; 354:1157-65.
4. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J.* 2009; 85 (1006):405-13.
5. Romero AJ, Álvarez OM, Hernández L. Inmovilidad en el anciano: causas, consecuencias y tratamiento. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* 2007 Vol 21 (3): 1063-1071.
6. Marulanda F. Factores de riesgo y precipitantes del delirium. En: *Delirium en el anciano.* Eds. Felipe Marulanda Mejía, Diego Andrés Osorno, Mauricio Ocampo. Editorial Universidad de Caldas. Manizales. 2009p. 57-68.
7. Gómez F. Declinación funcional en el anciano con delirium. En: *Delirium en el anciano.* Eds. Felipe Marulanda Mejía, Diego Andrés Osorno, Mauricio Ocampo. Editorial Universidad de Caldas. 2009. Manizales. p. 231-239.

8. Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(4): 219–22.
9. Verny M, Berrut G. Diagnosis of normal pressure hydrocephalus in elderly patients: a review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2012 Dec 1;10(4):415-425.
10. Osuji J, Munro C. Cognition in Bipolar Disorder *Psychiatr Clin N Am* 28 (2005) 427–441.
11. Gómez-Montes JF. Caídas en ancianos. Editorial Universidad de Caldas. Manizales, 2011; 329 p.
12. Curcio CL, Gómez F, Reyes-Ortiz CA. Activity Restriction Related to Fear of Falling Among Older People in the Colombian Andes Mountains: Are Functional or Psychosocial Risk Factors More Important? *J Aging Health* 2009; 21: 460-479.
13. Kaplan R, Jauregui JR, Rubin RK. Los grandes síndromes geriátricos. Edimed. Ediciones Médicas SRL. República Argentina. 2009 p. 55-79.

# **DOLICOECTASIA VERTEBROBASILAR EN ANCIANA CON VÉRTIGO CRÓNICO, ESPASMO HEMIFACIAL Y CAÍDAS RECURRENTE**

**José Fernando Gómez Montes**

Internista y geriatra Universidad de Caldas  
Jefe de la Clínica de Vértigo y Caídas  
de la Universidad de Caldas, Manizales

**Alejandro Echeverri**

Neurorradiólogo Universidad de Antioquia  
Hospital Departamental Santa Sofía, Manizales

**Diana Carolina Morales B.**

Residente de cuarto año, Medicina Interna y Geriátría  
Universidad de Caldas, Manizales  
Correspondencia: caromorales1408gmail.com

## **Resumen**

La sensación de inestabilidad postural o pérdida del equilibrio es una causa frecuente de consulta en geriatría. El vértigo es la manifestación de alteraciones en el sistema vestibular y sus complejas interconexiones. El vértigo de origen central hace parte del diagnóstico diferencial, siendo la patología vascular la principal causa. Dentro de las causas vasculares, la patología vertebrobasilar se identifica cada día con mayor frecuencia con las actuales técnicas de neuroimágenes y la dolicoectasia vertebrobasilar se reconoce como causa rara de embolias distales, de compresión de estructuras adyacentes y de focalización neurológica en pacientes con factores de riesgo

cardiovasculares. Se presenta el caso de una anciana que consulta a una clínica de caídas por síndrome de caídas recurrentes y declinación funcional. Se identifica vértigo como causa de caídas con una neuroimagen que reporta mega-dolicoectasia vertebrbasilar que comprime emergencia del octavo y séptimo par craneal del lado derecho.

**Palabras clave:** vértigo, dolicoectasia vertebrbasilar, síndrome de caídas en el anciano.

### Abstract

Dizziness or imbalance is a frequent symptom in the elderly. Vertigo represents an alteration of the vestibular system and its complexity goes beyond central nervous system, because cervical somatosensorial afferences (cervicogenic vertigo) are important factors. Vascular problems are the first cause of central vertigo. Among vascular etiology vertebrbasilar disease is recognized as uncommon cause of embolic and compressive etiology that causes dizziness. We describe the case

of an older woman who presents recurrent falls and dizziness. In the preliminary studies the neuroimaging had a vertebrbasilar dolichoectasia with compression of the VII and VIII nerves.

**Key words:** vertigo, vertebrbasilar dolichoectasia, falls syndrome in the elderly.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una anciana de 84 años, que consulta a la clínica de vértigo y caídas por un cuadro de un año y medio de sensación de giro, que inició de forma episódica hasta hacerse de carácter permanente. Siete meses previos a la consulta con deterioro de la marcha necesitando ayuda de una persona y restricción de la participación social y confinamiento en casa.

Durante el año previo a la consulta, aproximadamente seis episodios de caídas dentro del domicilio; como causa refiere que “se marea y se cae”. A causa de estas caídas limitó sus ABC físicas e instrumentales. Refería también mucho temor a caer.

Era hipertensa, hipotiroidea y diabética en manejo con antidiabéticos orales desde hace cinco años sin lesión de órgano blanco, comorbilidades controladas. Tomaba antihipertensivos, suplementación hormonal para hipotiroidismo y metformina. No se identificó perfil de polifarmacia.

Al examen físico, como hallazgos positivos, encontramos un índice de masa corporal de 35.2 kg/m<sup>2</sup>, una fuerza muscular disminuida de 4/5 en las cuatro extremidades y, al examen neurológico, espasmo hemifacial derecho, marcha atáxica con lateropulsión a la izquierda, base de sustentación amplia. Romberg con lateropulsión a la izquierda. La maniobra de Dix Halpike reveló nistagmus vertical, no extinguido, bilateral. Diadococinesias conservadas, ligera disimetría de predominio izquierdo. En cuanto a las escalas de valoración geriátrica, un índice de Barthel previo a la enfermedad actual de 95/100 y al momento de la evaluación de 50/100; una escala de Lawton de 3 puntos, minimental test de 27/30 puntos; escala de depresión de Yesavage de 9/15 puntos, escala FES-I para temor a caer de 65 puntos. Las

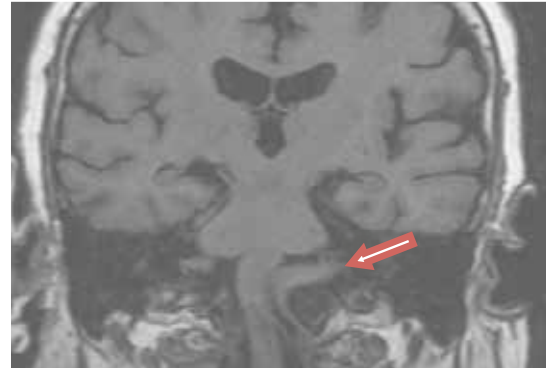
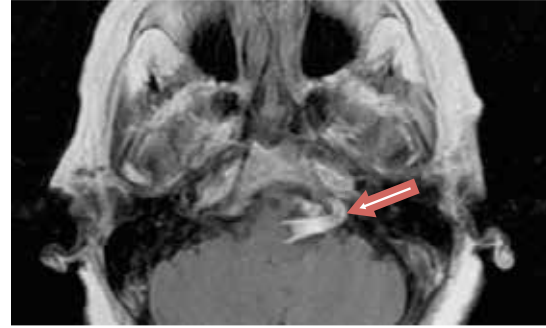
medidas de evaluación basadas en ejecución SPPB: 2 puntos (balance 1 punto, velocidad de marcha 1 punto, incorporarse de silla 0 puntos), alcance funcional de 15 cm. Se dieron los siguientes diagnósticos iniciales: síndrome de caídas recurrentes, vértigo de origen central, inestabilidad secundaria, dependencia para las ABC físicas e instrumentales moderada, declinación funcional y depresión. Se inicia duloxetine 30 mg/día y se solicita resonancia magnética cerebral simple.

Consulta 4 meses después con mejoría parcial de la depresión. Había presentado tres caídas nuevas sin lesión. Lleva reporte de resonancia nuclear magnética cerebral simple que concluye: asa vascular con megadolicoectasia vertebrobasilar (figura 1) en dextroversión retroolar que comprime emergencia del séptimo y octavo pares (efecto compresivo de rama vestibular superior) del lado derecho.

Es llevada a junta médica con neurorradiología intervencionista, geriatría y medicina interna para considerar manejo endovascular. Por alto riesgo



potencial de complicaciones asociadas al procedimiento se define dar manejo médico con antiagregación, tratar el espasmo hemifacial con aplicación de toxina botulínica con guía electromiográfica y protocolo completo de rehabilitación en balance. La paciente consulta cuatro meses después a la clínica de vértigo y caídas, y refiere no haber tenido nuevos episodios de caídas desde el inicio del tratamiento, mejoría subjetiva de la depresión, aún con duloxetine y antiagregación. Las escalas de valoración geriátrica: Barthel de 85/100, escala de depresión geriátrica de Yesavage 2/15 puntos, FES-I 22 puntos. En cuanto a las medidas de evaluación basadas en ejecución SPPB 7 puntos (balance 2 puntos, velocidad de marcha 3 puntos, incorporarse de silla 2 puntos).



*Figura 1. Resonancia magnética cerebral, secuencias T1 y T2 que muestran dolicoectasia vertebro-basilar (flecha)*

## Discusión

La sensación de inestabilidad postural o pérdida del equilibrio es un motivo de consulta frecuente en geriatría y tiene un fuerte impacto en discapacidad, restricción de la movilidad y estado emocional. Aproximadamente un cuarto de la población mayor de 65 años ha experimentado algún tipo de alteración del equilibrio. Precisar el “mareo” (o “dizziness” como se define en la literatura anglosajona) es un punto clave para el abordaje diagnóstico. Los ancianos que presentan alteraciones del equilibrio tienen un riesgo aumentado para presentar caídas. En el estudio ALAMEDA de envejecimiento, las alteraciones del equilibrio se asociaron con un RR de 2.9 para caídas a un año. Existen dos grandes causas en la población geriátrica: vértigo o desequilibrio. El desequilibrio hace referencia a la sensación de inestabilidad que involucra principalmente las extremidades inferiores y el tronco; es la consecuencia de alteraciones en propiocepción, debilidad musculoesquelética o enfermedad cerebelosa.

El vértigo es la sensación de giro que puede ser subjetiva u objetiva y obedece a desórdenes del sistema vestibular y sus complejas interacciones con sistema somatosensorial cervical. Las causas de vértigo se pueden clasificar en periféricas y centrales. Dentro de las primeras, el vértigo posicional paroxístico benigno, la laberintitis aguda, la neuronitis vestibular, el hidrops endolinfático y el neurinoma acústico, hacen parte del diagnóstico diferencial; para ello, el cuadro clínico se define por un inicio súbito de vértigo severo acompañado de síntomas disautonómicos, nistagmus horizontal extingible y una breve duración de los episodios.

Constituye un real reto el diagnóstico diferencial en el vértigo central cuya principal causa es vascular: la hemorragia cerebelosa es una entidad aguda y mortal, con compresión del tallo cerebral y herniación; la isquemia cerebelosa es una causa importante; la isquemia que compromete el territorio de la arteria cerebelosa antero-inferior (AICA) genera un vértigo agudo, por compromiso de la arteria coclear común. Se

puede manifestar hipoacusia y tinnitus, compromiso isquémico del puente, disartria y parálisis facial; el compromiso isquémico del territorio de la cerebelosa postero-inferior (PICA) compromete el núcleo vestibular ocasionando el síndrome de Wallenberg que se caracteriza por signos sensitivos cruzados, lateropulsión ipsilateral, ataxia, y síndrome de Horner. Y, por último, la enfermedad vertebrobasilar que puede ser de varios tipos: ateromatosis, enfermedad de pequeños vasos, disección y ectasia. La ateromatosis y la ectasia son fuertes potenciales de embolia distal. En general, la patología vertebrobasilar no hemorrágica puede manifestarse como vértigo, cefalea, vómito, diplopía, ataxia y disfunción orofaríngea. Los potenciales mecanismos generadores de vértigo en la enfermedad vertebrobasilar son embolia, compresión y oclusión. La embolia es el principal mecanismo descrito que explica el 75% del vértigo por esta causa. La oclusión es el siguiente mecanismo en frecuencia que clínicamente puede manifestarse como “ataques de caída” en donde hay una pérdida súbita del tono postural por segundos, sin pérdida del estado de conciencia con movimientos

de hiperextensión del cuello. La compresión por ectasia se describe como un mecanismo infrecuente, entre el 0.2 y el 4.4% de las causas de vértigo por enfermedad vertebrobasilar descritos en la literatura. La dolicoectasia vertebrobasilar consiste en elongamiento y dilatación de las arterias vertebrales y basilar con arteria basilar mayor de 4.5mm. En los ancianos que presentan ataque cerebrovascular isquémico la prevalencia se ha descrito entre el 2.6 y el 17.7%. Los principales factores de riesgo son: edad mayor de 80 años, sexo masculino, hipertensión, tabaquismo, enfermedad coronaria y otro tipo de ectasias. En un estudio de seguimiento a una cohorte de pacientes con ectasia vertebrobasilar, como hallazgo incidental se documentó que, a cinco años, el 69% permanecían asintomáticos, el 33% tenían manifestaciones de isquemia (tanto ataques isquémicos transitorios como ataque cerebrovascular) y el 18% presentaban síntomas por compresión de estructuras aledañas; una mortalidad del 12% en pacientes asintomáticos y del 83% en pacientes que presentaban algún tipo de síntoma.

El síndrome de asa vascular, con frecuencia acompaña a la dolicoectasia y se define como la compresión de la emergencia del V, VII y VIII par craneal; puede identificarse claramente con técnicas convencionales de resonancia magnética nuclear.

La fisiopatología de los síndromes de asas vasculares se relaciona con las pulsaciones arteriales transmitidas a las zonas de emergencia radicular de los pares comprometidos, generando irritación con posterior generación de descargas ectópicas y en sentido retrógrado hacia los núcleos, incrementando las descargas nerviosas en sentido anterógrado. El estímulo constante sobre el nervio lleva al fenómeno de desmielinización y degeneración walleriana en sentido retrógrado y anterógrado.

La compresión del VII par ocasiona espasmo hemifacial, una de las manifestaciones de la paciente del caso. Para realizar un diagnóstico adecuado debe conjugarse la presencia de asa vascular con contacto y desviación en las imágenes anatómicas a nivel de

la zona de emergencia radicular (REZ) del nervio comprometido. Las secuencias altamente sopesadas en T2 finas para evaluación de pares craneanos, al igual que secuencias T2 Eco gradiente y las imágenes de angiorresonancia, permiten una detallada evaluación tanto de los pares craneanos como de la vasculatura intracraneana.

Dentro de las estrategias de tratamiento se describe la antiagregación con ácido acetil salicílico a dosis bajas con RR de 7.9 para microsangrados (6). Dentro de las técnicas endovasculares, la reconstrucción endoluminal con dispositivos diversores de flujo han demostrado éxito técnico en un 96.2%. Existen pocos estudios con seguimiento corto y no describen resultados clínicos, solo angiográficos.

Se ha descrito la técnica de microneurocirugía con mejoría del 90% de los casos a cinco años (técnica de Jiantta) en pacientes refractarios a manejo médico de asas vasculares sintomáticas.

## Conclusión

La enfermedad vertebrobasilar debe considerarse como una causa infrecuente de vértigo central en los ancianos y la compresión de estructuras adyacentes, como el VIII par, se conoce como síndrome de asa vascular. La evidencia terapéutica respalda el manejo endovascular en casos bien seleccionados y la técnica que más se describe es la reconstrucción endoluminal con dispositivos diversores de flujo. El manejo médico con antiagregación ha demostrado aumento significativo del riesgo de microsangrados.

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Referencias

1. Dizziness in the elderly. Otolaryngology Clinics of North America 2011 437-454.
2. Diagnosis and management of Dizziness and Vertigo. Medical Clinics of North America 2006. 291-304.
3. Vertebrobasilar disease. New England Journal Of Medicine. 2005. 2618-2626.

4. Clinical course and treatment of vertebrobasilar dolichoectasia: systematic Review. Neurological Research.2013.
5. Cardiovascular risk and neurological profiles in asymptomatic vertebrobasilar dolichoectasia. Cerebrovascular Disease 2010. 3023-3028.
6. Vertebrobasilar dolichoectasia as a risk factor for microbleeds. European Journal of Neurology. 2013 824-830.
7. Som P, Curtin HD. Head and Neck Imaging. Elsevier 2003.
8. Morris P. Practical Neuroangiography 3rd. Ed Williams-Wilkins 2013; 89-99, 117-165.
9. Pathology of trigeminal nerve Neuroimag Clin N Am 18 (2008) 283–307.
10. Castillo M. Neuroradiology LWW 2004.
11. Ter Brugge K, Kings T, Geiprasert S. Case Based Interventional Neuroradiology Springer 2012.

## LA VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTADOS UNIDOS: “UNA REFLEXIÓN”

**Alba Lucía Valencia Villegas**

Gerontóloga

Terapeuta- Geriátrica

Master en Gerontología Social

Correspondencia: alvville@hotmail.com

Cuando oímos el término “Adulto Mayor” encontramos una serie de conceptos y estereotipos referentes a lo que significa, a nivel social, ser un Adulto Mayor.

Dichos conceptos han quedado enmarcados en los paradigmas de intervención social y cronológicos; es por ello que al retomar este concepto desde el sistema Percapital Demócrata, su significado tiene varias connotaciones; como por ejemplo, aquella persona que al cumplir su edad máxima de 65 años mantiene su vitalidad de trabajo y mantiene un concepto de ocupación totalmente grande; es aquella persona que persiste en una búsqueda permanente de independencia y autonomía a nivel de todas las escalas de valoración humana. Este sistema democrático le ha hecho sentir a la diversidad multicultural de la población que ha envejecido en este país, en una permanente

búsqueda de ocupación y mejoramiento de su calidad de vida; pero, ¿qué lleva a este tipo de connotación? El no perder su privacidad; el no llegar a una vida mayor de dependencia en la austeridad económica y en el ausentismo familiar que se vislumbra desde edades tempranas en este tipo de sistema social.

Pensar en un adulto mayor que vive el Sistema Percapital-Democrático en los Estados Unidos es, observar cada día una población que se preocupa por su aquí y ahora de su envejecimiento, es mirar objetivamente desde su propio género los cambios agigantados de su propia sensibilidad estética en la pregunta permanente: ¿será mejor mañana que hoy? Y mirar el ayer como un derrotero particular que permitió cultivar incentivos, que permitió "conseguir" haberes, que facilitó un ahorro de divisas; pero lo más importante: que cultivó el sentido de vida hacia sus familias; familias que ahora viven en el margen de su independencia y que se permiten tiempos cortos de interacción por el acelerado ritmo de vida en este sistema temporal, que mantiene a cada "Ser" social en búsqueda de tenencias físicas, y

éstas le impiden desarrollar los motivadores fraternales en una Mirada de un mañana más socio-afectivo, en un ambiente de familia dinámico (Alba Lucía Valencia, 2011).

Cuando oímos hablar del envejecimiento de las poblaciones en un Sistema de Desarrollo Social Percapital, nos enfocamos en los factores esenciales que han influenciado dicho desarrollo, donde las poblaciones han crecido exuberantemente y en esta época del siglo XXI, la esperanza de vida ha incrementado junto a una fuerte caída de la tasa de natalidad. ¿Por qué dicho fenómeno? El desarrollo científico, tecnológico, biomédico, educativo y social ha conllevado a que los seres humanos vivan más. Lo cuestionante aquí es vivir más pero con una calidad de vida mejor (Fernández Ballesteros 2000). Ello lo observamos en países desarrollados como Estados Unidos que permiten a este ser social participar activa y laboralmente hasta etapas mayores de su vida, de la economía residual que fluctúa en estos países desarrollados. Es aquí donde se hace un paralelo entre la vida que vive el Adulto Mayor

actual en este país y la que han vivido las generaciones de estos actuales adultos Mayores (padres, abuelos, etc.). Anteriormente la calidad de vida de un Adulto Mayor no se hacía tan evidentemente como ahora, ya que no se observaba la migración en alta escala como lo que ha sucedido desde la época de los años 70 en este país, y donde la oleada hispano-inmigrante refleja las cargas sociodemográficas de incidencia en la economía actual.

Ser ciudadano mayor de 65 años en este país viene representado por años de labor y ocupación de mano de obra permanente que actualmente se observa en los diferentes oficios que desempeñan estos adultos mayores para lograr un balance estable en su condición del día a día; sumado a lo que representan los ingresos netos por seguridad social y los que reciben de otros ingresos para ayudar a sus familias que viven fuera de este país e incluso a sus hijos que en la actualidad se encuentran en la deficitaria economía de un no ingreso percapital para su casa. ¿Qué pasa con este flagelo? Para el Adulto Mayor significa crisis, no solo económica

sino de carácter de salud mental y es así como los hijos, nietos, primos, etc., deben entregar sus viviendas de independencia e ir a ubicarse junto a estos mayores que le representan en el momento un poco de estabilidad; ¿y, la independencia del Adulto Mayor dónde queda? Bueno, es en gran medida alentador para ellos, pero con el paso de los días se vuelve una carga mas no sólo del bolsillo sino de sus posibilidades a largo plazo.

Haciendo hincapié en una de las zonas de mayor hispanidad como lo es el sur de la Florida, se observan a grandes rasgos estas características que congestionan la vida del Adulto Mayor, pero que a largo plazo significa un haber de valores desde su innata raíz. Vivir con los nietos, con las nueras y los yernos resulta agradable en un tiempo determinado, pero, ¿hasta cuándo este tiempo puede ser de calidad? Anteriormente, y de acuerdo a una buena economía fluctuada en los años ochenta, cada persona que ingresaba a una edad Adulta (25-40 años), pasaba de su casa a la independencia de una residencia universitaria o cambiaba de estado para buscar mejores perspectivas laborales y de crecimiento



personal, abandonando un poco el sentido de calidad de vida familiar y los adultos se veían relegados a entregar sus viviendas e ir a residencias pagadas por el estado y esperar con ansias la visita de uno o más familiares de acuerdo a la temporalidad que se presentara. Hoy también se vive esto pero no a gran escala; hoy están cambiando muchos de los hábitos establecidos en este sistema de desarrollo percapital, y es aquí donde el Adulto Mayor sigue siendo proveedor responsable de sus terceras y cuartas generaciones, favoreciendo muchas veces angustias frente a esta nueva situación social.

No negaremos que sumado a esto, el tener un poco de contacto socio-familiar en medio de la soledad que se vive en el día a día de estos sistemas, mejora un poco más la salud mental, pero trae connotaciones de otro tipo que desencadenan en factores diferenciales a cada uno de estos adultos inmigrantes que han dado a un país su vida, su mano de obra, su inteligencia, su creatividad, su valía, su instinto, pero sobre todo, ha dado sus raíces de pujanza al brindar a sus hijos

un entorno de posibilidades y de crecimiento. No debemos olvidar que los mayores de hoy llegaron a este país con las ilusiones de las edades que hoy envejecen y que encontraron derroteros en este sistema que le permitieron vivir y que aún viven bajo el gusto de poder sentirse útiles e independientes en un sistema que avanza aceleradamente en cambios sociodemográficos, económicos, políticos, sociales, ambientales y de pensamiento crítico.

Tampoco olvidemos que estos adultos que se dicen mayores hoy, son el resultado de una gran nostalgia de patria hispana, que cultivaron sueños en una patria ausente y la hicieron suya como parte de su historia; estos son los mayores que con alegría debemos aplaudir y decir cada día: "gracias mis bellos Adultos Mayores, porque ustedes son la siembra del arbusto que crece en la frontera, son el aliciente de sus sueños creativos, pero sobre todo son la morada de los valores imperecederos que aún se acuñan en las generaciones venideras."

**NUEVO**

# Ensure<sup>®</sup>

## ADVANCE

**ESPECIAL PARA TUS MÚSCULOS.**



**HMB** \*  
+ Proteína + Vitamina D



**FUERZA PARA TUS MÚSCULOS,  
INDEPENDENCIA PARA TI**

Es un medicamento, no exceder su consumo. Si los síntomas persisten, consulte a su médico. Leer indicaciones y contraindicaciones en la etiqueta. Este producto no reemplaza una alimentación saludable. Indicación suplemento nutricional. Registro Sanitario INVIMA 2012 M-0013661. \*HMB: hidroximetilbutirato de calcio.

**Abbott**  
Nutrition





*En tus manos está la vida,  
en las nuestras el bienestar.*

TENA está tan comprometida como tú,  
en brindarle a las personas una mejor calidad de vida  
para que vivan confiados una vida plena.

[www.TENA.com.co](http://www.TENA.com.co)



ASOCIACIÓN COLOMBIANA  
DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA